

Sjuksköterskors upplevelser av att möta
suicidnära patienter inom psykiatrisk
öppenvård

Cecilia Stark
Lena Söderholm

**Specialistsjuksköterska, Psykiatrisk vård
2019**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård

Cecilia Stark

Lena Söderholm

Luleå Tekniska Universitet
Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

Bakgrund: Det är av största vikt att kunskapen inom omvårdnad fördjupas och att utbildning och fortbildning inom ämnet suicid finns att tillgå. Suicid är en vanlig dödsorsak och patienter med psykisk ohälsa löper större risk för att begå suicid. En tredjedel av alla som suiciderar har en aktuell kontakt med psykiatrisk hälso- och sjukvård. Det är viktigt att arbeta suicidförebyggande genom att fånga upp patienter med suicidtankar i ett tidigt skede och att samarbeta över verksamhetsgränserna. Ett respektfullt bemötande samt fortbildning i suicidprevention är nödvändigt.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i den psykiatriska öppenvården.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med ett induktivt förhållningssätt har använts. Totalt tio sjuksköterskor från den psykiatriska öppenvården har ingått i studien. Materialet transkriberades och analyserades genom konventionell innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenterades i ett övergripande tema: *"Att få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap"* samt fyra slutkategorier; *"Att bry sig"*, *"Att behöva känna sig trygg och säker"*, *"Att bära en oro"* och *"Att behöva vara observant"*.

Konklusion: Sjuksköterskor som arbetar inom den vuxenpsykiatriska öppenvården möter ofta suicidnära patienter. Många sjuksköterskor anser att detta är en jobbig och svår arbetsuppgift, medan andra tycker att det är en vanesak och en del av det dagliga arbetet. Ökad kunskap och utbildning efterfrågas, samt tillgång till läkare, för att på så sätt känna sig mer trygg och säker i mötet med suicidnära patienter.

Nyckelord: Suicid, suicidriskbedömning, kvalitativ metod, sjuksköterskor, upplevelser, omvårdnad, bemötande, psykiatrisk öppenvård.

Keywords: Suicide, suicide risk assessment, qualitative method, nurses, experiences, nursing care, mentoring, psychiatric outpatient care.

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Innehållsförteckning

Introduktion.....	3
Bakgrund.....	3
Rational.....	5
Syfte.....	6
Metod.....	6
Design.....	6
Kontext.....	6
Urval.....	6
Procedur.....	7
Datainsamling.....	7
Analys.....	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Att få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap.....	11
Att bry sig.....	11
Att behöva känna sig trygg och säker.....	12
Att bära en oro.....	15
Att behöva vara observant.....	17
Diskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	22
Kliniska implikationer.....	24
Slutsats.....	25
Referenser.....	26
Bilaga 1 Informationsbrev.....	28
Bilaga 2 Informerat samtycke.....	29
Bilaga 3 Frågeguide.....	30
Bilaga 4 Verksamhetschefens godkännande.....	31

Introduktion

Bakgrund

Suicid är ett globalt fenomen som 2012 stod för 1,4 % av alla dödsfall i världen och blev den 15:e största dödsorsaken i allmänhet samt den andra bland personer i åldern 15–29 år. 75 % var i låg- och medelinkomstländer (Seixas Santos et al., 2017).

Enligt Socialstyrelsen (2017) är suicid den vanligaste yttre dödsorsaken i Sverige. Suicid leder ofta till ett stort lidande och en försämrad hälsa för närstående och andra berörda, såsom hälso- och sjukvårdspersonal. En tredjedel av alla som suiciderar har en aktuell kontakt med psykiatrisk hälso- och sjukvård. Om vi ska kunna minska risken för suicid så behöver hälso- och sjukvården arbeta både systematiskt och förebyggande samt med god samverkan mellan olika instanser. I det suicidförebyggande arbetet är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal fångar upp eller informeras om att en patient har suicidtankar, oavsett vilken verksamhet det gäller (Socialstyrelsen, 2017).

Personer med psykiska besvär har generellt en högre risk för suicid än den övriga befolkningen. Suicid är ett komplext fenomen och därför krävs riskbedömningar. Olika former av bedömningsverktyg kan ge god vägledning, men det grundläggande inför att utföra en suicidriskbedömning är att en noggrann analys av varje individ görs. Oerfaren personal bör inte ansvara för att göra suicidriskbedömningar utan att ha stöd av en mer erfaren kollega. Med rätt stöd- och utvärderingsverktyg kan dock oerfarna medarbetare utveckla den typ av klinisk bedömning som är nödvändig för uppgiften gällande suicidriskbedömningar (Cutcliffe & Barker, 2004). Det är svårt att mäta effekten av de många insatser som sjuksköterskor använder sig av för att förhindra suicid (Hermes, Deakin, Lee & Robinson, 2009).

Suicidrisken ska utvärderas regelbundet, framförallt under förändringar i patientens psykiska eller fysiska tillstånd. Genom en otillräcklig bedömning av patienten, kränkande bemötande, dålig kommunikation mellan personalen, oduglig miljösäkerhet, bristande information till patienten eller ekonomiska problem så ökar risken för suicid. Dessutom kan eventuella suicidtankar bättre bedömas om sjuksköterskor har ett respektfullt förhållande till sina patienter, vilket även underlättar målet att minska risken för suicid (Lynch, Howard, El-Mallakh & Mathews, 2008).

Stora ansträngningar har gjorts för att hitta signifikanta riskfaktorer för självmord. Kategorisering av utlösande faktorer för suicid kan ha begränsat värde eller till och med vara skadligt för patienten eftersom det förvirrar kliniskt tänkande. Fokus borde istället skiftas från suicidriskbedömningar till äkta engagemang för den enskilde patienten, dennes problem och omständigheter (Mulder, Newton-Howes & Coid, 2016). I en studie av Chan et al. (2016) identifierades riskfaktorer hos personer som genomfört ett suicidförsök. Tolv studier om riskfaktorer för suicid och sju studier om riskskalor behandlades. Fyra riskfaktorer för framtida fullbordade suicid identifierades; tidigare erfarenhet av självdestruktiva handlingar, självmordsavsikt, kroppslig sjukdom och manligt kön. Författarna menar att kunskapen troligen inte har någon praktisk nytta eftersom riskfaktorerna är så pass vanliga i populationen. Skattningsskalorna vid suicidriskbedömning kan vara potentiellt farliga eftersom de riskerar att leda till falsk trygghet för den person som utför suicidriskbedömningen då inte alla patienter med suicidrisk uppfyller de identifierade riskfaktorerna (Chan et al., 2016).

Suicid hos en patient anses vara bland det mest traumatiska i den psykiatriska vården. Det är viktigt att diskutera det stöd som ska vara tillgängligt för den personal som varit med om en sådan situation. När sjuksköterskor är medvetna om att en patient är suicidal är det av största vikt att åtgärder vidtas för att kunna bemöta patienten på bästa sätt och för att kunna förhindra att suicid inträffar. Det är svårt att vara sjuksköterska när en patient suiciderar (Mendes, 2018).

Uppföljningen efter ett suicidförsök bör vara snabb, strukturerad och samtidigt fokuserad på patientens upplevda problem. Det är en fördel att involvera närstående i uppföljningen. Det finns bedömningsmetoder och skattningsskalor för depression och ångest som kan göra det lättare att identifiera patienter som har behandlingskrävande psykiska besvär med ökad suicidrisk. Orsaken till suicid inom hälso- och sjukvården kan vara att suicidrisken inte tas upp i behandlingsplaneringen, till exempel när patienten överförs från en vårdinstans till en annan eller när en uppföljning efter ett suicidförsök görs. Det kan också handla om att patienten inte får tillräcklig hjälp att berätta varför denne ser döden som en utväg eller att hitta andra sätt att hantera sitt lidande och sina problem (Socialstyrelsen, 2017).

