

“Hon tog sig tiden att säkerställa att hon förstod mig”

-En systematisk litteraturstudie om prehospital psykisk
omvårdnad

Tina Grönros, SSK16a

Examensarbete för (YH) -examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Tina Grönros

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: "Hon tog sig tiden att säkerställa att hon förstod mig"

Datum

Sidantal: 27

Bilagor: 3

Abstrakt

Psykisk ohälsa har blivit allt vanligare och det är något man pratar om. Psykisk ohälsa är därför något som personalen inom vården behöver ha vetskap om hur man ska sköta för att nå en så bra vård som möjligt. Psykisk ohälsa har idag en stor påverkan på samhällsekonomin.

Syftet med studien är att ta reda på vad man kan göra i den prehospitla vården för patienter med psykisk ohälsa. Kan man redan i den prehospitla vården ge den vård som personer med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteenden eller självmordstankar behöver eller blir den psykiska delen lagd åt sidan och skjuts fram i den prehospitla vårdprocessen.

I studien har jag använt mig av systematisk litteraturstudie där tidigare forskning om ämnet har använts. Artiklarna söktes från olika databaser. Erikssons (1994) vårdteori om lidandet har använts som teoretisk utgångspunkt.

Resultatet delades in i fyra kategorier: vara förstående och lyssna på patienten, visa närhet, utmanande vårdrelationer och hur psykiska sjukdomar kunde bete sig i olika vårdssituationer. Där det tas upp om hur viktigt det är att patienten känner att sjukskötaren lyssnar och finns där för patienten.

Språk: Svenska

Nyckelord: Prehospital vård, psykisk ohälsa, bemötande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Tina Grönros

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Marlene Gädda

Nimike: "Hän otti aikaa varmistaakseen, että hän ymmärsi minua"

Päivämäärä

Sivumäärä: 27

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Mielenterveys on yleistynyt, ja siitä puhutaan. Mielenterveys on siksi jotain mistä terveydenhuollon henkilöstön on tiedettävä, miten hoitaa että pystyy saavuttamaan niin hyvän hoidon kuin mahdollista. Mielenterveydellä on tällä hetkellä merkittävä vaikutus talouteen.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä voidaan tehdä mielenterveyspotilaiden ensihoidossa. Voiko jo ensihoidossa antaa hoitoa potilaille, joilla on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, itsetuhoa tai itsemurha-ajatuksia tarvitsevia, vai onko henkinen osa jotain, joka syrjäytetään ja työnnetään eteenpäin hoidossa.

Tutkimuksessa olen käyttänyt systemaattista kirjallisuustutkimusta, missä aikaisempia tutkimuksia aiheesta on käytetty. Kirjoitukset olen etsinyt eri tietokannoista. Teoreettisena lähtökohtana olen käyttänyt Erikssonin (1994) hoitoteoria kärsimyksestä.

Tulos jakautui neljään luokkaan: olla ymmärtäväinen ja kuunnella potilasta, näytä läheisyyttä, haastavat hoitosuhteet ja miten mielisairaudet voisivat käyttäytyä erilaisissa hoitosuhteissa. Siellä otetaan esille kuinka tärkeää on, että potilas tuntee että sairaanhoidtaja kuuntelee ja tukee potilasta.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Ensihoito, mielenterveys, kohdella

BACHELOR'S THESIS

Author: Tina Grönros

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Marlene Gädda

Title: "She took the time to make sure she understood"

Date

Number of pages: 27

Appendices: 3

Abstract

Mental illness has become more common and people talk about it. Mental health is therefore something the staff within healthcare need to know about and how to manage to reach as good care as possible. Mental illness currently has a major impact on the national economy.

The aim of the study is to find out what can be done in prehospital care for patients with mental illness. Can the healthcare already in the prehospital care provide the care that people with generalized anxiety disorder, panic disorder, self-harm or suicidal thoughts need or the mental part becomes something that pushes forward in the prehospital care.

In the study I have used a systematic literature study where previous research on the subject has been used. The articles were searched from various databases. Eriksson's (1994) health theory of suffering has been used as a theoretical starting point.

The result was divided into four categories: be understanding and listens to people, show closeness, Challenging care relationship and how mental illnesses could behave in different care situations. Where it is addressed about how important it is that the patient feels that the nurse listens and is there for the patient.

Language: Swedish

Key words: Prehospital care, mental illness, treatment

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Psyisk hälsa och ohälsa.....	2
2.2	Generaliserat ångestsyndrom	3
2.3	Panikångest	4
2.4	Självska debeteende.....	6
2.5	Självordstankar	6
2.6	Prehospitala vården	7
2.7	Kostnader gällande psykisk ohälsa i Finland	9
3	Syfte och frågeställning.....	9
4	Teoretisk utgångspunkt.....	10
4.1	Sjukdomslidande	10
4.2	Vårdlidande	11
4.3	Livslidande.....	11
4.4	Lindra lidandet.....	12
5	Metod	12
5.1	Datainsamlingsmetod.....	13
5.2	Dataanalys.....	13
5.3	Etiska principer.....	14
6	Resultatredovisning	14
6.1	Vara förstående och lyssna på patienten	14
6.2	Visa närhet.....	16
6.3	Utmanande vårdrelationer	17
6.4	Hur psykiska sjukdomar kunde bete sig i olika vård situationer	18
7	Diskussion.....	19
7.1	Resultat diskussion.....	19
7.2	Metoddiskussion.....	21
7.3	Slutledning.....	22
8	Källhänvisning.....	23

1 Inledning

Personalen i ambulansen anser att deras främsta uppgift är transport och att rädda patienten från livshotande situationer, på så vis blir den psykiska biten lagd åt sidan. (Margulies, 2013) Det här är ett problem som jag vill sätta mig in i och fundera kring vad man som sjukskötare/ambulanspersonal kan göra i en sådan situation.

Jag har därför valt att skriva om prehospitala vården i ambulansen och där fokusera på patienter med generaliserat ångestsyndrom, panikattacker, självskadebeteende samt självmordsförsök. Jag har valt att skriva om dessa psykiska sjukdomar eftersom de är vanliga samt att de intresserar mig.

Psykisk ohälsa är något som ökar i dagens Finland. I en kartläggning av svenska Yle har man kommit fram till att över 90 000 barn under 13 års ålder lider av psykisk ohälsa. Samtidigt som det är brist på stödande hjälp. Sjukvårdsexperter i Helsingfors berättar om lågstadieelever som skär sig samt 12 åringar som vårdas för självmordstankar. (Remes , 2018)

Generaliserat ångestsyndrom är ett tillstånd när man känner en orealistisk överdriven rädsla, irritation, rastlöshet, ilska, förvirring, spändhet och nervositet. Symptomen på generaliserat ångestsyndrom är kopplade till tankarna, beteendet och det fysiska måendet kan även bli påverkat. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015)

Panikattacken är när en person känner korta perioder med en extrem ångest. Man känner en intensiv känsla av osäkerhet, skräck och rädsla som uppstår oftast hastigt och utan förvarning. Det behöver inte heller finnas någon direkt orsak till att en panikattack ska inträffa. Det kan t.ex. inträffa på biografen, butiksköer, broar, öppna platser och i kollektivtrafiken. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015)

Självskadebeteende innebär att man skadar sin kropp på ett eller annat sätt. Det kan också vara att man utsätter sig själv för någonting riskfyllt. (Lindholm, 2018) Enligt WHO: undersökning 2015 skedde det mest självmord i Finland jämfört med de andra nordiska länderna. (folkhälsomyndigheten, 2018) (se bilaga 1) Barmley och Matiti (2014) tar upp hur viktigt det är för patienten att de känner medkänsla av sjuksköterskan i omvårdandet för att få en så individuell helhetsbild som möjligt för att kunna få en optimal vård. Medkänsla beskrivs att man som sjuksköterska vårdar patienter som enskilda människor. (Barmley, L. & Matiti, M. 2014)

Den prehospitala vården är det lag på att ska finnas i alla kommuner i Finland. Den ska uppfylla följande: brådskande vård av en patient som plötsligt insjuknat eller skadats och förflyttning av en insjuknad eller skadad patient som behöver vård eller övervakning under förflyttning som behöver göras enligt medicinsk bedömning för att få patienten till ändamålsenlig vårdenhet samt upprätthålla beredskapen inom prehospital akutsjukvård, vid behov av psykosocial stödverksamhet ordnas kontakt åt patient, anhöriga eller annan som har varit med om händelsen. I den prehospitala vården ska man också kunna samarbeta i storolyckor och exceptionella situationer med gränsbevakningen, polisen, räddningsmyndigheter och sjöräddningen för att ge handräckning med akutsjukvård som dessa ansvarar för. (finlex/1516, 2016)

I mitt syfte med studien vill jag ta reda på om man redan i den prehospitala vården kan ge den vård som patienter med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteenden och självmordstankar behöver eller är dessa besvär något som blir lagd åt sidan i den prehospitala vårdprocessen.

