



**SJUKSKÖTERSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT I MÖTET MED UNGA  
SUICIDNÄRA PERSONER**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2016-04-01

Kurs: K45

Författare: Moa Alpsten

Författare: Marie Holroyd

Handledare: Marie-Jeanne Hendrikx

Examinator: Louise Eulau

*”Help me, care about what happens to me,  
I am so tired, so lonely and so very afraid.  
Talk to me- reach out to me- take my hand.  
Let what happens to me matter to you.*

*Please, nurse, listen.”* [kursivering tillfogad]

(Ruth Johnston, citerad i Travelbee, 1971)

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Suicid bland unga 15-24 år ökar och sjuksköterskan har ett ansvar att ta denna patientgrupp på allvar. Suicidnära unga personer har ett stort behov av att bli lyssnade till och känna trygghet men kan ha svårt att våga ta initiativ och söka hjälp. Sjuksköterskor upplever ofta att de inte vet hur de ska förhålla sig till unga suicidnära och kan känna att de saknar kunskap och säkerhet i att möta och inge trygghet till den unga personen.

### **Syfte**

Syftet var att belysa betydelsen av sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med unga suicidnära personer för att skapa trygghet och inge hopp.

### **Metod**

Litteraturöversikt där 17 vetenskapliga artiklar granskats till resultatet. Databaser som använts vid artikelsökningen var Cinahl, Pubmed och PsycInfo. Studien har riktat in sig på unga personer mellan 15-24 år.

### **Resultat**

De förhållningssätt som visade sig vara av stort värde för sjuksköterskan i mötet med unga suicidnära personer var; att samtala, att lyssna, att vilja förstå, att skapa en god relation, att inge hopp, att vara närvarande samt att uppmärksamma varningstecken. Dessa förhållningssätt ingav en trygghet hos den unga suicidnära personen. Resultatet visade att majoriteten av de unga suicidnära personerna ville tala om sina problem och att tiden sjuksköterskan lade på att lyssna på dem fick dem att känna sig värdefulla.

### **Slutsats**

Sjuksköterskan har ett ansvar i att våga tala om suicid med den unga personen. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan lyssnar till den unga personen för att skapa trygghet. Alla unga personer som söker vård ska tas på lika stort allvar.

**Nyckelord:** Kommunikation, Sjuksköterskans förhållningssätt, Suicid, Trygghet, Ungdom

## Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Definition .....	1
Suicid.....	2
Riskfaktorer.....	2
Unga personer .....	3
Sjuksköterskans roll .....	4
Problemformulering .....	7
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Val av Metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska överväganden .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Betydelsen av att samtala .....	13
Betydelsen av att lyssna .....	15
Betydelsen av att vilja förstå .....	15
Betydelsen av att skapa en god relation .....	16
Betydelsen av att inge hopp .....	16
Betydelsen av att vara närvarande.....	17
Betydelsen av att uppmärksamma varningstecken.....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	22
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>25</b>
Fortsatta studier .....	25
Klinisk tillämpbarhet.....	25
<b>REFERENSER</b> .....	<b>26</b>
<b>BILAGA A</b> .....	<b>I</b>
<b>BILAGA B</b> .....	<b>III</b>

## BAKGRUND

Hur förhåller man sig som sjuksköterska till en ung person som vill ta sitt liv? Under det senaste årtiondet har suicid bland unga ökat och cirka fem procent av alla skolungdomar i Sverige har någon gång försökt ta sitt liv. Ett tidigare suicidförsök är en hög riskfaktor för fler försök (Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen & Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning [NASP], 2003). I Sverige, sett över en 30-årsperiod har suicidtal minskat bland både kvinnor och män. Minskningen har skett i alla åldrar förutom bland unga 15-24 år där det istället har varit en svag ökning av suicid det senaste årtiondet (Statistiska Centralbyrån, 2009). Ofta är ett suicidförsök ett rop på hjälp från den unga personens sida, ett sätt att kommunicera till vuxenvärlden att de inte mår bra. Många upplever svårigheter och skamkänslor i att tala om sina problem och tankar (NASP et al., 2003). Unga personer som är i riskzonen för suicid är en utmaning för all personal som deltar i deras vård (Gordon & Melvin, 2014). Det finns en rädsla hos anhöriga men också hos sjuksköterskor att förhålla sig och tala med unga personer om frågor som rör suicid. En rädsla och oro att man genom samtal istället för att hjälpa, framkallar suicidala handlingar (O'Connell, 2012). Det finns idag en bristande kunskap hos sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården vad gäller suicid och hur man förhåller sig i mötet till unga suicidnära personer. Detta ger en osäkerhet för sjuksköterskan inför bemötandet och skapa otrygghet hos den unga personen. Bristande kunskap hos sjuksköterskan kan bidra till en ökad suicidrisk (NASP et al., 2003).

### Definition

Begreppet *själv mord* definieras som en ”medveten, avsiktlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden” (Socialstyrelsen, 2003, s.8). Begreppet suicid är det engelska ordet för självmord. Många anser att termen självmord är negativt laddad då den kan associeras med mord, vilket är en brottslig handling. Suicid är en handling som kan ske impulsivt och utan planering. Inom forskning används idag begreppet suicid snarare än självmord (Socialstyrelsen, 2006). Bland allmänheten är fortfarande självmord den term som vanligtvis används (Socialstyrelsen, 2006). I detta arbete kommer benämningen unga suicidnära personer eller unga personer användas då det är den grupp som ska studeras. Detta för att åldern 15-24 år inkluderar ungdomar men också unga vuxna. Författarna har i möjligaste mån använt benämningen person istället för patient i enlighet med vald omvårdnadsteori (Travelbee, 1971). Benämningen patient används i vissa stycken för att förtydliga när personen befinner sig på sjukhus. Enligt 3§, kap. 1 i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård [SOSFS] (2008:14) definieras patient som en ”person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård”.

*Suicidnära* innebär enligt Ala et al. (2012) att en person tidigare samma år utfört ett suicidförsök, har allvarliga suicidtankar eller bedöms vara i riskzonen för suicid. Detta kan innebära att suicidrisken finns utan att personen har uttryckt suicidtankar. *Suicidförsök* innebär enligt Socialstyrelsen (2003) ”livshotande eller skenbart livshotande beteende i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt som inte leder till döden” (Socialstyrelsen, 2003, s. 8). *Suicidtankar* är tankar och impulser om att ta sitt liv. Här börjar en så kallad suicidal process med tankar som senare kan leda till handling. Den *suicidala processen* innefattar enligt Socialstyrelsen (2003) suicidtankar, suicidmeddelanden, suicidförsök och slutligen suicid. *Suicidmeddelanden* eller *suicidkommunikation* handlar om att personen på något sätt yttrar sina tankar kring suicid

till andra, omedvetet eller medvetet. Det kan handla om förberedelser såsom att skriva testamente eller tala om döden. Detta upptäcks ofta av anhöriga snarare än vården och är ofta ett tydligt tecken på att personen går med tankar och planer att ta sitt liv. Lever man med suicidtankar kan olika situationer och händelser i ens liv vara utlösande faktorer till ett suicidförsök. Att ha suicidtankar är vanligt förekommande bland befolkningen. Nära var tredje person uppges någon gång i livet ha tänkt tankar kring att ta sitt liv enligt Socialstyrelsen (2003).

## **Suicid**

Suicid är något som berör och drabbar många. År 2012 tog cirka 800 000 människor sitt liv i världen. Trots att siffran är hög, är den troligtvis ännu högre på grund av alla icke rapporterade fall, eller fall som rapporterats som olyckshändelse. I många länder är suicid dessutom en olaglig handling (World Health Organization [WHO], 2014). Suicid är ett tabubelagt ämne i samhället men även inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2006). Bakom alla personer som tar sina liv står familjer och anhöriga, vänner och kollegor (Socialstyrelsen, 2003).

De senaste decennierna har suicid uppmärksammats allt mer inom forskarvärlden, och det har arbetats mycket med att förstå bakomliggande orsaker (Socialstyrelsen, 2003). Europeiska unionen har tagit fram en grönbok med strategier och preventionsprogram för att förebygga psykisk ohälsa inom unionen. Europeiska unionen och flera av dess medlemsländer har då tillsammans utvecklat program för suicidprevention och psykisk ohälsa som gett resultat. Sverige har i motsats till andra västeuropeiska länder, länge saknat ett nationellt suicidpreventionsprogram som godkänts av riksdagen. År 2005 började Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen arbeta med ett sådant program. Sverige ansågs vara i stort behov av en samlad strategi med tanke på de stigande suicidtalerna bland unga personer. En del i arbetet bygger på WHO:s mål att minska antalet suicid med minst en tredjedel till år 2020 (Socialstyrelsen, 2003). I Regeringens proposition om en förnyad folkhälsopolitik förespråkade flera remissinstanser en nationell nollvision mot suicid (Proposition, 2007/08:110). Trots denna nollvision har suicid bland unga 15-24 år ökat (Statistiska Centralbyrån, 2009; Runeson, 2010).

Suicid är i sig ingen sjukdom, men 90-96 procent av dem som dör av suicid har en psykisk sjukdom i botten (Socialstyrelsen, 2003). Det är viktigt att belysa detta problem då suicid är den vanligaste orsaken till att personer med psykisk sjukdom dör i förtid (Gordon & Melvin, 2014). Trots att antalet suicid sjunkit, så har antalet suicidförsök inte gjort det. Det sker cirka tio gånger fler suicidförsök än suicid (Socialstyrelsen, 2003). Män i åldern 15-24 år har högre suicidtal än kvinnor i samma ålder, medan kvinnor 15-24 år begår fler suicidförsök än män (Gordon & Melvin, 2014; O'Connell, 2012). Att män ändå har högre suicidtal menar NASP et al. (2003) och Runeson (2010) kan bero på att män oftare gör impulsiva och grövre suicidförsök vilket leder till fler fullbordade suicid. En förklaring kan även vara att kvinnor i högre grad söker vård (Runeson, 2010). Ett tidigare suicidförsök ger högre suicidrisk en lång tid efter försöket (Socialstyrelsen, 2003).

## **Risikfaktorer**

Risikfaktorer för suicid kan enligt Shain (2007) och Runeson (2010) vara psykisk ohälsa såsom depression, personlighetsstörning, bipolär sjukdom eller missbruk, biologiska/genetiska orsaker såsom suicid inom familjen eller genetiska rubbningar.

Risikfaktorer kan även vara sociala svårigheter såsom låg utbildning, ekonomiska svårigheter eller sexuell läggning, psykologiska orsaker såsom misshandel eller svårigheter under uppväxten eller kriser i livet såsom förlust av närstående eller arbetslöshet (O'Connell, 2012).

Trots att det är svårt att identifiera suicidnära personer så finns det tydliga riskfaktorer. Bland unga personer är psykisk ohälsa en av de vanligaste orsakerna till suicid (Gordon & Melvin, 2014; Runeson, 2010). Psykisk ohälsa kan innefatta många olika tillstånd men depression och bipolär sjukdom är två dominerande diagnoser vid suicid bland unga personer (Shain, 2007; Gordon & Melvin, 2014). Omkring 80 procent av suicidförsöken bland unga personer, och 60 procent av de som begår suicid har en affektiv störning (Brent et al., 2011). Depression har visat sig vara den diagnos som är mest förknippad med suicidtankar och suicidalt beteende (Bostwick et al., 2011). Vid bipolär sjukdom är det den depressiva fasen som utgör en risk för suicid (Zimmerman et al., 2013).

### **Unga personer**

I detta arbete ligger fokus på unga 15-24 år eftersom suicidtalerna ökar i denna åldersgrupp. Många unga personer tvekar ofta inför att söka vård på grund av rädslan för att bli kritiserade och utpekade. Detta är ett problem världen över och visar på betydelsen av sjuksköterskors förhållningssätt till unga personer. Unga personer befinner sig i en övergångsfas mellan barndom och vuxenliv och det är viktigt att sjuksköterskor har en förståelse för denna utveckling (Runeson, 2010). Det är en period av fysisk, psykisk och social tillväxt där de ska frigöra sig från sina föräldrar och söka en vuxen identitet (Odlind, 2009; Runeson, 2010). För många innebär det att experimentera och utsätta sig själva för fysiska, känslomässiga och sociala förändringar (Söderbäck, 2014; Runeson, 2010). Alltför ofta hamnar unga personer som söker vård i kläm då de varken tillhör barn- eller vuxensjukvården.

### Unga suicidnära personer

Som sjuksköterska kan man komma att möta unga suicidnära personer inom både slutenvård, öppenvård, primärvård och akutsjukvård (Ala et al., 2012). Det är av stor vikt att alla unga suicidnära personer som söker vård tas på allvar och bemöts med respekt (Shain, 2007). Andelen unga med depression ökar och debuterar idag i allt lägre åldrar än tidigare (SBU, 2004). Psykisk ohälsa påverkar funktionsförmågan i till exempel hemmet, skolan och bland kamrater och kan leda till sömnstörningar, brist på energi, känsla av värdelöshet, nedstämdhet och återkommande suicidtankar (Olsson, 2015). Unga personer kan ha svårt att våga ta emot hjälp eller prata med sin omgivning, vilket kan förklara varför suicidtalerna i denna åldersgrupp ökar (Ala et al., 2012). Unga personer med personlighetsstörningar har en ökad risk för suicid, delvis på grund av aggressivitet och impulsivitet (Armstrong et al., 2010).

