

Omhändertagande vid somatiska akutmottagningar av patienter som gjort självmordsförsök

Marianne Wistrand

Chefcurator Marianne Wistrand, länssjukhuset, Halmstad, redovisar preliminära erfarenheter från en pågående undersökning, om hur patienter som gjort självmordsförsök omhändertas inom somatisk akutsjukvård. Undersökningen omfattar intervjuer med såväl personal som patienter och anhöriga. Båda dessa grupper upplever stora brister i vården. Mer utbildning och handledning är nödvändigt. Arbetet med en mer omfattande redovisning pågår.

Artikeln utgår från Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, Vårdcentralen Krokan i Sundbyberg. Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet på Svenska läkaresällskapets riksstämma 1981.

Syftet med föreliggande undersökning är att få en helhetsbild av de rutiner och problem, som finns vid de somatiska akutmottagningarna beträffande självmordsförsökspatienter. Vi vill få en uppfattning om hur patienter och anhöriga uppfattar sitt möte med dessa mottagningar och, hur personalen ser på det omhändertagande de ger dessa patienter. Vi vill också uppmärksamma förslag till förändringar, som skulle kunna leda till bättre vård, färre självmordsförsök och färre fullbordade självmord.

Undersökningen har omfattat samtliga akuta kroppssjukhus inom Stockholms läns landsting som har akutmottagningar, Nacka undantaget med hänsyn till dr Danuta Wolk-Wassermans undersökning där. Totalt är det 11, både stora och små sjukhus. Upptagningsområdena utgörs av såväl storstad som ytterstads- och glesbygdsområden. Fem av sjukhusen har egna psykiatriska kliniker, vid de övriga har man använt sig av konsulter, alternativt sänt patienter till psykiatrisk mottagning vid annat sjukhus.

För att nå syftet med undersökningen har muntliga halvstrukturerade intervjuer använts. Övervägande antal intervjuer är direktupptagna på band. Då detta inte gått att genomföra har intervjuaren själv sammanfattat samtalet på ett band. En medicine kandidat, en kurator och jag själv har utfört personalintervjuerna och kurator Inger Plom med tidigare erfarenhet av suicidpreventivt arbete har utfört de flesta intervjuer med patienter och anhöriga.

Personalintervjuer

Av personalen har vi intervjuat 81 personer vid 53 intervjutillfällen vid somatiska akutmottagningar, samtliga på respektive arbetsplats. Alla tillfrågade har ställt sig villiga att delta. De representerar fyra personalgrupper i vars arbetsuppgifter ingår att ta hand om patienter efter självmordsförsök, nämligen läkare, kuratorer, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden.

Vi har försökt att få med ett så brett underlag som möjligt såväl åldersmässigt (från 19–60 år) som beträffande den tid man arbetat inom sjukvård (1–30 år). Beträffande läkarna har vi försökt intervjua en från kirurgsidan och en från medicinsidan vid varje akutmottagning. De som önskat att intervjuas tillsammans med en eller flera från samma yrkesgrupp vid samma arbetsplats har tillåtit detta.

Intervjufrågorna har anpassats till varje yrkesgrupp. Endast de två sista frågorna har varit likalydande för samtliga intervjuade. Jag har valt att här referera denna del av undersökningen.

1. Tror Du att dessa patienter oroar den övriga personalen i avdelningsarbetet?

Här har vi ofta primärt fått likalydande svar från

läkare och kuratorer, som dock under intervjun visat sig vara olika till innebörden. "Vi har hårdad personal", innebär för läkarna att personalen inte blir oroad. För kuratorerna innebär det att personalen är oroad och därför måste ta avstånd för att orka.

När läkarna säger att de tycker "personalen ställer upp fint och engagerar sig i patienten och inte låter sig oroas", så säger kuratorerna att "den personal som ställer upp fint för patienten visst kan oroas men försöker att bearbeta problematiken omkring det suicidala beteendet". Några läkare svarar att de inte vet om personalen oroas, "man pratar mycket lite med dessa patienter då det är meningslöst, man engagerar sig inte då patienten ändå skall vidare". De tillfrågade kuratorerna säger att "personalen säkert är oroad, därför undviker de att prata med patienten".

Vid två sjukhus bedriver kuratorerna undervisning för sjukvårdspersonalen, fö förekommer relativt liten kontakt mellan personal och kuratorer.

Sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden som fått exakt samma fråga svarar dock helt annorlunda. Utan att kommentera frågan och helt spontant svarar de med sina *egna* reaktioner och noterar ej "övriga personalens". 90% av dem menar att patientens suicidala beteende berör dem mycket illa. I synnerhet som de aldrig med ett ord talar med varandra om detta. En van avdelningsföreståndare uttrycker det så: "Var och en har nog sina tankar även om alla verkar oberörda. Jag tycker det hemskaste jag har är när jag ständigt möter unga människor som inte får någon ordning på sitt liv. Orkar inte med det, det är fasansfullt! Jag skulle vilja få ta dem i famn allihopa. För varje år får vi fler och fler unga, 16-åringar och 17-åringar."

Vid sjukhus efter sjukhus möter vi liknande kommentarer. "Man har väl fått en viss mur omkring sig" säger en annan, "som ett självförsvar. Man orkar och hinner inte, man måste gripa in med nästa patient men kanske då man går hem på kvällen, då man skall sova, får man skuld känslor". "I synnerhet vid återfall, kanske har jag eller någon annan sagt något dumt, verkat känslolokall." Vid ett annat sjukhus säger någon att "det är hemskt svårt med dem som skär sig ofta", eller "jag tror många

Vi ger bara den fysiska vården, det är otäckt, som att häva ett akut lungödem och skriva ut patienten utan hjärtmedicin

tänker på varför just den här människan försöker begå självmord, varför han eller hon inte är harmonisk och nöjd med sitt liv, men vi pratar aldrig om det". "Det är något som inte stämmer och det oroar. Vi ger bara den fysiska vården, det är otäckt, som att häva ett akut lungödem och skriva ut patienten utan hjärtmedicin". Unga sjukvårdsbiträden tycker att de identifierar sig med patienter i sin egen ålder eller säger att "vi har svårt att ge vad de här patienterna behöver. Vi talar sällan om dödsångest och sånt. Vi har så bråttom. Jag upplever det som en brist att vi inte talar med varann".

2. Har Du några önskemål beträffande förändringar i vården för patienter som gjort självmordsförsök?

Den övervägande delen förslag till förändringar rör sig om kontakten eller snarare den bristande kontakten mellan psykiater och somatiker och det gäller genom alla personalgrupper. Men helt entydigt är det inte. En ung läkare säger visserligen "det är dumt att det är så svårt att få tag på psykiater just här. Patienter kan ibland ligga och vänta i flera dagar, det är tur att vi har kuratorerna". Överläkare på samma sjukhus säger emellertid att samarbetet med psykiatriska kliniken är utomordentligt: "snitslade banor". Någon enstaka gång under sommarsemestrarna kan det trassla till sig. På en stickfråga angående kuratorernas insats blir svaret: "Nej, kuratorer sysslar med mycket trivialare saker, suicidförsök är ett psykiatriskt problem".

Samtlig personal har dessutom en lång lista på önskemål, som tex svar på remisser till psykiatriska kliniker, öppenvårdsteam som kan följa upp patienten, mer tid för patienten att få tala om sina problem, "så att de inte omedelbart skrivs hem till samma elände", som ett sjukvårdsbiträde säger.

Kuratorer, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden önskar mer kunskap om suicidproblematik, handledning, bättre samarbete mellan personalgrup-

erna. Ett sjukvårdsbiträde säger till sist att hon önskar att de här patienterna kunde följas upp bättre vid de sjukhus där de kommer in. "Det är inte naturligt att skicka iväg patienter som ett kolli i taxi. Det brister i systemet, något ligger ju bakom, som inte blir hjälpt av magsköljning."

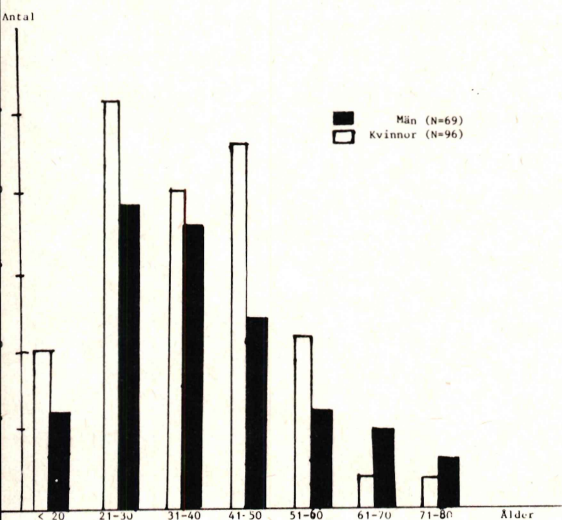
Sammanfattningsvis fann vi en stor osäkerhet och att problematiken påverkar personalen betydligt mer än vi tidigare uppfattat.

Patientintervjuer

Efter de här skildringarna kändes det om möjligt ännu mer angeläget att gå ut till patienter och deras anhöriga. Vi har valt 15 konsekutiva suicidförsökspatienter från var och en av de 11 sjukhusens akut-mottagning, totalt 165 patienter. Vi har uteslutit alla missbrukare av tung narkotika, som tex heroin, samt patienter från fångvården.

Ålders- och könsfördelningen framgår av *figur 1*. Proportionerna mellan män och kvinnor stämmer relativt väl med tidigare undersökningar. Åldern varierar från 15 till 78 år. Som synes ligger topparna vid lägre ålder hos männen än hos kvinnorna.

Figur 1. Patientintervjuer. Ålders- och könsfördelning. N=165)



Bortfallet är givetvis stort, 58 patienter av 165 dvs 35%, 28% av kvinnorna och 45% av männen. Beträffande de som enligt de korta journalanteck-

Det som genomgående kommit fram är att patienten känt sig vara i vägen och mest av allt önskat återvända hem fortast möjligt

ningarna remitterats till någon form av efterföljande vård har vi frågat ansvarig terapeut om vi med hänsyn till patientens tillstånd kan genomföra vår intervju. Nio patienter har fallit bort av detta skäl. 21 patienter har vi inte kunnat spåra, 26 har per telefon meddelat att de inte önskar eller orkar vara med om en intervju. En man och en kvinna har suiciderat en kort tid efter utskrivningen från sjukhuset. 107 patienter har ställt sig villiga att delta.

Många av de intervjuade hade tidigare gjort självmordsförsök, 50% av männen och 59% av kvinnorna. 60% av männen och 19% av kvinnorna var enligt deras egen bedömning beroende av alkohol. Arbetslösheten ligger på 9%, 8% är under utbildning. Pensionärerna är många, varav hälften förtids-pensionerade.

Vår strävan har varit att träffa patienten inom en månad efter suicidförsöket, då man hunnit få perspektiv på vården man erhållit, men ännu ej hunnit täcka över intrycken. Hos 70 patienter har vi gjort hembesök, de övriga 37 har antingen kommit till socialmedicinska institutionen eller intervjuats på annan plats. Jag vill betona att undersökningens syfte har varit att vinna kunskap om patienternas subjektiva upplevelser.

Patienternas erfarenheter

Våra intervjubesök har av de flesta patienter tagits mycket naturligt. Samtalen har varat mellan en och två timmar under vilka de har berättat mycket om sin situation. Från intagningen på akutmottagningen har patienten ofta starkast minne av sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, däremot har man vagt begrepp om läkare och de flesta har inte alls talat med någon kurator. Någon samtalskontakt erinrar man sig sällan: "All personal har sett ut att ha mycket bråttom". Det som genomgående kommit fram är att patienten känt sig vara i vägen och mest av allt önskat återvända hem fortast möjligt. Man tycker att vårdpersonalen har varit vänlig, "gjort vad de

kan", men det intryck man får av de flestas berättelse är att de känt skam och mindervärdskänslor över att "vara till besvär". Patienterna säger att de inte fått tillfälle att berätta så mycket och att de nog ofta har bagatelliserat motivet till sitt suicidförsök, då deras tankar mest har rört sig om att lämna sjukhuset snarast möjligt.

Patienterna har haft mindre kritik mot den somatiska vården – som de ofta varit högaktningssfulla inför – än mot ev psykiatrisk akutvård, som de många gånger ej tyckt lett till något annat än väntan. Då vi frågat varför de inte på sjukhuset berättat vad de sagt oss vid intervjun, får vi ofta till svar: "Men Du har ju sökt upp mig hemma och då måste Du ju vara intresserad". Det känns säkert också tryggare att berätta om sig själv då man är i sin egen miljö är vårt intryck.

Många gånger har vi hört under dessa samtal att det först var skönt att komma hem, men efter några dagar infann sig oron och ångesten. Problemsituationen hade ju ej förändrats! "Då skulle Du ha kommit hem, då hade jag behövt hjälp!". Några patienter har till och med ringt till sjukhuset och frågat hur de kunnat bli utskrivna så fort. Någon har fått till svar att hans själv skrivit på ett papper att han mot personalens råd på egen risk lämnat sjukhuset, vilket han säger sig ej minnas något av.

Vårt allmänna intryck är att många patienter vid hemkomsten suttit fast i sin problematik, att de nu känner sig ytterligt isolerade och att de ofta har haft svårt att finna någon att prata med om vad som hänt. Det lilla antal som efter ett suicidförsök fått en varaktig terapeutisk kontakt som lyckats förklara att patienten har ett långsiktigt behandlingsarbete

framför sig är också de som har rehabiliterats bäst

Patienternas *anhöriga* är den grupp vi haft störst svårighet att nå. Patienterna tycker ofta att "det är att oroa de närmaste nu då jag är utskriven från sjukhuset". Många patienter har inte ens talat om att de gjort självmordsförsök; många har få anknytningsövershåddagat.

De 40 anhöriga vi har kunnat intervjua har känt sig uteslagna från kontakten med sjukhuset och klandrar sig själva för att de ej försökt få mer information från personalen på sjukhuset. De känner sig osäkra på vad de vågar säga till patienten och tillstår att man ej berör självmordsproblematiken alls.

Sammanfattning

Intervjuerna med personalen har givit vid handen att det finns en stor önskan om mer kunskap, mer handledning och mer vetskap om patienternas situation. Mitt intryck är att patienternas problem är mångdimensionella och att olika yrkesgruppers kapacitet bör tillvaratas för att kunna hjälpa dem. Det bör ju vara ett ytterst legitimt krav från personalens sida att de får handledning och utbildning. Det som de patienter vi talat med förefaller att i hög grad sakna är bl a empati. Sådan borde naturligtvis kunna förekomma på flera ställen än vid en akut mottagning eller psykiatrisk klinik, främst i vars omlösningens omgivning. Tyvärr väcker suicidförsöket mer rädsla än empati i patienternas närmaste omgivning vilket har till följd att patienten isolerar sig ännu mer och känner sig än mer misslyckad i samhället. Men varför skulle tabuföreställningar beträffande självmord vara mindre utanför sjukhuset än innanför?