2 Bakgrund

Här tar jag upp och förklarar vad som menas med psykisk hälsa och ohälsa samt vad prehospitala vården i Finland innebär. Även vad som menas med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteende samt självmordstankar. Jag tar även upp kostnader gällande psykisk ohälsa i Finland.

2.1 Psykisk hälsa och ohälsa

Psykisk ohälsa är ett tillstånd som vem som helst kan drabbas av i olika skeden av livet. Den psykiska hälsan påverkas av många olika faktorer: individuella faktorer som innefattar hur man ser på livet, självkänslan samt ens egen förmåga att hantera problem. Sociala faktorer vilken förmåga man har att lyssna på andra människor och påverka, att känna delaktighet och tillhörighet. Samhällets faktorer som arbete, studier, ekonomi, boende, att ha en trygg levnadsmiljö och att ha tillgång till samhällets olika tjänster. Även kulturella värderingar är en viktig del i vad som påverkar ens psykiska hälsa som innebär hur man uppfattar ett normalt liv och hur man respekterar de mänskliga rättigheterna. Dessa olika faktorer påverkar den psykiska hälsan hos en individ. Psykisk hälsa är något som varierar och

förändras i takt med livets erfarenheter. Dock viktigt att komma ihåg att psykisk ohälsa inte utesluter psykisk hälsa, genom att träna sina färdigheter i psykisk hälsa är det lättare att återhämta sig från psykisk ohälsa samt lära sig leva med den. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015)

I många enkätundersökningar som THL har gjort kan man se att psykisk ohälsa blir allt vanligare främst bland unga i Finland, jag har nu valt att se på enkäten Hälsa som har gjorts i skolor i Finland år 2017. (se bilaga 2). Något annat man kan relatera till är att ungdomar för tio år sedan upplevde att de hade en nära vän jämfört med år 2017 där färre ungdomarna upplevde att de har en nära vän. (THL,2017)

I Finland har THL kommit fram till i sin undersökning Hälsa år 2000 att uppskattningsvis bland finländarna i åldern 30 år, konstaterades att 1,9 procent led av panikångest, 1,2 procent av agorafobi, 1,3 procent av generaliserat ångestsyndrom och 1,0 procent av rädsla för sociala situationer. De här är enligt THL de vanligaste formerna av ångestsyndrom. (THL,2015)

”En konsekvens av de nedskärningar som har gjorts inom den psykiatriska vården sedan början av 1990-talet är att primärvården har fått en alltmer betydelsefull roll när det gäller att ta hand om patienter med psykisk ohälsa.” Är ett citat som Nettelblatt (2003) har publicerat i en artikel är väldigt beskrivande angående hur läget med psykisk vård har förändrats. (Nettalblatt, 2003)

2.2 Generaliserat ångestsyndrom

Generaliserat ångestsyndrom handlar om en psykisk sjukdom. Man har en stark känsla av obehag och oro som inte är förknippat till någon viss situation och upplevs inte som attacker. Ångesten man känner är då överdriven samt oavbruten oro. Man kan känna en ängslighet över vardagliga saker som hälsan eller ekonomi samt saker som kan gå fel men som man inte kan kontrollera själv. För att man ska kunna diagnostiseras med generaliserat ångestsyndrom ska man ha haft psykiska eller fysiska former av ångest eller nervositet i minst 6 månader. Personer som har drabbats av generaliserat ångestsyndrom har väldigt svårt att kontrollera ångesten och oron. Det kan leda till att personen får svårt att sköta sitt arbete, studier och vardagen. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015, 46-47)

De vanligaste symtomen på generaliserat ångestsyndrom är koncentrations- och sömnsvårigheter, känner sig rastlös, trött samt svårt att koppla av. Dessa fysiska symtom kan i sin tur leda till att man får huvudvärk, magont eller spända muskler. Detta kan leda till att det är de fysiska symtomen som personen söker hjälp för. (Holmér, 2018). Enligt Häger (2018) är vänskapsrelationer, ekonomi, boende situation och inre emotionella faktorer de vanligaste orsakerna till att vuxna lider av ångest. (Häger, 2018). Generaliserat ångestsyndrom är vanligare hos kvinnor än hos män. De som drabbas infaller i genomsnitt vid 15 års ålder vilket betyder att hälften som drabbas av ångestsyndrom gör det innan de fyller 15 år. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015, 46-51)

Generaliserat ångestsyndrom kan behandlas framgångsrikt med psykoterapi och medicinering. Det finns många psykoterapier som kan användas vid generaliserat ångestsyndrom men evidensbaserad forskning visar att kognitiv beteendeterapi och exponering fungerar bra. Med kognitiva beteendeterapi jobbar man med att gå igenom tankesättet och beteendet som ökar ångesten eller som förhindrar en återhämtning. Med exponering utsätter man stegvis personen för de saker som ger ångest, antingen i fantasin eller i verkligheten. Som medicinsk vård används antidepressiva och lugnande läkemedel. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015, 46-51)

2.3 Panikångest

Panikångest är en psykisk sjukdom. Sjukdomen har återkommande, kraftiga ångestattacker. Attackerna beror oftast på en känsla av förvrängd verklighet, att man tappar självkontrollen, känsla av att dö eller en tanke på att man håller på att bli galen. Man känner att man inte klarar av att hantera situationen och utvecklar på så vis panik. En panikångestattack har många olika fysiska symtom, några exempel är hjärtklappningar, svårt att andas, hyperventilerar, smärta i bröstet, yrsel, domningar i benen och svimningskänslor. Om man har ofta återkommande panikångestattacker kan det leda till att man får bestående ångestsyndrom. De första tecknen på att man håller på att utveckla ångestsyndrom är att man börjar undvika situationer som kan göra att man får en panikångestattack, eller situationer som liknar de fysiska symtomen som att man börjar andas snabbare när man motionerar vilket kan ge personen samma känslor som när hen hyperventilerar. När man börjar undvika det som utlöser attacken och det börjar påverka ens vardag i minst en månads tid, kan man börja kalla det panikångest. Dock viktigt att komma ihåg att man kan ha drabbats av

panikångestattack utan att det leder till paniksyndrom. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander, Karila-Hietala, 2015, 46-47)

Ångest är något man kan lära sig själv att hantera och på så vis kan man även behandla sig själv. Detta är något som tar tid och är väldigt varierande från person till person. Ångesten i sig är inte farlig men det kan påverka ens vardag, man hamnar att lära sig hantera sin egen ångest och låta ångesten finnas där. Precis när ångesten kryper sig på kan man testa olika saker för att få ångesten att lättas och att man kan hantera den. Några tips på detta är: lära sig att stanna kvar i obehagskänslorna utan att fly dem för att lära känna sin ångest, andas lugnt, lägg en hand på magen för att känna hur du andas, förklara situationen för dig själv och låt tankarna vara som de är efter att det värsta har gått över kan det hjälpa att försöka fortsätta med det du höll på med innan du fick ångest. Ångest är också något man kan lära sig att hantera på längre sikt. Då handlar det om att man ska utmana sig själv och utsätta sig för situationer där obehagskänslorna kommer och på så vis försöka vänja sig vid känslorna och låta dem kännas. Man låter sig helt enkelt vänja sig vid att de situationer som man tror är farliga och jobbiga inte är det sist och slutligen. Andra faktorer som påverkar ångesten på sikt är bland annat: att få tillräckligt med sömn, motionerar regelbundet, låta kroppen återhämta sig från träning, försöka minska på stressen i sin vardag samt att man lär sig hur sin egen kropp reagerar i olika situationer för att kunna hantera sin ångest så bra som möjligt. (Holmér, 2016)

Förutom att man själv kan försöka hantera sin ångest så finns det flera olika behandlingar man kan försöka för att lätta på ångesten. Man kan testa olika läkemedel som t.ex. antidepressiva och läkemedel för epilepsi har även visat sig hjälpa mot ångest. Det är viktigt att man är ärlig och öppen med hur medicinen påverkar för att få en så optimal vård som möjligt. Målet med medicineringen är att ångesten ska lättas och att man börja må bättre. En annan behandling mot ångest är KBT vilket betyder kognitiv beteendeterapi. Det är en terapiform där man utgår ifrån personen själv och hennes syn på sig själv och hennes omvärld. Där man fokuserar på att få konkreta tips på handlingar i olika situationer där man upplever ångest för att kunna lindra dessa obehagskänslor. Man kan även kombinera läkemedel och KBT för att nå en optimal vård. (Åker, 2016)

2.4 Självskaðebeteende

Självskaðebeteende brukar kunna bero på att man försöker hantera sina känslor. Man kan uppleva att den fysiska smärtan känns lättare att hantera än den inre smärtan. Att skada sig själv leder ofta till en ond cirkel eftersom den inre känslan kan lätta för stunden men när fysiska smärtan har slutat känns oftast den inre ännu starkare när den kommer tillbaka. Självskaðebeteendet trappar ofta upp och blir värre och värre med tiden om man inte får hjälp med sina problem och att hantera sina känslor. (Lindholm, 2018)