Unga personer saknar oftast livserfarenhet om att svårigheter kan övervinnas och att livet kan ta en ny vändning. Ofta agerar de därför impulsivt, vilket innebär att suicid eller suicidförsök kan ske mer spontant i denna åldersgrupp (O'Connell, 2012). Odlind (2009) visade även på att unga personer idag har fler valmöjligheter än förr i form av till exempel media och utbildningsmöjligheter vilket ställer högre krav på individen. Detta kan leda till psykisk ohälsa i form av ångest och depression som är växande problem bland unga personer. Därmed ökar också suicidrisken (Odlind, 2009). Unga personer är mer sårbara

och utsatta för medias påtryckningar än vad vuxna är. Det som skrivs och visas i medier kan dels bidra till en känsla av otillräcklighet men också skapa suicidala tankar hos personen. Detta kan vara en pådrivande faktor för suicidala handlingar för redan suicidnära personer då unga personer lättare än vuxna tar till sig av andras åsikter och beteenden (Odlind, 2009). Unga personer upplever ofta att de svikit sina föräldrar eller inte levt upp till de förväntningar som finns och att suicid är deras enda utväg (Runeson, 2010).

### Varningstecken hos unga suicidnära personer

Varningstecknen hos unga suicidnära personer kan vara desamma som hos vuxna såsom energiförlust, nedstämdhet, känsla av värdelöshet, känsla av hopplöshet, koncentrationssvårigheter, uppgivenhet och irritation. Hos unga personer skiljer sig dock tecknen ofta åt från vuxna suicidnära vilket kan bidra till att yngre är svårare att fånga upp inom vården (Runeson, 2010). De unga suicidnära personerna utvecklar ofta psykosomatiska symptom i form av huvudvärk, magsmärtor, viktnedgång och svimningskänslor (Shain, 2007).

## **Sjuksköterskans roll**

### Omvårdnadens betydelse

Enligt International Council of Nurses [ICN] etiska kod (2014) är det sjuksköterskans ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan har det övergripande ansvaret över den omvårdnad som ges. Målet med den omvårdnad och det stöd som ges till unga suicidnära personer är enligt Socialstyrelsen (2003) att bevara livet och stärka personens resurser och möjligheter till att klara av att leva. Det innebär att skapa en god relation som bygger på trygghet och säkerhet (Socialstyrelsen, 2003; Runeson, 2010). Enligt Runeson (2010) är en av hälso- och sjukvårdens huvudsakliga uppgifter att förhindra och förebygga suicid. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2008) handlar omvårdnad om mötet mellan sjuksköterskan och personen hon möter där sjuksköterskans förhållningssätt har betydelse för personens upplevelse av omvårdnaden.

### Förhållningssätt

Förhållningssätt betyder att någon ger ”uttryck för en viss hållning” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008, s.8). Ett bra förhållningssätt i mötet innebär en god kommunikation, ett gott bemötande, stor lyhördhet och förståelse gentemot andra människor (Ala et al., 2012). Eftersom den unga personen som söker vård befinner sig i en utsatt position är det förhållningssätt som sjuksköterskan har avgörande för den fortsatta omvården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008; Runeson, 2010). Hos den unga suicidnära personen finns ofta en stor skam och rädsla att ta emot hjälp och sjuksköterskans förhållningssätt i mötet är därför av extra stort värde för att skapa trygghet och inge hopp (Ala et al., 2012; Runeson, 2010). Unga suicidnära personer som är i kontakt med vården måste erbjudas tid och bemötas med det allvar som situationen kräver (Lundqvist et al., 2014). Sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med unga suicidnära personer kan spela en avgörande roll och därmed reducera suicidrisken avsevärt (Sun et al., 2006b).



## Trygghet och hopp

God omvårdnad innebär att ge patienten en känsla av delaktighet och trygghet i mötet med sjuksköterskan. Att skapa trygghet för patienten utgör grunden för fortsatta samtal. För att känna jämlikhet mellan sjuksköterska och patienten de möter krävs enligt Ala et al., (2012) en känsla av trygghet där patienten känner sig respekterad och förstådd. Tilliten till sig själv och andra växer fram när man känner förtroende, värme och acceptans och är en förutsättning för att vi ska våga närma oss och öppna oss för andra (Ala et al., (2012). Att som människa få uppleva tillit och trygghet är nödvändigt för ett meningsfullt liv (Ala et al., 2012). Antonovsky (1991) talar i sina teorier om KASAM som kan sammanfattas som en känsla av sammanhang där de tre delarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet ingår. Han visade på att meningsfullhet är det viktigaste delen för människan (Antonovsky, 1991). Om en person känner tillit till en annan person skapas en möjlighet att finna hopp och mening i svåra situationer (Runeson, 2010). Hoppet är en drivkraft och övertygelse om att det finns en mening med allt (Antonovsky, 1991). Kunskapen och förhållningssättet som sjuksköterskan möter patienten med kan lindra lidande trots ohälsa. Det är viktigt att även sjuksköterskan känner trygghet i sitt yrke och sin kompetens för att kunna ge en personcentrerad omvårdnad (Antonovsky, 1991).

## Bemötande

Bemötande handlar om att ta emot och förhålla sig till personer med värme och engagemang och är en central och viktig del i relationen mellan vårdare och patient (Fossum, 2013). Hur sjuksköterskan bemöter rädda och osäkra personer kan bli avgörande för hur de uppfattar kvalitén i vården (Ala et al., 2012; Runeson, 2010). Bemötandet ska enligt Ala et al., (2012) tillgodose ett behov av lugn, ro och omsorg samt förmedla hopp för personen. Det är av vikt att unga personer som är i kontakt med vården erbjuds tid och bemöts på stort allvar för att personen ska känna hopp och vilja ta emot hjälp (Ala et al., 2012).

## Patientrelationen

Som sjuksköterska är det viktigt att ha en icke-dömande attityd och se och lyssna på patienten (Socialstyrelsen, 2003). Joyce Travelbee (1971), en amerikansk omvårdnadsteoretiker beskriver relationen mellan patient och vårdare som grunden för god omvårdnad. Hon tar avstånd från begreppet patient och lyfter istället fram personen som bör vårdas utifrån sin individuella hälsa. Travelbee (1971) menade att det är viktigt att sjuksköterskan ser patienten som en unik individ för att kunna bemöta dennes individuella behov och skapa en god kontakt. Genom sin kunskap, erfarenhet och självinsikt kan sjuksköterskan möta patienten och lindra dennes lidande. Som sjuksköterska kan man genom förståelse och empati skapa en relation till patienten och låta omvårdnaden styras utifrån den enskilda patienten. Patientrelationen byggs upp i det mellanmänniska mötet genom engagemang och tid, och för att sjuksköterskan ska förstå vad omvårdnaden innebär är det viktigt att förstå interaktionen och betydelsen av relationen till patienten (Travelbee, 1971). En mellanmännisklig relation innebär ett utbyte eller ett flertal upplevelser mellan två parter, i detta fall mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan är ansvarig för att upprätthålla denna relation till patienten där hon ska hjälpa patienten till återhämtning och att finna mening. Mening kan finnas genom att sjuksköterskan bidrar till att förmedla en känsla av hopp. Detta är av stor betydelse för patientens tillfrisknande (Travelbee, 1971).

Denna mellanmänskliga relation utvecklas enligt Travelbee (1971) i fem så kallade interaktionsfaser. I *det första mötet* möts patient och vårdare och ser varandra som främlingar. De kan skapa en bild av varandra utifrån det de ser och tar in. Denna fas präglas till stor del av observation och att lära känna varandra. I den andra fasen *framväxt av identiteter* utvecklas relationen djupare genom att lyssna, ta in och vara lyhörd. En ömsesidig relation kan utvecklas där roller läggs åt sidan och individerna kan lära känna och se varandra bakom rollerna. Här kan också sjuksköterskan börja skapa en förståelse för patienten och dennes situation. Tredje fasen *empati* består av att kunna gå in i och förstå en annan individs känslotillstånd. Genom empati kan sjuksköterska och patient förstå varandras handlingar. I den fjärde fasen *sympati* utvecklas sjuksköterskans och patientens relation och medkänsla för varandra. Sjuksköterskans sympati byggs upp i empatifasen och innebär viljan och intresset av att lindra patientens lidande. Sista fasen utgörs av *ömsesidig kontakt och förståelse* där relationen fördjupas och utvecklas. Först efter dessa faser kan en mellanmänsklig relation uppstå där vårdare och vårdtagare ser varandra mer jämlikt. Travelbee (1971) ansåg att kommunikationen var ett av de viktigaste verktygen för att skapa en relation där känslor, behov och tankar kan förmedlas.

### Kommunikation

Enligt Fossum (2013) är kommunikation mellan människor viktigt för att samarbeta, överleva och tillfredsställa personliga behov. Det innebär ett ömsesidigt utbyte som går att dela med någon eller några. Kommunikationen är en viktig del av sjuksköterskans kompetensområde för att skapa trygghet för personen som söker vård och för att upprätthålla en säker och god vård. Det är viktigt, och även nödvändigt, att patient och sjuksköterska förstår varandra för att mötet ska bli effektivt. Ett budskap som är tydligt för sjuksköterskan behöver inte uppfattas på samma sätt av patienten. Det handlar då dels om den verbala men också den icke-verbala kommunikationen då kroppsspråket ibland betyder mer än själva orden. Om kroppsspråk och ord inte stämmer överens kan det vara svårt att ta till sig ett budskap (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013). Att lyssna är en stor och viktig del i kommunikationen, i vissa fall kan det räcka med att endast lyssna. En god lyssnare innebär att vara koncentrerad och visa intresse i vad den andra har att säga. Det innebär att möta personen där han eller hon befinner sig (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013).

Utvecklingen unga personer genomgår påverkar hjärnan som tolkar information och känslor annorlunda och reagerar därmed också på ett annat sätt än vuxna (Söderbäck, 2014). Detta leder till att unga personer kan tolka och missuppfatta situationer lättare vilket kräver försiktighet och kunskap från sjuksköterskans sida. God kommunikation till unga personer handlar om att tala med värme och vänlighet för att personen ska känna sig väl bemött och trygg trots situationens allvar (O'Connell, 2012).

## **Problemformulering**

År 2008 lade regeringen fram en proposition om en nationell nollvision mot suicid (Proposition, 2007/08:110). Trots detta har suicid enligt Statistiska centralbyrån (2009) ökat det senaste årtiondet bland unga personer och är idag den vanligaste dödsorsaken bland unga 15-24 år (NASP et al., 2009). I samhället och inom hälso- och sjukvården är suicid fortfarande ett tabubelagt ämne trots att det är ett stort samhällsproblem. Det är av stor vikt att det uppmärksammas och talas mer öppet om suicid då det går att förhindra (Socialstyrelsen, 2006). Som sjuksköterska kan man möta unga suicidnära personer i alla vårdssammanhang (Ala et al., 2012). Unga suicidnära personer som är i kontakt med vården måste erbjudas tid och bemötas med det allvar som situationen kräver (Shain, 2007). Det finns enligt O'Connell (2012) en bristande kunskap och osäkerhet kring hur man förhåller sig i relation till unga suicidnära personer inom sjukvården. Många unga känner skamkänslor över sina tankar och problem och har svårt att våga söka hjälp på grund av rädslan att inte bli tagna på allvar (NASP et al., 2003). God omvårdnad innebär att ge den suicidnära personen en känsla av hopp och trygghet (Ala et al., 2012). I detta arbete fokuserar författarna på vilka förhållningssätt som är betydelsefulla för sjuksköterskan i mötet med unga suicidnära personer för att skapa trygghet och inge hopp.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa betydelsen av sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med unga suicidnära personer för att skapa trygghet och inge hopp.

## **METOD**

### **Val av Metod**

Som metod valdes systematisk litteraturöversikt då en sådan ansågs kunna besvara studiens syfte genom att kunna ta del av en större mängd data och på så sätt nå fram till problemområdet (Friberg, 2012). Systematisk litteraturöversikt syftar till att ta del av den forskning som finns för att kunna bedriva en god vård (Rosén, 2012). Genom kritisk granskning och sammanställning av resultat från vetenskapliga studier skulle studiens syfte kunna besvaras. Litteraturöversikten skulle belysa tidigare gjorda studier inom ämnet och bidra till fördjupad kunskap som kan användas i praktiken (Dahlborg- Lyckhage, 2012).