Sjuksköterskor behöver både formell och informell utbildning inom ämnet suicid, men också möjlighet till reflektion för att kunna utvecklas i sin yrkesroll. Attityden hos de sjuksköterskor

som vårdar suicidnära patienter är avgörande för hur vårdkvaliteten för patienterna blir (Barnfield, Cross & McCauley, 2018). Det finns ett stort behov av att utbilda sjuksköterskor i teoretiska, praktiska och känslomässiga aspekter för att på så sätt kunna hjälpa till att förebygga suicidförsök (Seixas Santos et al., 2017). Alla sjuksköterskor bör få lämplig utbildning för att kunna möta suicidnära patienter. Om sjuksköterskor inte har fått utbildning för att bemöta patienter som ligger i riskzonen för suicid är det viktigt att se till att personal med utbildning inom ämnet finns tillgängliga som resurs, om sjuksköterskor stöter på sådana situationer som de inte känner sig trygga med (Mendes, 2018).

Äldre vuxna är de som är överrepresenterade inom gruppen fullbordade suicid och även de som är mest benägna till att söka hjälp från sjukvården. Det är brist på utbildning inom suicidriskbedömning och suicidprevention. Utbildning inom ämnet ger positiva effekter på att kunna identifiera och bedöma suicidrisken hos äldre vuxna, likaså att kvaliteten på vården förbättras (Huh et al., 2012).

Rational

Eftersom sjuksköterskor inom den psykiatriska öppenvården ofta arbetar ensamma vid patientmöten är vårt val av ämne att undersöka något vi anser högst relevant. Vi vet att sjuksköterskor står inför en svår uppgift i mötet med djupt deprimerade suicidnära patienter och att det ofta är sjuksköterskan som är patienten närmast i vården, vilket också betyder att det är de som oftast initialt bedömer patienten vad gäller grad av eventuell suicidrisk. Sjuksköterskor i psykiatri står dagligen inför denna viktiga arbetsuppgift, vilket gör att det känns viktigt att få mer kunskap i ämnet och att även undersöka vilka omständigheter som är viktiga för att sjuksköterskor i psykiatri ska kunna möta suicidnära patienter utan att tycka att arbetsuppgiften är oacceptabelt betungande. Vi vill undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter, för att på så sätt kunna väcka tankar om vilket fortsatt arbete som kan göras. En stor andel av patientgrupperna inom den psykiatriska öppenvården har återkommande suicidtankar och/eller planer. Vi hoppas att vi genom vår studie ska kunna bidra till relevant forskning om sjuksköterskors upplevelser i mötet med suicidnära patienter. Vi vill också betona att vår största förhoppning med studien är att den kan bidra till en förbättrad situation för suicidnära patienter i mötet med sjuksköterskor i öppenvårdspsykiatri.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i den psykiatriska öppenvården.

Metod

Design

Utifrån examensarbetets syfte har vi valt att arbeta med kvalitativ ansats och induktivt förhållningssätt. Vi har intervjuat sjuksköterskor genom semistrukturerade frågor (se bilaga 3). Vi använde oss av kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) för att sammanställa och beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter inom den psykiatriska öppenvården. Vid transkribering i kvalitativ innehållsanalys ska ingen information uteslutas och allt ska återges ordagrant, vilket har skett. I en kvalitativ studie finns inget tydligt rätt eller fel, utan studien baseras på de upplevelser som individen beskrivit med sina egna ord (Graneheim & Lundman, 2004).

Kontext

De sjuksköterskor som deltar i studien kommer från två verksamheter, som geografiskt ligger i både norra och södra Sverige. De arbetar dagtid med eget psykiatriskt omvårdnadsansvar inom specialistpsykiatri, vuxenpsykiatriska öppenvården, från 18 år och uppåt. Mottagningarna är allmänpsykiatriska och kartlägger, diagnostiserar, behandlar och följer upp patienter med psykisk ohälsa.

Urval

Studiedeltagarna består av både grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildning eller vidareutbildning inom psykiatrisk vård. Samtliga arbetar inom den vuxenpsykiatriska öppenvården i både norra och södra Sverige. De mottagningar som vi valde, valdes ut genom bekvämlighetsurval och geografisk plats. Enligt Polit och Beck (2017) är bekvämlighetsurval en möjlig metod när informanterna behöver finnas inom en viss kontext eller organisation. Vid kvalitativa studier är bekvämlighetsurvalet inte slumpmässigt i och med att det är av vikt att nå informanter som har kännedom om det ämne som ska beskrivas. Således har deltagarna inte valts ut slumpmässigt utan har erfarenhet av det som efterfrågas inför den aktuella studien. Samtliga sjuksköterskor på respektive mottagning tillfrågades om

deltagande i studien. Elva sjuksköterskor tackade ja till att delta, varav de första tio valdes ut i enlighet med vår projektplan. Dessa uppfyllde våra inklusionskriterier genom att de arbetar inom vuxenpsykiatrisk öppenvård och kontinuerligt kommer i kontakt med suicidnära patienter. Deltagarna består av åtta kvinnor och två män med en medelålder på 41,7 år. Fyra sjuksköterskor med grundutbildning och sex sjuksköterskor med specialistutbildning eller vidareutbildning inom psykiatrisk vård. Åldersspannet är mellan 33 och 62 år. Sjuksköterskorna har varit verksamma inom öppenvården mellan ett halvt år och 18 år, dock har vissa av sjuksköterskorna varit yrkesverksamma i upp till 34 år.

Procedur

Kontakt togs med respektive verksamhetschef för inhämtande av godkännande till att genomföra intervjuer med medarbetarna (se bilaga 4). Därefter togs kontakt med enhetschefer för de olika mottagningarna, som var oss behjälpliga med att skicka ut informationsbrev (se bilaga 1) och informerats samtycke till intervjun (se bilaga 2) till berörda sjuksköterskor. Informerat samtycke innebär att värna om deltagarnas rätt att bestämma över sitt deltagande i projektet. Informerat samtycke bygger på den etiska principen om att skydda deltagarnas frihet och självbestämmande (Kjellström, 2017). Intervju bokades enligt gemensam överenskommelse mellan forskare och informant. Informanten valde plats för den egna intervjun. Platsvalet för intervjun är enligt Trost (2010) viktigt då platsen ska vara lugn och ostörd för att den som intervjuas ska känna sig trygg. Alla intervjuer har varit frivilliga och medverkan kunde när som helst avbrytas utan att orsak behövde anges.

Datainsamling

Data samlades in genom sammanlagt tio intervjuer med sjuksköterskor inom den psykiatriska öppenvården i både norra och södra Sverige. Informanterna intervjuades enskilt av respektive forskare, i förhållande till geografisk plats. Intervjuerna skedde i deltagarnas arbetsrum på respektive mottagningen efter deras önskemål. För att få deltagaren att känna sig avslappnad och trygg inleddes intervjun med sex bakgrundsfrågor såsom ålder, hur länge de arbetat som sjuksköterskor samt hur länge de arbetat inom den psykiatriska öppenvården. Dessa frågor spelades inte in. Därefter fortsatte intervjun med tio frågor (se bilaga 3) om upplevelsen av att möta suicidnära patienter och även en del frågor om samarbetet med övriga yrkeskategorier, ansvar och liknande. En frågeguide är enligt Polit och Beck (2017) användbar när forskaren vet vilken information som önskas från intervjuerna. Målet är att intervjun ska ske på

informantens villkor och att denne i så stor utsträckning som möjligt kan tala fritt kring de ämnen som intervjun belyser (Polit & Beck, 2017). Intervjuerna tog i genomsnitt femton minuter, ej bakgrundsfrågor inräknat. En del uppföljande frågor utöver de ordinarie frågorna ställdes, för att på så sätt få deltagarna att utveckla sina svar. Enligt Polit och Beck (2017) kan följdfrågor leda till ett rikare och mer fördjupat material.

Analys

Efter att alla intervjuer utförts påbörjades dataanalysen. Det vanligaste tillvägagångssättet är att intervjuerna genomförs och analyseras när all data är insamlad (Henricson & Billhult, 2017). I vår studie har vi analyserat all inkomna data sedan alla intervjuerna slutförts. Metoden innebär att forskaren analyserar och tolkar resultatet, vilket leder till att processen av kvalitativ innehållsanalys avspeglar erfarenheter och upplevelser hos deltagarna (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Ett kännetecken för kvalitativ innehållsanalys är att metoden i stor utsträckning fokuserar på ämnet och sammanhanget (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna lyssnades igenom ett flertal gånger av båda forskarna, för att få en känsla av innehållet, i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Inspelningsutrustning som användes var mobiltelefon.