Självskaðebeteende är något som bör tas på allvar samt att man ser till att personen får stöd och hjälp. Om självskaðebeteendet är något som pågått en tid är det extra viktigt att man snabbt får hjälp eftersom beteendet har en tendens att eskalera. Många som har självskaðebeteenden skäms och vill helst dölja sina problem, om detta känns tungt kan man först ta kontakt anonymt t.ex. via nätet för att försöka stärka självförtroendet att våga berätta för någon i ens närhet. (bup, 2018)

Behandling vid självskaðebeteende används kognitiv beteendeterapi i första hand men även dialektisk beteendeterapi som syftar till att minska på självskaðebeteendet. Andra terapimetoder där man reflekterar över sina egna tankar, känslor, reaktioner och motiv kan också användas. Dessa personer ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. Personens hälsa ska bedömas fysiskt, psykiskt, socialt samt risk för att hen skadar sig själv igen eller gör självmord. Där efter ska fortsättande behandling planeras. Tillsammans med sin vårdare komma överens om hur vården fungerar och hur länge vården behöver fortsätta. (Socialstyrelsen, 2018)

2.5 Självmordstankar

När man drabbas av en motgång i livet som känns omöjlig att ta sig ur kan man få för sig att döden är en utväg från det jobbiga. Detta kan drabba vem som helst i ens närhet. Situationer som kan få en att tänka så är t.ex. dödsfall, förluster, förväntningar som man inte har levt upp till. Exakta orsaken till att man får självmordstankar finns det inget svar på, men man kan i alla fall konstatera att personer som har självmordstankar har varit utsatt för psykiskt lidande. När man mår psykiskt dåligt blir även ens förmåga att hitta lösningar försämrad och detta kan leda till att döden är det bästa alternativet. (Holmér, 2018)

Om man har självmordstankar eller någon i ens närhet är det viktigt att man inte är själv med tankarna utan pratar med någon man litar på om det. För många kan det lätta efter att man

har fått berätta för någon hur man mår. Att söka professionell hjälp kan vara ett tungt svårt steg att ta men då kan man fråga någon om hjälp om man inte orkar själv. Det finns mycket man kan göra själv för att bättra på sitt mående som t.ex. ha rutiner, motionera, äta bra, att man sover tillräckligt, belöna sig själv och göra saker man tycker om, inte använda droger eller alkohol för att lätta på måendet. Om detta känns väldigt svårt kan man ta hjälp av en vän för att komma igång med t.ex. en promenad. (Wänseth, 2018)

När man har självmordstankar eller någon man känner har det är det viktigt att minnas att man kan ta sig ur situationen utan att ta självmord. Viktigt att man söker hjälp så att man kan undersöka om det finns en bakom liggande faktor till ens självmordstankar t.ex. depression, missbruk, dålig självkänsla. Exempel på var man kan söka hjälp är hälsovårdscentraler, psykiatrisk mottagning, folkhälsan, arbetsplatshälsovård, skolhälsovård, kyrkan och nationella hjälplinjer. Om man kommer fram till att man har sömnproblem, ångest eller depression kan man komplettera medicinering samt stödsamtal för att få en bra vård. I övrigt handlar vården om stödsamtal där man får dela på sina tankar med någon som lyssnar samt ger tips på hur man ska kunna lösa sin situation på annat vis än sina egna mörka tankar. Om ens tillstånd blir riktigt allvarligt och man vill börja ta sina tankar till gärning ska man söka upp vård på akutmottagning eller ringa 112. (Kallenberg, 2018)

2.6 Prehospitala vården

I hälso- och sjukvårdslagen § 39 (1516/2016) står det att den prehospitala vården i Finland ska organiseras av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. Vården ska planeras så att samarbetet mellan hälso- och sjukvårdsställen som håller jour och den prehospitala akutsjukvården får en fungerande helhet regionalt sett. Sjukvårdsdistriktets samkommun kan ordna den prehospitala akutsjukvården själva, ta hjälp av räddningsväsendet, använda sig av en privat serviceproducent eller med en annan samkommun. Beslut som hur den prehospitala akutsjukvården ska fungera, vilka krav på utbildning personalen ska ha, serviceinnehållet, målet för insatstiden, samt andra beslut som är nödvändiga för servicenivån beslutas av samkommunen. När dessa beslut ska tas bör man ha i beaktande att servicen ska vara ändamålsenligt och effektiv så att situationer där verksamheten är utsatt för högbelastning tas i beaktande. (finlex/1516, 2016)

I hälso- och sjukvårdslagen (1516/2016) § 40 kan man läsa att den prehospitala akutsjukvården ska innehålla följande service. Brådskande vård av en patient som plötsligt

insjuknat eller skadats, förflyttning av en insjuknad eller skadad patient som behöver vård, övervakning under förflyttning som behöver göras enligt medicinsk bedömning för att få patienten till ändamålsenlig vårdenhet. Även upprätthålla beredskapen inom prehospital akutsjukvård, vid behov av psykosocial stödverksamhet ordna kontakt åt patient, anhöriga eller annan som har varit med om händelsen, kunna samarbeta i storolyckor och exceptionella situationer med gränsbevakningen, polisen, räddningsmyndigheter och sjöräddningen för att ge handräckning med akutsjukvård som dessa ansvarar för. (finlex/1516, 2016)

I samkommunen kan man även ta beslut om att nödcentralen larmar ut någon annan enhet istället för ambulansen för att förkorta insatstiden, denna enhet kan ge livräddande första hjälp enligt beslut som har fattats på servicenivån. (finlex/1516, 2016). Kilpatriks (2012) reflekterar kring hur påverkade sjuksköterskornas kommunikation och beslutsfattande är när det kommer till sjukvårdssystemets politik och bristande riktlinjer. Samt att akutvårdspersonalens praktiska område beror på lagstiftning och beslut som görs av beslutsfattande myndigheter i organisationen. (Kilpatrik, 2012)

Hur den prehospitala vården ska fungera kan man läsa om bland annat på Helsingfors universitetssjukhus där de förklarar prehospitala vården på följande sätt. Den prehospitala vården innebär att personal kan svara på brådskande vårdssituationer och vägleda en patient till en så bra vård som möjligt och bedöma läget om situationen kräver vård genast eller om det går att lösa på ett annat sätt. Vid behov kan akut prehospital vård komma på plats till patienten som t.ex. kan vara i hemmet, arbetet, längs vägen osv. Då kan bedömningen och påbörjan av vården ske på plats samt vid behov kan patienten föras till ett sjukhus eller en hälsostation. Den prehospitala vården har inte hand om icke-brådskande transporter mellan vårdanstalter eller hemtransporter. I Finland hör den prehospitala vården under det egna sjukvårdsdistriktet och kan variera mellan olika distrikt. I Finlands lag har man fokus på att vården ska vara jämlik och att patienten ska få vård inom den väntetid som är fastställt regionalt. I Finland planerar man och utvecklar samarbetet flitigt mellan nödcentralen, räddningsväsendet, polisen och andra myndigheter som deltar på ett eller annat sätt, vilket gör att vi får ett möjliggörande system för att klara av lagens kriterier. (finlex/1516, 2016)

2.7 Kostnader gällande psykisk ohälsa i Finland

I THL:s statistik kan man se i tabellen under hälso- och sjukvårdsutgifter att kostnaderna för psykisk vård har ökat från 517,1 miljoner euro/ år (2000) till 750,0 miljoner euro/ år (2015) och att i den slutna psykiatriska vården har kostnaderna sjunkit från 399,3 miljoner / år (2000) till 352,4 miljoner euro /år. Samtidigt kan man även se på siffrorna angående långvarig psykiatrisk vård (över 180 dygn) så har kostnaderna sjunkit från 117,8 miljoner euro / år (2000) till 69,1 miljoner euro/ år (2015). Medan kostnaderna gällande öppna vården och vård på dagavdelning har ökat från 113, 5 miljoner euro / år (2000) till 391,4 miljoner euro / år (2015). Gällande dessa siffror ser man klart hur vården har förändrats från att man tidigare har fått vård på en sluten avdelning lättare än vad man får idag. I dagsläget vill man koncentrera den psykiska vården på den öppna sidan samt på dagavdelningar. (THL,2017)

En annan intressant fundering är det som tas upp av Wilhelmsson (2014) är där han tar upp om det faktiskt är så att psykisk ohälsa ökar eller om det finns någon sanning i vad kritikerna menar med att undersökningarna som görs har datainsamlingsbrister, att mätmetoderna har haft en effekt som har gjort att psykisk ohälsa har haft en oäkta ökning. (wilhelmsson, 2014)

3 Syfte och frågeställning

Mitt syfte med studien är att få fram om man redan i den prehospitala vården kan ge den vård som skulle behövas för att man ska känna sig trygg som patient med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteende eller självmordstankar. Jag vill ta reda på om det är möjligt att patienten får rätt vård som hen behöver i den prehospitala vården eller är den psykiska biten något som skjuts upp i den prehospitala vårdprocessen.

Min frågeställning:

1. På vilket sätt kan man som sjukskötare redan i den prehospitala vården, ge den vård som skulle behövas för att man ska känna sig trygg som patient med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteende eller självmordstankar?

4 Teoretisk utgångspunkt

Jag har valt Erikssons (1994) vårdteori om lidande eftersom det är en teori som är bekant för mig och som även många andra känner till och kan relatera till. Hennes teori förklaras kortfattat på följande sätt. Att vara människa innebär ett levande och i en människas levande finns även lidandet med som en naturlig del av livet. Om man ser på endast lidande får det en väldigt meningslös bild men om man kan koppla ihop lidandet till en levande människa får helheten ett helt annat perspektiv. För människan är lidandet en kamp mellan det onda och det goda. Kampen i lidandet är ett sätt att kämpa för sin mänskliga värdighet och frihet. Med sitt eget medlidande och medmänsklighet som medmänniska kan man se hur lidandet tar uttryck i en annan människa. (Eriksson 1994, 36-38).

Enligt Eriksson (1994) möts vi av tre olika typer av lidande inom vården. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Dessa olika typer går mycket in i varandra men om vi som vårdare förstår skillnaderna mellan kategorierna har vi en bättre förståelse att lindra lidandet för patienten. (Eriksson 1994, 82).

4.1 Sjukdomslidande

För en patient kan bland annat sjukdom eller en behandling orsaka lidande. När man hör ordet lidande förknippar man oftast smärta med det fysiska lidande men endast smärta är ej lidande för en patient. Medan relationen mellan smärta och lidande är det centrala. Den fysiska smärta kan vara så stark för en patient att hennes själiska och andliga varande blir påverkat. (Eriksson 1994, 83-85).

Eriksson (1994) delar in sjukdomslidande i två kategorier, en kategori för den kroppsliga smärta och en för det själiska och andliga lidandet. Hon menar att i den kroppsliga smärtan går hela patientens koncentration åt till det fysiskt onda vilket leder till ett lidande. I det själiska och andliga lidandet som orsakas av sjukdom eller behandling innebär den skam, skuld och förnedring som patienten känner. Denna typ av lidande kan bero på patientens egna upplevelser av sig själv eller bero på andras attityder mot patienten. (Eriksson 1994, 83-85).

4.2 Vårdlidande

Inom vården finns det alltid en risk att patienten känner sig kränkt av vårdpersonal i kontakt med sjukvården. Kränkning är en av människans värdighet vilket alltid innebär ett vårdlidande. Om man kränker en annan människa fråntas patienten att kunna vara sig själv fullt ut. Denna situation kan leda till: utebliven vård, maktutövning, fördömelse och straff eller ändrad bild av sitt egenvärde. (Eriksson 1994, 86-87).

I det här fallet med utebliven vård syftar Eriksson (1994) på att vårdpersonalen inte kan se helheten och kan bedöma vad patienten behöver om patienten känner sig kränkt och håller tillbaka med hennes rätta jag. Vanligaste orsaken till vårdlidande är omedvetet agerande, bristande kunskap och brist på reflektion. Maktutövning påverkar patienten negativt på sin frihet, eftersom patienten tvingas göra saker som hon inte själv har valt av fri vilja. Med fördömelse och straff menar hon att vårdpersonalen tror att de vet vad som är bäst för patienten. Som patient kan man även känna fördömelse när hon inte passar in i ramarna för hur en idealisk patient ska vara. Straff kan innebära att vårdpersonalen ignorerar patienten. (Eriksson 1994, 87-91).

Alla individer har samma värde och värdighet men det innebär också att alla människor har sin egen uppfattning angående värdighet. (Eriksson 1994, 86-87).

4.3 Livslidande

Med livslidande menar Eriksson ett lidande som människan känner ur sin egen situation. Patientens livslidande är kopplat till hennes sjukdom och ohälsa som i sin tur kan leda till att hennes existens och livssituation blir påverkat. Livslidande är ett lidande som människan känner i relation till livet, hur det är att leva och att vara en individ i denna värld. Lidandet kan orsakas av ett livshotande tillstånd, som blir ett hot mot människans existens eller påverkar hennes vardagliga sysslor. Att bär på tankar om att man ska dö är ett stort lidande. Samtidigt som känslor av att bli ignorerad är en förintelse i sig. Vilket innebär ett livslidande för en människa. Att inte få känna kärlek är kanske ett av de största och djupaste av alla lidanden. (Eriksson 1994, 93-94).

Alla dessa faktorer påverkar tillsammans livsviljan och blir en kamp och ett lidande. När en patient blir sjuk är oftast situationen ny, påtvingad och oönskad, vilket kan påverka patientens egna uppfattning som människa. I den situationen skulle patienten behöva hitta

en mening i situationen. När patienten inte hittar någon mening längre kan hon bli orkeslös och ge upp kampen. De patienter som inte längre orkar leva med sitt lidande möter vi i vården. (Eriksson 1994, 93-94).

4.4 Lindra lidandet

Enligt Eriksson (1994) finns det lidande som man kan få bort helt men att det också finns lidande som man inte kan bli av med men som kan lindras. För att vi i vården ska kunna lindra lidandet är den viktigaste delen att vi har en vårdkultur som gör att patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Att man som vårdare inte skapar ett lidande för patienten genom att kränka patientens människovärde, man upprätthåller patientens människovärde genom att patienten blir sedd och bemött samt får den hjälp hon behöver. En patient som lider är i behov av tro hopp och kärlek. Som vårdare kan man förmedla detta genom bland annat vänliga blickar, vänliga ord, beröring, skratta tillsammans med patienten, finnas där för patienten, skapa en professionell relation med patienten samt göra någonting för patienten som kan förmedla medlidande åt patienten och på så vis lindra lidandet. Att man som vårdare finns där som en medmänniska till patienten som lider är en viktig del i att lindra lidandet. Viktigaste delen i att lindra lidandet för patienten är att vårdaren vågar möta patientens lidande. (Eriksson 1994, 95-96).

Som även Eriksson (1994) tar upp i sin vårdteori är att det är viktigt att patienten inte känner sig kränkt eller att hon inte kan vara sig själv och ärlig om alla detaljer eftersom det kan leda till att vårdpersonalen inte kan se en helhet och kan bedöma vilken sorts vård patienten verkligen behöver. (Eriksson 1994, 95-96).

5 Metod

Jag har valt att använda mig av systematisk litteraturstudie baserat på vetenskapliga artiklar. Denna metod har som avsikt att besvara studiens syfte vilket är om man redan i den prehospitala vården kan ge den vård som skulle behövas för att man ska känna sig trygg som patient med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självska debeteende eller självmordstankar.

Med kvalitativ metod innebär det att man lägger fokus på betydelsen av texterna som man samlat in samt att de är vetenskapligt granskade. Resultatet i en kvalitativ metod går inte att mätas i mängd, frekvens eller intensitet. Kvalitativ metod kan innebära intervju, text och observation där man tolkar innehållet. (Justensen & Mik-Meyer, 2011, 13-14)

5.1 Datainsamlingsmetod

Systematisk litteraturstudie innehåller flera steg. Först görs en problemformulering angående ämnet man vill göra en studie kring, därefter fastställs ett syfte. Sedan ska man formulera frågor som man söker svar på i den kritisk granskade litteraturen. Sökord och sökstrategi ska bestämmas. När sökprocessen är avklarad, granskas de kritiskt valda artiklarna som bedöms kvalitetsmässigt. (Forsberg & Wengström 2008, s. 34-36)

Som datainsamlingsmetod har jag använt mig av vetenskapliga artiklar som handlar om detta ämne. Jag har sökt artiklar ur databaserna EBSCO, Chinal och Google scholar. I dessa databaser har jag använt mig av sökorden: Nursing care, nursing caring, nursing, nurse-patientrelation, empathy, nursing empathy, caring behaviours, emergency department, emergency, paramedic, ambulance care, prehospital, prehospital care, emotional, mental disorders, self-injury, suicide och anxiety. Från de resultat jag har fått har jag valt artiklar som svarar på de frågor jag har i mitt syfte. Detta gjorde jag genom att läsa abstrakten på de artiklar som hade en passande rubrik. Därefter sparade jag 18 artiklar som jag läste. Utifrån dessa 18 artiklar valdes åtta artiklar som passade till mitt arbete, artiklarna är publicerade mellan årtalen 2004-2017. Det var inte lätt att hitta artiklar som svarade på mina frågor, därför har jag valt att även ha med de artiklar som är lite äldre. Sökresultatet har varit många till antalet men det har varit få artiklar som svarat på mitt syfte i arbetet. De anser jag att de artiklar jag har valt gör.

5.2 Dataanalys

När man gör en systematisk litteraturstudie är det viktigt att man har ett objektivt förhållningssätt till sin studie för att undvika systematiska fel, för att kunna få ett så tillförlitligt resultat som möjligt. (Forsberg & Wengström 2008, 59).

Efter att ha sökt artiklarna ska de kvalitetsgranskas och de utvalda artiklarna ska presenteras. När man har valt ut artiklarna ska de läsas samt att man ser till att man förstår dessa. Därefter

kan man plocka ut delar av resultatet som besvarar syftet och frågeställningen i studien. Där efter indelas artiklarna i olika rubriker för att kunna få ut en sammanhållande text av resultaten. Till slut analyserar man artiklarna som sedan diskuteras och sammanställer resultatet. (Forsberg & Wengström 2008, 59-60).

Jag har läst artiklarna flera gånger för att kunna plocka ut det som jag ansåg var viktigt för att kunna få svar på mitt syfte samt frågeställningarna. Jag har där efter delat in resultatet i olika kategorier enligt ämne för att få en tydligare helhet av resultatet.

5.3 Etiska principer

Etiska principer som ska beaktas i systematiska litteraturstudie är urvalet och presenterande av resultatet. Artiklarna ska vara etiskt granskade för att få redovisas i studien. (Forsberg & Wengström 2008, 77) Ur artiklarna ska man redovisa all litteratur som ingår i studien även alla resultat, det är viktigt att författaren inte bara använder sig av de det som stöder författarens egna tankar, utan även de som inte stöder hypotesen. (Forsberg & Wengström 2008 s. 69)

Jag har förhållit mig etiskt till artiklarna för att kunna få en så verklighetstrogen helhet som möjligt i mitt resultat. Jag har även följt de etiska forskrifterna för utbildningens skrivningar.

6 Resultatredovisning

Syftet med arbetet är att redogöra vad man som sjukskötare kan göra för att personer med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självska debeteende och självmordstankar ska känna sig trygga samt hur man kan förebygga dessa besvär hos patienten i den prehospitala vården. I resultatet framsteg kategorierna: vara förstående och lyssna på patienten, visa närhet, utmanande vårdsituationer och hur psykiska sjukdomar kunde bete sig i olika vårdsituationer.

6.1 Vara förstående och lyssna på patienten

”Man kan lyssna utan att bry sig men man kan inte bry sig utan att lyssna” framkom i studien av Shattell, McAllister, Beverly och Thomas (2006). Där tar man upp att lyssna är avgörande

om samtalet ska lyckas och att man ska uppnå förståelse för varandra. Patienten vill känna att vårdaren lyssnar utan att tänka på vad hen kommer att säga. Hur sjukskötaren tar emot vad patienten berättar hade stor betydelse. Trots att patienten berättade svåra och tuffa saker tog sjukskötaren emot det med ett lugnt och accepterande beteende vilket fick patienten att känna att hen inte var annorlunda eller konstig. Patienten kände att sjukskötaren ville hjälpa till om hen ställde följdfrågor, gav förslag, konstruktiv kritik, hopp och uppmuntran. (Shattell, McAllister, Beverly och Thomas, 2006).

För att få patienten att känna sig accepterad ska sjuksköterskan vara accepterande, inte döma, visa respekt, lyssna och låta patienten prata till punkt utan att avbryta eller argumentera. Om inte sjukskötaren frågade följdfrågor och visade engagemang när patienten t.ex. berättade om ett självmordsförsök fick det patienten att känna att hen inte blev tagen på allvar och att sjukskötaren inte lyssnat på vad patienten berättade. (Larsson, Nilsson, Runeson, Gustafsson, 2007)

Shattell, McAllister, Beverly och Thomas (2006) säger att vikten av att få patienten att känna sig viktig var en förutsättning för att patienten ska känna sig förstådd. När patienterna kände sig förstådda kände de att de blev behandlade som människor istället för en siffra eller sjukdom. Patienterna ville inte känna att de var en siffra som vårdpersonalen bara skulle få vidare i vårdprocessen i sitt arbetspass utan som en medmänniska som ville hjälpa dem att må bättre och att bli förstådda. Ett exempel som sjukskötaren gjorde för att patienten skulle känna sig viktig var att anteckna vad patienten berättade. Då kände patienten att sjukskötaren ville förstå, ha en översikt, ville minnas vad hen berättade och hens historia. För att kunna bli förstådd beskrevs att både den som vill bli förstådd och den som vill förstå måste hjälpas åt för att komma till ett lyckat resultat. Patienter med psykisk ohälsa inte beskrev erfarenhet av att bli förstådd utan att beskriva jobbiga situationer där de inte hade blivit förstådda. När patienterna blev missförstådda ledde det till att patienterna kände sig sårade, tvivlade på sig själv, diskriminerade och ensamma. (Shattell, McAllister, Beverly och Thomas, 2006).

Enligt Bridges, Nicholson, Maben, Pope, Flatley, Wilkinson, Meyer, Tziggili (2012) är det viktigt att involvera familjen och anhöriga i vården för att bygga upp en bra professionell relation mellan sjukskötaren och patient. De ansåg även att om sjukskötaren öppnade upp om sig själv mot patienten och förde en bra dialog, gav patienten lika mycket tillbaka åt sjukskötaren. Samt om patienten blev involverad i sin vård fick både patienten och sjukskötaren bättre förståelse för varandra. (Bridges, Nicholson, Maben, Pope, Flatley, Wilkinson, Meyer, Tziggili, 2012)

6.2 Visa närhet

Som sjukskötare ska man vara öppen och lyssna på andra för att visa man bryr sig. Patienter på akuten har ofta tappat kontrollen över deras egna situation och är beroende av sjukskötaren. En sjukskötare som bryr sig ska vara empatisk och kunna förutse och tolka patientens behov. Även viktigt att sjukskötaren stannade upp med det andra vårdåtgärderna medan patienten berättade det hen ville berätta och verkligen lyssnade. Små saker som att ta en stol och sätta sig bredvid patienten så att ögonen var i samma höjd gav en accepterande känsla åt patienten. (Wiman, Wikman, 2003) Patienten kände sig mera accepterad ifall sjukskötaren gav en kram eller liknande beröring som t.ex. en hand på axeln. Även att hen gav den tid man behövde för att berätta vad man ville samt att hålla ögonkontakten. (Shattell, McAllister, Beverly och Thomas ,2006)

Att känna empati av sjukskötaren beskrevs i handlingar som försiktighet, närhet, tillgänglighet och bekräftelse. Att sjukskötaren såg patientens grundläggande behov, inte lämnade patienten ensam, fanns där och var tillgänglig. Patienten uppskattade även när sjukskötaren satt bredvid, fanns där, lät det vara tyst ibland, samtalade, eller tog promenad i korridoren med patienten. (Larsson, Nilsson, Runeson, Gustafsson, 2007)

Suhonen, Papastavrou, Estathiou, Tsangari, Jarsova, Leino-Kilpi, Patiraki, Karlou, Balogh, Merkouris (2011) tar upp att individualiserad vård är viktigt för att man ska lyckas ge så professionell vård som möjligt samt att lyckas få en bra och professionell vård mellan sjuksköterska och patient. (Suhonen, Papastavrou, Estathiou, Tsangari, Jarsova, Leino-Kilpi, Patiraki, Karlou, Balogh, Merkouris ,2011)

I studien av Holmberg, Forslund, Wahlberg, Fagerberg (2013) framkom att patienten kände ensamhet, ångest och rädsla stunden innan ambulansen kom, dessa känslor varade inte länge eftersom ambulanspersonalen gav en varm atmosfär av empati. Innan ambulansen kom var patienten i en situation de inte kunde hantera själva och hamnade att lita på personalens kompetens att klara av situationen. Det gjorde att patienten kände sig lättad att färdas till sjukhus med ambulansen trots att hen kände av ångest. Det framkom även att patienten sällan delar med sig av de psykiska besvären utan bara berättar de fysiska. Vilket gör att ambulanspersonalen aldrig får de psykiska besvären till sin kännedom. (Holmberg, Forslund, Wahlberg, Fagerberg ,2013)

Ambulanspersonalen var duktiga på att visa verbal och ickeverbalt lugn åt patienten samt att förklarade situationen lugnt, vilket gav intrycket åt patienten om tillit samt att

ambulanspersonalen var kompetent nog att hantera situationen. Situationer där ambulanspersonalen inte behandlade patienten som en medmänniska resulterade i att patienten kände sig ensam och övergiven. (Holmberg, Forslund, Wahlberg, Fagerberg, 2013)

6.3 Utmanande vårdrelationer

I forskningen av Wiman och Wikblad (2003) framkom det att största delen av patienterna på en akutvårdsavdelning inte kände av att personalen brydde sig utan att de mera jobbade instrumentalt. (Wiman, Wikman, 2003) Instrumentala beteendet är vanligt när det kommer till akutsjukvård. Sjukskötarna fokuserar på att vårda det fysiska och glömmar bort den psykiska vården för patienten. Enligt Wiman och Wikman (2003) kände patienterna ofta att sjukskötarens blick vandrade från patienten till monitorn vilket gav en obrydd uppfattning åt patienten. Ett annat bra exempel är när sjukskötaren vårdade kunde man se olikheter på vart sjukskötaren höll sin blick. Patienten fick en bättre uppfattning av sjukskötaren ifall sjukskötaren höll blicken på patienten vid en vårdåtgärd istället för att sjukskötaren höll blicken på instrumentet. (Wiman, Wikman, 2003)

Sjukskötarna beskriver även patienter som ofta fick vård men inte blev bättre där kände sjukskötarna att de lade ner mycket tid och arbete på patienten utan framsteg. Detta ledde ofta till att sjukskötarna slutade engagera sig i patienten när de inte fick någonting tillbaka från patienten. (Larsson, Nilsson, Runeson, Gustafsson, 2007)

Vid patienter som är svåra att nå fram till ska man använda sig av strategi som innebär övertalning, undvikande och kompromiss enligt Michaelsen (2011). Denna strategi testades på patienter som inte hade sjukdomsinsikt. Det innebar att man först har försökt övertala patienten till olika vårdmetoder där patienten har vägrat. Det ledde till frustration hos sjuksköterskorna och vissa gav upp. Det emotionella undvikandet resulterade i att vissa sjukskötare kunde vårda utan att bli frustrerade eftersom de endast skötte det fysiska hos patienten och inte det psykiska. Meningen med emotionellt undvikande var att sjuksköterskorna skulle backa tillbaka för att kunna se en större helhet hos patienten och var problemet egentligen var. Det ledde även till att patienten kände sig ensam och övergiven. Nästa steg i strategin var kompromiss där man förväntade sig att sjuksköterskorna hade fått en bättre bild av helheten samt att patienten har insett att det är hos hen själv vilja till förändring måste starta ifrån. (Michaelsen, 2011)

6.4 Hur psykiska sjukdomar kunde bete sig i olika vårdssituationer

Patienter som skadar sig själva har ofta en bakgrund med trauma, sexuellt våld, misshandel, dålig uppväxt, övergiven eller mist en nära vän eller släkting. Patienter som skadar sig själv lever med ångest, nedstämdhet, hopplöshet, ensamhet och osäkerhet. Patienterna blev vana vid att ha en viss distans till sina känslor genom skada sig själva istället för att bearbeta känslorna. Genom att skada sig själv och se och känna det varma blodet kände de sig levande. Efter att patienterna har skadat sig själva kände de sig befriade från starka känslor och den tuffa spänningen, även om det bara varade för fem minuter, samt att sjuksköterna lade mera ansvar på patienter som hade lindrigare självskaðebeteende där personalen kände att patienten hade mera kontroll över sina handlingar. Dock hur personalen bedömde kontrollen framkom inte i forskningen. (Bosman, Van Meijel, 2008)

Sjuksköterskorna föreslog att de skulle skilja på patienter som skadade sig själva utan vilja att begå självmord samt patienter som skadade sig själva med viljan att begå självmord. Förebyggande och säkerhet är det sjuksköterskorna skulle prioritera. Personalen lade tyngdpunkten på att öka säkerheten och självständigheten samt att minska på spänningen och ångesten för att återställa kontakten till verkligheten. På det här viset fick patienterna lära sig att kontrollera sina impulser och hur de skulle bearbeta alternativa beteenden istället för att skada sig själva. (Bosman, Van Meijel, 2008)

Sjuksköterna hade olika sätt att gå till väga när det kom till frågor angående självmordsplaner eller självmordstankar. En del av sjuksköterna frågade rakt på sak och andra använde sig av längre konversationer för att komma fram till frågorna. Där kände sjuksköterna många gånger att det var omöjligt att veta om patienten låg i riskzon för att begå självmord, eftersom det fanns patienter som de upplevde att började må bättre begick självmord. (Larsson, Nilsson, Runeson, Gustafsson, 2007)

Sjuksköterna var medvetna om att de spenderade för lite tid med att prata med patienten om händelser som skett hos patienten. Personalen betonade mera att se på framtiden samt att sköta skadorna på den skadade kroppen istället för att prata om känslorna bakom självskaðebeteendet. Öppna diskussioner i grupp angående självskaðebeteende undveks eftersom någon patient kanske inte var redo att prata om det, man var rädd att diskussionen skulle leda till att man skadade sig själv eller att patienterna triggade varandra att skada sig själva genom att prata om det med varandra. (Bosman, Van Meijel, 2008)

7 Diskussion

Här jämför jag resultatet gentemot bakgrunden samt den teoretiska vårdteorin. Jag har använt mig av Erikssons (1994) vårdteori lidande. Teorin beskriver hur patienten kan känna lidande i vården och livet samt vad vårdpersonalen kan göra för att lindra lidandet hos patienten. I resultatet framkom vikten av att lyssna på patienten och att få patienten att känna sig förstådd. Som exempel kan jag nämna ett citat som framkom i forskningen av Shattell, McAllister, Beverly och Thomas (2006) ”Man kan lyssna utan att bry sig men man kan inte bry sig utan att lyssna” (Shattell, McAllister, Beverly och Thomas ,2006). Att lyssna och visa förståelse gentemot patienten är även något som Eriksson (1994) nämner i sin vårdteori om hur man kan lindra lidandet hos patienten.

Med hjälp av Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier har jag haft perspektivmedvetenhet i min studie för att få en så sannings enligt och relativt resultat som möjligt. Detta innebar att bakom varje beskrivning har jag en föreställning om vad det betyder i verkligheten. Det är viktigt för att de enskilda delarna ska kunna kopplas till en helhet för att ge en så verklighets enligt resultat som möjligt. (165-166)

7.1 Resultat diskussion

Syftet med studien var att ta reda på om man redan i den prehospitala vården kan ge den vård som behövs åt personer med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskadebeteenden och självmordstankar. I bakgrunden har jag tagit upp vad dessa sjukdomar innebär samt behandlingen. Jag har även tagit upp kostnader gällande psykiska vården i Finland för att ha en överblick hur situationen ser ut, samt att jag har förklarat den prehospitala vården.

I resultatet framkom betydelsen för patienten när det gäller att lyssna och försöka förstå. ”Man kan lyssna utan att bry sig men man kan inte bry sig utan att lyssna.” (Shattell, McAllister, Beverly, Thomas, 2006) var en beskrivande mening som betonar hur viktigt det är att personer med psykisk ohälsa känner att man som sjukskötare lyssnar och bryr sig. I resultatet nämndes även att personer med självmordstankar som berättar om situationen men samtidigt känner att personen hen berättar för inte lyssnar, kan det leda till att personen

känner att hen inte blir tagen på allvar. (Larsson, Nilsson, Runeson, Gustafsson, 2007). I bakgrunden i avsnittet om självmordstankar togs samma ämne upp där Wänseth (2018) nämner att personer med självmordstankar kan känna att det lättar inombords ifall de har en person som lyssnar när hen berättar om sina känslor och självmordstankar.

Närhet och acceptans nämndes även i resultatet som en viktig del av att få en professionell relation till patienten. Kan man uppnå en professionell relation till patienten vågar patienten berätta för sjukskötaren hur hen mår och vilka besvär hen har. Detta påstående nämner bland annat Shattell, McAllister, Beverly och Thomas (2006) i deras studie. Hur man kan uppnå den relationen gavs exempel på att man kan ta en stol och sätta sig bredvid patientens säng för att förhålla sig på samma höjd som patienten samt hålla ögonkontakt för att få patienten att känna att man finns där och lyssnar på vad hen vill berätta. (Wiman, Wikman, 2003) Det sjukskötaren måste förstå är att patienten kan ha försökt berätta om sin situation för någon en längre tid och att det kan vara skämmande och kännas självkränkande att berätta för någon om t.ex. sina självskadebeteenden vilket framkom i bakgrunden av Bup. (2018). ”Att inte få känna kärlek är kanske ett av de störta och djupaste av alla lidanden.” (Eriksson, 1994)

I resultatet beskrevs att patienter i akutsjukvården kan känna att sjukskötaren ger ett instrumentalt vårdande. (Wiman, Wikman, 2003). Eriksson (1994) tar upp i vårdteorin om hur patienten kan känna att de tappar makten i vårdsituationer eftersom det hänger i sjukskötarens och vårdens händer. Det är något sjukskötaren borde se till att patienten inte känner. Som sjukskötare borde man diskutera med patienten och hålla ögonkontakt för att se hur patienten mår och reagerar på olika vårdåtgärder. Även i den prehospitäl vårdens borde man se patienten som en helhet med fysiska, psykiska och emotionella behov för att ge en bra vård, vilket även nämns i bakgrunden i avsnittet om prehospital vård. Vilket också Eriksson (1994) nämner i vårdteorin, alla individer har samma värde och borde vårdas som en helhet. Sjukskötaren ska i akuta situationer visa ett verbalt och ickeverbalt lugn vilket gör att patienten känner sig trygg, lugn samt att patienten känner att sjukskötaren är kompetent nog för att klara av att hantera situationen. (Holmberg, Forslund, Wahlberg, Fagerberg, 2013)

Det framkom även i resultatet att patienter sällan delar med sig av de psykiska besvären utan bara berättar de fysiska, vilket leder till att ambulanspersonalen inte får de psykiska besvären till sin kännedom. (Holmberg, Forslund, Wahlberg, Fagerberg, 2013) Detta är något man borde ha i åtanke som vårdare att våga ställa frågor om psykiska ohälsa eftersom det är ett

steg mot tillfrisknande att våga berätta om hur man mår vilket även kom fram i kapitlet om självskadebeteende och självmordstankar. (bup, 2018 och Kallenberg, 2018)

I resultatet skrevs även att sjukskötarna var medvetna om att de spenderade för lite tid att prata med patienten om händelser som skett hos patienten. Personalen betonade mera att se på framtiden samt att sköta skadorna på den skadade kroppen istället för att prata om känslorna bakom självskadebeteendet. (Boman, Van Meijel, 2008) Vilket även är ett problem som vårdpersonalen borde ha i åtanke att ta sig tid att diskutera känslorna med patienten för att patienten ska kunna ha chans att bearbeta känslorna på annat sätt. Detta tar även Eriksson (1994) upp i sin teori om lidandet hur man kan lindra lidandet genom att finnas där för patienten och ge vänlig blickar och ord för att få en bra vårdrelation med patienten så att patienten vågar berätta för sjukskötaren hur hen mår för att lindra sitt lidande.

7.2 Metoddiskussion

Enligt Nyberg och Tidström (2012, 153) ska b.l.a. metoden och datainsamlingen reflekteras kring i metoddiskussionen. Jag valde systematisk litteraturstudie eftersom det intresserade mig samt att jag trodde att utbudet på artiklar om ämnet var större. Jag upplevde hela processen som tidskrävande och tung. Samt att ett stort självdisciplin krävdes. En stor orsak till att jag kände så var bristen på artiklar som handlade om mitt ämne. Artiklarna handlade oftast om psykisk ohälsa i samband med någon annan sjukdom eller att det var akutvårdspersonal som hade psykisk ohälsa p.g.a. traumatiska upplevelser i sitt arbete. Kvalitativ metod var det rätta alternativet för mig eftersom jag tyckte det var intressant samt att jag upplevde att jag fick en bra struktur och klarhet i mitt resultat. Med facit i hand tror jag att intervju hade varit lättare att få svar på det jag sökte men osäker på om tillräckligt många skulle ställa upp i en sådan intervju. När det kommer till vårdteorin känner jag att jag valde en passande vårdteori till mitt arbete.

7.3 Slutledning

Tack vare arbetet har jag fått svar på vad man som sjukskötare ska tänka på när det kommer till patienter med panikångest, generaliserat ångestsyndrom, självskaadebetende samt självmordstankar. Hur stor betydelse det är för patienten när det gäller att sjukskötaren lyssnar, finns där och förstår det patienten berättar för att ge en så bra vård som möjligt. Även att man som sjukskötare kommer ihåg att vårda patienten som en helhet vilken arbetsplats man än har. Jag tycker att det här arbetet beskriver att man som sjukskötare ska ha ett stort och varmt hjärta men samtidigt veta av sin gräns för att klara av ett arbete. Att göra en intervju baserad studie om ämnet är mitt förslag till vidare studier. Jag anser att med hjälp av min studie har jag fått svar på mina frågor samt syfte om vad sjukskötaren kan göra i den prehospitalla vården för patienter med generaliserat ångestsyndrom, panikångest, självskaadebetende och självmordstankar, vilket jag kommer ha i åtanke i mitt kommande yrke för att ge en så bra vård som möjligt. Jag hoppas arbetet intresserar, bidrar med nya kunskaper samt nya insikter.

8 Källhänvisning

Bramley, L., & Matiti, M., 2014. How does it feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*. (23), s. 2790-2799. (online) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263156/> (hämtad 22.11.2018).

Bup. 2018. Självskadebeteende (online) <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Sjalvskadebeteende/> (hämtad 25.02.2019).

Eriksson, K., 1994. Den lidande människan. Stockholm: Liber.

Folkhälsomyndigheten. 2018. Statistik om suicid (online) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicid-i-varlden/> (hämtad 22.01.2019).

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2008. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur.

Helsingfors universitetssjukhus. Prehospital akutvård i Finland (online) http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/prehospital_akutvard/Sidor/default.aspx (hämtad 15.11.2018).

Holmér, E., 2018. Generaliserat ångestsyndrom (online) <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Generaliserat-angestsyndrom---GAD/> (hämtad 19.01.2019).

Holmér, E., 2018. Självmordstankar (online) <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Sjalvmordstankar/#section-2> (hämtad 20.01.2019).

Holmér, E., 2016. Ångest (online) <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Angest/> (hämtad 15.11.2018).

Häger, M., 2018. Orsaker till ångest hos unga vuxna: Faktorer i vardagen - en litteraturöversikt. (online) <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1214175/FULLTEXT01.pdf> (hämtad 15.11.2018).

Justensen, L. & Mik-Meyer, N., 2011. Kvalitativa metoder. Från vetenskap till praktik. Lund: Studentlitteratur AB.

Kallenberg, J., 2018. Självmord går att förebygga (online) <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Sjalvmord-gar-att-forebygga/> (hämtad 22.01.2019).

Kilpatrick, K., 2012. Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. Journal of Clinical Nursing. (22), s. 168-179. (online) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672715> (hämtad 22.11.2018).

Kitchener, B., Jorm, J., Kelly, C., Lassander, M., Karila-Hietala, R., 2015. Sårbara sinnet, lär dig känna igen och stöda. Psykiska första hjälpen 2. Melbourne: University of Melbourne.

Lag om den prehospitala akutsjukvården 29.12.2016/1516 (online) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P40> (hämtad 22.11.2018).

Larsson, S., 1994. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin B. & Svensson P-G. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, M., 2018. Att skada sig själv (online) <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Sjalvskadebeteende---att-skada-sig-sjalv/> (hämtad 11.12.2018).

Lillkvist, M., 2015. Nedskärningar inom psykvården oroar. Svenska YLE 22.09.2015 (online) <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/09/22/nedskarningar-inom-psykvarden-oroar> (hämtad 15.11.2018).

Margulies, P., 2013. Vad ligger till grund för den psykiatriska bedömningen inom den prehospitala vården?: Ambulanssjuksköterskans perspektiv. Stockholm: Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård (Magisteruppsats). Ersta Sköndal Högskola, Institutet för vårdvetenskap. (online) <http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:627497/FULLTEXT01.pdf> (hämtad 15.11.2018).

Nettelbladt, P., 2003. Hur skall primärvården upptäcka den dolda ångest/depression som finns? Självskattningsformulär för patienten bra hjälpmedel men räcker inte. Läkartidningen, 100(10), pp. 824-826. (online) <http://lakartidningen.se/OldPdfFiles/2003/26282.pdf> (hämtad 15.11.2018).

Nyberg, R., Tidström, A., 2012. Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar. Lund: Studentlitteratur AB.

Psykosociala förbundet. Psykisk hälsa i Finland (online) <http://www.fspc.fi/> (hämtad 15.11.2018).

Socialstyrelsen. 2018. Självskadebeteende (online)

<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Sjalvskadebeteende/Sidor/default.aspx>

(hämtad 11.04.2019).

THL. 2015. Ångestsyndrom (online) [https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-](https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom)

[halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom](https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom) (hämtad 11.12.2018).

THL. 2017. Enkät “Hälsa, balans och tillfredsställelse i livet”

(online) https://sampon.thl.fi/pivot/prod/sv/ktk/ktk1/summary_perustulokset (hämtad

15.11.2018).

THL. 2017. Enkät “Hälsa, välfärd, delaktighet och fritid” (online)

<https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/forskningsresultat/valfard-delaktighet-och-fritid> (hämtad 15.11.2018).

THL. 2017. Enkät “Hälsa, vänner och ensamhet”

(online) https://sampon.thl.fi/pivot/prod/sv/ktk/ktk1/trend/summary_trendit?alue_0=87869&mittarit_0=200138&mittarit_1=199281&mittarit_2=199940&sukupuoli_0=143993#

(hämtad 15.11.2018).

THL. 2017. Hälso- och sjukvårdsutgifter, bilagetabell (online) [https://thl.fi/sv/web/thlfi-](https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/ekonomin-inom-social-halso-och-sjukvarden/halso-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering)

[sv/statistik/statistik-efter-amne/ekonomin-inom-social-halso-och-sjukvarden/halso-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering](https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/ekonomin-inom-social-halso-och-sjukvarden/halso-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering) (hämtad 15.11.2018).

Vilhelmsson, A., 2014. Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: Har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används? [Poor mental health, public health and medicalization: is it of any significance which health concepts are used?]. Socialmedicinsk Tidskrift, 91(1), pp. 63-73. (online)

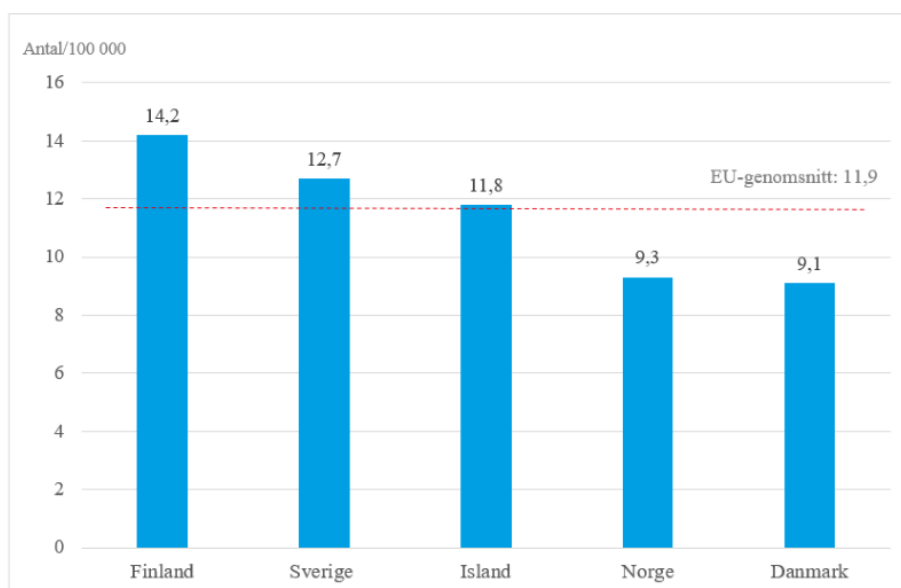
<http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1089/897> (hämtad 15.11.2018).

Wänseth, M., 2018. Självmorsdtankar (online) <https://www.umo.se/att-maldaligt/sjalvmordstankar/att-ha-sjalvmordstankar/> (hämtad 20.01.2019).

Remes, M., Fler barn vårdas för psykiska problem än någonsin tidigare. Svenska YLE 28.11.2018 (online) <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/11/28/fler-barn-vardas-for-psykiska-problem-an-nagonsin-tidigare-90-000-under-13> (hämtad 11.12.2018).

Åker, A., 2016. Doktorn, Generaliserat Ångestsyndrom. (online) <https://www.doktorn.com/artikel/gad-generaliserat-angestsyndrom---en-tung-del-av-mangas-vardag> (hämtad 22.11.2018).

Bilaga 1



Bilaga 2



Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>To surrender in dependence of another: the relationship with the ambulance clinicians as experienced by patients</p> <p>Författare: Mats Holmberg, Kerstin Forslund, Anna Carin Wahlberg, Ingegerd Fagerberg. Publicerings år: 2013</p>	<p>Belysa betydelsen av förhållandet med ambulansläkare patienter.</p>	<p>Intervju av 13 män och 7 kvinnor.</p> <p>Dataanalys</p>	<p>Från att patienterna kände rädsla, ensamhet och ångest fick ambulanspersonalen dem att känna lugn genom verbal och icke-verbalt lugn. Det resulterade i att från att patienten kände ångest och rädsla före ambulansen kom, kände ett lugn och förtroende till ambulanspersonalen som hade kontroll över situationen.</p>
<p>Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care</p> <p>Författare: Riitta Suhonen, Evridiki Papastavrou, Georgios Efstathio, Haritini Tsangari, Darja Jarosova, Helena Leino-Kilpi, Elisabeth Patiraki, Chryssoula Karlou, Zoltan Balogh, Anastasios Merkouris Publicerings år: 2011</p>	<p>Sambandet mellan individualiserad vård och patienttillfredsställelse</p>	<p>Enkät</p> <p>Dataanalys</p>	<p>Den individuella vården av sjukskötareskan medförde att patienten kände sig tillfredsställd samt att man uppnådde en bra och professionell vård.</p>

<p>Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship</p> <p>Författare: Jackie Bridges, Caroline Nicholson, Jill Maben, Chatherine Pope, Mary Flatley, Charlotte Wilkinson, Julienne Meyer, Maria Tziggili Publicerings år: 2012</p>	<p>Sjuksköterskornas erfarenheter av sjuksköterska-patientrelationer med vuxna patienter i allmänhet, akuta sjukhussammanhang.</p>	<p>Vetenskapliga artiklar</p> <p>Metaanalys</p>	<p>Sjuksköterskor strävar efter att utveckla en professionell relation till deras patienter. Det framkom i resultatet att det var viktigt att involvera familjen och anhöriga, föra en bra dialog till patienten samt att involvera patienten i vården för att nå ett lyckat resultat.</p>
<p>Emotional distance to so-called difficult patients.</p> <p>Författare: Jette Joost Michaelsen Publicerings år: 2011</p>	<p>Sjuksköterskors relation till patienter som de anser att är svåra. Hur sjuksköterskorna känner angående sådana patienter och vad är konsekvenserna för båda parterna i dessa situationer.</p>	<p>Observation och intervju. 12 sjuksköterskor och 6 patienter.</p> <p>Dataanalys</p>	<p>Tre strategier identifierades: övertalning, undvikande (känslomässigt avstånd) och kompromiss. Strategin gjordes på patienter som inte hade någon sjukdomsinsikt och inte ville delta i vården. Strategin resulterade sakta men säkert i att man fick patienten att inse att det är från hen själv vilja till förändring måste starta ifrån.</p>

<p>Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department</p> <p>Författare: Elisabeth Wiman, Karin Wikblad Publicerings år: 2004</p>	<p>Lyfta fram möten mellan skadade patienter och sjuksköterskor i traumagruppen. Samt undersöka huruvida teorin om "caring and uncaring" vid oroliga möten inom akutvården.</p>	<p>Videoobservation. Narrativ analys</p>	<p>Sjuksköterskornas verbala och icke-verbala kommunikation var dålig. Detta ansågs som ett instrumentalt beteende p.g.a. dålig kommunikation. En av aspekterna: att vara engagerade och ha mod att vara lämpligt inblandad, kunde inte identifieras. De flesta möten inkluderade omtänksamhet och otrevlighet, men otrevligheten dominerade. Hos de flesta fall kände patienten att sjuksköterskorna inte brydde sig om den psykiska vården utan bara vårdade den fysiska.</p>
<p>Perspectives of Mental Health Professionals and Patients on Self-Injury in Psychiatry: A Literature Review</p> <p>Författare: Maartje Bosman, Berno van Meijel Publicerings år: 2008</p>	<p>Vad är patienternas och sjuksköterskornas perspektiv på självskada och behandling av självskadande beteende? Hur hänför sig dessa perspektiv till varandra?</p>	<p>Vetenskapliga artiklar. Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Personer som skadar sig själva. Hade ofta en historia av trauma, missbruk, våld, dålig uppväxt eller en nära släkting eller väns död. Personer som skadade sig själva lever med en stor spännig, ångest, nedstämdhet, hopplöshet, osäkerhet och ensamhet. I resultatet tar man upp hur patienterna och sjuksköterskorna kände angående vården och vad som var det viktigaste för att lyckas med en bra vård åt patienter som skadar sig själva.</p>

<p>Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy– Acceptance– Understanding– Competence Model for Confirming Nursing</p> <p>Författare: Pernilla Larsson, Sonia Nilsson, Bo Runeson, Barbro Gustavson Publicerings år: 2007</p>	<p>Beskriv psykiatrisk omvårdnad av självordspatienter ur ett teoretiskt och bekräftande perspektiv.</p>	<p>Intervju Dataanalys</p>	<p>Resultat från analysen av intervjumaterialet visade att patienten var det dominerande vårdområdet. Det kom fram att det inte är något lätt arbete att veta ifall patienten låg i riskzon för att begå självord eller inte. De viktiga delarna för sjuksköterska va att visa acceptans, förståelse och sympati till patienten.</p>
<p>'She took the time to make sure she understood': mental health patients' experiences of being understood.</p> <p>Författare: Mona M. Shattell, Sara McAllister, Beverly Hogan, Sandra P. Thomas Publicerings år: 2006</p>	<p>Vad det betyder för personer med mental ohälsa att bli förstådd.</p>	<p>Intervju Dataanalys</p>	<p>Personer med mental ohälsa beskrev inte situationer där de hade blivit förstådda utan att nämna situationer där de inte hade blivit förstådda. Situationer av missförstånd inkluderade sårbarhet, självttvivelaktighet, diskriminering, och ensamhet. I resultatet tar man upp vikten av att få patienten att känna sig förstådd, accepterad och som en medmänniska.</p>