### **Urval**

Artiklarna var till en början begränsade till tio år gamla i databaserna för att få aktuella vetenskapliga artiklar. Under arbetets gång tilläts även äldre artiklar, dock inte äldre än 20 år, för att få tillgång till fler artiklar. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle genomgått peer reviewed och skrivna på svenska eller engelska (Östlundh, 2012). Artiklar från olika delar av världen inkluderades då suicid är ett globalt problem. Studiepopulationen var unga män och kvinnor mellan 15-24 år. Detta för att det är endast i denna åldersgrupp som suicid ökar vilket fängade författarnas intresse samt att suicid förekommer bland båda könen (Statistiska centralbyrån, 2009). Denna åldersgrupp benämndes "unga personer" alternativt "unga suicidnära personer" i de artiklar som lästs. Suicid bland personer under 15 år exkluderades då ökningen främst sker i åldrarna 15-24 år (Runsson, 2010). Suicid bland barn under 15 år saknar även tillförlitlig statistik och tystas ibland ned som olyckshändelse (Folkhälsomyndigheten/ Socialstyrelsen, 2016).

Begränsningen gjordes genom att sökord som *young adult* och *adolescent* användes. Genom att begränsa studiepopulationen får man färre sökträffar men tydligare resultat (Rosén, 2012). Artiklar från olika vårdavdelningar inkluderades i och med att suicidnära personer kan mötas i alla vårdsammanhang. Genom att ta del av artiklar från olika avdelningar kan större mängd information hittas (Notter & Rose Hott, 1996). Artiklar ur både ett patient- och sjuksköterskeperspektiv inkluderades för att få en uppfattning om båda sidorna inom vården. I urvalet exkluderades artiklar som var riktade till suicidnära personer över 24 år samt studier på specifika psykiatriska sjukdomstillstånd såsom psykossjukdomar och schizofreni. Dessa sjukdomstillstånd kräver särskild omvårdnad och detta arbete syftade till att ge en helhetsbild av alla unga med suicidala tankar. Även review artiklar exkluderades i resultatet (Rosén, 2012).

## Datainsamling

Till en början gjordes några provsökningar i databaserna PubMed och Cinahl complete inför det valda ämnet för att se om tillräckligt med underlag fanns för att utföra studien (Friberg, 2012). Cinahl complete innehåller material inom omvårdnad och PubMed inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013). Vidare användes även databasen PsycINFO för att fördjupa sökningarna inom det psykiatriska området. För att precisera sökningarna användes till viss del Medical Subjects Headings [MeSH-termer] i Pubmed. MeSH-termer innebär en samling termer som beskriver ett begrepp för att precisera sökningen (Knutsson & Moberg, 2016). Sökorden i PubMed var både MeSH-termer och fritext och användes dels var för sig men också i kombination med AND för att avgränsa antalet artiklar och bli mer specifika (Östlundh, 2012). I Cinahl användes Cinahl Headings eller fritextsökning.

Till stor del var ämnesorden i Cinahl, PubMed och PsycINFO desamma och användes för att identifiera relevanta artiklar. Svenska ord som *bemötande* och *förhållningssätt* var svåra att översätta till engelska och ersattes med ord som *attitude*, *nursing* och *care*. Sökorden som användes i de tre databaserna var *suicide*, *attempted suicide*, *attitude*, *healthcare personnel*, *nursing*, *suicide*, *adolescent*, *suicidal patients*, *mental health*, *adolescence*, *young adults*, *emergancy nursing*, *suicidal behavior*, *risk of suicide*, *psychiatric nurses*, *care*, *inpatients*, *warnings*, *psychiatric* och *pediatric nursing*. Sökorden användes i olika kombinationer då det enligt Karlsson (2012) ger fler perspektiv och infallsvinklar på problemet. Detta för att enligt Rosén (2012) inte låta egna åsikter styra urvalet utan ge en trovärdig bild av verkligheten. Sökningarna i de tre databaserna gjordes av författarna var för sig och lades in i en gemensam söktabell (1). På så sätt kunde författarna gå tillbaka och se vilka sökord som använts.

Tabell 1 redovisas nedan.

Tabell 1. Sökningar

Datum	Databas	Begränsningar	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-01-22	Cinahl	Full article, Peer reviewed, research article, abstract	“Suicide” [Cinahl Headings] AND “Emergency	9	1	1	1

			nursing” [Cinahl Headings]				
2016-01-24	PsycInfo	Peer reviewed	Healthcare personnel (fritext) AND Attitude (fritext) AND Suicide (fritext)	2	2	2	2
2016-01-24	PsycInfo	Peer reviewed	Mental health (fritext) AND Suicide (fritext) AND Young adults (fritext) AND Care (fritext)	49	4	2	2
2016-01-25	PsycInfo	Peer reviewed Engelsk År 2001 och framåt, abstract	Suicidal patients (fritext) AND nursing (fritext) AND attitude (fritext)	18	8	4	2
2016-01-25	PsycInfo	Peer reviewed Engelsk År 2001 och framåt	Attempted suicide (fritext) AND adolescent attitudes AND care	4	1	1	1
2016-01-26	Cinahl	Peer reviewed English År 2001 och framåt	Suicidal patient AND Psychiatric nurses	5	2	2	1
2016-01-30	PsycInfo	Peer reviewed, full text, abstract	Suicidal behavior AND adolescent AND nursing	20	2	1	1
2016-01-31	Cinahl	Peer reviewed, full text, abstract	Risk of suicide AND adolescent	57	2	2	2
2016-02-08	PubMed	Full text, 10 years	Mental health nurses (fritext)	44	3	2	1

			AND suicide (MesH) AND adolescent (MesH)				
2016-02-08	PubMed	Full text, 10 years	Suicide (MesH) AND Attitude (MesH) AND Nurses (fritext) AND Young Adults (MesH)	4	2	1	1
2016-02-08	PsycInfo	Peer reviewed, English, full text, abstract, År 2000-2016	Adolescent (fritext) AND Suicide (fritext) AND Warnings (fritext) AND Psychiatric (fritext)	10	3	2	1
2016-02-08	Cinahl	Peer reviewed, Full text	Inpatients (Cinahl Headings) AND psychiatric nursing (Cinahl Headings) AND suicide (fritext)	52	4	1	1
2016-02-22	Cinahl	Peer reviewed, Full text	Mental health (fritext) AND adolescent (fritext) AND pediatric nursing (fritext)	25	1	1	1

Totalt 17 använda artiklar.

### Dataanalys

Sökningen av artiklar i databaserna gjordes av båda författarna. Vid varje sökning granskades titlarna på artiklarna utifrån studiens syfte och abstrakt valdes ut. Abstrakten lästes sedan för att se om artiklarna ansågs vara värda att läsa i sin helhet. De abstrakt som inte ansågs passa syftet och problemformuleringen sorterades bort. De artiklar som ansågs svara på syftet lästes av båda författarna och inkluderades eller exkluderades till resultatet,

för att göra en begränsning (se bilaga B). Granskningen har hela tiden skett i samråd med varandra och i enighet (Rosén, 2012). Artiklarna lästes av båda författarna var för sig utifrån studiens syfte och bedömdes flera gånger utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering. Artiklar bedömdes till hög, medel eller låg kvalitet och artiklar med låg kvalitet exkluderades. Artiklarna granskades delvis med hjälp av vald omvårdnadsteoretisk referensram, med mötet och patientrelationen i åtanke. Denna referensram diskuterades sedan i relation till resultatet i resultatdiskussionen. Teorin ligger dock inte till grund för hela arbetet utan var ett bakomliggande synsätt till studien (Henricson, 2012).

Artiklarna som inkluderades valdes ut under tiden som resultatet skrevs. Genom att hela tiden bearbeta det nya material som tillkom kunde författarna enligt Rosén (2012) ha en överblick över materialet och inte få upprepad information. Delar som svarade på arbetets syfte markerades och klipptes in i ett dokument. Texten översattes till svenska och bearbetades till olika kategorier (Rosén, 2012). Dessa kategorier var; Betydelsen av att samtala; Betydelsen av att lyssna; Betydelsen av att vilja förstå; Betydelsen av att skapa en god relation; Betydelsen av att inge hopp; Betydelsen av att vara närvarande och Betydelsen av att uppmärksamma varningstecken. Granskningen resulterade i 35 lästa abstrakt och 22 artiklar som vidare begränsades till 17 artiklar varav alla var vetenskapligt granskade (se bilaga B).

### **Forskningsetiska överväganden**

Definitionen av forskning innebär enligt Helgesson (2015) ett systematiskt kunskapssökande och att det hela tiden är ny kunskap som ska eftersträvas. En god studie handlar om ärlighet och respekt för andra forskare och deras arbete (Helgesson, 2015). Inget plagiat eller stöld av texter från andra artiklar har förekommit i detta arbete. Alla inkluderade artiklar är peer reviewed, det vill säga sakkunnigt granskade av utomstående forskare som är ämnesexperter för att säkerställa kvalitet och trovärdighet (Vetenskapsrådet, 2011).

Trots en litteraturöversikt där författarna inte har deltagare i sin studie så väcks frågor kring hur de granskade artiklarna arbetat etiskt med sina deltagare. Författarna till detta arbete har granskat artiklarna utifrån etiska överväganden (Forsberg, & Wengström, 2013). I artiklar där intervjustudie gjorts har deltagarna givit sitt samtycke till att delta och haft möjlighet att avbryta deltagandet när som helst. Detta enligt autonomiprincipen; det vill säga att alla människor har rätten att bestämma över sina egna liv. Denna rätt kräver också tillräcklig kunskap och information om studien för att kunna fatta egna beslut. Därför har deltagarna i artiklarnas studier blivit informerade om hur deras uppgifter skulle användas och i vilket syfte (Helgesson, 2015). Författarna har eftersträvat att inte lägga in värderingar eller personliga åsikter för att inte styra eller påverka resultatet. Författarna har även försökt återge och översätta artiklarna så rättvist som möjligt för att tolka artiklarna i enlighet med primärkällan (Henricson, 2012).

I en litteraturöversikt granskas en stor mängd artiklar vilket kan göra att det finns risk för feltolkningar i form av språkförbistring eller metodtolkning. Författarna till detta arbete har därför varit måna om att artiklarna som inkluderats har tagit hänsyn till de etiska överväganden som nämnts ovan och använt lexikon i de fall det funnits brister i språkförståelsen. I de fall artiklarna inte uppgett etiska överväganden har författarna till

denna studie själva granskat artiklarnas etiska värde utifrån principen att inte skada, rättvis principen och autonomiprincipen (Kjellström, 2012).



## RESULTAT

Resultatets huvudfynd visade tydligt på vikten av att öppet samtala om suicid med unga suicidnära personer. Andra viktiga fynd som framkom var betydelsen av att lyssna, att vilja förstå, att skapa en god relation, att inge hopp, att vara närvarande samt att uppmärksamma varningstecken. Dessa fynd var tillsammans betydelsefulla för hur sjuksköterskan skulle förhålla sig i mötet till unga suicidnära personer.

### Betydelsen av att samtala

#### Våga tala om suicid

Det fanns en längtan och ett behov hos de unga suicidnära personerna att få tala om sina suicidtankar (Buckley, 2010; Holliday & Vandermause, 2015; Murray & Wright, 2006; Talseth et al., 1999; Vatne & Nåden, 2014). Sjuksköterskorna upplevde att man inte borde tala kring suicid med de unga suicidnära personerna och många sjuksköterskor visste heller inte hur man borde tala om det (O'Connell, 2012; Talseth et al., 1999). Talseth et al. (1999) tillfrågade ineliggande suicidnära patienter om hur de upplevde sjuksköterskornas bemötande där majoriteten av patienterna upplevde att sjuksköterskorna mestadels undvek att tala med dem, och när de tog sig tid fokuserade de i huvudsak på hur medicineringen fungerade. Det visade sig istället att majoriteten av de suicidnära patienterna uppgav det enbart som positivt att bli tillfrågade om sina suicidtankar och planer (Holliday & Vandermause, 2015; Talseth et al., 1999; Vatne & Nåden, 2014). Det kunde snarare vara en lättnad för de suicidnära patienterna att bli tillfrågade och uppmuntrade till att berätta om sina tankar (Vatne & Nåden, 2014). Många suicidnära patienter upplevde sina suicidförsök som skamfyllda och vågade inte ta initiativ till att prata om dem. Det visade sig att sjuksköterskorna brast i det som de suicidnära patienterna istället önskade efter sina suicidförsök, nämligen dialog och förståelse (Holliday & Vandermause, 2015 och Murray & Wright, 2006).

#### Samtalet

Murray och Wright (2006) belyste att samtalet med unga suicidnära personer kunde underlättas genom att sjuksköterskan ställde öppna frågor vilket ofta gav mer innehåll i svaren kring personernas tankar och känslor. Att våga ställa raka frågor gav ofta den unga personen känslan av att inte vara själv med sina tankar (Murray & Wright, 2006). Murray och Wright (2006) menade också att det var betydelsefullt att sjuksköterskan tog ansvar, hade en tydlig struktur på samtalet, var tydlig i sin kommunikation och informerade den unga personen om hur samtalet skulle gå till. Utifrån denna inramning kunde sjuksköterskan vara lyhörd, visa intresse och ha tålamod för den unga personen. Det var lätt att tappa den unga personen i samtalet, och därför var det viktigt att vara följsam och låta personen vara delaktig (Murray och Wright, 2006). Buckley (2010) menade att det var betydelsefullt att låta den unga personen uttrycka sina behov och tala om sina problem i sin takt. Personerna inkluderades då i sin egen vård vilket gav dem en känsla av att vara värdefulla. Talseth et al. (1999) menade istället att samtalen i sig inte alltid var det viktiga, utan att någon tog sig tid att vara hos de unga suicidnära personerna, vilket fick dem att känna sig mer värda. Samtalen behövde inte alltid vara långa, det handlade mer om känslan av att bli sedd och att bli lyssnad på (Talseth et al., 1999).