Vi har gjort den kvalitativa innehållsanalysen med hjälp av en analysstabell där alla avkodade intervjuer har satts in och numrerats i ordningsföljd. Intervjutexterna har lästs igenom flera gånger och vi har transkriberat intervjuerna ordagrant. Forskaren måste säkerställa att intervjuerna transkriberas utan att innebörden och sammanhanget försvinner (Polit & Beck, 2017). Vi har i vårt arbete avidentifierat om något nämns som kan härleda till vare sig var intervjuerna är gjorda eller att någon på något sätt kan gissa vilken sjuksköterska som intervjuats.

Efter att vi transkriberat intervjuerna delade vi upp intervjutexten i meningsenheter, som svarade på studiens syfte, och satte in dessa i tabellen. De meningsenheter som inte svarade på studiens syfte uteslöts. Nästa steg i analysprocessen var att kondensera meningsenheterna för att kunna få fram att-satser, kategorier, slutkategorier och ett eventuellt tema. Vi har vid datainsamlingen och kategoriseringen sett allt material på ett manifest sätt, därefter i resultatbeskrivningen har delvis ett latent tillvägagångssätt använts. Detta för att få fram en tydlig resultatbeskrivning (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi har sammanlagt kommit fram till 307 att-satser. Meningsenheterna och att-satserna har namngetts för att vi lätt ska kunna följa gången från slutkategorier till meningsenhet och ursprunglig intervju. Vi har arbetat vidare med de olika samlingsnamnen för att kunna hitta gemensamma kategorier. Varje ny kategori namngavs med beskrivande etiketter. Efter vår första kategorisering fick vi fram 119 kategorier. Vid den andra kategoriseringen parade vi ihop de olika kategorierna till sammanlagt 59 nya kategorier. Genom vår tredje kategorisering kunde vi smalna av datan till 31 kategorier som då namngavs med mer beskrivande etiketter. Den fjärde kategoriseringen gav femton kategorier. Den femte gav fyra slutkategorier och kunde knytas ihop med ett övergripande tema.

Etiska överväganden

Vid val av ämne att studera har vi reflekterat över dess eventuella etiska konsekvenser och kommit fram till att vi tror att studien kommer att tillföra ny kunskap av betydelse. När vi jämförde studiens nytta mot risker kunde vi inte se några risker som skulle hindra att forskningen genomfördes med formulerat syfte. Genom att få mer kunskap om sjuksköterskans upplevelser av att möta suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård, tänker vi att det på sikt kan bidra till förbättringsmöjligheter för både patienter och sjuksköterskor. Vi tror att denna studie ska kunna bidra till kunskap då det är ett ämne som alltid är aktuellt inom psykiatrin och som alla sjuksköterskor inom området möter.

I och med vårt informationsbrev (se bilaga 1) ville vi säkerställa att informanten fick tillräcklig information innan intervjun inleddes. Detta för att värna om deras rätt att bestämma om och hur de ville delta i studien.

I och med att vi valde kvalitativ metod för genomförandet av studien var intervjuerna personliga och vi kom informanterna nära. I intervjuerna tänkte vi på att ha den etiska aspekten i centrum. Vi var medvetna om risken för att informanten svarade det den trodde att vi ville höra. Likaså risken för att informanten svarade negativt eller känslösamt på någon fråga. Ytterligare etiska aspekter som vi haft i åtanke var att några av intervjuerna var med våra egna arbetskamrater, samt det svåra i att beskriva upplevelsen och känslan i ord. Vi hade också i åtanke att det kunde kännas märkligt för både intervjuaren och informanten i och med

våra dubbla roller, både som arbetskamrat och forskare. Innan intervjun startades fanns möjlighet att vid behov resonera kring detta.

Vi beskrev i informationsbrevet att materialet från intervjun skulle hållas konfidentiellt och att inga person- eller patientuppgifter avslöjas eller något som kan härleda till vilka som medverkat. Informanterna informerades om att ljudfilerna och utskrifterna av intervjuerna kommer att förstöras efter studiens godkännande. De fick också frågan om de ville ta del av den slutliga studien.

Vi har tagit fasta på de tre grundläggande forskningsetiska principerna som beskrivs i The Belmont Report (1979). Detta genom att intervjuerna är frivilliga, personerna och platserna har avidentifierats och alla intervjuer har hanterats och analyserats på samma sätt. Informanterna kunde när som helst under intervjun eller efteråt neka till deltagande utan att behöva ange något skäl. Vi försökte vid datainsamlingen skapa ett inbjudande klimat som inbjöd till ett förtroligt och ärligt samtal. Detta mycket likt relationsskapande i psykiatrisk omvårdnad genom ett ödmjukt, respektfullt, tillitsfullt och nyfiket bemötande.

Resultat

Analysen resulterade i ett huvudtema; ”Att få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap” och fyra slutkategorier; ”Att bry sig”, ”Att behöva känna sig trygg och säker”, ”Att bära en oro” samt ”Att behöva vara observant” (se tabell 1). Resultatet som beskriver sjuksköterskors upplevelser i mötet med suicidnära patienter beskrivs i löpande text med stöd av citat från intervjuerna.

Tabell 1 Översikt av slutkategorier (n=4) och tema (n=1)

Slutkategori	Tema
Att bry sig	Att få möjlighet att känna
Att behöva känna sig trygg och säker	engagemang och använda sig själv
Att bära en oro	som redskap
Att behöva vara observant	

Att få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap

De fyra kategorierna tolkades samman till ett tema som beskriver det centrala i sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård. Sjuksköterskorna beskrev att de behöver få förutsättningar att känna sig trygga och säkra för att kunna vara engagerade och använda sig själv som redskap i mötet med suicidnära patienter. För att göra det behövs formell utbildning, handledning, kontinuerlig fortbildning samt stöd från erfarna kollegor, chef och läkare. Nödvändigt var också utrymme för att kunna utföra arbetet på bästa sätt samt tid för reflektion.

”Jag tänker ändå, jag har... Jag har mött så många olika patienter och... att det ändå är mycket som man behöver, man behöver vara närvarande med sina sinnen och fokuserad för att, att alltså känna på sig att nu är det någonting som inte är riktigt. Så jag kan tänka som så att om jag blir för fokuserad på rutinfrågorna så har jag inte mitt redskap i gång, att det är jätteviktigt att jag inte fokuserar för mycket heller på de strukturerade mallarna. Men det är klart att det är ju jätteviktigt att vi har en sån...”

Att bry sig

Sjuksköterskorna beskrev att det i mötet med suicidnära patienter är viktigt att både bry sig i och om patienten. Detta med ett bra och respektfullt bemötande, samt att lyssna på patienten och bygga upp en relation för att på så sätt kunna hjälpa patienten vidare. Sjuksköterskorna ville att patienten ska känna trygghet och kunna berätta fritt om sitt mående och sin situation. Egenskaper som att vara snäll, empatisk, respektfull, lugn, stabil, intresserad, fokuserad på patienten ansågs bärande i relationen samt vikten av att reflektera och analysera över sina egna känslor, genom att tänka på hur man är och på vad man säger.

”Jag är ju ganska lugn alltså så här, så att jag lyssnar, analyserar ganska mycket, försöker kanske hitta lösningar. Att vad skulle vara bra för patienten och sen tänker jag ofta på riskerna.”

Sjuksköterskorna berättade om vikten av att våga fråga patienten om det som är svårt genom att våga ställa känsliga frågor samt att fråga om suicidtankar och planer, att inte låta bli bara för att det känns obehagligt eller genant. Sjuksköterskorna upplevde att patienten tycker att det

är skönt att få prata om det svåra och att det då känns som att patienten vet att man verkligen bryr sig.

Sjuksköterskorna beskrev att de använder skattningsskalor och utför bedömningar på olika sätt. Några använde skattningsskalor vid varje suicidriskbedömning, medan andra inte använde sig av skattningar alls. Sjuksköterskorna uttryckte att de i vissa fall känner osäkerhet kring tillförlitligheten gällande skattningsskalor, medan andra menade att de är mycket bra att använda sig av.