Murray och Wright (2006) visade att det hjälpte om sjuksköterskan frågade den unga personen om vilka faktorer de ansåg viktiga i deras liv varav familjen i många fall var en viktig faktor. Genom att sjuksköterskan lät dessa faktorer stå i fokus kunde det bli en motivation till förändring. Den unga personen insåg sällan själv sitt värde men i samtal med sjuksköterskan kunde de få upp ögonen för sina bra sidor. För varje samtal tog den unga personen in mer och mer av det som sades och ofta fanns de positiva tankarna kvar hos personen efter samtalet vilket kunde starta en förändringsprocess. Många upplevde att de mådde bättre efter varje samtal och att förtroendet till sjuksköterskan kunde få dem att se fram emot nästa besök (Murray & Wright, 2006; Obando et al., 2014; Sun et al., 2006a). Murray och Wright (2006) visade att om orden inte räckte till kunde man använda sig av en Visuellt analog skala [VAS] där den unga personen istället fick uppskatta frågorna från 0-10 vilket kunde kännas lättare än att sätta ord på vad de kände.

### Samtalet i det akuta skedet

Många sjuksköterskor var snabba med att rätta den unga personen och komma med råd vilket upplevdes som att de var tvungna att försvara sig och att samtalet fick mer fokus på problemen än lösningarna. Detta blev ett hinder för relationen och bromsade den unga personen från att kunna förändra sitt beteende (Murray & Wright, 2006). I enighet med detta menade Vatne och Nåden (2014) att det var viktigt att undvika att argumentera och ifrågasätta den unga suicidnära personen, framförallt i en akut situation. I dessa situationer var det bättre att lyssna och öppet tala om det som hänt men att avvakta med förslag på åtgärder (Holliday & Vandermause, 2015). Det kunde annars göra att den unga personen upplevde samtalet som ytligt och höll undan viktigt information (Vatne & Nåden, 2014).

Genom koncentration och respekt för det den unga personen berättade så ökade chansen att personen upplevde det första mötet med sjuksköterskan som positivt (Vatne & Nåden, 2014). Ett suicidförsök är ett trauma som behöver bearbetas och talas om precis som andra traumatiska händelser. Öppenhet och förtroende kunde ge den unga personen möjlighet att tala om det som de upplevde som skamfyllt (Holliday & Vandermause, 2015; Vatne & Nåden, 2014). Doyle et al. (2007a) och Murray och Wright (2006) belyste vikten av en snabb riskbedömning av den unga suicidnära personen för att kunna ge rätt vård. Det var därför viktigt att våga fråga den unga personen kring sina suicidtankar, planer och försök för att kunna bedöma suicidrisken. Detta kunde göras med skattningskalor eller intervjuinstrument (Murray & Wright, 2006).

### Kroppsspråket

Holliday & Vandermause (2015), Sun et al. (2006a), Talseth et al. (1999) och Murray & Wright, (2006) belyste att både verbal och icke verbal kommunikation har en viktig betydelse i interaktionen mellan sjuksköterska och patient. De unga suicidnära personerna ansåg att kroppsspråket visade tydligt om sjuksköterskan var intresserad eller inte (Murray & Wright, 2006). Flera unga suicidnära personer uppgav att sjuksköterskan kändes stressad i sitt sätt att prata och i sin kroppshållning. Ögonkontakt, lugn samtalston och avslappnad kroppshållning var tecken som de unga suicidnära personerna lade märke till hos sjuksköterskorna och var avgörande för att de skulle känna sig välkomna och trygga. Genom att sitta ner i jämnhöjd med de unga personerna upplevdes situationen som mer bekväm och jämlik. Fysisk kontakt, till exempel en hand på axeln eller att samtala under en promenad upplevdes som en trygghet av många och gav dem känslan av att sjuksköterskan ville lyssna och lära känna dem (Talseth et al., 1999).

## **Betydelsen av att lyssna**

Till stor del byggde relationsskapandet på aktivt lyssnande och god kommunikation (Doyle et al., 2007a; Holliday & Vandermause, 2015; Murray & Wright, 2006; Sun et al., 2006a; Talseth et al., 1999). Den unga personen upplevde ofta att sjuksköterskan inte alltid hade möjlighet att hjälpa dem ur deras problem, men bara att sjuksköterskan lyssnade räckte långt (Holliday & Vandermause, 2015 och Talseth et al., 1999). Lyssnandet bidrog även till att uppmärksamma den unga personens icke-verbala kommunikation. Ett aktivt lyssnande innebar enligt Murray och Wright (2006) att ha ett öppet sinne och ett genuint intresse för att kunna förstå meningen bakom orden. Ett sätt att visa sitt intresse var att minnas det som den unga personen hade talat om, som att komma ihåg namnen på de personer som fanns i den unga personens närhet (Murray & Wright, 2006). Likaså fann Sun et al. (2006a) att om sjuksköterskorna var närvarande i stunden ökade möjligheten att lyssna och visa sitt intresse för den unga personen. Den tid sjuksköterskan lade på att lyssna på den unga personen, och låta dem berätta i lugn och ro var enligt de unga personerna själva det viktigaste för att de skulle våga berätta och öppna sig. Genom att de unga personerna kände att de hade stöd från sjuksköterskorna vågade de låta känslorna komma fram (Holliday & Vandermause, 2015 och Sun et al., 2006a).

## **Betydelsen av att vilja förstå**

Sjuksköterskan har ett stort ansvar gentemot den unga suicidnära personen då förhållningssättet i mötet till den unga personen kan stärka viljan att leva (Tzeng et al., 2010). Grunden i omvårdnaden var att sjuksköterskor hade en vilja att förstå (Tzeng et al., 2010; Vatne & Nåden, 2014; Carlén & Bengtsson, 2007). Generellt ansågs det svårare och mer krävande att vårda och förstå unga suicidnära personer jämfört med vuxna suicidnära (Andersson & Standen, 2007). Därför var det viktigt att förstå den unga personens smärta och se suicidförsöket som en del i ett oerhört lidande och ett rop på hjälp snarare än en spontan handling (Vatne & Nåden, 2014; Holliday & Vandermause, 2015).

Tzeng et al. (2010) menade att sjuksköterskor hade en undermedveten inre dörr och att denna dörr stod öppen endast när de själva kände sig redo att lyssna på den unga personen. Den inre dörren fastställde sjuksköterskors förmåga att förstå den unga suicidnära personens inre världar och sina egna. Avsaknaden av sådan förståelse kunde leda till att sjuksköterskan kände rädsla och istället höll sig tillbaka (Carlén & Bengtsson, 2007; Vatne & Nåden, 2014). Detta stängde deras inre dörr och därmed öppenhet mot den unga personen (Tzeng et al., 2010). Enligt Carlén och Bengtsson (2007) tog sjuksköterskorna avstånd från den unga personen om de inte kände sig förberedda. Det kunde handla om personliga faktorer, till exempel att man var för trött för att spendera tid med personen. Detta i enlighet med Tzeng et al. (2010) som såg att de flesta sjuksköterskorna lyssnade till den unga personens historia endast när de hade avslutat dagens rutiner och var känslomässigt förberedda. Begreppet ”den inre dörren” hjälpte sjuksköterskor att bättre förstå varför de tog avstånd från den unga personen i olika situationer (Tzeng et al., 2010). Ett sätt för sjuksköterskorna att reda ut och lösa sina egna inre konflikter var genom självreflektion och förståelse av den unga personens upplevelser (Vatne & Nåden, 2014). Likaså belyste Tzeng et al. (2010) och Carlén och Bengtsson (2007) att om man var villig att reflektera över sina egna upplevelser kunde sjuksköterskorna sätta sig in i den unga personens livsvärld och se förbi sin egen tolkning av situationen. Förhållandet mellan sjuksköterskorna och den unga personen ändrades endast när sjuksköterskorna själva var villig att öppna den egna inre dörr (Tzeng et al., 2010).

## **Betydelsen av att skapa en god relation**

Förståelsen mellan den unga suicidnära personen och sjuksköterskan menade Tzeng et al. (2010) var av stor vikt för att skapa en god relation dem emellan och för att bygga ett förtroende. Murray och Wright (2006), Obando et al. (2014), Sun et al. (2006a) och Vatne och Nåden (2014) tog upp betydelsen av att först skapa ett förtroende och trygghet innan den unga suicidnära personen var beredd att ta emot stöd och vägledning tillbaka till livet. Sun et al. (2006a) menade att en god relation till sjuksköterskan skapade en trygghet för den suicidnära personen och de kände sig skyddade från att skada sig själva. Det krävdes tid och kraft för att skapa en god relation och bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterska och patient. Det var dock väl investerad tid då resultatet blev att den unga suicidnära personen var villig att öppna sig för sjuksköterskan (Vatne & Nåden, 2014).

Enligt Murray och Wright (2006) hade många unga suicidnära personer attityden om att sjuksköterskorna egentligen inte intresserade sig för dem utan att det tillhörde deras yrkesroll att ta hand om dem. De unga personerna misstolkade lätt sjuksköterskans signaler och kunde känna ilska och sorg om de uppfattade att sjuksköterskan var ointresserad (Murray & Wright, 2006). Talseth et al. (1999) visade att de unga suicidnära personerna ofta saknade bekräftelse från sjuksköterskorna men upplevde sig oftast väl omhändertagna i form av mat, hygien, sömn och utomhusvistelse (Talseth et al., 1999). De unga suicidnära personerna uttryckte också att sjuksköterskorna inte visade omtanke på ett personligt sätt vilket fick dem att känna sig som kriminella vilket hindrade dem från att skapa ett förtroende till sjuksköterskorna (Talseth et al., 1999).

Både Murray och Wright (2006) och Sun et al. (2006a) belyste att de unga suicidnära personerna tog sjuksköterskorna mer på allvar om sjuksköterskorna visade ett genuint intresse och skapade en relation som inte bara var professionell. Sun et al. (2006a) fann att det var av betydelse att sjuksköterskorna visade medlidande och förståelse för de unga personernas lidande. Detta upplevdes av de unga personerna som att sjuksköterskorna inte bara var i en roll, utan förstod och såg dem på riktigt. Medlidande gav också sjuksköterskan möjlighet att kunna visa empati, vara icke-dömande och uttrycka vänlighet och respekt för den unga personen (Sun et al., 2006a). Sympati var enligt Murray och Wright (2006) viktigt i det initiala skedet, men att ha empati var viktigare i skapandet av den mellanmänskliga relationen. Sjuksköterskorna behövde känna empati för den unga personen och förstå meningen och innebörden av personens situation och handlingar för att bemöta på rätt sätt (Murray & Wright, 2006).

## **Betydelsen av att inge hopp**

Det krävdes att sjuksköterskan satte sig ned hos den unga suicidnära personen, tog sig tid och aktivt lyssnade för att inge hopp, vilket gjorde det lättare för den unga personen att hantera dagen och lättare acceptera att vägen tillbaka får ta tid (Talseth et al., 1999). Förmedling av hopp uteblev ofta på grund av tidsbrist vilket ledde till att kommunikationen blev lidande. Detta kunde enligt Sun et al (2006a) och Cotton och Range (1996) öka suicidrisken då känslan av hopplöshet visade sig vara en stor risk för framtida suicidförsök. Många av de unga suicidnära personerna gick ständigt runt med en känsla av hopplöshet som påverkade dem negativt. Likaså upplevde flera av de unga suicidnära personerna att det var tiden sjuksköterskan lade på dem som fick dem att känna att de hade ett värde som människor och som gav hopp om framtiden (Sun et al., 2006a; Vatne & Nåden, 2014). Förståelsen av att de unga personerna själva bar på styrkan till förändring

bidrog till känslan av hopp om framtiden (Murray & Wright, 2006; Talseth et al., 1999; Vatne & Nåden, 2014).

Enligt Tzeng et al. (2010) ansåg många sjuksköterskor att upprepade suicidförsök trots vård tydde på att de unga personerna inte hade någon motivation till förändring. Detta fick många sjuksköterskor att bli fysiskt och psykiskt utmattade och kände tillslut hopplöshet och en vilja att själva ge upp (Tzeng et al., 2010). En positiv inställning ansågs därför vara viktigt för att kunna förmedla hopp till de unga personerna i deras ambivalens till att leva (Tzeng et al., 2010). Anderson och Standen (2007), Doyle, Keogh och Morrissey (2007b), Talseth et al. (1999) och Vatne och Nåden (2014) ansåg att alla yrkesgrupper som behandlade denna patientgrupp borde få tillgång till utbildning kring suicidbeteende och suicid. Sjuksköterskor med utbildning inom psykiatri visade sig ha bättre bemötande och empati liksom sjuksköterskor med lång erfarenhet inom området (Anderson & Standen, 2007; Doyle, Keogh & Morrissey, 2007b; Vatne & Nåden, 2014).

### **Betydelsen av att vara närvarande**

Det skapades en trygghet för den unga suicidnära personen att se sjuksköterskan som bekant och inkluderande (Murray & Wright, 2006; Tzeng et al., 2010). Sun et al. (2006a) talade om betydelsen av fysisk närvaro av sjuksköterskan på sjukhusavdelningarna. Att skapa och främja en vårdande miljö var av stor vikt för den process som krävdes för att de unga personerna skulle känna trygghet och våga ta emot hjälp (Doyle et al., 2007a; Sun et al., 2006a; Buckley, 2010).

Talseth et al. (1999) såg att många sjuksköterskor tog avstånd från att möta den suicidnära personen direkt vid ankomst och behövde förbereda sig mentalt innan. Detta trots att det framför allt i det akuta skedet var viktigt att inte lämna den unga suicidnära personen ensam och även minimera antalet sjuksköterskor som var inblandade (Doyle et al., 2007a). Regelbunden tillsyn gjorde att de unga personerna kände sig sedda och inte ensamma med sina tankar (Sun et al., 2006a). Ständig övervakning upplevdes istället som negativt för de unga personerna då det gav en känsla av kontrollförlust och intrång av den personliga integriteten. De unga personerna kunde känna att deras privatliv invaderas och att sjuksköterskorna var där för att kontrollera dem istället för att hjälpa dem. Enligt Sun et al. (2006a) gällde det att tillfråga de unga personerna om deras behov av integritet, tystnad och komfort när de kom till avdelningen. Sjuksköterskorna med tät kontakt med de unga suicidnära personerna hade mer positiv attityd än de med mindre kontakt. Ofta var det tidsbrist som gjorde att sjuksköterskorna blev avbrutna och de unga personerna lämnades ensamma vilket ledde till ökad känsla av skam och värdelöshet (Doyle et al., 2007a; Talseth et al., 1999). Viktiga faktorer för att de unga personerna skulle må bättre var just att sjuksköterskorna lade tid på dem så att de kände sig omhändertagna och hade deras stöd (Talseth et al., 1999).

### **Betydelsen av att uppmärksamma varningstecken**

Det var en viktig faktor att lära sig känna igen varningstecken för suicid för att sjuksköterskan skulle känna större trygghet i bemötandet med unga suicidnära personer. Enligt Marttunen et al. (1998) gav många unga suicidnära personer tydliga tecken på suicidtankar och nyckeln till förebyggande var att känna igen dessa tecken och veta vad som kunde göras. Varningstecken kunde vara att en ung person pratade om sina suicidplaner, uttryckte känslor av hopplöshet, förändrade sitt beteende, var ilsken och

frustrerad och fick ändrade sömnvanor (Marttunen et al., 1998). Obando et al. (2014) såg istället att varningstecknen hos unga suicidnära personer inte alltid var lika tydliga utan kunde visa sig i form av psykosomatiska symptom såsom kroppsliga smärtor, huvudvärk och svimningskänslor. Även Murray och Wright (2006) visade att många suicidnära unga personer som sökte vård inte visade några tydliga tecken på att må dåligt, vilket ändå kunde vara ett rop på hjälp. Carlén och Bengtsson (2007) visade att unga suicidnära personer ibland bar en mask där de inte visade hur de egentligen mårde utan kamouflerade sitt inre med hjälp av masken. Sjuksköterskorna kunde då uppleva att de inte nådde de unga suicidnära personerna och att de unga personerna inte ville tala om sina tankar och känslor vilket gjorde det svårt att bedöma suicidrisken. Andra drog sig tydligt undan och var mestadels på sina rum utan att söka någon kontakt (Carlén, & Bengtsson, 2007).

Doyle et al. (2007a) fann att sjuksköterskor på akutmottagningar kunde vägleda den unga personen vidare för uppföljande behandling genom att känna till varningstecknen. King et al. (2009) belyste att många unga suicidnära personer skickades hem utan någon uppföljning och endast en del av de unga personerna skickades vidare till psykiatriska vårdenheter. Cheung och Dewa (2007) och King et al. (2009) visade att 50 procent av unga personer 15-24 år inte fått tillgång till den psykiatriska vård de har haft behov av. Siffrorna var högre bland unga personer med suicidalt beteende jämfört med vuxna. Sjuksköterskor på akutmottagningar hade stor medicinsk kunskap men saknade större kunskap i det psykiska omhändertagandet (Doyle et al., 2007a; Holliday & Vandermause, 2015). Grövre suicidförsök i form av hängning, hopp från höga höjder eller skärsår med vassa föremål gav en högre chans att bli rekommenderad fortsatt hjälp jämfört med ”mildare” suicidförsök (Doyle et al., 2007a). Hultén et al. (2000) tog upp att bristen på självförtroende och mod hämmade många unga personer från att söka hjälp och våga berätta om sina problem. Eftersom akutmottagningen ofta är de som möter unga suicidnära personer först är det av stor vikt att sjuksköterskor har kunskap för att kunna bemöta och bedöma dessa (Marttunen et al., 1998; Murray & Wright, 2006).

Det visade sig att de flesta unga suicidnära personer egentligen inte ville dö, de ville att deras smärta skulle ta slut (Murray & Wright, 2006). Många unga suicidnära personer hade svårt att veta vem de skulle vända sig till och kände stor ambivalens i sitt hjälpsökande (Holliday, & Vandermause, 2015). Det var viktigt att alla unga suicidnära personer som sökte vård fångades upp snabbt av vården och togs på allvar oavsett vilka tecken de uppvisade (Marttunen et al., 1998; Murray & Wright, 2006).

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att belysa betydelsen av sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med unga suicidnära personer för att skapa trygghet och inge hopp. Resultatet visade att de viktigaste förhållningssätten var att samtala, att aktivt lyssna, att vilja förstå, att skapa en relation till den unga personen, att inge hopp, att vara närvarande, samt att uppmärksamma varningstecken. Dessa kommer här diskuteras.

Det viktigaste huvudfynd som framkom i resultatet i hur sjuksköterskan kan skapa trygghet och inge hopp hos den suicidnära personen var att öppet samtala och våga beröra ämnet suicid (Buckley, 2010; Holliday & Vandermause, 2015; Murray & Wright, 2006; Talseth et al., 1999; Vatne & Nåden, 2014). Suicid är ett tabubelagt område som behöver lyftas fram och inte förminskas (Socialstyrelsen, 2006). Det framkom att många sjuksköterskor kände en osäkerhet inför att tala med de unga suicidnära personerna om deras suicidtankar och flera sjuksköterskor undvek att tala med de unga personerna i tron om att de inte ville prata (O'Connell, 2012; Vatne & Nåden, 2014; Talseth et al., 1999). Sjuksköterskor upplevde att de unga personerna tydligt visade att de ville vara i fred genom att vara tysta eller hålla sig på sina rum (Carlén, & Bengtsson, 2007). Det visade sig istället att unga suicidnära personer ofta hade en längtan efter att få tala om sina tankar med någon men att de inte alltid tydligt visade att de ville ha kontakt (Buckley, 2010; Holliday & Vandermause, 2015; Murray & Wright, 2006; Talseth et al., 1999; Vatne & Nåden, 2014). Det skapades en barriär där både sjuksköterskan och den unga personen undvek att tala med varandra i tron om att den andra inte ville tala. Eftersom de unga personerna sällan själva tog initiativ till att samtala var det därför viktigt att sjuksköterskan tog initiativ och vågade tala med de unga personerna om suicid och deras tankar och inte undvek problemen (Murray & Wright, 2006).

NASP et al. (2003) tog upp exempel på riktlinjer för hur samtalet med unga suicidnära personer kunde gå till. Det var viktigt att under samtalet visa öppenhet, värme, omtanke och respekt för den unga personen (NASP et al, 2003; O'Connell, 2012). Liksom Söderbäck (2014) och Murray och Wright (2006) så talade NASP et al. (2003) om att det var viktigt att vara följsam och lyhörd för den unga personen men samtidigt ha en tydlig struktur för att få med viktiga faktorer. Det gällde att ställa öppna frågor såsom att fråga efter den unga personens egen uppfattning om sina suicidtankar eller mående, att fråga vad den unga personen främst ville ha hjälp med och hur problemen kunde lösas (NASP et al., 2003; Buckley, 2010). Den unga personen kunde känna en rädsla i att inte bli förstådd eller tagen på allvar och kunde då uppträda aggressivt eller avståndstagande. Därför var det i samtalet av vikt att sjuksköterskan inte var dömande utan bekräftade och var närvarande i stunden (NASP et al., 2003; Talseth et al., 1999). Enligt Murray och Wright (2006) kunde sjuksköterskan även använda en Visuellt analog skala [VAS] där den unga personen själv får skatta sitt mående om de upplever det svårt att uttrycka hur de mår.

Doyle et al. (2007a), Gordon och Melvin (2014) och Murray och Wright (2006) talade om vikten av en snabb riskbedömning av den unga suicidnära personen för att kunna ge rätt vård. Suicid eller suicidförsök kan ske mer spontant i denna åldersgrupp då de ofta agerar impulsivt i samband med utlösande faktorer trots att suicidtankar funnits sedan tidigare (O'Connell, 2012; Jokinen et al., 2013).

Därför kan det vara svårt att bedöma suicidrisken för en kommande suicidhandling vid mötet med en ung suicidnära person (Jokinen et al., 2013). Enligt Jokinen et al. (2013) och Runeson (2010) har det visat sig att även välgjorda och omfattande bedömningar av suicidrisken kan gå fel. I och med svårigheter att bedöma suicidrisken, som görs av läkare, är det av extra stor vikt för sjuksköterskan att försöka skapa ett så förtroendefullt möte som det går för att kunna skapa en trygghet hos den unga personen. Sjuksköterskans fokus på fortsatta samtal kan ofta ha betydelse för en ung person i en suicidal kris (Jokinen et al., 2013).

Samtalen behövde inte alltid vara långa utan fokus låg på att inge positiva tankar, lyfta den unga personens resurser, inge hopp och få dem att inse att förändring var möjlig (Sun et al., 2006a; Vatne & Nåden, 2014; Talseth et al., 1999). De unga personerna behöver få ur sig sina tankar och tala om vad det var de kände innan de var mottagliga för att påbörja förändring (Murray & Wright, 2006; Obando et al., 2014). Betydelsen av att inge hopp talade även Antonovsky (1991), Runeson (2010) och Ala et al. (2010) om, då hoppet gav en övertygelse om att det fanns en mening med allt. Sjuksköterskan borde ha som vana att tala med den unga personen om suicid vilket också kan medföra att rädslan kring det minskar.

Holliday och Vandermause (2015), Murray och Wright, (2006), Svensk Sjuksköterskeförening (2013), Sun et al. (2006a) och Talseth (1999) ansåg att även om samtalet var en viktig del av kommunikationen så skulle sjuksköterskan i vissa situationer komma långt med att tänka på sitt kroppsspråk. Om tiden inte räckte till kunde det räcka med att sjuksköterskan visade att hon eller han såg personen genom ögonkontakt eller en hand på axeln för att den unga personen skulle känna trygghet. Små saker kunde vara betydelsefulla för att sårbara personer skulle känna sig sedda (Murray & Wright, 2006). Det kunde handla om att få ögonkontakt och le mot en person som sjuksköterskan gick förbi i korridoren (Talseth et al., 1999).

Likt Travelbee (1971) menade Doyle et al. (2007a), Holliday och Vandermause, (2015), Murray och Wright (2006), Sun et al. (2006a), Talseth et al. (1999) att ett aktivt lyssnande var grunden för att den unga personen skulle känna sig sedd och uppleva trygghet i mötet. Genom att lyssna och uppfatta vad den unga personen sa kunde sjuksköterskan också sammanfatta och bekräfta vad som sagts för att visa att man förstätt (Murray & Wright, 2006). Om sjuksköterskan fokuserade för mycket på problemen och att komma med lösningar så slöt sig istället den unga personen (Murray & Wright, 2006; Vatne och Nåden, 2014; Holliday & Vandermause, 2015).

Tidsbristen som ofta finns hos sjuksköterskan kan leda till att sjuksköterskan mer ofta talar än lyssnar på den unga personen för att hinna med sina arbetsuppgifter. Detta kan leda till att de frågor som ställs riktas efter vad sjuksköterskan vill ha svar på. Flera unga personer upplevde att tiden som sjuksköterskan lade på dem var värdefull och var det som fick dem att känna att det hade ett värde som människor (Holliday & Vandermause, 2015; Sun et al., 2006a; Talseth et al., 1999). Författarna till detta arbete, i enighet med Holliday och Vandermause (2015) och Sun et al. (2006a) anser att ett aktivt lyssnande kan ge den unga suicidnära personen tid till att få ur sig sina tankar och verkligen känna efter hur de mår. Detta kan ge en bredare bild av den unga personens mående och bidra till att skapa trygghet och inge hopp. Då unga suicidnära personer lider av inre smärta kan symptomen vara mer diffusa vilket kräver ytterligare tid och omsorg för att förstå problematiken.