Sjuksköterskorna beskrev att det är viktigt att inte blir för fokuserad på rutinfrågor och strukturerade mallar i mötet med en suicidnära patient, detta för att inte missa något outtalat. I fokus ansåg sjuksköterskorna att den kliniska bedömningen av patienten och dennes aktuella tillstånd bör vara. Sjuksköterskorna menade att när de känner sig mer trygga och säkra i sig själva så känner de att mötet med suicidnära patienter också blir lättare att utföra.

”Psykiatri är ju ingen exakt vetenskap, det är ju verkligen att använda sig själv som redskap...”

Att behöva känna sig trygg och säker

Sjuksköterskorna beskrev på olika sätt vad som krävs för att de ska kunna känna sig trygga och säkra i mötet med suicidnära patienter. Att de alla vill göra sitt bästa i sitt arbete som sjuksköterska.

Sjuksköterskorna beskrev också vikten av att man försöker bygga upp en allians och ett samarbete med patienten, för att patienten ska kunna lita på sjuksköterskan och att de tillsammans ska kunna granska saker och till exempel ta reda på varför patienten inte vill leva. Men också för att hjälpa patienten till att kunna se något positivt i tillvaron eller för att kunna motivera patienten till att söka akut vård om så behövs.

Majoriteten av sjuksköterskorna kände sig trygga med att möta suicidnära patienter, att det är en del av arbetet som de vant sig vid och att de har de redskap och förutsättningar som behövs samt stöd från kollegor och läkare. Det fanns dock tydliga kontraster hos andra sjuksköterskor som upplevde det tvärtom.

”Jag tycker inte att vi får ...öhh... jag skulle vilja få mer utbildning. Alltså så att man har mer kött på benen när man möter de här patienterna så att man inte bara slänger sig med fraser och floskler liksom och så att... jag är rädd att man startar en process, att man tar upp jobbiga saker som man sen inte kan hjälpa patienterna att hantera.”

Sjuksköterskorna menade också att det som behövs för att känna sig mer säker är erfarenhet, stöd från kollegor och läkare samt mer utbildning inom ämnet suicid. Vissa av sjuksköterskorna berättade att de ibland på eget initiativ behöver skaffa informell kompetens för att klara av att möta suicidnära patienter, då inte förutsättningarna finns efter grundutbildning till sjuksköterska. Sjuksköterskorna beskrev att de brukar ta hjälp av mer erfarna kollegor för att få råd, eller genom att söka information själva på nätet eller i litteratur. De menade att det saknas kunskap inom ämnet och att det i sin tur bidrar till osäkerhet och rädsla hos de som sjuksköterskor. Det framkom att erfarenhet har stor betydelse i bedömningen av suicidnära patienter.

”Jag tror absolut att mer utbildning skulle göra det lättare och mer säkert, det tror jag. Ja, men jag tror det...jag tror man behöver...sen känner jag mig ganska säker i mig själv i att möta, men jag tror att jag skulle ha mer ...alltså mer underlag och mer verktyg om jag hade mer utbildning.”

En aspekt som framkom hos sjuksköterskorna är att det innan ett patientbesök är bra att känna till om patienten gjort tidigare suicidförsök, för att på så vis kunna förbereda sig på att möta patienten på bästa möjliga sätt. Det framkom tankar om att vi som sjuksköterskor ändå bara är människor och att det ibland kan vara svårt att både observera en suicidnära patient och samtidigt tänka över vilka åtgärder som bör vidtas. Sjuksköterskorna beskrev möten med människor med stark dödsönskan, att till exempel träffa en patient som skaffat tabletter och förberett för suicid. Att då kunna bedöma den höga suicidrisken menade de är av största vikt och att veta vad man som sjuksköterska ska vidta för åtgärd. Sjuksköterskorna menade att samma rutiner inte fungerar för alla patienter, utan behöver individanpassas. Kunskap behövs därför för att skraddarsy bedömningen efter den enskilde patienten och för att veta vilken åtgärd som ska vidtas samt att man ska ha möjlighet att ta in läkare för ytterligare bedömning. Sjuksköterskorna berättade om oron och att inte kunna lämna patienten eller låta patienten gå hem från mottagningen. Sjuksköterskorna betonade att de önskar att det alltid ska gå att hämta

en kollega när bedömningen känns svår och att stöd från kollegor, chef och läkare alltid behöver finnas tillgängligt när behov uppstår.

Sjuksköterskorna beskrev att efter ett patientbesök så kan det finnas känslor av att man inte hade kunnat göra annorlunda, att man gjort allt man kan och att man gjort det man kunnat göra i stunden.

”Eller jag har ju också varit med om att jag har varit den sista som har träffat patienten och sen har patienten tagit livet av sig. Det har ju hänt, men jag har svårt att tänka mig att jag skulle ha kunnat göra på ett annat sätt och att utgången då hade blivit bättre...alltså att patienten hade varit kvar i livet.”

En av sjuksköterskorna berättade att det varit mycket diskussioner huruvida sjuksköterskor, oavsett specialistutbildning eller inte, ska träffa patienter efter ineliggande vård. Samma sjuksköterska ansåg att det är psykoterapeuternas och kuratorernas uppgift och att sjuksköterskor inte har den form av utbildning som behövs för att kunna möta patienter efter suicidförsök.

”När man träffar en helt ny som man inte har något...öhh...så det känns som man lurar patienten att man är terapeut.”

Vad gäller frågan om vilken profession som har det slutliga ansvaret vid en suicidriskbedömning rådde osäkerhet och olika åsikter. Sjuksköterskorna beskrev upplevelsen kring att veta att det är läkarens bedömning som gäller, fastän de som sjuksköterskor bedömt annorlunda och att de då faktiskt måste lita på läkarens bedömning.

”Jag tycker att det... fungerar bra...visst är det såhär att som man måste lita på läkaren också... Ibland kan man känna det att men varför... varför gör läkaren sådär... eller att varför skickar man inte patienten till akutpsykiatrin på en gång? Men... men jag måste ju...Jag har ju sagt min bedömning och läkaren får bestämma över... sen... så blir det.”

Sjuksköterskorna beskrev olika erfarenheter som handlar om stöttning från läkare. Vidare ansåg de att det är bra att patienterna säger till om de har suicidal tankar för att kunna hjälpa till och ta upp detta med läkaren. Majoriteten av sjuksköterskorna menade att möjligheten

finns till att ta in läkare för ytterligare bedömning och att kunna vända sig till läkare vid en akut situation, medan andra sjuksköterskor beskrev tillfällena då inte läkare funnits att tillgå. En sjuksköterska uttryckte sig även ha haft tur när läkare fanns på plats att rådfråga.

”Dels är det ju väldigt individberoende vilken läkare...en del läkare är väldigt bra på suicidbedömningar och andra är inte så bra på det...vi ska...om jag träffar en patient där jag känner att här kan det vara risk just nu, då ska ju jag vända mig till en läkare akut för att liksom be om råd och ibland tas det på allvar och att...läkare kan komma också och göra ytterligare en bedömning eller...och ibland blir det lite nonchalerat, så...tycker jag.”

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev en lättnad av att ha möjlighet att kunna överföra patienten till akutpsykiatri, men även en fundering förekom om det alltid hjälper patienterna att bli inlagda. Några av sjuksköterskorna menade att det borde bli lättare att få in patienter till sjukhuset, att samarbetet borde vara bättre, men att verksamheten då skulle behöva bli mer flexibel.

Att bära en oro

Sjuksköterskorna beskrev en mer eller mindre ständigt närvarande oro i mötet med suicidnära patienter. En del av sjuksköterskorna upplevde detta som tungt, svårt och jobbigt. Känslor av tveksamhet i mötet och upplevelsen av att det är svårt att få kontakt med djupt deprimerade patienter framkom. En av sjuksköterskorna ansåg även det vara extra svårt att möta suicidala patienter som dessutom är självdestruktiva. Sjuksköterskorna berättade om rädslan och oron som framkommer genom att vara osäker på att säga något fel som drar igång en process hos patienten, som man sedan inte kan hjälpa till att hantera, så patienten går hem och mår sämre än innan.