Genom att lyssna till hur den unga personen mår kan sjuksköterskan få djupare svar som inte behöver ta mer tid (Vatne & Nåden, 2014).

Att den unga personen kände förtroende och kunde skapa en relation till sjuksköterskan bidrog till om de vågade öppna sig (Vatne och Nåden, 2014; Obando et al., 2014; Sun et al., 2006a; Murray & Wright, 2006). I relationsskapandet var sympati och empati viktiga faser enligt Travelbee (1971) och Murray & Wright (2006). Empatin dem emellan skapade en trygghet och tillit vilket skapade förutsättningar för den unga personen att våga berätta och öppna sig. Murray & Wright (2006) och Sun et al. (2006a) visade att de sjuksköterskor som skapade en relation som inte endast var professionell togs mer på allvar av de unga personerna som då hade lättare att öppna sig. Detta tog tid och kraft men gav ett positivt resultat (Vatne & Nåden, 2014). Författarna till detta arbete reflekterade över att det krävdes att sjuksköterskan till viss del var personlig i sitt bemötande för att relationen mellan sjuksköterska och patient skulle kännas jämlik och trovärdig, men att det kunde vara en svår gräns till att bli för privat och känslomässigt engagerad. För att behålla en trovärdighet gentemot patienten krävdes ändå att sjuksköterskan upprätthöll sin professionella roll.

Hur sjuksköterskor förhöll sig till unga suicidnära personer påverkades av hur de själva valde att se på situationen. Sjuksköterskan behövde ha viljan att förstå och tillgång till sina känslor för att kunna lyssna (Tzeng et al., 2010; Vatne & Nåden, 2014; Carlén & Bengtsson, 2007). Detta kan kopplas till Travelbees tankar om att sjuksköterskan borde ha förståelse och en självinsikt för att kunna möta patienten (Travelbee, 1971). Murray & Wright (2006) visade att om sjuksköterskan hade en jobbig dag på ett personligt plan, så fick det inte gå ut över omvårdnaden till den unga personen. Detta anser Runeson (2010) ställer höga krav på sjuksköterskan att ständigt vara stark och närvarande. I enlighet med Runeson (2010) anser även författarna till detta arbete att hela tiden ha tillgång till sina känslor och orka leva upp till det som förväntas av en som sjuksköterska varje dag, kan vara energikrävande och en utmaning. Det kan vara en faktor till att många sjuksköterskor upplevde det som svårt att möta unga suicidnära personer. Att hjälpa suicidnära personer kan innebära att man får möta dem upprepade gånger efter suicidförsök vilket kan kännas psykiskt och fysiskt utmattande. Dels på grund av att det är tungt att möta personer som vill dö men också för att det kan kännas som att man inte gör tillräckligt (Runeson, 2010). Ett sätt för sjuksköterskan att lättare handskas med detta hade enligt Runeson (2010) varit kontinuerlig handledning där sjuksköterskorna diskuterar och reflekterar kring tankar och känslor som uppstått.

Specialistsjuksköterskor inom psykiatri och sjuksköterskor med lång erfarenhet av psykiatri visade sig ha en mer positiv inställning till att förhålla sig till unga suicidnära personer (Anderson & Standen, 2007). Utbildning inriktad på ungas psykiska ohälsa anser Buckley (2010) borde vara en del av sjuksköterskeutbildningen på såväl grund- som specialistnivå. Det bidrog även till ett bättre och tryggare bemötande för både sjuksköterskan och personen de möter. Runeson (2010) anser att sjuksköterskor framför allt inom psykiatrin borde få en introduktion om att vårda unga med psykisk ohälsa. Runeson (2010) reflekterar över att unga mellan 15-24 år är en patientgrupp som ofta hamnar lite i kläm. Att ha separata avdelningar för unga med psykisk ohälsa kan vara positivt i deras tillfrisknande och även bidra till höjd kompetens genom att sjuksköterskan där har kunskap i att vårda just unga. Manualer, riktlinjer och relevant litteratur för hur unga suicidnära personer borde bemötas och vårdas borde finnas tillgängligt på alla

avdelningar där denna patientgrupp vårdas. Utbildningsdagar skulle också kunna höja kompetensen för att skapa trygghet hos de unga suicidnära personerna (Runeson, 2010).

Trots att Regeringen år 2008 antog en nollvision mot suicid (Proposition, 2007/08:110) har suicid bland unga 15-24 år istället ökat (Statistiska Centrabyrån, 2009; Runeson, 2010). Hos unga personer är psykisk ohälsa en av de vanligaste orsakerna till suicid (Brent, Goldstein & Poling, 2011; Gordon & Melvin, 2014; Odland, 2009; Runeson 2010; Shain, 2007). Den psykiska ohälsan, främst depression ökar bland unga och debuterar idag i allt lägre åldrar (SBU, 2004). Åldern 15-24 år innebär även i sig en utvecklingsfas av psykisk och fysisk förändring (Odland, 2009; Runeson, 2010). Runeson (2010), Holliday, & Vandermause (2015), Ala et al. (2012) tar upp att unga personer ofta känner osäkerhet och rädsla inför att söka hjälp som en orsak till att suicid ökat just i denna åldersgrupp. Detta bekräftar av Cheung och Dewa (2007) och King et al. (2009) som visade att 50 procent av unga personer 15-24 år inte fått tillgång till den psykiatriska vård de har haft behov. Unga personer tas inte alltid på allvar av vården och skickas ofta hem utan uppföljning (Ala et al., 2012; Doyle et al., 2007a; King et al., 2009; Lundqvist et al., 2014; Shain, 2007).

Att unga personerna inte alltid tas på allvar kan ha kopplingar till Murray & Wright (2006) där de såg att unga inte alltid visar tydliga tecken på att må dåligt vilket kan göra dem svårare att hjälpa. Unga suicidnära personers symptom skiljer sig ofta från vuxna i form av att de ofta uppvisar psykosomatiska symptom (Obando et al., 2014; Shain, 2007). Författarna i detta arbete anser i enighet med Marttunen et al. (1998) och Murray och Wright (2006a) att det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om att även dessa tecken kan vara varningssignaler på att de unga mår dåligt och behöver bli sedda. Kunskap om hur sjuksköterskan kan förhålla sig till de unga suicidnära personerna kan bidra till att de tas på större allvar (Runeson, 2010). Genom att skapa en trygghet och inge hopp om att förändring är möjlig för den unga personen i mötet kan sjuksköterskan eventuellt förhindra framtida suicidförsök och vara en del i arbetet i att minska suicidtalerna bland unga 15-24 år (Sun et al., 2006b).

## **Metoddiskussion**

Vald metod för detta arbete var en systematisk litteraturoversikt. Denna metod ansågs stärka arbetet genom att en större mängd data kunde användas och granskas (Friberg, 2012). En intervjustudie hade kunnat genomföras och möjligen kommit fram till liknande resultat. Det hade troligtvis givit en smalare bild av vilka förhållningssätt som är viktiga i mötet med den unga suicidnära personen. Detta på grund av en mer begränsad mängd data i intervjustudier (Notter & Rose Hott, 1996). En nackdel med en litteraturoversikt är att författarna själva väljer och sorterar ut materialet vilket omedvetet kan påverka resultatet (Rosén, 2012). Författarna anser att en litteraturoversikt eventuellt gav en bredare bild än en intervjustudie då författarna kunde få fram infallsvinklar från både patienters och sjuksköterskors perspektiv.

Till en början inkluderades artiklar som inte var äldre än 10 år gamla, detta ändrades dock tidigt i sökprocessen till äldre artiklar för att få tillgång till fler relevanta artiklar som svarade på syftet (Östlundh, 2012). Inga avgränsningar gjordes till specifika länder då suicid är ett globalt problem. Detta kan ha påverkat resultatet på grund av de olika ländernas inställning till suicid och vårdandet av suicidnära patienter.

I detta arbete har artiklar till en början sökts i PubMed och Cinahl med många och breda sökord för att få en uppfattning om hur många artiklar som fanns kring ämnet. Senare användes även databasen PsycInfo. PsycInfo gav fler artiklar inom det aktuella området och var den databas där flest artiklar valdes ifrån. Denna databas hade med fördel kunnat användas redan från början för tidigare hitta fler artiklar inom psykiatrisk omvårdnad.

I början valdes 12 artiklar till resultatet för att kunna skapa en övergripande bild av innehållet i artiklarna. Resterande fem artiklar valdes ut under arbetets gång. Detta ansågs gynnsamt för att vidga resultatet och inte utesluta nytt material. I arbetet granskades de första artiklarna mer överskådligt och lästes flera gånger för att skapa en helhet (Rosén, 2012). Genom att vissa artiklar valdes ut senare kunde författarna få en fördjupning och inte upprepa samma information som redan lästs. Om alla artiklar valts ut från början och lästs på samma sätt hade det kunnat begränsa författarna från att fördjupa sig inom vissa kategorier. Författarna upplevde att vald metod öppnade upp för nytt material och gav en fördjupning till resultatet. Detta ansågs vara en gynnsam metod för detta arbete. Kategorier valdes ut genom att valda delar av artiklarna lades in under olika rubriker beroende på vad de handlade om. Efterhand fylldes varje kategori på med material och bearbetades till tydliga gemensamma rubriker. De rubriker som slutligen kom med i resultatet var *betydelsen av att samtala, betydelsen av att lyssna, betydelsen av att vilja förstå, betydelsen av att skapa en relation, betydelsen av att inge hopp, betydelsen av att vara närvarande och betydelsen av att uppmärksamma varningstecken.*

Orden förhållningssätt och bemötande var svåra att hitta en engelsk synonym till då dessa är breda begrepp. Sökningar gjordes då istället med termer som *attitude, nursing* och *care* som gav träffar som svarade till studiens syfte. Det hade varit en fördel för processen att tidigare hitta synonymer till dessa sökord som gav bra träffar vilket eventuellt givit fler artiklar. Arbetet med att hitta bra sökord gav enligt Karlsson (2012) en fördjupning i begreppen och i att komma fram till vad de faktiskt innebar. I sökprocessen hade det varit givande att ta hjälp av bibliotekarie för att finna relevanta sökord då författarnas kunskap inom databaserna var begränsade (Östlundh, 2012). Till stor del användes fritext vid sökningarna eftersom det gav fler träffar. Mesh-termer och Cinahl Headings användes vilket gjorde träffarna mer specifika för studiens syfte (Östlundh, 2012). Vid sökningarna användes AND som ett sätt att inkludera fler sökord. Däremot användes aldrig termerna OR eller NOT. Detta hade kunnat vara en hjälp i att exkludera andra åldersgrupper eller att exkludera specifika sjukdomstillstånd (Östlundh, 2012). Många sökträffar innehöll det författarna inte sökte efter och fick då sorteras bort manuellt vid titelgranskningen. Författarna anser att bättre kunskap om databasernas olika valmöjligheter och inställningar hade varit bra och gett mer trygghet i sökprocessen. Det fungerade trots allt bra, men om arbetet pågått en längre tid hade författarna fördjupat sin kunskap om databaserna.

Sökmetoden som användes upplevdes som en fördel av båda författarna då insamlingen av artiklar kunde ske individuellt och från olika platser. Genom att båda författarna läst de artiklar som ansetts passa syftet granskades artiklarnas kvalitet flera gånger. Det underlättade det individuella sökandet att båda hade ett tydligt och gemensamt syfte att utgå ifrån. Det var också ett effektivt sätt att arbeta på då material kunde sökas i flera databaser samtidigt. Det kan dock inte uteslutas att relevant data fallit bort vid granskningen av titlar och abstrakt och detta kan i efterhand ses som en svaghet i arbetet. Genom att fyra ögon granskade texterna bidrog till att relevant material i artiklarna kunde inkluderas och inte riskerade att falla bort på grund av språkförbistring eller slarv. I analysprocessen var tanken från början att skriva ut de valda artiklarna i pappersform för

att kunna markera viktiga delar med färgpennor och på så vis sortera ut författarnas material. Istället sparades artiklarna ned i pdf-format och de delar i texten som ansågs relevanta markerades och översattes till svenska för att placeras in under valda kategorier. Det hade kunnat underlätta att ha artiklarna i pappersformat då det kunnat ge en tydligare överblick och inte krävt tillgång till dator. Detta valdes bort av både miljö- och kostnadsskäl. Att artiklarna hade lästs i pappersformat tror författarna inte hade påverkat innehållet i resultatet.

Under granskningen av artiklarna saknade ett flertal artiklar uppgifter om eventuella bortfall. Detta redovisas därför inte i matrisen vilket kan ses som en svaghet i arbetet.

Alla inkluderade artiklar var peer reviewed vilket innebar att de granskats av andra forskare. Dock har inte alla inkluderade artiklar tagit upp etiska överväganden i sina studier vilket blev en etisk diskussion mellan författarna till detta arbete. Trots det valdes att inte exkludera artiklar på grund av detta men det kan ha varit en svaghet för studien. Detta då författarna inte kunnat garantera att deltagandet i studierna skett utifrån att minimera riskerna för deltagarna. Dock har författarna till denna studie själva försökt granskat artiklarnas etiska värde utifrån principen att inte skada, rättvisepincipen och autonomiprincipen.

Det etiska perspektivet kan bli tydligt i situationer där en patient är i behov av ständig övervakning för att minimera suicidrisken, men upplever övervakningen som kränkande. Det kan uppstå etiska dilemman för sjuksköterskor i sådana situationer då hänsyn ska tas till den unga suicidnära personens integritet och autonomi men fortfarande har ansvaret för den unga personens liv. Det kan vara en svår uppgift för sjuksköterskan att förhålla sig till en ung suicidnära person som helt har tappat hoppet om livet. Vårdandet uppnår inte alltid sina mål trots stora ansträngningar och det blir viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om detta och acceptera det. Författarna tror att etiska situationer som dessa kan ha påverkat resultatet, i och med att artiklarna belyst upplevelserna från sjuksköterskans och den unga personens perspektiv där behovet av ständig närvaro inte alltid stämt överens med den unga personens önskan.

## **SLUTSATS**

Suicid är ett tabubelagt ämne och unga suicidnära personer tas inte alltid på allvar trots deras behov av hjälp. Resultatet visade att det fanns en längtan hos de unga suicidnära personerna att få tala med någon om suicid. I samtalet behövde sjuksköterskan lägga vikt på att inge hopp hos den unga personen och fokusera på personens styrkor och inte endast på problemen. Ett aktivt lyssnande var en av de viktigaste faktorerna i kommunikationen för att visa intresse och skapa förtroende till den unga personen. Det innebar även att tänka på sitt kroppsspråk då unga personer tydligt märkte om sjuksköterskan var stressad eller ointresserad. Ofta behövdes inte mer än en blick, ögonkontakt eller en hand på axeln för att skapa det förtroendet. Resultatet visade också att det som sjuksköterska krävs en vilja att förstå för att kunna inge trygghet för den unga personen och skapa en god relation dem emellan. Det var viktigt att denna relation inleddes tidigt för att den unga personen skulle våga öppna sig och känna trygghet. Unga personer visade inte alltid tydliga tecken på att må dåligt eller vilja ha hjälp utan missades ofta på grund av att de drog sig undan eller uppvisade psykosomatiska symptom som sjuksköterskorna sällan kände till. Det visade sig att en ökad kunskap behövdes bland sjuksköterskor för att lära sig upptäcka varningstecken och ta alla unga personer som söker vård på lika stort allvar. Kunskapen om hur sjuksköterskor kan förhålla sig till unga suicidnära personer kan bidra till att de unga personerna får en bättre vård.

### **Fortsatta studier**

Det finns gott om forskning om suicid men mindre om suicid bland unga 15-24 år trots att det i denna åldersgrupp ökar. Författarna önskar att se mer forskning kring hur sjuksköterskor kan upptäcka varningstecken i tid för att kunna möta de ungas behov och bidra till minska suicidtal. Författarna anser även att forskning skulle kunna ge tydligare riktlinjer för hur samtalet med unga suicidnära personer kan gå till. Detta skulle all vårdpersonal kunna ta hjälp av för att ge ett tryggare bemötande.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Suicid är ett stort problem som de senaste årtiondena har ökat bland unga. Kunskapen om hur sjuksköterskan förhåller sig till denna patientgrupp är bristfällig och många sjuksköterskor upplever en osäkerhet i mötet. Författarna anser att det är viktigt att ha kunskap inom detta då sjuksköterskor kan komma att möta unga suicidnära personer inom olika delar av vården. Mer kunskap kan skapa en trygghet dels för sjuksköterskan men också för den unga personen de vårdar. Denna kunskap kan bidra till hur sjuksköterskor förhåller sig mot alla unga suicidnära personer och göra vården för de unga personer tryggare och säkrare.

## REFERENSER

Ala, R., Amundin, T., Lindberg, B., Michanek, M., Månsson, M., Stolt, I., & Swärd, C. (2012). *Suicidnära patienter*. Hämtad den 20 november, 2015, från <http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Suicidnara-patienter1/>

\*Anderson, M., & Standen, P.J. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 14(5), 470-477. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Armstrong, M., McDougall, T., & Trainor, G. (2010). *Helping children and young people who self-harm: An introduction to self-harming and suicidal behaviors for health professionals*. Manchester: Routledge

Bostwick, J. M., McDowell, A. K., & Lineberry, T. W. (2011). Practical Suicide-Risk Management for the Busy Primary Care Physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(8), 792–800. doi.org/10.4065/mcp.2011.0076

Brent, D., Poling, K., & Goldstein, T. (2011). *Deprimerade och självmordsbenägna tonåringar – en praktisk vägledning i bemötande och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.

\*Buckley, S. (2010). Caring for those with mental health conditions on a children's ward. *British Journal Of Nursing*, 19(19), 1226-1230 5p.

\*Carlén, P. & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 16(4), 257-265 9p.

\*Cheung, A. H., & Dewa, C. S. (2007). Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality. *The Canadian Journal Of Psychiatry/La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(4), 228-232.

\* Cotton, C. R., & Range, L. M. (1996). Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in clinical and nonclinical adolescents. *Death Studies*, 20(6), 601-610. doi:10.1080/07481189608252765

Dahlborg- Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:1. uppl., ss. 23-35). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Doyle, L., Keogh, B., & Morrissey, J. (2007a). Mental health. Caring for patients with suicidal behaviour: an exploratory study. *British Journal Of Nursing*, 16(19), 1218-1222 5p

\*Doyle, L., Keogh, B., & Morrissey, J. (2007b). Suicidal behaviour. A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 15(3):30-5.

Folkhälsomyndigheten/ Socialstyrelsen. (2016). *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser*. Stockholm. Hämtad den 25 mars 2016 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/22739/Att-utreda-sjalvmord-bland-barn-och-unga-genom-handelseanalyser.pdf>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur

Fossum, B. (Red). (2013). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (Red). (2012). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

Gordon, M., & Melvin, G. (2014). Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australien Family Physician*, 43(6), 367-372 6p.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur AB

Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 429-444). Studentlitteratur AB.

\*Holliday, C., & Vandermause, R. (2015). Teen experiences following a suicide attempt. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(3), 168-173. doi:10.1016/j.apnu.2015.02.001

\*Hultén, A., Wasserman, D., Hawton, K., Jiang, G., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., & Querejeta, I. (2000). Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 100-108. doi:10.1007/PL00010707

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Jokinen, I., Renberg, E., Runeson, B., Sunnqvist, Waern, M., & C., Westrin, Å. (2013). *Suicidnära patienter: kliniska riktlinjer för utredning och vård*. Hämtad den 1 april, 2016, från [http://www.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/SPF\\_Suicidnara%20patienter%20-%20slutversion.pdf](http://www.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/SPF_Suicidnara%20patienter%20-%20slutversion.pdf)

Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 429-444). Studentlitteratur AB.

\*King, C., O'Mara, R., Hayward, C., & Cunningham, R. (2009). Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1234-1241 8p. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00500.x

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från Idé till examination inom omvårdnad* (1:3 uppl., ss. 69-94). Lund: Studentlitteratur AB

Knutsson, G-B., & Moberg, K. (2016). *Handledning i MeSH- indexering*. Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad den 25 mars 2016 från [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/Handledning\\_i\\_MeSH\\_\(2016\).pdf](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/Handledning_i_MeSH_(2016).pdf)

Lundqvist, S., Månsson, C., & Sköld, M. (2014). *Suicidnära barn och ungdomar*. Hämtad den 20 november, 2015, från <http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Suicidnara-barn-och-ungdom/>

\*Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1998). Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. *Adolescence*, 33(131), 669-681.

\*Murray, B., & Wright, K. (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 157-164 8p. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00929.x

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen & Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning. (2003). *Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer*. Hämtad från <http://ki.se/sites/default/files/riktlinjer030130.pdf>

Nordin, H. (2009). Själv mord vanligast bland äldre män. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad från [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Amnesovergripande-statistik/Valfard---SCBs-tidskrift-om-arbetsliv-demografi-och-valfard/65291/65298/Behallare-for-Press/Sjalvmord-bland-man/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Amnesovergripande-statistik/Valfard---SCBs-tidskrift-om-arbetsliv-demografi-och-valfard/65291/65298/Behallare-for-Press/Sjalvmord-bland-man/)

Notter, L.E., Rose Hott, J. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

O'Connell, K. L. (2012). Child and Adolescent Suicide. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(3), 111-112 2p. doi:10.1111/j.1744-6171.2012.00333.x

\*Obando Medina, C., Kullgren, G., & Dahlblom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract*, 15(1), 129. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-129>

Odlind, C. (2009). *Varför vill unga ta sitt liv*. Hämtad 2 februari, 2016 från <http://ki.se/forskning/varfor-vill-unga-ta-sitt-liv>

Olsson, G. (2015). Affektiv sjukdom. I E. Fernell., C. Gillberg., & M. Råstam. (Red.), *Barn och ungdomspsykiatri*.(3.uppl., 262-302). Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.



Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 429-444). Studentlitteratur AB.

Runeson, B. (2010). *REGIONALT VÅRDPROGRAM: Suicidnära patienter*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting. Hämtad den 29 mars 2016 från [http://www1.psykiatristod.se/Global/varprogram\\_fulltext/RV\\_Suicidnara\\_patienter\\_2010.pdf](http://www1.psykiatristod.se/Global/varprogram_fulltext/RV_Suicidnara_patienter_2010.pdf)

SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU utvärderar. Gul rapport). Göteborg: Elanders Graphic Systems. Hämtad den 19 november, 2015 från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression\\_2004/Depression%20Vol%201.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%201.pdf)

SBU. (2015). *Underhållsbehandling med nyare antipsykotiska läkemedel vid bipolär sjukdom*. (SBU utvärderar. Alert rapport). Stockholm: SBU. Hämtad den 19 november, 2015 från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Underhallsbehandling\\_med\\_nyare\\_antipsykotiska\\_lakemedel\\_vid\\_bipolar\\_sjukdom.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Underhallsbehandling_med_nyare_antipsykotiska_lakemedel_vid_bipolar_sjukdom.pdf)

Shain, B. N. (2007). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 120(3), 669-676. doi:10.1542/peds.2007-1908

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

Socialstyrelsen. (2015). *Barn och ungdomar med egentlig depression, bipolär sjukdom eller ångestsyndrom*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/centralarekommendationer/barnungdomar>

Socialstyrelsen. (2014). *Dödsorsaker 2014: Causes of death 2014*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19909/2015-8-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter: en kunskapsöversikt*. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8\\_20031108.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf)

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

\*Sun, F., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. (2006a). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal Of Advanced Nursing*, 53(6), 680-690 11p. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x

Sun, F., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. (2006b). Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 83-92 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01232.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Stockholm: SFF. Hämtad från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf)

Söderbäck, M. (2014). *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber AB.

\* Talseth, A., Lindseth, A., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, 29(5), 1034-1041 8p. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00990.x

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

\*Tzeng, W., Yang, C., Tzeng, N., Ma, H., & Chen, L. (2010). The inner door: Toward an understanding of suicidal patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1396-1404. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x

\*Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21(2), 163-175. doi:10.1177/0969733013493218

Vetenskaprådet. (2011). *Vad innebär peer review?* Stockholm. Hämtad den 22/3 2016 från <http://www.vr.se/forskningsfinansiering/beredning/beredningsprocessen/forskaregranskarfororskare/faqpeerreview/vadinnebarpeerreview.5.5fa10c312ed4d5b90680001670.html>

World health organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO Press: Geneva. Hämtad från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (hämtad: 2016- 01-25).