Sjuksköterskornas åsikter gick isär huruvida det slutliga ansvaret för en suicidriskbedömning av en patient är läkarens eller någon annans. En del menade att den som träffat patienten sist är ansvarig. Sjuksköterskornas olika svar betonade att det verkar vara en svår fråga, vem som har det slutliga ansvaret vid en suicidriskbedömning. En av sjuksköterskorna ansåg att alla har ansvar över vårdplanering och suicidrisken hos patienter. Flera sjuksköterskor tyckte däremot att läkaren har det slutliga ansvaret. Ett par av sjuksköterskorna tog även upp frågan om patientens egna ansvar.

"Jag kanske inte känner att det är helt och hållet mitt ansvar...det kanske lät dumt att jag sa så! Men nej alltså...depression är en svår sjukdom tänker jag."

Flera av sjuksköterskorna funderade över arbetet sedan de kommit hem, medan andra kunde släppa det helt. Det beskrevs som att suicidala patienter kan finnas kvar i tankarna även efter arbetsdagens slut. Sjuksköterskornas oro över patienterna och ansvarsfrågan beskrevs vid ett flertal tillfällen under intervjuerna, samt upplevelsen av att det inte finns några garantier.

"Nä men jag skulle nog sätta att nånstans så funderar jag hemma också, om det känns som osäkert, alltså även om man gör upp med patienten och patienten lovar och man kanske till och med tar i hand och allt, eller liksom, så nog finns det väl nånstans kvar. Ehh... för det är ju människor så att... Det finns ju inga garantier ändå..."

Sjuksköterskorna beskrev att de försöker identifiera skydds- och riskfaktorer hos den suicidalnära patienten, samt fråga om närstående och personer av betydelse för patienten. En av sjuksköterskorna menade att det går att ställa vissa krav på även en suicidalnära patient och att i vissa fall då kunna vara ganska bestämd i mötet.

"Jag tänker att jag ska va lugn och att jag ska va stabil och att jag ska inge hopp...men jag tänker också att jag kan ställa vissa krav eller liksom...ja alltså när patienten har barn och säger att jag ska ta livet av mig för att det är det bästa för mina barn och de skulle ändå inte sakna mig, då kanske de skulle hamna i nån familj, nån fosterfamilj som skulle ta hand om de bättre... Då brukar jag ju tala om det här att det brukar ofta gå ganska dåligt för barn där föräldrarna tagit livet av sig, att det är en riskfaktor att man själv ska ta livet av sig. Då är jag ganska...liksom bestämd när jag ger sådana fakta så. Men i övrigt så försöker jag ju va liksom...så snäll och empatisk som möjligt och ge stöd och hopp."

Vid intervjuerna framkom att i vissa fall gör sjuksköterskan och läkaren olika suicidalriskbedömningar, men att det är viktigt att läkarna reagerar när sjuksköterskorna gör det. Sjuksköterskorna beskrev att det händer att läkaren inte känner samma oro som de gör. Någon sjuksköterska menade att det kan leda till motsättningar mellan yrkeskategorierna. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg det vara av största vikt att reagera och stötta kollegor vid oro i arbetet med suicidalnära patienter. Sjuksköterskor beskrev att de hanterar sin oro på olika sätt

och att de ibland tvingas lita på läkarens bedömning fast de själv är av en annan åsikt. Men det fanns även sjuksköterskor som upplevde att de måste vara bestämda och lita på sin egen känsla för patientens säkerhet. En av sjuksköterskorna uttryckte det som att ”gå över sin egen ansvarsgräns.”

”Och vi sjuksköterskor är ju oftast de som är närmast patienten så just därför tycker jag också att det är extraviktigt att när vi reagerar, att läkarna, för att det är ju läkaren som är ansvarig över vårdplanen och det är läkaren som beslutar vad vi ska göra. Det är klart att ibland gör, jag kan tänka att jag ringer bara och skickar bara människan till akutpsykiatrin om läkaren tycker annorlunda så jag är ganska bestämd att jag måste lita på mina, att om det skulle, att om jag skulle hamna i en sån situation att jag upplever att det är stor risk och läkaren kanske inte har träffat patienten och tycker att det är ingen, att nu måste vi ha is i magen eller nånting och jag är osäker... Då blir det lite det där att, att måste jag ändå skicka patienten till akutpsykiatrin eller nånting och meddela att de får bedöma patienten där... eller hur gör man då...? Det är ju en, då hamnar man ju i en ganska eländig klämma.”

En sjuksköterska funderade över om läkare vid vissa tillfällen upplever att sjuksköterskor lever sig in för mycket i patienterna och att de därför inte tar sjuksköterskornas oro på allvar.

Att behöva vara observant

Sjuksköterskorna uppgav att de oförutsett, både dagligen till mer sällan, kommer i kontakt med suicidnära patienter och att det är vanligt med suicidtankar hos patienterna. Majoriteten träffar suicidala och impulsiva patienter några gånger i veckan. Sjuksköterskorna beskrev att suicidala tankar kommer fram i situationer de inte förutsett och att det kräver att de är observanta och reagerar på saker som kommer upp i samtal. Sjuksköterskorna betonade att då de aldrig innan besöket vet hur personen egentligen mår behövs alltid adekvata frågor om suicidtankar och planer ställas.

Sjuksköterskorna berättade att de möter människor som bär på ett stort lidande och som är suicidnära, vilket för sjuksköterskorna innebär att de måste vara beredda att möta människan i sitt lidande och i sin situation. Det framkom att det är vanligt att patienterna i den vuxenpsykiatriska öppenvården ofta har suicidtankar, men inte lika ofta suicidplaner. En av sjuksköterskorna ansåg att oron är som störst vid mötet med unga manliga impulsiva

suicidnära patienter, då dennes åsikt är att det mestadels är tjejer som söker vård och inte lika ofta killar. Sjuksköterskan tyckte även att det är svårt att möta unga patienter med lite livserfarenhet och mognad samt livsleda.

Flera sjuksköterskor uppgav att de använder sig av Beskows självmordsstegen, då denna är ett enkelt hjälpmedel. Det framkom även att MADRS och SIS-skalan används, men det framhövdes av majoriteten av sjuksköterskorna att den kliniska bedömningen är den viktigaste.

”MADRS och suicidstegen som jag tar ofta också. Den visar rätt så tydligt också. Men mest litar jag på det där som patienten säger och hur jag... Skattningsskalor ger inte... De visar ju vägen... Men man måste lita på sig själv. Jag tycker att det är viktigt, jätteviktigt att man känner sig... Öhhh... Hur ska jag... Man kan lita... Man känner sig trygg med sitt arbete och man litar på sig själv. Så det är det viktigaste.”

Sjuksköterskorna upplevde en känsla av att ständigt behöva vara observanta och vara på sin vakt. Suicidrisken är en färskvara som kan variera från dag till dag. Stegen på suicidstegen kan gå olika snabbt. Detta gör att sjuksköterskorna känner att de alltid måste vara observanta på förändringar i patientens mående och reagera för att kunna vidta lämplig åtgärd. Patienten kan dölja sitt mående eller inte ha förmåga att uttrycka sitt mående i ord. Sjuksköterskorna menade att det i sin tur kan leda till att de inte kan hjälpa patienten på bästa sätt. Det kan också vara så att patienten vill vara ifred med sina tankar för att denne verkligen bestämt sig för att suicidera. Sjuksköterskorna betonade att det är av största vikt att reagera på förändringar hos patienten, att vara observant och förstå när det är allvar. En rädsla över att missa något, inte kunna bära bedömningen själv och över att vara den sista som bedömer patienten, innan denne suiciderar, framkom hos flera av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna var överens om att det är viktigt att ställa rätt frågor till den suicidnära patienten, ställa följdfrågor, tänka på riskerna och att dokumentera varje suicidriskbedömning i journalen.

”...i princip så gör jag ju en svepande suicidriskbedömning varje gång.”

Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att det kan vara svårt att bedöma suicidnära patienter och att det är viktigt att få vetskap om eventuella framtidsplaner finns för att då kunna stärka dessa. Sjuksköterskorna berättade om vikten av att få patienten att känna

förtroende och att känna sig trygg i att berätta om sitt lidande och hur den verkligen känner, så att ingenting missas.

Sjuksköterskorna uttryckte att vid oro för patienten vill de träffa patienten tätare för att tillsammans utforma en krisplan samt kunna enas med patienten om eventuell inskrivning i slutenvård skulle behövas. Sjuksköterskorna beskrev även en känsla av att det river upp mycket när en kollegas patient suiciderat.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i den psykiatriska öppenvården. Innehållsanalysen resulterade i ett övergripande tema: *"Att få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap"* samt fyra slutkategorier: *"Att bry sig"*, *"Att behöva känna sig trygg och säker"*, *"Att bära en oro"* och *"Att behöva vara observant"*.

I resultatet framkom betydelsen av att som sjuksköterska få möjlighet att känna engagemang och använda sig själv som redskap. En av byggstenarna i psykiatrisk omvårdnad är ömsesidighet i vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient (Looi, Sävenstedt & Engström, 2016). Sjuksköterskorna i vår studie lyfter fram relationen som kärnan i mötet för att kunna hjälpa patienten vidare från lidande till återhämtning, hälsa och välbefinnande. En ömsesidig och tillitsfull relation mellan patient och sjuksköterska är helt avgörande för vårdens kvalitet (Ejneborn Looi, 2015). Sjuksköterskorna beskrev att en god relation ger möjlighet för patienten att beskriva sitt lidande och sin situation och därigenom ökar förutsättningen att bedömningen blir rätt och att vägen mot välbefinnande kan påbörjas. De menade också att det är viktigt att ha öppna sinnen i mötet och känna av patienten i rummet samt ha förmåga att analysera och att tid för reflektion finns. Vårt resultat överensstämmer med Lewis, Anderson och Feuchtinger (2014) som har identifierat ett terapeutiskt förhållande, behandling av depression, trygghet och patientsäkerhet samt specifika interventioner som viktiga i mötet med suicidnära patienter. Studiens resultat visar återkommande att det är av vikt att sjuksköterskan bryr sig om patienten och visar det genom sitt bemötande med att vara respektfull, lugn, fokuserad, intresserad, nyfiken, lyhörd samt vågar fråga och lyssna. Detta för att bygga upp en

relation med patienten och för att patienten ska känna trygghet och tillit till sjuksköterskan. Relationen blir tillitsfull när patienten känner sig tillräckligt trygg i sjuksköterskans sällskap och denna ömsesidighet ger också ökat välbefinnande. Behovsbedömningar på avancerad nivå handlar ofta om att hjälpa patienten att ge röst åt de outtalade behoven (Ejneborn Looi, 2015). I vår studie framkommer att det är betydelsefullt att sjuksköterskan har förmåga att känna av även det outtalade i rummet, för att kunna göra en så bra bedömning som möjligt. Sjuksköterskorna var eniga om vad som behövs för att på bästa sätt kunna möta suicidnära patienter och menade att de behöver få möjlighet att kunna känna engagemang och använda sig själv som redskap, men det beskrevs också vilka förutsättningar som saknas för att kunna göra detta.

Resultatet visar att det är viktigt att sjuksköterskorna bryr sig om patienten och dennes mående, men även att sjuksköterskorna vågar bry sig i patienten, till exempel när personen är djupt deprimerad och kanske inte själv har förmåga att kunna se vilket behov av hjälp denne har. Det kan handla om när det är aktuellt med läkarbedömning och eventuell tvångsvård. I den aktuella studien framkommer även en del olika åsikter angående vem som har det slutliga ansvaret vid en suicidriskbedömning och det verkar vara en svår fråga, som det råder osäkerhet och delade meningar om. Tankarna gick isär huruvida ansvaret ligger hos läkaren, den person som sist träffat patienten eller om ansvaret ligger hos patienten själv. I psykiatrin har vi möjlighet att använda oss av lagen om psykiatrisk tvångsvård, vilket kan bli nödvändigt till exempel vid allvarliga suicidtankar och -planer hos en patient. Vi anser att det aldrig är okej att lägga över ansvaret på patienten, som redan är tyngd av sitt dåliga mående. Resultatet visar vidare att sjuksköterskor känner ett stort ansvar för patienternas säkerhet och att de ibland kan uppleva att den riskbedömning de gjort nonchaleras av läkaren. Det kan då uppkomma känslor av att man antingen måste lita på läkarens ytterligare bedömning eller att sjuksköterskorna känner att de tvingas gå över sin ansvarsgräns och att då behöva överföra patienten till akutpsykiatrin på eget initiativ för vidare bedömning. Studien beskriver vidare att det är viktigt att läkarna reagerar på sjuksköterskornas oro i deras möte med en suicidal patient.

I resultatdelen finns ett citat som handlar om att det brukar gå ganska dåligt för barn till en förälder som suiciderat och att sjuksköterskan ganska bestämt kan ge sådana fakta till den suicidnära patienten. Ingen evidens, som vi kan finna, pekar på att så skulle vara fallet. Dock menar Socialstyrelsen (2017) att suicidalt beteende hos en förälder på sikt ökar risken för

dennes barn, särskilt om de var barn eller tonåringar när föräldern suiciderade. Barn till en förälder som avlidit genom suicid löper en fördubblad risk att själva avlida som unga vuxna, jämfört med unga som inte har förlorat en förälder på det sättet (Socialstyrelsen, 2017). Dock visar vår studie att det ibland trots god relation med patienten och väl utförd suicidriskbedömning inte finns några garantier och att man då faktiskt ändå kan känna att man gjorde vad man kunde i stunden. Robertson, Paterson, Lauder, Fenton och Gavin (2010) visar på att det är viktigt för sjuksköterskor att de ges möjlighet att reflektera över bland annat eventuella ansvarsfrågor relaterade till deras egna metoder samt att det finns tydligt utformade interventioner och stödmetoder inom ämnet. Robertson et al. (2010) menar också att eventuellt suicid hos en patient sätter varaktiga spår i sjuksköterskan och att detta är något som chefer och beslutsfattare måste vara medvetna om och försöka förebygga. Det är mycket viktigt att känna stöd från kollegor i dessa situationer.

Vårt resultat visar på vikten av att som sjuksköterska behöva känna sig trygg och säker för att kunna göra sitt bästa i mötet med suicidnära och att kunskap i ämnet behövs för att kunna skraddarsy både bedömning och behandling för varje enskild patient. Enligt Higgins et al. (2016) är riskbedömning och säkerhetsplanering att betrakta som en hörnsten inom psykiatrin, men forskningen är begränsad kring hur sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård uppfattar risken och hur de engagerar sig i riskbedömningar. Klyftor i kunskap om riskbedömning och säkerhet, kan åtgärdas genom utbildning. Närstående är viktiga vid en återhämtningsprocess hos patienten (Higgins et al., 2016). Vårt resultat visar vidare att mer utbildning är viktigt då majoriteten av sjuksköterskorna upplever att avsaknaden av detta försvårar arbetet med suicidnära patienter samt orsakar brist på säkerhet och trygghet hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna i vår studie har varierande åsikter gällande att använda sig av bedömningsverktyg. Deltagarna beskrev att det är viktigt att inte bli för fokuserad på rutinfrågor, skattningsskalor och strukturerade mallar i mötet med en suicidnära patient, detta för att inte missa något uttalat. Genom att sjuksköterskorna känner sig mer trygga och säkra i sig själv, känner de att mötet med suicidnära patienter också blir lättare att utföra. Enligt Downs, Gill, Doyle, Morrissey och Higgins (2016) finns det ett starkt stöd för att göra riskbedömningar inom psykiatrin. De allra flesta sjuksköterskor ansåg att skattningsskalor och redskap underlättar arbetet. Det finns en oro att användningen av dessa verktyg kan ha en negativ inverkan på det terapeutiska engagemanget. Utbildning inom riskbedömningsverktyg krävs för att visa hur de bör användas tillsammans med ett terapeutiskt engagemang och som hjälpmedel till klinisk kunskap och forskning (Downs et al., 2016). Vi fann också i vår studie

att erfarenhet har stor betydelse i bedömningen av en suicidnära patient och att det är viktigt att sjuksköterskan använder sig själv som redskap i mötet. Detta överensstämmer med det som Mulder et al. (2016) menar med att inte lägga alltför stort fokus på suicidriskfaktorer, som då kan förvirra det kliniska tänkandet. Fokus borde istället skiftas från suicidriskbedömningar till äkta engagemang för den enskilde patienten, dennes problem och omständigheter.

Resultatet visar att sjuksköterskor bär en oro i mötet med suicidnära patienter. Detta till trots känner majoriteten av sjuksköterskorna sig trygga med att möta suicidnära patienter, att det är en del av arbetet som de vant sig vid, medan andra känner sig mer rädda och osäkra. Vi såg i studien att rädsla finns för att säga något fel som kan starta en process hos patienten som man sedan inte kan hjälpa patienten hantera. Det betonades att det är viktigt att alltid kunna ha tillgång till läkare om behov uppstår. Vi anser att läkare alltid ska finnas att tillgå. Men studien visar att så inte alltid är fallet. Genom att ha tillgång till läkare vid behov kan sjuksköterskor känna sig mer trygga i sitt arbete. Ibland kan oron för patienten vara svår att bära trots att alla åtgärder vidtagits. Det som sjuksköterskorna fasade mest för var att patienten skulle suicidera. Det framkom även att suicid hos en patient inom den egna verksamheten påverkar sjuksköterskorna mycket.

Resultatet visar att sjuksköterskorna alltid behöver vara observanta då de oförutsett träffar patienter med suicidtankar, som bär på ett stort lidande i olika skeenden. I vårt resultat framkommer att sjuksköterskorna anser att suicidrisk är en färskvara och att sjuksköterskan måste ha förmåga att reagera på förändringar i patientens mående, vilket även betonas av Lynch et al. (2008). Detta för att kunna utföra en så korrekt bedömning som möjligt.

Vi valde att presentera resultatet med utvalda citat, då vi anser att de upplevelser sjuksköterskorna berättat om ger tyngd till arbetet och ett fint inifrånperspektiv.

Metoddiskussion

En diskussion om tolkningars trovärdighet och tillförlitlighet är enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) av största vikt om en studie ska anses vara av hög kvalitet. Vår studie kan anses som trovärdig eftersom vi får anta att informanternas svarat så ärligt de kunnat och då de även har erfarenhet av att möta suicidnära patienter. Vi har försökt skapa trygghet för deltagarna så de ska våga berätta om sina upplevelser. Då intervjuerna startades med ett

antal lättbesvarade bakgrundsfrågor, som inte spelades in, upplevde vi att det ledde till att deltagaren kände sig avslappnad och trygg, för att sedan kunna berätta vidare om sina känslor och upplevelser. Detta enligt Kvale och Brinkman (2014) för att kunna få ett rikt material.

Två mottagningar inom vuxenpsykiatrisk öppenvård valdes ut till studien och vi som forskare anser att det var ett tillräckligt stort urval för denna studie. Tio sjuksköterskor har deltagit i studien och samtliga uppfyllde studiens inklusionskriterier. Vi utförde intervjuerna enskilt på grund av det geografiska avståndet. En nackdel kan vara att vi som forskare bara varit med på våra egna intervjuer och enbart lyssnat på inspelningarna från den andres. Vi har använt materialet från intervjuerna till resultatet, som utgår från svaren i intervjuerna (Polit & Beck, 2017). Tillförlitligheten ökar och risken för feltolkningar minskar när två forskare analyserar och tolkar materialet (Polit & Beck, 2017).

Planen från början var att enbart inkludera specialistsjuksköterskor i psykiatri, men efter diskussion kom vi fram till att alla sjuksköterskor oavsett akademisk nivå, möter suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård. Informanterna var mellan 33 och 62 år och hade arbetat som sjuksköterskor mellan ett halvt år och upp till 18 år inom den vuxenpsykiatriska öppenvården. Åldersfördelningen anser vi vara en fördel samt även hur länge de arbetat inom öppenvården. Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten ökar när det finns variation bland informanterna gällande erfarenhet, ålder och kön. Detta för att få olika aspekter på forskningen (Graneheim & Lundman, 2004). I resultatet finns några av deltagarnas egna citat, detta leder även till att öka studiens trovärdighet. Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas, utan att skäl behövde anges.

Vi har utgått från de etiska beskrivelsen som finns i The Belmont Report (1979), vilket innebar att intervjuerna var frivilliga, personerna och platserna har aidentifierats och alla intervjuer har hanterats och analyserats på samma sätt.

Intervjuerna skedde på samtliga informanters arbetsplats och vi som forskare anser att det fungerade utan problem. Informanterna hade möjlighet att själva styra över var de ville att intervjun skulle ske. Sju av de tio informanterna kände vi sedan tidigare, vilket kan ha bidragit till att svaren blev annorlunda än om de inte känt personen som intervjuat. De kan ha känt sig mer slutna eller så kan det också ha varit så att informanterna upplevde sig mer trygga då de kände intervjuaren och då vågade öppna sig mer, än inför en okänd person. Fråga nummer 5;

”Kan du berätta om ett möte som blev bra?” var för några av informanterna svår att svara på spontant. Vissa kom för tillfället inte på något alls. Eventuellt hade den frågan kunnat bli enklare att besvara om frågorna skickats ut till informanterna i förväg.

Analysen grundades på informanternas svar som spelades in via mobiltelefon och skrevs sedan ner ordagrant. Vi läste det transkriberade materialet var för sig. Sedan lästes, diskuterades och analyserades det tillsammans. Analysprocessen finns utförligt beskriven i studiens metodavsnitt. Allt material kommer att raderas när examensarbetet är godkänt.

Vi arbetade tillsammans fram ett övergripande tema och fyra slutkategorier från sammanlagt 307 att-satser. Vi anser att vi har fått fram sjuksköterskornas åsikter och upplevelser ur ett inifrånsperspektiv.

Trots att majoriteten av intervjuerna var med våra egna arbetskamrater har vi fått fram ett rikt material, vilket är viktigt för studiens trovärdighet. Vi har arbetat noggrant, strukturerat och systematiskt under processen med datainsamling och analys, samt haft handledning och seminarium för att få feedback. Eftersom studien är utförd med sjuksköterskor inom den vuxenpsykiatriska öppenvården i både norra och södra Sverige, anser vi att studiens resultat ökar styrkan och är överförbart till andra psykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Graneheim och Lundman (2004) menar att man alltid ska komma ihåg att det kan finnas olika meningar och att studien är influerad av forskarens egna erfarenheter och upplevelser. Att säkerställa studiens trovärdighet inkluderar också att man tar reda på om det är deltagarnas röst som görs hörd i studien eller om det är forskarens (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Risken för detta har vi försökt att minimera då vi i början av analysen behandlat datan strikt manifest.

Kliniska implikationer

Av studien framkom att sjuksköterskorna behöver stöd från verksamheten och då framförallt i form av mer utbildning inom ämnet, men även stöttning inom det egna teamet och att känna att de alltid har tillgång till läkare för ytterligare bedömning. Då den relationella aspekten mellan sjuksköterska och patient lyfts fram som en bärande faktor, är det av största vikt att sjuksköterskan ges möjlighet att vara engagerad. För att kunna ha det engagemang som

sjuksköterskorna önskar och använda sig själv som redskap, samt bära den oro och vara så observant som mötet med suicidnära patienter kräver, behöver sjuksköterskorna få möjlighet att känna sig trygga och säkra.

Denna studie visar vad sjuksköterskor inom den vuxenpsykiatriska öppenvården behöver för att kunna känna sig mer trygga och säkra i mötet med suicidnära patienter och för att få chans att utvecklas vidare inom ämnet. Förhoppningen är också att studien ska kunna bidra till att sjuksköterskor med hjälp av evidens ska kunna beskriva till sina arbetsgivare vad mer som behövs för att mötet med suicidnära patienter ska bli så bra som möjligt.

Vi anser att ämnet även behöver lyftas till politisk nivå då det är ett mycket angeläget, svårt och komplext arbete att utföra. Vi upplever att det behöver prioriteras mer forskning inom ämnet suicid, då suicid är ett stort samhälls- och folkhälsoproblem som drabbar både patienten och flera runt omkring denne. Det behöver även satsas mer ekonomiska resurser inom suicidprevention.

Slutsats

Det finns ett stort engagemang bland sjuksköterskorna inom den psykiatriska öppenvården att vilja möta suicidnära patienter på bästa sätt. Dock saknas ofta utbildning och även fördjupad kunskap inom ämnet. Mötet med suicidnära patienter är en svår, men viktig uppgift som måste beredas utrymme. Vår studie visar på betydelsen av den relationella aspekten i mötet mellan patient och sjuksköterska, sjuksköterskans engagemang, ett gott bemötande samt möjligheten att använda sig själv som redskap i mötet med suicidnära patienter. Sjuksköterskor är i behov av stöttning från både kollegor, chef och läkare. Det är viktigt att möjlighet ges till tid för reflektion, handledning och kontinuerlig fortbildning. Sjuksköterskorna behöver få möjlighet att känna trygghet och säkerhet för att orka bära den oro som finns i mötet med den suicidnära patienten.

Referenser

- Barnfield, J., Cross, W., & McCauley, K. (2018). Therapeutic optimism and attitudes among medical and surgical nurses towards attempted suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1826-1833.
- Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 277-283.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 393-400.
- Downs, C., Gill, A., Doyle, L., Morrissey, J., & Higgins, A. (2016). Survey of mental health nurses' attitudes towards risk assessment, risk assessment tools and positive risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3-4), 188-197.
- Ejneborn Looi, G-M. (2015). *Omvårdnad som reflekterande praktik: Att se och använda alternativ till tvång i psykiatrisk vård*. Luleå tekniska universitet. (Doctoral thesis / Luleå University of Technology).
- Ejneborn Looi, G. M. E., Sävenstedt, S., & Engström, Å. (2016). "Easy but not simple"—Nursing students' descriptions of the process of care in a psychiatric context. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(1), 34-42.
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434-443.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Henricson, M. (red). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, A., Doyle, L., Downes, C., Morrissey, J., Costello, P., Brennan, M., & Nash, M. (2016). There is more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses' risk assessment and safety-management practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 159–170.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.

Huh, J.T., Weaver, C.M., Martin, J.L., Caskey, N.H., O'Riley, A., & Kramer, B.J. (2012). Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 775-780.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Henricson, M. (red). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB.

Lewis, J. S., Anderson, K. H., & Feuchtinger, J. (2014). Suicide Prevention in Neurology Patients: Evidence to Guide Practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(4), 241-248.

Mendes, A. (2018). Supporting community nurses to cope with patient suicide. *British Journal of Community Nursing*, 23(4), 198-199.

Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J.W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 271-272.

Robertson, M., Paterson, B., Lauder, B., Fenton, R., & Gavin, J. (2010). Accounting for Accountability: A Discourse Analysis of Psychiatric Nurses' Experience of a Patient Suicide. *The Open Nursing Journal*, 4, 1-8.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Seixas Santos, R., Santos de Albuquerque, M., Zeviani Brêda, M., de Assis Bastos, M., Lysete, M., dos Santos Silva, V., & da Silva Tavares, N. (2017) Nurses' actions towards suicide attempters: reflective analysis. *Journal of Nursing*, 11(2), 742-748.

Socialstyrelsen. *Suicid*. Hämtad från:

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid> (2017). 2018-09-17.

The Belmont Report (1979). Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. *Department of Health, Education, and Welfare*. Hämtad från: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. 2018-09-17.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Informationsbrev



Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård och vi ska nu skriva vårt examensarbete. Syftet med vårt arbete är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter inom den psykiatriska öppenvården.

Vårt önskemål är att intervjua yrkesverksamma sjuksköterskor, som har erfarenhet av att arbeta med suicidnära patienter, inom den psykiatriska öppenvården i både norra och södra Sverige. De första nio-tio sjuksköterskor, som ger sitt medgivande att delta, väljs ut. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och frågorna kommer att kretsa kring upplevelsen av att möta suicidnära patienter. Intervjun kommer att ske på din arbetsplats. Finns önskemål om annan plats för intervjun, försöker vi självklart att lösa det. Intervjun kommer att spelas in och analyseras. Inga obehöriga kommer att ha tillgång till materialet. När arbetet är avslutat kommer inspelningarna att raderas. Du kommer även kunna ta del av det färdiga arbetet.

Deltagandet i studien är frivilligt och du ger ditt samtycke genom att du skriver under bifogad svarsblankett och återsänder den i bifogat frankerat svarskuvert. Du kan närsomhelst meddela att du önskar avbryta din medverkan i studien.

Dina svar som deltagare kommer att hanteras konfidentiellt och inga person- eller patientuppgifter kommer att avslöjas. Vi tror att denna studie kommer att vara till hjälp för andra i mötet med suicidnära personer och även för oss i vår yrkesroll.

Har ni några frågor så hör gärna av er till oss. Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,

Git-Marie Ejneborn Looi Lektor och
handledare - LTU
Leg. Sjuksköterska
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk
vård
070-328 12 36
gitejn@ltu.se

Cecilia Stark
Specialistsjuksköterskestudent
Leg. Sjuksköterska
072-525 22 80
cecsta-7@student.ltu.se

Lena Söderholm
Specialistsjuksköterskestudent
Leg. Sjuksköterska
070-205 05 70
lensod-7@student.ltu.se

Bilaga 2 Informerat samtycke

”Syftet med detta arbete är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i den psykiatriska öppenvården”



Svarsblankett

Jag samtycker till deltagande i studien och godkänner att kontakt tas via e-post eller telefon för överenskommelse om tid för intervju

Jag önskar ta del av den färdiga studien (sändes som e-post)

Mobil: _____

E-post: _____

Ort/datum: _____

Underskrift: _____

Bilaga 3 Frågeguide

”Syftet med detta arbete är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i den psykiatriska öppenvården”

Bakgrundsfrågor:

1. Man / kvinna
2. Ålder:
3. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
4. Hur länge har du arbetat inom den psykiatriska öppenvården?
5. Specialistutbildning/vidareutbildning inom psykiatrisk vård?
6. Har du någon specifik utbildning inom suicid?

1. När kommer du i kontakt med självmordsnära patienter?
2. Hur upplever du att det är att möta suicidnära patienter?
(Får du stöd i det?)
3. Hur ofta skulle du säga att du möter suicidnära patienter i ditt arbete?
4. Hur gör du i bedömningen av suicidnära patienter?
(Skattningsskalor?)
5. Kan du berätta om ett möte som blev bra?
6. Vad tänker du på i ditt bemötande av suicidnära patienter?
7. Hur upplever du samarbetet med läkare i ditt arbete med suicidnära patienter?
8. Vilken profession uppfattar du har det slutliga ansvaret vid en suicidriskbedömning? Känner du i så fall att du har tillgång till den professionen?
9. Upplever du att du har de förutsättningar du behöver för att möta självmordsnära patienter?
Om inte, vad saknar du? (kompetens, samarbete osv)
10. Vilken känsla har du kring att möta patienter som är suicidnära? Försök sätta en siffra mellan 1 och 10 på vårdtyngden du känner inombords. 1 = fruktansvärt, jag funderar på det även sedan jag kommit hem, 10 = ingen fara, jag känner mig trygg i min bedömning, det är en del av min vardag
(Kan du beskriva känslan lite mer?)

Bilaga 4 Verksamhetschefens godkännande

2018-10-12

Intyg om godkännande till deltagande i projektet ”Sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård”

Projektet sker i form av en D-uppsats vid utbildningen Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, Luleå Tekniska Universitet.Handledare är Lektor Git-Marie Ejneborn Looi. Syftet med arbetet är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter inom den psykiatriska öppenvården.

Forskningen är en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer av yrkesverksamma sjuksköterskor, som har erfarenhet av att arbeta med suicidnära patienter, inom den psykiatriska öppenvården. Intervjuerna beräknas ta cirka 45 minuter och frågorna kommer att kretsa kring upplevelsen av att möta suicidnära patienter.

Härmed intygas att verksamhetschefen godkänner projektet ”Sjuksköterskors upplevelser av att möta suicidnära patienter i psykiatrisk öppenvård”.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Med vänlig hälsning

Cecilia Stark och Lena Söderholm