Zimmerman, M., Martinez, J., Young, D., Chelminski, I., Morgan, T. A., & Dalrymple, K. (2013). Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder and History of Suicide Attempts. *Journal Of Personality Disorders*, 28(3), 358-364 7p. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_122

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:1. uppl., ss. 23-35). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Artiklar som använts i resultatet

## BILAGA A

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.		
---	---	--	--

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

## BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Anderson, M., & Standen, P.J. (2007). England	Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm.	Studera attityden till suicid hos sjuksköterskor och läkare som arbetar med barn och unga med självskadebeteende.	Frågeformulär (Suicide Opinion Questionnaire, SOQ) med skattningsfrågor. Enkäten innehöll 100 frågor där personalen fick svara utifrån en fem-gradig skala i vilken omfattning de höll med olika påståenden och frågor om suicid och självskadebeteende hos unga. Korrelationsanalys	179 deltagare	Studien visar att det finns en stor komplexitet i attityder till suicid bland personal som jobbar med barn och unga. I många fall fanns en förstående attityd till suicid, främst bland äldre. Både läkare och sjuksköterskor höll med om att psykisk ohälsa och sociala svårigheter ofta ligger bakom suicid och att ett suicidförsök är ett rop på hjälp. De flesta hade en förstående attityd till detta. Studien belyste att det krävs utbildning för förändrade attityder bland personal.	K I
Buckley, S. (2010). Irland	Caring for those with mental health conditions on a children's ward.	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda unga med psykisk ohälsa.	Enkätstudie med frågor om upplevelsen av psykisk ohälsa bland barn och unga.	39 sjuksköterskor från två barn- och ungdomsavdelningar. (31)	Anorexi, depression och suicidal tankar var de tre vanligaste problemen bland unga på avdelningarna. 67 procent av sjuksköterskorna var obekväma med att vårda unga med psykisk ohälsa på en allmän avdelning för barn och unga. 86,6 procent av sjuksköterskorna ansåg att unga med psykisk ohälsa borde vårdas av psykiatrisjuksköterskor på separata avdelningar inriktade på just psykisk ohälsa för unga.	K II
Carlén, P. & Bengtsson, A. (2007). Sverige	Suicidal patients experienced by psychiatric nurses in inpatient care.	Syftet med studien var att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor upplever suicidal patienter inom slutenvården.	Intervjustudie med psykiatrisjuksköterskor på fem olika psykiatriavdelningar i södra Sverige. Semi-strukturerade intervjuer som pågick mellan 45-90 minuter.	11 Psykiatriska sjuksköterskor. Alla deltagare hade mer än 5 års erfarenhet av att arbeta	Resultatet visade att sjuksköterskorna delade in patienterna under olika kategorier för att förklara deras lidande. De två huvudkategorierna var <i>märkta</i> eller <i>lidande</i> . Dessa beskrevs sedan mer ingående. Sjuksköterskorna visade sig ha olika attityd gentemot de olika kategorierna.	K I

				med suicidala patienter. (6)		
Cheung, A. H., & Dewa, C. S. (2007). Kanada	Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality.	Syftet var att studera hur suicidala kanadensiska ungdomar (15-24 år) fick hjälp via den psykiatriska vården.	Datainsamlingsstudie gjord på 15-24 åringar med suicidalitet eller depression.	619 (0)	42 procent av ungdomarna i åldern 19-24 år med depression hade inte fått hjälp inom den psykiatriska vården. Motsvarande siffra för suicidala patienter var 48 procent. I åldern 15-18 år var siffrorna 40 procent för depression och 50 procent för suicidalitet. Resultatet visade att unga sällan fick komma till den psykiatriska vården och fick den hjälp de behövde.	R I
Cotton, C., & Range, L. (1996).  USA	Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in clinical and nonclinical adolescent.	Syftet var att undersöka hur känsla av hopplöshet och olika attityder till livet hade betydelse för utveckling av suicidalt beteende.	Enkätstudie gjord på skolungdomar samt ungdomar inlagda på psykiatrisk avdelning. Medelåldern var 15,7 år hos skolungdomarna, och 15,2 år hos de inlagda ungdomarna. Frågorna berörde attityder och vilja till livet och döden.	84 skolungdom ar +15 inlagda ungdomar.	Resultatet visade att de största riskfaktorerna för suicidalitet var känsla av hopplöshet och motvilja till livet. Resultatet visade även att minskade känslor av att vara bortstött av familjen kunde minska suicid hos unga.	K I
Doyle, L., Keogh, B., & Morrissey, J. (2007a).  Irland	Mental health. Caring for patients with suicidal behaviour: an exploratory study.	Beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta suicidala patienter på akutmottagningar.	Enkätstudie med fokus på sjuksköterskans upplevelse av sitt bemötande och sin omvårdnad gentemot suicidala patienter.	42 deltagare	Studien såg ett behov av ökade kunskaper i ämnet suicid och bemötande för sjuksköterskor på akutmottagningar. Sjuksköterskorna kände sig obekväma och osäkra i bemötandet med denna patientgrupp.	K II
Doyle, L., Keogh, B., & Morrissey, J. (2007b).  Irland	Suicidal behaviour. A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group.	Syftet med studien var att undersöka utbildningsbehovet hos akutsjuksköterskor som vårdar suicidala patienter.	Självskattade frågeformulär med frågor om sjuksköterskornas arbete med suicidnära patienter, deras erfarenheter och uppfattning om utbildningsbehov. Detta skickades hem till deltagarna. En andra omgång formulär	42 sjukskötersk or	Studien visade att sjuksköterskor på akutmottagningar är bland de första att möta den suicidala patienten. De ansåg därför att deras bemötande och kunskap var viktigt för att förhindra nya suicidförsök och kunna hjälpa patienten vidare för uppföljande vård. Många i personalen ansåg att de saknade tillräcklig kunskap och ville ha vidare utbildning inom ämnet.	K I

			skickades då de inte fick in tillräckligt med svar. Denna gång med tillräckligt antal deltagare.			
Holliday, C., & Vandermause, R. (2015)  USA	Teen experiences following a suicide attempt	Syftet med studien var att undersöka ungdomars upplevelser av vården på akutmottagning efter ett suicidförsök.	Intervjustudie där 6 ungdomar i åldern 15-19 år deltog. Fem kvinnor och en man. Kriterierna att delta i studien innebar att personen inom de senaste 6 månaderna genomgått ett suicidförsök och då sökt hjälp på akutmottagning. Deltagarna intervjuades en gång och intervjuerna bandades. Alla fick ge sitt samtycke till att delta, även föräldrar till de under 18 år.	6 ungdomar 15-19 år.	Resultatet visade att ungdomarnas suicidförsök var ett rop på hjälp på grund av deras smärta och ville bli sedda av vården. Deltagarna talade inte för med någon om sina planer innan sitt suicidförsök, utan hoppades att någon skulle se deras smärta. De beskrev det som att de bar en mask som de hoppades att någon skulle se igenom. Genom att personalen tog sig tid att lyssna och tala med personerna om suicidförsöket kunde de ta sig innanför masken och få en kontakt som ungdomarna saknade. Känslan av att vara ensam med sina tankar var gemensamt och genom att sjuksköterskan visade att hon brydde sig kunde de känna att de hade någon att dela smärtan med.	K I
Hultén, A., Wasserman, D., Hawton, K., Jiang, G., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., & Querejeta, I. (2000).  Sverige	Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries.	Syftet var att studera data från nio europeiska länder för att se i vilken utsträckning samt vad som påverkade om unga personer (15-19 år) blev rekommenderade fortsatt vård efter suicidförsök.	Datansamlingsstudie från nio europeiska länder där data granskats utifrån kön, tidigare suicidförsök och metod.	1294	Unga personer som hade tidigare suicidförsök eller som använt våldsamma metoder i sina suicidförsök visade sig ha högre chans till att bli rekommenderade fortsatt psykiatrisk hjälp än de som sökte hjälp för första gången eller för ”mildare” försök.	R II
King, C., O'Mara, R., Hayward, C., & Cunningham, R. (2009).	Adolescent suicide risk screening in the emergency department.	Syftet var att undersöka hur riskbedömning av unga suicidala patienter används på akutmottagning och prevalensen för ungdomar som får hög suicidrisk.	Tvärnittsstudie på ungdomar.	298 ungdomar (13-17 år) Utskick: 491	Resultatet visade att en riskbedömning tydligt kunde identifiera ungdomar med hög suicidrisk och att dessa bedömningar är av stor betydelse.	Kvantitativ II



USA						
Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1998).  Finland	Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder.	Syftet var att jämföra skillnader i suicidrisk och familjebakgrund hos ungdomar med en psykisk diagnos med de utan psykisk diagnos.	Både kvantitativ och kvalitativ metod har använts. Intervjuer gjordes med familjemedlemmar samt sjukvårdspersonal till ungdomar som begått suicid. Både ungdomar med psykisk diagnos och de utan psykisk diagnos inkluderades. Intervjufrågorna rörde bland annat deltagarnas vardag, familjefaktorer, alkohol- och droganvändning och tidigare suicid inom familjen. Suicidfall hos ungdomar de senaste 12 månaderna granskades utifrån huruvida de hade en psykisk diagnos eller inte och i vilken utsträckning de haft kontakt med vården. Familjemedlemmar till ungdomarna intervjuades.	85 familjemedlemmar och sjuksköterskor har intervjuats och 1397 suicidfall bland ungdomar granskades under en 12 månaders period. (bortfall oklart)	Resultatet visade att ungdomar med en psykisk diagnos visade sig ha haft mer problem i hemmet och kontakt med sjukvården än ungdomarna utan en psykisk diagnos. De män utan psykisk diagnos kommunicerade ofta inga suicidal tankar förrän precis före suicidförsöket, och den process som leder fram till suicid var ofta kortare bland de utan psykisk diagnos.	K I
Murray, B., & Wright, K. (2006). Kanada	Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth.	Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av riskbedömning vid suicid hos ungdomar och deras familjer.	Intervjustudie.	9 (0)	Studien visade att en snabb riskbedömning var viktigt för att ungdomarna skulle känna sig sedda på allvar. Hur sjuksköterskan kommunicerade till patienten var avgörande för hur de upplevde vården och påverkade deras inställning till fortsatt vård. Att skapa en relation och inge hopp ansåg deltagarna vara av stor vikt.	K I
Obando Medina, C., Kullgren, G., & Dahlblom, K. (2014).	A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking	Syftet var att undersöka hur primärvårdspersonal i Nicaragua uppfattar ungdomars psykiska ohälsa, suicidalitet och	Intervjustudie med sjukvårdspersonal i primärvården som var i kontakt med unga i sitt dagliga arbete.	12 (ej angivet)	Studien visade att många läkare och sjuksköterskor var motvilliga till att möta unga suicidal personer i primärvården. Detta visade sig bero på en känsla av okunskap snarare än dålig attityd. Andra faktorer som påverkade	K I

	among young people in Nicaragua.	riskbeteenden.			personalens motvillighet till att möta denna patientgrupp var tidsbrist, personalbrist och svårigheter i att kommunicera till unga suicidala.	
Sun, F., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. (2006a).  Taiwan	A theory for the nursing care of patients at risk of suicide.	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors och patienters upplevelse av omvårdnaden på en psykiatrisk avdelning samt utveckla en teoretisk metod kunde vägleda sjuksköterskor i arbete med suicidala personer.	Intervjustudie (45 minuter långa) följt av observationer under en dag.	15 sjuksköterskor or 15 patienter (16-47 år) (ej angivet)	Studiens resultat visade att en god relation mellan sjuksköterska och patient bidrog till en bättre attityd från sjuksköterskans sida och därmed en bättre omvårdnad. Studien visade även vikten av att sjuksköterskan ingav hopp hos patient genom ett öppet och accepterande förhållningssätt.	K I
Talseth, AG., Lindseth, A., Jacobsson, L., Norberg, A. (1999).  Norge	The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses.	Syftet var att beskriva suicidala patienters upplevelse av omvårdnaden given av psykiatriska sjuksköterskor.	Intervjustudie gjord på nio män och 12 kvinnor på 5 olika slutenvårdsavdelning som försökt göra ett suicidförsök eller som uttryckt önskan om att dö. Intervjuerna skedde under tiden patienterna var inlagda. Intervjuerna gick till så att patienterna fick berätta om sina upplevelser och frågor ställdes sedan som komplement. Intervjuerna bandades.	21 (0)	Patienterna upplevde god omvårdnad när sjuksköterskan visade intresse och bekräftade deras behov av tid och samtal. Omvårdnad i form av stöd kring mat, hygien och sömn upplevdes inte som lika viktigt som samtalet och förståelsen sjuksköterskan gav.	K I
Tzeng, W., Yang, C., Tzeng, N., Ma, H., & Chen, L. (2010). Taiwan	The inner door: Toward an understanding of suicidal patients.	Beskriva psykiatrisjuksköterskors upplevelse och dilemman i vården av suicidala patienter.	Intervjuer mellan 90-120 minuter samt observationer 6 timmar per dag.	36 sjuksköterskor i observationerna. 18 sjuksköterskor i intervjuerna. Alla deltagare	Studien visade att sjuksköterskans inre dörr (en osynlig dörr i sjuksköterskans medvetande) var en viktig faktor för att sjuksköterskan skulle kunna förstå patientens inre värld. Genom att en vilja att förstå öppnade de också sin inre dörr och därmed förståelse till patienterna vilket bidrog till ett bättre förhållningssätt och en bättre omvårdnad.	K I

				hade 1-8 års erfarenhet inom psykiatrisk vård.		
Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Norge	Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises	Syftet var att beskriva patienters upplevelse av bemötandet och vården efter ett suicidförsök	Semistrukturerad intervjustudie.	10 (0)	Öppenhet från personalen var viktigt för att våga skapa förtroende och berätta om sina tankar. Att vilja tala om sina tankar och sitt suicidförsök var också gemensamt för intervjupersonerna. Resultatet visade att det fanns en brist hos personalen i att bekräfta, se och lyssna på patienten i eftervården. Detta gjorde att patienterna inte kände den trygghet de önskade.	K I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani(2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg