



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET AV ATT ARBETA MED SUICIDALA PATIENTER INOM PSYKIATRISK AFFEKTIV ÖPPENVÅRD

Carl Beijbom och Patrik Eriksson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Lena Johansson

Titel svensk:	Sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med suicidala patienter inom psykiatrisk affektiv öppenvård
Titel engelsk:	Nurses experiences working with suicidal patients in psychiatric affective outpatient care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Lena Johansson
Nyckelord:	Psykiatrisk omvårdnad, sjuksköterska, suicidala patienter

Sammanfattning

Bakgrund: Att arbeta med suicidala patienter är både professionellt och känslomässigt krävande. Patienter som suiciderar är en tragisk händelse för alla inblandade och sätter känslomässiga spår i behandlaren. Att förutse suicid genom suicidriskbedömningar är svårt. Behandlaren behöver likväl kontinuerligt värdera suicidrisk, förebygga att patienter inte suiciderar, hantera sin egen oro och samtidigt försöka leda patienten ut ur suicidaliteten och tillbaka till livet. Större delen av tidigare forskning på sjuksköterskors upplevelser av detta arbete är gjort inom en slutenvårdskontext. *Syfte:* Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med suicidala patienter inom psykiatrisk affektiv öppenvård. *Metod:* Kvalitativ studie med induktiv ansats. Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer med sju sjuksköterskor yrkesverksamma i psykiatrisk affektiv öppenvård. Intervjuerna analyserades sedan med innehållsanalys. *Resultat:* Sjuksköterskorna strävade efter att skapa trygghet, både för patienten och för sig själva. Genom ett respektfullt och empatiskt engagemang skapade de förutsättningar för en god vårdrelation och ett öppet samtal där patienten kunde våga dela med sig av sin berättelse. Sjuksköterskorna kunde främja säkerhet genom suicidriskbedömningar, flexibilitet i vårdkontakten och genom att hjälpa patienten bygga ett skyddande nätverk. De strävade efter att stärka det friska hos patienterna, samt att inge hopp. Arbetet med att vårda suicidala patienter påverkade sjuksköterskorna på ett personligt plan. Teamarbete, handledning, delade bedömningar, samt dokumentation framkom som viktiga för att hantera denna påverkan. *Slutsats:* Att arbeta med suicidala patienter är komplext och krävande. Sjuksköterskorna strävade efter att skapa trygghet både för sig själva och för patienter, samt eventuella anhöriga. Ett empatiskt och transparent bemötande uppgavs vara av central betydelse för att skapa ett öppet samtal där patienten vågar dela med sig av sina upplevelser. Sjuksköterskor är i behov av kontinuerligt formellt och informellt stöd på arbetsplatsen. Teamet fyller en viktig funktion i detta stöd.

Nyckelord: suicid, psykiatrisk omvårdnad, sjuksköterska, erfarenhet

Abstract

Background: Working with suicidal patients is professionally and emotionally exhausting. A suicide is a tragic event for everyone involved and leaves an emotional scar in the caregiver. Predicting suicide through risk assessment is difficult. Nevertheless, the caregiver needs to assess risks, prevent suicide, manage internal anxiety and at the same time guide the patient away from suicidal ideation and towards life. *Aim:* To describe nurses' experiences of working with suicidal patients in psychiatric affective outpatient care. *Method:* Qualitative study with inductive approach. Data collection through semi-structured interviews with seven nurse professionals in psychiatric affective outpatient care. The interviews were analyzed by means of content analysis. *Result:* The nurses strived to create security, both for the patient and for themselves. Through a respectful and empathetic commitment, they created the conditions for a good caring relationship and an open conversation where the patient could dare to share their situation. The nurses were able to build safety through suicide risk assessments, flexibility in care contact and by helping the patient build a protective network. They strived to strengthen the health of the patients, as well as to give hope. The work of caring for suicidal patients affected the nurses on a personal level. Teamwork, supervision, shared assessments, and documentation emerged as important in dealing with this impact. *Conclusion:* Working with suicidal patients is complex and demanding. The nurses strived to create security both for themselves and for patients, as well as relatives. An empathetic and transparent response was viewed as central for creating an open conversation where the patient dares to share their experiences. Nurses are in need of continuous formal and informal support in the workplace. The team fulfills an important function in this support as well as to share the burden of responsibility in difficult assessments.

Keywords: suicide, psychiatric nursing, nurse, experience

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla sjuksköterskor som i denna studie delade med sig av sina erfarenheter. Tack även till enhetschefer och sektionsledare på berörda mottagningar för hjälp att nå ut till sina anställda. Processen att skriva denna uppsats har underlättats väsentligt genom kontakt med vår handledare som gett grundlig feedback och goda råd i svåra situationer. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete under denna höst.

Göteborg, december 2020.

Jag tror inte på ett liv efter detta

Jag tror på detta liv

Gunnar Ekelöf, *En verklighet (drömd)* (1951)

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Suicid och suicidalitet	1
2.1.1 Centrala begrepp	1
2.2 Suicidalitet och psykisk sjukdom	2
2.3 Psykiatrisk affektiv öppenvård	2
2.4 Sjuksköterskans roll	3
2.5 Bedömning av suicidrisk	3
2.6 Tidigare forskning	4
3 Problemformulering	6
4 Syfte	6
5 Metod	6
5.1 Design	6
5.2 Urval och rekrytering	7
5.3 Datainsamling	7
5.4 Analys	8
5.5 Etiska ställningstaganden	9
6 Resultat	10
6.1 Skapa trygghet för patienten och för sig själv	10
6.1.1 Skapa förutsättningar för ett öppet samtal	11
6.1.1.1 Möta patienten där hen är	11
6.1.1.2 Ärlig kommunikation	12
6.1.2 Främja säkerhet	12
6.1.2.1 En komplex bedömning	12
6.1.2.2 Ett skyddande nät	14
6.1.2.3 När öppenvården inte räcker	15
6.1.3 Leda patienten tillbaka till livet	15
6.1.3.1 Stärka det friska	15
6.1.3.2 Inge hopp	16
6.1.4 Uppleva och hantera personlig påverkan	17
6.1.4.1 Känslomässig påverkan	17
6.1.4.2 Inte vilja stå ensam	18
7 Diskussion	19
7.1 Metoddiskussion	19

7.1.1 Design	19
7.1.2 Urval och rekrytering	19
7.1.2 Datainsamling	20
7.1.3 Analys	21
7.2 Resultatdiskussion	21
7.2.1 Sammanfattning	21
7.2.2 Skapa trygghet för patienten och för sig själv	21
7.2.3 Skapa förutsättningar för ett öppet samtal	22
7.2.4 Främja säkerhet och att leda patienten tillbaka till livet	23
7.2.5 Uppleva och hantera personlig påverkan	24
7.3 Kliniska implikationer och fortsatt forskning	25
8 Slutsats	26
Referenslista	27
Bilagor	31
Bilaga A Forskningspersonsinformation	31
Bilaga B Intervjuguide	33
Bilaga C Exempel på analysprocessen	34
Bilaga D Ansökan om tillstånd	35

1 Inledning

Hur är det att möta en suicidal person? Vare sig frågan ställs till forskningen eller till sjuksköterskekollegorna blir svaret ofta att det är något som berör, både i det professionella men även i det känslomässiga och personliga. Det är svårt för det handlar om liv och död. Att arbeta nära existentiella frågor är påfrestande samtidigt som det gör sjuksköterskearbetet intressant och spännande. Intresset att undersöka mötet med suicidala patienter springer ur en tro på att goda möten i vården faktiskt spelar roll för dessa patienter, samtidigt som det är mycket svårt och ofta tas upp på teammöten, handledningar och i informella samtal. Vi vill i denna studie belysa olika aspekter av sjuksköterskans arbete med suicidala patienter, med förhoppning om att kunna bidra till en ökad insikt i detta komplexa och svåra uppdrag.

2 Bakgrund

2.1 Suicid och suicidalitet

Suicid är ett globalt fenomen som varje år står för 1.4 procent av alla dödsfall i världen, uppemot 800.000 per år (WHO, 2014). I Sverige dog 1296 personer i suicid i Sverige år 2019 (Folkhälsomyndigheten, 2020). Det är den vanligaste dödsorsaken bland män 15-44 år och bland kvinnor 15-29 år (Folkhälsomyndigheten, 2018). Suicidtankar är vanligt förekommande, nära 14 procent av den svenska befolkningen uppger att de haft suicidtankar någon gång i livet, högst andel i den yngsta åldersgruppen 16-29 år (Folkhälsomyndigheten, 2018). Att ha suicidtankar kan vara mycket plågsamt och ett tecken på betydande emotionellt lidande. Suicid och suicidalt beteende är ett allvarligt folkhälsoproblem som berör alla åldrar i befolkningen och varje suicid är ett trauma för de närmast berörda och för behandlare (Runeson, 2016). Regeringen antog 2008 en nollvision gällande suicid i Sverige. Ett nationellt fortlöpande arbete med suicidprevention bedrivs av Folkhälsomyndigheten och ett nationellt handlingsprogram har nyligen utarbetats (Folkhälsomyndigheten, 2019). Där beskrivs hur suicidprevention skall uppnås genom breda befolkningsinriktade insatser som att verka för minskad alkoholkonsumtion och att förbättra tillvaron för utsatta grupper, men även att förbättra medicinska, psykologiska och psykosociala åtgärder, sprida evidensbaserad kunskap om suicidprevention samt höja kompetensen bland personer som arbetar på nyckelpositioner.

2.1.1 Centrala begrepp

Suicidtankar innebär att man med olika grad av allvar tänker på döden, allt ifrån flyktiga tankar till utstuderade suicidplaner. Suicidtankar är oftast närvarande under en period av psykisk ohälsa och lättar då tillståndet förbättrats. I somliga fall - som vid långvariga depressioner eller dystymi - kan suicidtankar anta en mer kronisk karaktär (Runeson, 2016).

Suicidförsök är icke-dödlig självskada med viss avsikt att avsluta livet. Suicidförsök kan ha olika allvarlighetsgrad och vad som kan klassas som suicidförsök är föremål för debatt (Chiles, Strosahl & Roberts, 2020). *Suicid* (eller fullbordat suicid) innebär att avsiktligt avsluta sitt eget liv. Begreppet har samma betydelse som självmord, men kan anses vara utan de värderande och känslomässiga aspekterna (Runeson, 2016). *Suicidalt beteende* är ett mer omfattande begrepp som täcker in samtliga ovan nämnda aspekter av suicidalitet. Således omfattar suicidalt beteende utöver suicidtankar handlingar som syftar mot att avsluta livet - förberedelser för och genomförande av suicid (Chiles, Strosahl & Roberts, 2020). Begreppet suicidalitet används genomgående i denna uppsats och inkluderar alla former av suicidtankar - kroniska eller akuta, suicidalt beteende och oberoende av var den suicidala processen personen befinner sig. Det är dock viktigt att i samband med detta påpeka att sambandet mellan suicidtankar, suicidförsök och suicid är komplext och kan inte påstås följa varandra längs ett linjärt kontinuum av allvarlighetsgrad (Chiles, Strosahl & Roberts, 2020).

2.2 Suicidalitet och psykisk sjukdom

Det föreligger ett starkt och väl utforskat samband mellan psykisk sjukdom och suicidalitet. Suicidtankar är ett ofta förekommande besvär för personer som behandlas inom psykiatri och suicidtankar innebär ett lidande även för de som aldrig gör suicidförsök eller suicid. Det psykiatriska sjukdomstillstånd som ger mest påtaglig risk för suicid är egentlig depression med en förhöjd risk på 20 gånger jämfört med hela befolkningen (Runeson, 2016). Depression är dessutom den vanligaste diagnosen inom psykiatri och en av de vanligaste orsakerna till ohälsa världen över (Mårtensson & Åsberg, 2016). Efter egentlig depression är bipolär sjukdom den psykiska sjukdom som innebär högst risk för suicid med 15 gånger förhöjd risk jämfört med hela befolkningen (Runeson, 2016). Därefter kommer i fallande ordning opiatmissbruk, dystymi, schizofreni, personlighetssyndrom och alkoholberoende. Värt att notera är att ytterligare förhöjd risk föreligger vid samsjuklighet, såsom alkoholmissbruk i samband med depression. Drogbruk generellt ökar impulsivitet och sänker kognitiva spärrar och ökar därför risken att suicid sker. Att depression och bipolär sjukdom är de tillstånd som ger högst risk för suicid kan förstås utifrån att livsleda samt döds- och suicidtankar ingår som centrala symtom vid diagnostisering (Runeson, 2016). Dessa syndrom kännetecknas av ihållande förskjutningar av den drabbades stämningsläge. Vid depression sker förskjutningen till en ihållande sänkning av stämningsläget (nedstämdhet) och vid bipolaritet sker förskjutningen i skov ömsom nedåt (depression), ömsom uppåt till ett förhöjt, uppvarvat stämningsläge (mani eller hypomani) (Mårtensson & Åsberg, 2016).

2.3 Psykiatrisk affektiv öppenvård

Depression och bipolär sjukdom går in under paraplybegreppet affektiv psykiatri, vilket vanligtvis avser förstämningssyndrom (eng. mood disorders) (ICD-10, 2016; Parker, 2014). Affektiv psykiatri är i Västra Götalandsregionen även en organisatorisk uppdelning som

utöver förstämningssyndrom även täcker in ätstörningar, ångestsyndrom, stressrelaterade syndrom och i viss mån neuropsykiatri. Öppenvård, som innebär att vården till största del sker på mottagningar som inbokade möten med specifika behandlare under dagtid - enstaka mottagningar arbetar med hembesök eller uppsökande verksamhet, definieras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) som en motsatt till slutenvårdvård, där vård ges till intagna på en vårdinrättning. De övergripande målen för behandlare som möter suicidala patienter inom psykiatrisk öppenvård är att skapa en god relation som validerar och lugnar patienten, att mildra den suicidala krisen och slutligen lära ut färdigheter som acceptans för psykisk smärta samt problemlösningsstrategier (Chiles, Strosahl & Roberts, 2020).

2.4 Sjuksköterskans roll

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor lyfter Svensk sjuksköterskeförening (2017) fram omvårdnad som sjuksköterskans centrala kompetens grundat i det vetenskapliga kunskapsområdet samt i en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ansvarar för och leder omvårdnadsarbetet - självständigt och i team. Omvårdnaden fokuserar på patientens livsvärld och behov, inkluderande psykosociala, fysiska, kulturella och andliga dimensioner. Omvårdnad ska enligt Ekman, Norberg och Swedborg (2015) utföras personcentrerat och utgå från ett partnerskap mellan patient, närstående och professionella. Den hjälpsökande ses som en aktiv partner som kan ta ansvar i sin egen behandling och som en deltagare i vårdteamet. Patienten är expert på sig själv och är den som bäst kan formulera behov och målsättningar för vården. Skapandet av partnerskapet innebär att man utbyter information. Patienten delar med sig av sina upplevelser och erfarenheter och personalen delar med sig av sin professionella kunskap. Det kan ses som ett ömsesidigt delande och därför ett ömsesidigt beroende.

Psykiatrisk omvårdnad grundar sig på antagandet att alla människor har möjlighet att växa och utvecklas, och strävar efter att alla personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättningar har rätt till en god evidensbaserad och personcentrerad vård (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Vidare beskrivs psykiatrisk omvårdnad bestå av insatser som syftar till att öka känslan av att ha kontroll över sin livssituation, förmåga till att hantera meningslöshet, utveckla strategier för att hantera sjukdom och dess konsekvenser samt söka formulera och uppnå rimliga livsmål. International Council of Nurses (ICN) framhåller fyra etiska riktlinjer som alla sjuksköterskor bör arbeta utifrån: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (International Council of Nurses, 2012).

2.5 Bedömning av suicidrisk

Suicidriskbedömning syftar att avgöra hur sannolikt det är att en person kommer suicidera inom en avgränsad framtid. Förutsättningen för god suicidriskbedömning innefattar att

bedömaren möjliggör en förtrolig samtalssituation och allians med patienten. Bedömningen bör bestå av aktuell situation och symtombild, patientens bakgrund, var patienten är i den suicidala processen, riskfaktorer och skyddsfaktorer (Västra Götalandsregionen, 2016). Det finns idag ett flertal formella bedömningsinstrument till förfogande. Instrument med relevans och spridning inom klinisk verksamhet är Suicidstegen, Suicide Intent Scale (SIS), Suicide Assessment Scale (SUAS), Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Internetmedicin, 2020). Viktigt att notera är dock att evidensen för dessa instrument är svag (SBU, 2015). Enligt Runeson (2012) är det inte visat att något instrument skulle ha större säkerhet än en öppen intervju och iakttagelser av en erfaren behandlare. Bedömningsinstrument kan vidare antas ha större värde för oerfaren personal (Internetmedicin, 2020).

Det är viktigt att i mötet med suicidala patienter ha kännedom om ett antal riskfaktorer som identifierats ge förhöjd risk för suicid. Den i särklass största riskfaktorn för suicid är tidigare självmordsförsök, med en 30-40 gånger högre risk i gruppen relativt övriga befolkningen (Chiles, Strosahl & Roberts, 2020). Som redan nämnt är psykisk sjukdom en avgörande riskfaktor. Parallellt med riskfaktorer är det viktigt att beakta skyddsfaktorer. Skyddsfaktorer kan kompensera föreliggande riskfaktorer och kan vara det som förhindrar att en person suiciderar. Stödjande relationer, god problemlösningsförmåga, hälsosamma levnadsvanor och ett hjälpsökande beteendemönster är exempel på viktiga skyddsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Säkerhetsplanering (eller krisplan) är en preventiv åtgärd som enligt regional medicinsk riktlinje (Västra Götalandsregionen 2016) bör göras i samband med suicidriskbedömning. En sådan plan syftar att hjälpa patient och närstående undvika att självdestruktiva handlingar sker. Planen bör innehålla identifierade faktorer för vad som ger stabilitet och vad som kan utlösa ett försämrat mående, strategier för känslöhantering, handlingsplan vid försämrat mående, samt samarbetsplan och handlingsplan för närstående (Västra Götalandsregionen, 2016).

2.6 Tidigare forskning

En patients suicid är något av det mest traumatiska en behandlare kan uppleva inom psykiatrisk vård, och har beskrivits som vårdande sjuksköterskors värsta mardröm (Mendes, 2018). När suicid inträffat går stor energi åt till att hantera uppkomna känslor genom debriefing, organisatoriskt stöd och självrannsakan, och i det fortsatta arbetet leder det ofta till ökad försiktighet med suicidala patienter (Mendes, 2018; Morrissey & Higgins 2018). Möjligheterna att korrekt bedöma risken för suicid i det enskilda fallet är begränsad och en suicidriskbedömning är dessutom en färskvara - en väl genomförd bedömning kan snart omkullkastats och bli inaktuell av nytillkomna faktorer som inte går att förutse. Sjuksköterskan bör ha en trygg arbetssituation, god kunskap om ämnet samt goda

samtalsfärdigheter (Runeson, 2012). Mendes (2018) betonar vikten av utbildning och organisatoriskt stöd för vårdpersonal som möter suicidala patienter.

Sjuksköterskor upplever ofta oro i arbetet med suicidala patienter (Hagen, Knizek & Hjelmland, 2017; Morrissey & Higgins, 2018; Vandewalle, Beeckman, Van Hecke, Debyser, Deproost, & Verhaeghe, 2019b). Enligt Morrissey & Higgins (2018) formar denna oro till stor del sjuksköterskors arbete med suicidala patienter i psykiatrisk öppen- och slutenvård. Fokus för vårdhandlingar ligger på att skydda patienterna mot att skada sig själva eller suicidera, och samtidigt skydda sig själva från att utpekas som bristfälliga i sin kompetens. Bland dessa vårdhandlingar finns kontrollerande åtgärder som suicidriskbedömning, övervakning samt att göra kontrakt eller överenskommelser, men även omvårdande åtgärder som att inge hopp och att dela patientens börda. I psykiatrisk slutenvård upplever sjuksköterskor ett stort ansvar för suicidala patienter och gör kontinuerligt formella och informella suicidriskbedömningar baserade på patientens verbala och icke verbala kommunikation (Hagen et al., 2017). Dessa bedömningar kan leda till åtgärder som inskränker patientens autonomi - avskiljning, avlägsnande av "farliga föremål", ökad tillsyn. Sådana handlingar syftar till att skydda patienten från att göra sig illa, men även att skydda sjuksköterskan från oro utifrån det ansvar hen upplever för patienten (Hagen et al., 2017; Vandewalle et al., 2019b). Värdet av ett stöttande team lyfts av Morrissey & Higgins (2018), då rädslan att göra fel ger ett behov av att ha kollegor att dela svåra bedömningar med. Att få kollegial avlastning via informella samtal är också av stor vikt.

I linje med personcentrerad vård visar tidigare forskning fram betydelsen av ett kommunikativt, samarbetande förhållningssätt som bygger på ett bemötande med öppenhet, aktivt lyssnande och genuint deltagande i mötet med suicidala patienter (Vandewalle, Beeckman, Van Hecke, Debyser, Deproost, & Verhaeghe, 2019a). Detta i viss kontrast till de kontrollerande preventiva åtgärderna beskrivna ovan. Vårdaren ger patienten utrymme att uttrycka sin personliga berättelse och sitt lidande och möjliggör på så vis ökad förståelse både gällande livets mörka och ljusa sidor, en möjlighet att lära sig av erfarenheter ur sitt eget liv och att se sig som en hel, lidande och kapabel människa. Ett sådant förhållningssätt ger sjuksköterskan en ökad möjlighet att skapa en mer korrekt och meningsfull bild av patienten och hans suicidala beteende, riskfaktorer och resurser (Hagen et al., 2017; Vandewalle et al., 2019a). Vidare kan det ge en god grund för en förtrolig vårdrelation, vilket har identifierats som betydelsefullt i omvårdnad av suicidala patienter. Inom ramen för en varm och medmänsklig vårdrelation kan sjuksköterskan möjliggöra en förflyttning av patienter som överlevt suicidförsök från ett dödsorienterat till ett livsorienterat perspektiv (Cutcliffe, Stevenson, Jackson & Smith, 2005). Vidare lyfter Cutcliffe et al. (2005) vikten av sjuksköterskans förmåga att utmana patientens suicidala konstruktioner, samt att identifiera, stödja och stärka tidigare värderingar och upplevelsen av sig själv som en begriplig helhet. Detta i syfte att facilitera en förståelse av sina suicidtankar eller ett eventuellt suicidförsök. Särskilt viktig är detta då den suicidala patienten upplever en stor hopplöshet och där hen

saknar förmåga att själv ifrågasätta giltigheten i den uppfattningen av livssituationen (Collins & Cutcliffe, 2003).

Det finns dock en rapporterad vaksamhet och försiktighet i hur "nära" sjuksköterskor anser det önskvärt att komma suicidala patienter. Det finns risker med att bygga för stort känslomässigt engagemang då patienterna kan tendera att utveckla sina nära relationer inom vården istället för utanför, vilket i sin tur hämmar långsiktigt tillfrisknande (Hagen et al., 2017). Det är också viktigt att bibehålla professionaliteten och skydda sig själv i den emotionella påfrestning det innebär när patienter inte svarar på engagemanget utan fortsätter med självdestruktiva mönster (Vandewalle et al., 2019b).

3 Problemformulering

En avgörande del av den psykiatriska omvårdnaden i Sverige sker i psykiatrisk öppenvård och att möta patienter med suicidalitet tillhör vardagen i sjuksköterskornas arbete. Att möta suicidala patienter är komplext och ställer stora krav på vårdaren. Huvuddelen av den tidigare forskning som rör sjuksköterskors erfarenheter av att möta suicidala patienter är gjord inom kontexten för psykiatrisk slutenvård. Det är oklart hur denna kunskapsbas kan överföras till psykiatrisk öppenvård. Därför finns ett behov av ytterligare forskning som undersöker sjuksköterskors erfarenheter av detta arbete.

4 Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med suicidala patienter inom psykiatrisk affektiv öppenvård.

5 Metod

5.1 Design

Studien genomfördes induktivt med kvalitativ metodik via semistrukturerade intervjuer. Den bygger på en relativistisk kunskapssyn där verkligheten inte är absolut, utan alltid tolkas och förstås på olika sätt beroende på subjektiva perspektiv (Pribie & Landström, 2017). Levda erfarenheter kan aldrig vara falska utan behöver förstås utifrån sin kontext. Det är inte möjligt för människan att avbilda verkligheten exakt som den är vilket ger att forskaren har en oundviklig inverkan på den skapade kunskapen (Henricson & Billhult, 2017; Graneheim & Lundman, 2014).

5.2 Urval och rekrytering

Sjuksköterskor med erfarenhet av att möta patienter med suicidalitet efterfrågades via kontakt med mottagningar inom affektiv psykiatrisk verksamhet. Ett bekvämlighetsurval användes både gällande vilka affektiva mottagningar som inkluderats samt vilka sjuksköterskor på respektive mottagningen som sedan valdes ut till intervju. Mottagningarna valdes utifrån geografisk närhet och deltagarna utefter vilka som var villiga att delta. Sex affektiva psykiatriska mottagningar inom Sahlgrenska sjukhusets verksamhetsområde kontaktades via mejl till enheternas verksamhetschefer. I detta mejl beskrevs studiens syfte och metod. Av de sex mottagningar som kontaktades svarade fem, vilka fick ytterligare information om studien i form av en forskningspersonsinformation (se Bilaga A). Denna riktade sig till de sjuksköterskor som kunde vara aktuella för deltagande. Enhetschef alternativt sektionsledare informerade sedan de på enheten anställda sjuksköterskor om studien. I de fall där alla eller majoriteten av de anställda sjuksköterskorna på en mottagning visade intresse fick enhetschef eller sektionsledare i uppgift att föreslå upp till tre sjuksköterskor som denne uppfattade hade relevant erfarenhet för studiens syfte. Åtta sjuksköterskor valdes ut och kontakt upprättades via mejl och telefon för att planera för intervju. En sjuksköterska uteblev från det inbokade intervjutillfället och ny intervju kunde inte planeras inom tidsramen för studien. Intervjuer genomfördes med de resterande sju sjuksköterskor som tackat ja till att delta. Studiens inklusionskriterier bestod i att respondenterna skulle arbeta på mottagning inom affektiv psykiatri samt att ha erfarenhet av att möta patienter med suicidtankar. Inga ytterligare inklusions- eller exklusionskriterier formulerades.

Av de sju intervjudeltagarna var fem kvinnor och två män. Dessa hade varit yrkesverksamma som sjuksköterskor mellan 11-45 år (genomsnitt 20.6 år) och arbetat inom affektiv öppenvård mellan 3-20 år (genomsnitt 9.6 år). Fem av dessa hade en specialistutbildning inom psykiatrisk vård, fyra hade grundläggande samtalsterapiutbildning (så kallad steg 1-utbildning). En av intervjudeltagarna hade psykoterapeututbildning. Samtliga hade grundutbildning som sjuksköterska. Sex av sjuksköterskorna uppgav att de träffade suicidala patienter i det dagliga arbetet. En av sjuksköterskorna uppgav sig träffa suicidala patienter någon gång i månaden.

5.3 Datainsamling

Datainsamlingen utfördes enligt Polit och Beck's (2017) beskrivning av kvalitativ intervjumetod med semistrukturerade intervjuer. I den inledande planeringen av datainsamlingen gjordes en rad förberedelser för att möjliggöra så god och trygg intervjusituation som möjligt. Forskningspersonsinformation togs fram i enlighet med etikprövningslagen (SFS 2003:460) och skickades till alla intervjudeltagare och plats för intervju bestämdes. I rådande situation med Covid-19 och de risker kopplade till detta fick samtliga intervjudeltagare bestämma huruvida intervjun skulle genomföras via videosamtal

eller som ett fysiskt möte på deras arbetsplats. Två av intervjudeltagarna valde att genomföra intervjun via videosamtal, övriga fem föredrog ett fysiskt möte för intervjun.

En intervjuguide upprättades vilken innehöll en inledande information om studien, samtycke och frivillighet, samt de frågor som formulerats för att svara mot studiens syfte (se Bilaga B). Intervjuguiden användes för att skapa en grundstruktur i intervjuerna samtidigt som intervjudeltagarna hade frihet att själva uttrycka och ta upp det som är viktigt och relevant för dem. En provintervju utfördes enligt Danielsson (2017) för att utvärdera både intervjuguiden och den tekniska utrustningen. Provintervjun bedömdes hålla önskvärd kvalitet och inkluderades därför i studien. Båda uppsatsförfattarna medverkade på samtliga intervjuer vilka spelades in via mobiltelefoner för att sedan sparas på ett USB-minne. Längden på de genomförda intervjuerna varierade mellan 21 och 48 minuter, med ett genomsnitt på 35 minuter. Den insamlade informationen transkriberades efter hand som intervjuerna genomförts och då alla planerade intervjuer hade genomförts och allt material transkriberats raderades ljudfilerna.

5.4 Analys

Analysen genomfördes med stöd av Erlinsson och Brysiewicz (2017) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. De transkriberade intervjuerna lästes initialt igenom ett flertal gånger för att uppnå en förståelse av helheten. I detta skede antecknades och diskuterades konkreta och abstrakta iakttagelser av textens innehåll. Detta följdes av att texten delades upp i meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte. Totalt valdes 246 enheter ut. Dessa diskuterades sedan mellan uppsatsförfattarna; somliga kondenserades skriftligt, somliga kondenserades verbalt och 43 enheter som inte ansågs hålla värde för studien sållades bort.

Parallellt med denna kondensering utvecklades textnära koder för varje meningsbärande enhet för att möjliggöra en förståelse för innehållet samt för att på ett enklare sätt kunna identifiera kopplingar mellan olika meningsbärande enheter. Fyrtio koder skapades. Dessa grupperades sedan utifrån hur de relaterade till varandra i subkategorier och mer övergripande kategorier. I detta steg sållades ytterligare 29 meningsbärande enheter bort, vilka inte ansågs tillföra information av värde för studien. Under det fortsatta analysarbetet med textens manifesta innehåll kunde ett antal framträdande mönster identifieras vilka på en mer abstrakt nivå fångade underliggande meningar. Dessa resulterade slutligen i ett tema vilket ansågs kunna binda ihop materialet bestående av fyra övergripande kategorier och totalt nio subkategorier. Den analytiska processen skedde inte linjärt utan som ett pågående hypotesarbete med rörelser från helhet till specifika delar och med ett "puslande" med koder och subkategorier, vilket Erlinsson och Brysiewicz (2017) benämner som en reflektiv process som behöver finnas i all kvalitativ analys. Exempel på analysprocessen presenteras i Bilaga C.

5.5 Etiska ställningstaganden

I den förberedande fasen med ämnesval samt genom hela studiens gång har Belmont-rapportens (1979) tre grundläggande principer varit viktiga stöd i de forskningsetiska aspekterna. Den första principen *respekt för autonomi* har varit vägledande för att säkerställa en hög nivå av informerat samtycke från de tillfrågade studiedeltagarna, detta genom att framställa forskningspersonsinformationen i enlighet med etikprovningenslagen (SFS 2003:460). Denna innehöll övergripande information om studien; syfte, metod, frivillighet och rättigheter.

Andra principen - *göra-gott-principen* - syftar till att studiedeltagarna inte ska skadas samt att maximal nytta ska eftersträvas i studien. Polit och Beck (2017) beskriver en metod för att väga studiens eventuella risker mot nytta genom att utföra en riskanalys innan datainsamling påbörjas. Studiens nytta motiverades med att kunna ge insyn i viktiga erfarenheter och upplevelser gällande psykiatrisk omvårdnad i arbetet med patienter med suicidtankar, samt hur sjuksköterskor påverkas av detta arbete. Fördjupad förståelse av detta arbete skulle kunna leda till utveckling av klinisk praxis och i förlängningen även vara till nytta för berörda patienter. Därtill kan denna kunskap skapa grund för fortsatt forskning och förbättringsarbete inom verksamheten. De möjliga risker som framkom för deltagare i denna studie var tidsåtgång, obehagliga upplevelser och minnen under intervjusituationen, samt att konfidentiellt material inte skyddas på ett tillfredsställande sätt under och efter studien. Riskerna bedömdes som låga förutsatt att intervjusituationen hanterades varsamt samt att goda rutiner för hantering av insamlad data utarbetades och efterföljdes. World Medical Association (WMA) betonar i Helsingforsdeklarationen (2013) att varje försiktighetsåtgärd ska användas för att värna att inte känsliga uppgifter eller personuppgifter hamnar hos otillbörliga personer. Konfidentialitet innefattar enligt Kjellström (2017) två aspekter. Den första handlar om att det insamlade materialet ska förvaras på ett säkert sätt och den andra behandlar vikten av att den redovisade informationen inte kan kopplas till enskilda personer. Detta har eftersträvats i studien genom att känslig information förvarats på ett USB-minne vilket enbart uppsatsförfattarna haft tillgång till.

Gällande den tredje principen - *rättvisprincipen* - vilken även WMA lyfter fram som viktig i Helsingforsdeklarationen (2013), bedömdes inte studiedeltagarna tillhöra en särskilt sårbar eller utsatt grupp, dock eftersträvades en hänsyn till individuella skillnader inom gruppen då vissa studiedeltagare kunde vara mer sårbara än andra. Ingen ansökan om granskning från Etikprovningensmyndigheten utfördes då det inte finns något krav på etisk prövning av magisteruppsatser (SFS 2003:460). Skriftligt tillstånd från enhetschefer inhämtades från samtliga mottagningar som inkluderades i datainsamlingen (se bilaga D).

6 Resultat

6.1 Skapa trygghet för patienten och för sig själv

Det övergripande temat som framkom i intervjuerna var hur sjuksköterskorna på olika sätt strävade efter att skapa trygghet för suicidala patienter och för sig själva. Samtidigt som respondenterna i studien gav patienter och anhöriga vård och stöd upplevde de ett behov av att hantera sin egen oro. Sjuksköterskorna beskrev att arbetet med suicidala patienter bestod i att bedöma och hantera suicidrisk, förebygga suicid, stötta anhöriga och leda patienterna till en hanterbar tillvaro. Centralt i detta var att genom ett empatiskt bemötande skapa ett öppet samtal där patienten kan känna sig trygg. Utöver detta patientarbete beskrevs även ett flertal åtgärder som främst syftade till att skapa trygghet för sjuksköterskorna själva, såsom dokumentation, rapportering, handledning och delade bedömningar av suicidrisk. Genom att utföra detta arbete byggde de trygghet för patient och anhöriga, men också för sig själva i vetskapen av att de gjort - och uppvisat att de gjort - vad de kunnat för att förhindra suicid.

Sjuksköterskornas arbete att skapa trygghet för patienter och för sig själva har sammanställts i fyra kategorier och nio subkategorier (se tabell 1)

Tabell 1 - Resultatet uppdelat efter tema, kategorier och subkategorier

Subkategori	Kategori	Tema
Möta patienten där hen är	Skapa förutsättningar för ett öppet samtal	Skapa trygghet för patienten och för sig själv
Ärlig kommunikation		
En komplex bedömning	Främja säkerhet	
Ett skyddande nät		
När öppenvården inte räcker		
Stärka det friska	Leda patienten tillbaka till livet	
Inge hopp		
Känslomässig påverkan	Uppleva och hantera personlig påverkan	
Inte vilja stå ensam		

6.1.1 Skapa förutsättningar för ett öppet samtal

Denna kategori innefattar beskrivningar av hur sjuksköterskorna genom bemötande och kommunikation skapar förutsättningar för ett samtal där patienten har möjlighet att uttrycka sig på ett öppet sätt. Materialet presenteras under subkategorierna: *Möta patienten där hen är* och *Ärlig kommunikation*.

6.1.1.1 Möta patienten där hen är

Respondenterna i studien betonade vikten av att se och bemöta patienten med respekt och som en unik person, dels för att kunna skapa trygghet i mötet och dels för att ge förutsättning för att få fram en så rik information om patientens situation som möjligt. Att på ett empatiskt sätt lyssna och bekräfta patientens upplevelser ansågs som viktigt för att patienten skulle våga dela med sig av sin berättelse. Därtill betonades vikten av visa engagemang, närvaro och intresse.

Genom att ställa frågor visade sjuksköterskorna att de verkligen ville förstå. Ett icke-dömande förhållningssätt framhölls som en förutsättning för att patienten ska känna sig trygg i samtalet. Det framkom erfarenheter av att vissa patienter behövde mer tid för att bli trygga i relation till sjuksköterskan medan andra hade lättare för att prata om sin situation. En sjuksköterska betonade dock vikten av att hålla en professionell distans i arbetet för att kunna orka i längden. Sjuksköterskorna beskrev hur de genom att känna av stämningen i rummet anpassade kommunikation och frågor efter patientens tillstånd samtidigt som de poängterade vikten av att alltid ta tecken på suicidrisk på allvar.

“Det är ju det här att man lyssnar och man verkligen engagerar sig med dem och försöker förstå vad det är som händer bakom, vilka processer som påverkar. Vilken livssituation? Hur relationerna ser ut? Alltså det är viktigt att lyssna in. Att ställa rätt frågor naturligtvis och sen lyssna, bekräfta. Och visa att de är trygga här, och att jag är intresserad av dem, att jag tycker det är viktigt. Att vi får fram rätt information så att vi kan göra rätt bedömningar”

Att våga möta patienter i deras lidande framhölls som betydelsefullt. Respondenterna ansåg det som viktigt att inta ett förhållningssätt som inte präglades av rädsla. Detta för att ge patienter möjlighet att dela tankar och upplevelser som kunde vara skrämmande och obehagliga.

“Ofta handlar det om att sitta i ett rum tillsammans och ja men liksom stå ut med det som sägs eller det som känns i rummet”

6.1.1.2 Ärlig kommunikation

Sjuksköterskorna i studien uttryckte att ärlig och transparent kommunikation spelade en central roll i mötet med suicidala patienter. Genom att vara öppen med varför de ställde sina frågor och vilken agenda som låg bakom visade sjuksköterskorna att de stod för vad de sade och sökte så möjliggöra en trygghet där patienterna vågade dela med sig av sina tankar och upplevelser.

“Någon som sa "om jag säger allting vad jag känner och tänker då kommer du bara att skicka in mig liksom". "Ja det är möjligt" sa jag "men det vet jag inte.. vad det är du känner och tänker i nuläget men jag gör ju allt i min makt för att skydda dig"”

Utöver att denna transparenta kommunikation skapade trygghet för patienten var det också en förutsättning för att få så korrekt bild som möjligt av patienternas situation, och därmed bästa möjliga underlag för suicidriskbedömningar. Suicidtankar uppgavs ha en koppling till upplevelser av skam och skuld hos vissa patienter. Sjuksköterskorna betonade därför vikten av att arbeta med normalisering av sådana tankar.

Vidare vittnade respondenterna om betydelsen av att uttrycka sin oro för patienten för att upprätthålla en ärlig kommunikation. Genom att vara öppen med sin oro och grunden till denna gavs patienter möjlighet att förstå varför sjuksköterskan exempelvis övervägde tvångsvård. Därigenom gavs förutsättningar för bibehållen allians i komplexa situationer.

“Man får förklara varför man gör detta och vad konsekvenserna kan bli annars och vi inte gör det. Och det..ja jag tycker nog att de flesta brukar köpa det faktiskt”

6.1.2 Främja säkerhet

Denna kategori innefattar hur sjuksköterskorna på olika sätt arbetade för att skapa en säker och trygg situation för suicidala patienter. Dessa aktiviteter presenteras under subkategorierna: *En komplex bedömning*, *Ett skyddande nät* och *När öppenvården inte räcker*.

6.1.2.1 En komplex bedömning

Respondenterna beskrev suicidriskbedömningar som komplexa, innefattande faktorer såsom intuition, patientkännedom, erfarenhet, formella instrument samt riskfaktorer.

Suicidriskbedömningar genomfördes under nästintill alla patientmöten. Det uttrycktes som ett ständigt filter, ett behov av att veta var patienten befann sig i sina tankar, vilket avgjorde om frågan om suicidalitet kunde släppas eller behövde undersökas mer ingående.

“Det här ligger kanske som ett filter alltid, eh att man måste ta hänsyn till suicidaliteten, den finns där mer eller mindre hela tiden “

Sjuksköterskorna reflekterade kring hur de gick tillväga vid genomförandet av en suicidriskbedömning. Det framkom att användandet av formella instrument och ett förhållningssätt styrt av erfarenhet och intuition sågs komplettera varandra. En sjuksköterska beskrev dock formella instrument som ett hinder i bedömningen eftersom samtalen då fick en mer uppstyld och teknisk karaktär. Fördelen med formella instrument och tydliga rutiner för suicidriskbedömning beskrevs vara att de gav stöd och struktur i bedömningen, att de hjälpte att täcka in viktiga frågor. De respondenter som uppgav att intuition och erfarenhet var viktiga i bedömningen underströk hur magkänslan i möten kunde leda dem till utökad undersökning av suicidrisk även då patienten inte själv svarat bejakande på frågor rörande suicidtankar. Även då ett formellt bedömningsinstrument inte fysiskt fanns med i mötet så uppgav sjuksköterskorna att de hade en mental bild av sådana under bedömning.

“Någonstans så blir väl lite magkänsla ibland också. Jag vet att det låter lite.. det är lite skumt men de flesta som jobbar i vården har ändå någon.. man känner patienten så kan man ändå ibland läsa mellan raderna och det är inte att förakta den kunskapen, tycker jag”

Sjuksköterskorna uppgav att det förekom omständigheter då riskbedömningen var särskilt svår. Uppfattningarna om vad dessa omständigheter bestod av varierade mellan deltagarna, och inkluderade tydligt impulsiva beteenden, användandet av suicid som hot, samt patienter som uppgav suicid som en ständigt närvarande möjlig utväg vid ett försämrat psykiskt mående. Sådana omständigheter försvårade möjligheten att värdera suicidrisken.

“Dörren är öppen. “Om the shit hit the fan så kan jag alltid ta livet av mig”, så pratar de om det som att jag kan alltid börja träna, kan alltid gå och handla mat, jag alltid ta livet av mig.. alltså det är liksom, när det blir som något helt vardag det har jag svårare med för att de är så lurigt... jag har inget...är det bara snack eller vad är det liksom? Eller är det verkligen att det kan slå över?”

Patientkännedom framhölls som en underlättande faktor i suicidriskbedömningar. Att ha en etablerad kontakt och kännedom om patienten underlättade för att uppfatta stämningar och signaler. Omvänt beskrevs det som osäkert och svårt att bedöma nya patienter. Kontinuerlig kompetensutveckling och yrkeserfarenhet identifierades också som hjälpsamt i arbetet med suicidalitet. Sjuksköterskorna ansåg det centralt att våga fråga om suicidalitet, att inte vara rädd att “väcka någonting” hos patienten, något som blev lättare med erfarenhet i arbetet.

6.1.2.2 Ett skyddande nät

Att ha möjlighet till flexibilitet i kontakten med sina patienter lyftes av samtliga respondenter som en viktig förutsättning för att kunna utföra ett säkert arbete. Patienternas behov av kontakt med mottagningen varierade efter psykisk status och sjuksköterskorna framhöll vikten av att kunna möta detta genom att vid behov förtäta kontakten. Daglig kontakt eller till och med kontakt flera gånger om dagen (fysiskt eller via telefon) uppgavs vara aktuellt vid förhöjd suicidalitet. Denna flexibilitet i att boka tider, tillsammans med kontinuitet, gjorde att vården blev mer tillgänglig, skapade trygghet och kunde ge patienten en upplevelse av sammanhang. Möjligheten att boka in patienter på ett flexibelt sätt varierande mellan sjuksköterskorna, beroende av arbetsbelastning. Gemensamt för samtliga var dock att alla beredde tid för patienter som bedömdes ha ett mer akut behov, vilket kunde resultera i att arbetssituationen ibland blev än mer pressad. Att kunna boka in tider utifrån patienternas behov uppgavs även skapa trygghet för sjuksköterskorna och möjliggör att kunna släppa oron för patienterna.

“Vi skall ju inte träffas förrän nästa vecka men man ringer och lyssnar av hur det är och så kanske man när man pratar med varandra så kanske man inser eller känner av att, ah det är lite för långt bort. Så då får man vara lite flexibel till att ja men det kanske är bra att vi träffas”

Sjuksköterskorna poängterade vikten av att, med patientens tillåtelse, inkludera eventuella anhöriga i vården. Anhöriga hade en viktig funktion som stöd till patienterna i deras vardagsliv samtidigt som det ofta var de som tar kontakt med sjukvården vid ett försämrat tillstånd. Att tillgodose anhörigas egna behov av stöd lyftes också som värdefullt för att de anhöriga skulle orka stå ut i svåra situationer. För att involvera och stödja anhöriga underströks betydelsen av teamet på mottagningen, då olika professioner kunde tillgodose olika behov. Att särskilt uppmärksamma eventuella barns behov uppgavs som viktigt, exempelvis att involvera en kurator då en patient med minderåriga barn uttryckte allvarliga suicidtankar.

Att upprätta en säkerhetsplanering för att undvika självdestruktivitet vid försämrat psykiskt tillstånd beskrevs av sjuksköterskorna som ett viktigt moment i arbetet med suicidala patienter. Säkerhetsplanering vid suicidalitet framkom innefatta bland annat var patienten kan vända sig för stöd, handlingsplan för närstående, utlösande faktorer och strategier för känslöhantering. Genom sådana åtgärder kunde sjuksköterskan skapa en säkerhet för patienten som sträckte sig utanför mottagningen i tid och rum.

“Jag försöker så gott jag kan att ha en bra plan för de suicidala eller de som är sjuka innan jag går hem. Så att jag vet att skulle det hända någonting så vet de vad de ska göra, nätverket vet vad de ska göra”

6.1.2.3 När öppenvården inte räcker

Sjuksköterskorna i studien beskrev ett antal situationer där den vård som fanns att tillgå på öppenvårdsmottagningen inte kunde svara mot patientens vårdbehov. Det första steget vid sådana tillfällen uppgavs vara att hänvisa patienten till närmaste psykiatriska akutmottagning, antingen med ett fysiskt besök eller via telefon. Inläggning utan att gå via den psykiatriska akutmottagningen beskrevs som att föredra, dock var den möjligheten begränsad. Kritik lyftes mot att det ibland överhuvudtaget kunde vara svårt för patienter att få plats inom slutenvård även då öppenvårdsmottagningen bedömt att ett sådant behov förelåg. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att stötta patienten till beslut om att söka till psykiatrisk akutmottagning då detta behov ansågs föreligga samt att ta kontakt med den andra vårdinstansen innan patienten kom dit. Respondenterna lyfte även att det ibland inte var möjligt att frivilligt få med patienten till en inläggning. I vissa situationer uppstod behov att tillkalla polis för transport av patienten till psykiatrimottagning. Uppfattningar av bemötandets roll i sådana situationer varierade från att tillskrivas ingen vikt alls till att det i dessa situationer var särskilt viktigt att hålla ett respektfullt och transparent bemötande.

“Det kan vara så att vi kommer överens att efter vårt besök så åker du till psykiatriakuten och jag ringer och säger att du är på väg. Så kan det vara, det behöver inte vara LPT utan det kan vara frivilligt men att de behöver hjälp med att ta ett beslut och bestämma sig.”

6.1.3 Leda patienten tillbaka till livet

Denna kategori innefattar hur sjuksköterskorna arbetade för att stötta patienter till en tillvaro med förbättrad livskvalitet och där det friska kunde växa utefter patientens förutsättningar. Materialet presenteras under subkategorierna: *Stärka det friska* och *Inge hopp*.

6.1.3.1 Stärka det friska

Sjuksköterskorna betonade vikten av att arbeta för en ökad livskvalitet i det att patienterna skulle klara av sin vardag och hitta strategier för att kunna fortsätta leva trots att de emellanåt tänkte på suicid. Att skapa målsättningar utifrån förväntningar och behov framlades som betydelsefullt, att möta patienten där hen är och sätta upp mål som var i nivå med resurser och förmågor.

“Vissa kanske aldrig blir av med sina självmordstankar och då får ju snarare målet anpassas till att lära sig leva med det, förhålla sig till det på ett sätt som ändå gör att man kan ha livskvalitet tänker jag”

Att jobba framåt med det friska underströks som en viktig del i arbetet med suicidala patienter. Detta genom att stötta patienter i att reflektera kring och identifiera faktorer som fick dem att må bra, exempelvis aktiviteter som tidigare i livet skänkt glädje eller att omge sig av betydelsefulla relationer, för att sedan ge stöd att formulera planer för hur dessa kunde införlivas i tillvaron. Sjuksköterskorna beskrev hur de arbetade med åtgärder riktade mot att bryta destruktiva beteendemönster hos patienter med suicidtankar. Att försöka få patienter att tänka i andra banor med ett fokus på vad som kunde vara mer hjälpsamt och leda till ökat välbefinnande. Beteenden som förstärkte social isolering ansågs viktiga att hantera hos patienterna, genom att exempelvis skapa motivation att ta kontakt med bekanta, hitta tillbaka till tidigare aktiviteter eller att överhuvudtaget ta sig upp ur sängen om dagarna.

“Men kanske att bryta ett mönster som de är inne i då. Att om man lever ett väldigt instängt liv liksom, sitter fast i ett väldigt destruktivt mönster hemma på något sätt. Att kolla vanorna då att vaknar man på morgonen liksom och ligger kvar i sängen, inte går upp, eh aldrig tar kontakt med någon så gäller det ju att bryta sådana vanor då att få in någonting positivt i patientens tillvaro”

6.1.3.2 Inge hopp

Flera av sjuksköterskorna vittnade om vikten av att försöka inge hopp till suicidala patienter. Detta genom att hjälpa patienten skifta perspektiv och lyfta blicken för att exempelvis se tankar på suicid som en del av en depression eller ett depressivt skov och att detta kommer passera. Att påminna om patienters egna erfarenheter av att tidigare ha kommit ur depressioner kunde vara hjälpsamt. En god, förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient beskrevs även ha en hoppgivande funktion i sig.

“Men, ja det är man får en relation alltså att de känner liksom att, eh, ... jag inger hopp... det handlar ju mycket om depressionspatienter att inge hopp om ehm, alltså att man kan berätta att det här kommer att bli bättre. Du kommer upp ur den här depressionen, du kommer inte att vara i det här jobbiga tillståndet hela tiden /.../ det är många som eh, känner en trygghet i det, eller liksom ett hopp om att, ja, "tror du verkligen det, att jag kommer bli bra?" "Ja, jag vet att du kommer bli bra". Det kan betyda ganska mycket”

6.1.4 Uppleva och hantera personlig påverkan

Denna kategori innefattar hur sjuksköterskorna på olika sätt upplevde oro i arbetet samt vilka strategier som kunde vara hjälpsamma för att hantera oron. Materialet presenteras under subkategorierna: *Känslomässig påverkan* och *Inte vilja stå ensam*.

6.1.4.1 Känslomässig påverkan

Att arbeta med patienter med suicidalitet uppgavs kunna innebära en känslomässig påverkan, både på och utanför arbetet. Sjuksköterskorna beskrev hur de efter arbetspasset slut kunde bära en oro för specifika patienter eller för mer generella arbetsrelaterade aspekter. En av respondenterna berättade hur hen vid ett flertal tillfällen varit tvungen att ställa in inplanerade aktiviteter på sin fritid på grund av trötthet.

“Man tar ju med sig dem hem.. jag har till och med drömt om dem. Speciellt när man är sådär på gränsen till att "ja ska jag hämta någon mer eller det funkar nog, nu har vi en bra plan, nu har vi kommit överens, patientens har lovat". har man ändå ibland det här lilla i magen”

För patienter som stod utan socialt nätverk kände sjuksköterskorna en särskild oro. Upplevelser av hur patienter med sådan social situation kunde binda sig till en enskild sjuksköterska på ett sätt som uppfattades som tärande framkom också. Att uppleva sig själv som otillräcklig och ibland oroa sig för hur en patient skulle klara sig till nästkommande besök beskrevs. Flera deltagare upplevde även det som frustrerande när den hälsofrämjande aspekten av arbetet uteblev. En sjuksköterska uttryckte hur det kunde uppstå frustration i arbetet med patienter där suicidaliteten hade mer kronisk karaktär, och varje samtal riskerade att fastna i ett fokus på suicidalitet.

“De patienterna som alltid har.. som är kroniskt suicidala, eller som alltid har suicidtankar eller som alltid har mycket ångest, eller självskadebeteende och så, det är svårt för då ska vi varje gång vi träffas prata om suicid. För det blir också väldigt konstigt om alla samtal..att man pratar om.. så det är svårt. Så där får man ju någonstans försöka att istället bara prata om strategier för att inte vilja ta sitt liv, faktiskt prata om det friska som finns kvar och vad kan jag.. För så är det ju liksom att vissa kommer inte ifrån det. Då blir det ganska tungt, både för dem och för mig till slut.”

I arbetet med suicidala patienter vittnade sjuksköterskorna om hur patienters sinnesstämningar kunde smitta av sig, framförallt i möten med suicidala och depressiva patienter.

Organisationen uppgavs ha en påverkan, främst gällande upplevda negativa effekter av nedskärningar, omorganisationer och försämrade kommunikation mellan heldygnsvård eller vårdgrannar.

6.1.4.2 Inte vilja stå ensam

Samtliga respondenter uttryckte ett behov av att inte vilja stå ensamma i svåra bedömningar av suicidala patienter. Framförallt lägen där suicidrisken var hög eller svårbedömd, och där sjuksköterskorna inte var säkra på om patienter skulle hänvisas till slutenvård. Ett vanligt förfarande som beskrevs var att vid upplevelse av oro eller osäkerhet hämtade in en läkare eller kollega under pågående samtal i syfte att dela bedömningen. Detta gjordes för att bedömningen skulle bli så korrekt som möjligt, men även för att sjuksköterskan inte skulle behöva stå själv med sin oro för patienten. Det framkom flera vittnesmål som beskrev att sjuksköterskorna efter att ha varit med om patienter som suiciderat ändrat sitt arbetssätt och blivit snabbare att ta in medbedömare vid osäkerhet gällande suicidrisk. En sjuksköterska uttryckte att detta inte främst handlar om tvivel på den egna kompetensen, utan mer om förståelsen av det egna ansvarsområdet samt att veta gränserna för vad man själv kan bära. Om läget inte var lika akut kunde sjuksköterskorna använda sig av teamet för att under möten lyfta patienter de kände särskild oro för. Behovet av att kunna dela bedömningar kom även till uttryck i hur de bokade in sina 'svåra' patienter då kollegor var tillgängliga.

“Om jag är riktigt riktigt orolig går jag nog hellre och hämtar en kollega en gång för mycket än för lite. Det gör jag. För att gå hem de här tankarna.. för det är ju vi som kanske har träffat dem som sista person här och sen är det helg kanske och vi vet ju inte så mycket mer sedan vad som händer”

Möjlighet till stöd och reflektion tillsammans med kollegor beskrevs vara av stor betydelse då arbetet med suicidala patienter ofta upplevdes som tungt att bära själv. Även strukturerad handledning uppgavs vara av betydelse för att kunna prata om svåra situationer som uppstått. Överlag vittnade sjuksköterskorna om hur möjligheter fanns för reflektion och stöttning på arbetsplatsen. Vid tillfällen då denna stöttning inte funnit till hands framkom från en sjuksköterska hur arbetet blivit påverkat på ett negativt sätt i att hen burit med sig en oro för patienterna hem i större utsträckning än annars.

Respondenterna beskrev hur de upplevde dokumentation och rapportering till läkaren som viktigt i arbetet med suicidala patienter. De ville säkerställa att kollegor tog del av bedömningarna, samtidigt som sådana åtgärder tryggade deras arbetssituation genom att visa att man gjort allt man kunnat i stunden. Detta med vetskapen om att en suicidriskbedömning alltid är färskvara och inte kan förväntas förutse riskerna på längre sikt.

“När jag slutar så går jag hem. Man får liksom.. man gör det man kan.. man.. ser till att man själv har.. det låter ju också hemskt men.. att ha ryggen fri i det jag gör, att jag har gjort det jag kan”

“Att alltid försöka för min egen skull om det skulle hända någonting, att jag då har dokumenterat det i journalen för skulle det hända någonting och jag inte har rapporterat och det inte finns antecknat någon bedömning är det ju inte bra”

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

7.1.1 Design

Valet av kvalitativ metod grundades i studiens syfte att undersöka deltagarnas erfarenheter. Fördelen med kvalitativ metod är att forskaren kan komma nära och ge rika beskrivningar av det undersökta fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). En nackdel med kvalitativ forskning är att den inte är standardiserad och lätt kan jämföras med andra grupper.. Därför görs inget anspråk på att studiens resultat är generaliserbart, utan i bästa fall har viss överförbarhet till andra vårdsituationer, i liknande kontext (Polit & Beck, 2017). Valet av induktiv ansats ansågs fördelaktig då studiens syfte var av öppen karaktär och uppsatsförfattarnas ambition var att angripa syftet så förutsättningslöst som möjligt. Detta för att få fram ett resultat som höll sig nära studiedeltagarnas berättelser. Studien tar därför ej heller ansats i någon specifik forskningstradition, utan faller in under vad Polit & Beck (2017) definierar som en deskriptiv kvalitativ studie med innehållsanalys.

Studiens syfte var brett och gav därför ett omfångsrikt resultat, innehållande en mängd aspekter hur det är att som sjuksköterska arbeta med suicidala patienter. Det kan diskuteras om studien hade vunnit på ett smalare syfte som kunde fokusera på och djupare penetrera en utvald aspekt av arbetet.

7.1.2 Urval och rekrytering

Målsättningen med studiens urval var att rekrytera sjuksköterskor från affektiva öppenvårdsmottagningar inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Detta motiverades av att sjuksköterskorna inom dessa verksamheter i stor utsträckning möter

patienter med förstämningssyndrom och således med stor sannolikhet även suicidalitet. Utifrån de resurser, inklusive tidsaspekten, som stod till förfogande ansågs inte ett större geografiskt område vara motiverat. Det kan finnas anledning att ifrågasätta huruvida den insamlade informationen kan anses vara överförbar till andra geografiska regioner då sjukvården är organiserad på olika sätt. Få inklusions- och exklusionskriterier användes då deltagarna rekryterades, vilket motiverades av att en bredd i erfarenheter från klinisk verklighet eftersöktes. Begränsningar såsom utbildningsnivå, ålder och kön ansågs inte vara relevant. Det kan sägas att en god spridning bland sådana aspekter likväl uppnåddes, vilket enligt Henricson (2017) beskrivs som en styrka gällande överförbarhet i resultatet samt trovärdighet i urvalet. Då rekrytering genomfördes via att information skickades till alla sjuksköterskor på de aktuella mottagningarna får ett bekvämlighetsurval anses ha använts, vilket uppges vara ett fungerande arbetssätt då intervjudeltagare behöver rekryteras från specifika kliniker eller organisationer (Polit och Beck, 2017). Dock fanns aspekter av ett ändamålsenligt urval såtillvida att enhetschef eller sektionsledare, i två fall där majoriteten av sjuksköterskor på mottagningarna anmälde intresse, ombads föreslå sjuksköterskor som de uppfattade vara bäst lämpade att ingå i studien. Detta är i linje med Polit och Beck (2017) som understryker vikten av att söka intervjudeltagare vilka kan ge en rik data genom att ha erfarenhet av det aktuella syftet för studien, har en god reflektiv förmåga och är villiga att dela dessa erfarenheter i ett forskningssyfte. Antalet deltagare i studien skulle kunna anses något för ringa, dock bedömdes en rimlig nivå av mättnad ha uppnåtts i materialet.

7.1.2 Datainsamling

Kvalitativ intervjumetod med semistrukturerade frågor användes för datainsamling. En intervjuguide användes, i enlighet med Polit och Beck (2017), för att skapa en grundstruktur i intervjuerna. Detta för att samla in en så stor mängd information som möjligt i relation till studiens syfte, samtidigt som en god samtalsmiljö eftersträvades för intervjudeltagarna. Andra metoder för datainsamling hade varit möjligt, exempelvis användandet av fokusgrupper. Denna metod bedömdes inte vara aktuell då studiens syfte inte var att undersöka interaktionen mellan deltagarna, deras argumentation eller gemensamma värdepremisser (Wibeck, 2017). Innehållsrika och djupa berättelser eftersträvades genom att söka ett gott samspel under de individuella intervjuerna med öppna frågor, följdfrågor samt att möjliggöra att deltagarna erhöles utrymme att kunna tänka och tala klart. Huruvida intervjuerna skulle genomföras via videosamtal eller ett fysiskt möte var upp till deltagarna och ingen nämnbar kvalitetsskillnad framträdde mellan dessa två intervjusituationen. Båda uppsatsförfattarna medverkade vid samtliga intervjuer, vilket upplevdes vara till fördel, exempelvis genom en ökad möjlighet att följa intervjudeltagarnas berättelser, ställa följdfrågor och ha uppsikt över tidsåtgång.

7.1.3 Analys

Innehållsanalysen genomfördes med en medvetenhet om att tolkning alltid sker i förhållande till materialet och att denna tolkning varierar utifrån mottagarens förståelse.

Utgångspunkten var att nå en abstraktionsnivå som låg nära materialet, samtidigt som tolkning betraktades oundviklig. Analysen genomfördes således i utrymmet mellan manifest och latent. Informationen har i enighet med induktiv ansats analyserats utan att filtreras genom en på förhand vald teori. Förståelsens påverkan på tolkningen av materialet var ofta tydlig och blev föremål för kontinuerlig diskussion under analysen. Det upplevdes som en tillgång att uppsatsförfattarna kom från olika typer av psykiatrisk verksamhet. Båda var delaktiga under hela analysprocessen som följde Erlinsson och Brysiewicz (2017) beskrivning av innehållsanalys som en ständig rörelse mellan detalj och helhet. Kontinuerliga avstämmningar med handledare genomfördes. Kritik kan dock riktas mot att det enbart varit uppsatsförfattarna som haft tillgång till det insamlade materialet vilket ger att de enda som kan granska analysen är de som själva genomfört den.

7.2 Resultatdiskussion

7.2.1 Sammanfattning

I studiens resultat framkom hur sjuksköterskor genom uppriktigt engagemang och transparent kommunikation visade respekt gentemot patienter och försökte skapa förutsättningar för ett samtal där patienter vågade öppna sig. Arbetet med suicidala innefattade enligt resultatet säkerhetsfrämjande vårdhandlingar samt att leda patienter åter till livet. Centrala säkerhetsfrämjande vårdhandlingar var suicidriskbedömning, säkerhetsplanering, möjlighet till kontinuerlig kontakt, förtätad kontakt vid ökad suicidalitet, samt hänvisning och hjälp till att söka slutenvård. Sjuksköterskorna utförde suicidriskbedömningar främst via öppna samtal. Formella instrument användes ofta indirekt som mentala checklistor. Erfarenhet och utbildning var av stort värde vid suicidriskbedömningar. Vårdhandlingar som syftade att vägleda patienten till en ökad livskvalitet inkluderade att inge hopp, att handleda patienten i att bryta destruktiva mönster och att stärka friska beteenden. Detta i syfte att uppnå en hanterbar livssituation och förbättrad livskvalitet. Respondenterna i studien upplevde oro och känslomässig påverkan i arbetet med suicidala patienter. Teamet, kollegialt stöd och handledning spelade en viktig roll för att hjälpa sjuksköterskorna hantera dessa upplevelser.

7.2.2 Skapa trygghet för patienten och för sig själv

Respondenterna i studien berättade att de ofta bar på en oro i mötet med suicidala patienter. Denna oro är väl rapporterad i tidigare forskning (Hagen, Knizek & Hjelmland, 2017; Morrissey & Higgins, 2018; Vandewalle et al., 2019a; Vandewalle et al., 2019b). Denna oro

kan förstås av att patienters suicid är något av det mest traumatiska en behandlare kan uppleva inom psykiatrisk vård (Mendes, 2018). Suicidrisk är dessutom mycket svårt att bedöma (Runeson, 2016), och evidensen för formella instrument är svag (SBU, 2015). Vårdpersonal i öppenvård är särskilt utsatt i mötet med suicidala patienter då de möter patienten enskilt och på begränsad tid och därför kan, inom en kort tidsram, behöva fatta svåra självständiga beslut (Chiles et al., 2020).

Samtidigt som sjuksköterskorna i studien gav patienter och anhöriga vård och stöd upplevde de ett behov av att hantera sin egen oro. De beskrev att arbetet med suicidala patienter bestod i att bedöma och hantera suicidrisk, förebygga suicid, stötta anhöriga och leda patienterna till en hanterbar tillvaro, samt att genom ett empatiskt bemötande skapa ett öppet samtal där patienter kan känna sig trygga. Genom att utföra detta arbete främjade sjuksköterskorna trygghet för patient och anhöriga, men också för sig själva i vetskapen av att de gjort vad de kunnat för att förhindra suicid. Denna dubbla funktion av suicidpreventiva vårdhandlingar finns också beskriven i tidigare forskning (Morrissey & Higgins, 2018). Användandet av begreppet trygghet i denna studie har gjorts med en medvetenhet om att det har en mångbottnad betydelse och kan förstås på olika sätt. Nationalencyklopedin (2021) beskriver *att vara trygg* som att vara "fri från oroande eller hotande inslag om företeelser som utgör en del av människans omgivning". De oroande eller hotande aspekterna som framkom i informanternas berättelser utgjordes av risken för att patienter skulle suicidera samt den emotionella- och professionella belastning detta skulle medföra.

Vidare vittnades om vikten av att ta hjälp av läkare eller kollegor vid svåra suicidriskbedömningar, samt att tydligt dokumentera och rapportera information och åtgärder. Detta för att kunna dela på ansvarsbördan, göra säkrare bedömningar samt att kunna visa att man utfört ett korrekt arbete om ett suicidförsök eller fullbordat suicid skulle ske. Behovet av att skapa trygghet både för patient och för sig själv genomsyrade sjuksköterskornas berättelser, vilket utmynnade i formuleringen av temat: *Att skapa trygghet för patienten och för sig själv*.

7.2.3 Skapa förutsättningar för ett öppet samtal

Studiens resultat visar på vikten av att skapa förutsättningar för ett öppet samtal där patienten kan känna sig trygg och uppleva förtroende och tillit till sjuksköterskan. På så vis möjliggjordes att patienterna kunde dela med sig av sina berättelser och på så sätt ge sjuksköterskorna så goda förutsättningar som möjligt att förstå deras livssituation. Att lyssna på och bekräfta patienter samt att söka ett icke-dömande förhållningssätt präglad av engagemang, närvaro och nyfikenhet framkom som betydelsefullt. Detta är i samklang med vad Dahlberg och Segesten (2016) beskriver som *det goda mötet*, vilket i en vårdrelation karaktäriseras av ett inkännande och empatisk förhållningssätt där patientens livsvärld står i fokus och där en öppenhet eftersträvas i mötet och i kommunikationen. I Cutcliffe et al (2006), beskrivs hur suicidala patienter, i en vårdssituation, kan ledas från en dödsorinterad

position till en livsorinterad genom upprättandet av ett mänskligt band till en sjuksköterska, vilket senare kan utvidgas till fler personer. I syfte att hjälpa patienter till minskad upplevelse av ensamhet i tillvaron beskriver dessa forskare ett antal terapeutiska värden som centrala, däribland medkänsla, att söka förståelse samt en icke-dömande kommunikation.

Ärlig och transparent kommunikation, där sjuksköterskans agenda var tydlig, framkom i studien som centralt för att möjliggöra att patienten vågade dela med sig av sina tankar och upplevelser, som ofta beskrevs innehålla aspekter av skam och skuld. Just upplevandet av överdriven skam och skuld är karakteristiskt vid depressiva tillstånd och rädslan att vara till belastning kan vara ett hinder för patienten att förmedla sig till andra (Mårtensson & Åsberg, 2016). För att skapa trygghet i mötet med patienten poängterade studiedeltagarna vikten av att våga möta dessa upplevelser även då de kunde vara skrämmande. Detta bekräftas i Vandewalle (2019b) där vikten av att skapa en god vårdrelation poängterades samtidigt som patienters upplevelser av skam och skuld inför tankar på suicid samt hur de tidigare upplevt sig avvisade av vårdpersonal kunde bli ett hinder i vårdrelationen och därför uppgavs vara viktigt för sjuksköterskan att hantera.

Hur kan man då som vårdpersonal uppnå detta goda förhållningssätt och bemötande? Enligt Chiles et al. (2020) har suicidalitet varit föremål för normerade värderingar från kultur, religion och filosofi sedan tusentals år. Dessa värderingar kan se helt olika ut. Det är därför helt avgörande att vårdpersonal som möter suicidala patienter genom olika övningar aktivt rannsakar sig själva om och ärligt utforskar egna värderingar, känslor och rädslor angående suicidalitet och suicid. Chiles et al. (2020) betonar att insikt i egna värderingar är en förutsättning för att uppnå ett icke-dömande förhållningssätt och bemötande, och för att våga fråga och möta patientens lidande och berättelse. Utan denna medvetenhet finns risken att patientmötet och suicidriskbedömningen tappar i kvalitet.

7.2.4 Främja säkerhet och att leda patienten tillbaka till livet

Enligt sjuksköterskorna i studien var suicidriskbedömning en förutsättning för att kunna främja säkerhet i arbetet med suicidala patienter. De förespråkade att göra suicidriskbedömningar via öppna samtal för att få en djupare inblick i patientens livsvärld och på så vis få en helhetsbild av patienten. I detta betonades vikten av utbildning och erfarenheter av att möta suicidala patienter. Därtill lyftes betydelsen av att lyssna på magkänslan i suicidriskbedömningar. Denna magkänsla tolkades av uppsatsförfattarna som ett upplevande av oro att patienten skulle suicidera. På så vis var upplevandet av oro inte enbart ett negativt känsloupplevande för sjuksköterskorna utan även ett viktigt verktyg i arbetet. Detta bekräftas i tidigare forskning som visat att sjuksköterskor i psykiatrisk slutenvård lutar sig mot en intuitiv magkänsla och vad den förmedlar angående varningssignaler eller tecken på suicidalitet hos patienter (Hagen et al., 2017).

Formella instrument användes främst som mentala checklistor för att inte missa viktiga frågor. De kan vidare antas ha större värde om sjuksköterskan saknar erfarenhet. Detta bekräftas av tidigare forskning som beskriver hur sjuksköterskor kan uppleva användandet av formella instrument som ett hinder i samtalet och bedömningen då det ger samtalet en formell karaktär som hindrar det ömsesidiga, mänskliga mötet (Vandewalle et al., 2019b).

Tidigare forskning beskriver även sjuksköterskor som föredrar ett mer formellt och kontrollerande förhållningssätt i mötet med suicidala patienter (Hagen, Knizek & Hjelmland, 2017, Vandewalle et al., 2019a, Vandewalle et al., 2019b). Detta kontrollerande förhållningssätt framträder inte i denna studie, vilket kan bero på att den är gjord inom öppenvårdskontexten och att tidigare forskning har tyngdpunkten på slutenvård. Sjuksköterskorna i öppenvården är mer beroende av att ha en förtrolig allians med patienterna och att patienterna är delaktiga då patienter i öppenvård lever i frihet utan möjlighet till den kontroll som finns i slutenvården.

Flera respondenter rapporterade att det var problematiskt med patienter med fattigt socialt nätverk och därmed stor ensamhet. Ensamhet är vanligt bland personer med psykisk ohälsa och är en känd riskfaktor för suicid (Runeson, 2016). Sjuksköterskorna i studien uppmärksammade detta och ansåg det som viktigt att försöka bryta beteendemönster som bidrog till social isolering. Ensamhet kan också innebära svårigheter i vårdrelationen. Patienter som saknade socialt sammanhang utanför vården riskerade att binda sig till sjuksköterskorna, vilket kunde göra det svårt att hålla den professionella distansen samtidigt som det inte fanns närstående att inkludera i säkerhetsplaneringen. Vården kan skänka patienten en känsla av sammanhang och kan ses som en viktig del i processen att etablera en kontakt med *det mänskliga* som Cutcliffe et al (2006) formulerar det, men om patientens enda sammanhang finns inom vården blir det tungt att bära för den enskilda sjuksköterskan.

Vikten av att inge hopp till patienter med suicidtankar framkom i studien. Detta genom att skapa en förståelse för hur suicidtankar kan vara en del av en depression som kommer passera, stödja patienten till andra perspektiv än på den nuvarande situationen samt påminna om tidigare positiva erfarenheter. En förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient beskrevs även ha en hoppningivande funktion i sig. Vandewalle et al (2019a) påvisar i sin studie liknande fynd där betydelsen av att arbeta för en minskad upplevelse av hopplöshet hos suicidala patienter lyfts fram. Detta genom att söka möjliggöra distraktion från suicidtankar och istället rikta fokus mot aktiviteter. Vidare beskrevs hur sjuksköterskor ansåg att en vårdande relation, karaktäriserad av samarbete, i sig kunde inge hopp.

7.2.5 Uppleva och hantera personlig påverkan

Att arbeta med suicidala patienter uppgavs kunna innebära en påverkan, både på och utanför arbetet. Oro för patienter som stod utan socialt nätverk nämndes som frekvent förekommande och kunde ge upphov till upplevelser av otillräcklighet. Även sjukvårdsorganisationen

uppgavs ha en påverkan på sjuksköterskorna och då framförallt upplevda negativa effekter i samband med nedskärningar, omorganisationer och försämrade kommunikation mellan heldygnsvård eller vårdgrannar.

Morrissey och Higgins (2018) beskriver hur sjuksköterskor upplever en påtaglig oro i mötet med suicidala patienter och hur detta påverkar och dominerar hur de utför sitt arbete. Även känslor av ilska, frustration och rädsla kan förekomma i sådana möten (Hagen et al., 2017). Sådana känslor kan göra att sjuksköterskorna fokuserar på att skydda patienterna mot att skada sig eller suicidera och samtidigt skydda sig själva så att deras kompetens inte blir ifrågasatt (Morrissey & Higgins, 2018). Sådana fynd framkom även i den aktuella studien där respondenterna beskrev hur de upplevde dokumentation och rapportering som viktigt i arbetet för att säkerställa att kollegor skulle kunna ta del av bedömningar, samtidigt som sådana åtgärder syftade till att visa att man gjort allt man kunnat i stunden. Morrissey och Higgins (2018) lyfter behovet av kollegial avlastning, strukturerad handledning samt möjlighet att konsultera kollegor eller läkare för medbedömning. Detta sammanfaller med resultat i denna studie, dock kan den aktuella studien visa på olika sätt att använda sig av konsultering beroende på hur hög suicidrisken bedöms vara - om läget inte bedömdes akut använde sig sjuksköterskan främst av inplanerade möten med teamet och då det rörde sig om hög suicidrisk hämtades en medbedömare för att i stunden vara delaktig i bedömningen.

Det framkom att patienters suicid inneburit en förändring i sjuksköterskors arbetssätt, i att de blivit snabbare att konsultera medbedömare vid osäkerhet gällande suicidrisk. Morrissey och Higgins (2018) lyfter fram hur sjuksköterskor efter en sådan situation ofta upplever svårigheter att lita på patienter som uttrycker suicidtankar samt hur de saknade tilltro till sin egna förmåga att bedöma suicidrisk. Några sådana fynd har inte framkommit i den aktuella studien utan förändrade arbetssätt verkar snarare ha ett samband med vetskap om att en suicidriskbedömning alltid är färskvara och inte kan förväntas förutse riskerna på längre sikt. Däremot framkom i den aktuella studien en aspekt av påverkan, som inte omtalas i den tidigare nämnda studien av Morrissey och Higgins (2018), där upplevelser av frustration uttrycktes då hälsofrämjande element av arbetet uteblivit.

7.3 Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Föreliggande studie visar att sjuksköterskor i psykiatrisk affektiv öppenvård upplever oro i mötet med suicidala patienter vilket är något som verksamheter behöver vara medvetna om. Det är därför önskvärt att verksamheter erbjuder formellt stöd i form av teammöten, handledning och debriefing samt att de organiseras så att sjuksköterskor kan ta stöd av läkare och kollegor för delade bedömningar när så behövs. Då kollegialt stöd av informell karaktär också lyfts fram som av stor vikt är det önskvärt att verksamheter är så organiserade att informella möten kan ske. Sjuksköterskor behöver möjlighet att på olika sätt utbilda sig om suicidalitet och omvårdnad av suicidala patienter. Suicidriskbedömningar identifieras som

komplexa, svåra och ofta osäkra. Det är önskvärt att fortbildning och diskussionsforum om suicidriskbedömningar erbjuds på arbetsplatsen.

Då öppenvårdskontexten innebär möten med patienten i dennes vardag utan möjlighet till de kontrollerande åtgärder som finns att tillgå inom slutenvård pekar studiens resultat på vikten av att sjuksköterskor erhåller utbildning i säkerhetsplanering och strategier för ångesthantering. Detta för att kunna skapa handlingsplaner som ger trygghet för patient och anhöriga - samt för sjuksköterskan. Studien visar på hur vårdhandlingar ofta har en dubbel funktion som trygghetsskapande både för patienten och för sjuksköterskan. Det verkar därför av vikt att synliggöra detta på arbetsplatser som vårdar suicidala patienter, för att söka ett samtalsklimat där sjuksköterskor kan dela upplevelser av otillräcklighet och oro i relation till det ansvar det innebär att vårda sådana patienter. Det kan även anses värdefullt att i det kliniska arbetet reflektera kring specifika vårdhandlingars dubbla funktion. Organisatoriska aspekter framkom vilka påverkade sjuksköterskorna negativt, framförallt nedskärningar på den egna arbetsplatsen samt bristande kapacitet inom den psykiatriska slutenvården. Även en ibland försämrad kommunikation emellan beskrevs. Utifrån resultatet i denna studie syns ett behov att ha möjlighet till flexibel kontakt med suicidala patienter, att kunna ha "luft i kalendern" samt att vid bedömt behov kunna erbjuda försämrade patienter vård inom slutenvårdens ramar.

Denna studie hade ett brett syfte som fångade in ett spektrum av erfarenheter i sjuksköterskors arbete med suicidala patienter inom en öppenvårdskontext. Ett värde identifieras av fortsatt forskning som fokuserar mer specifikt på den belastning sjuksköterskor upplever i detta arbete och hur denna belastning kan hanteras på ett personligt plan samt organisatoriskt av arbetsgivaren. Att undersöka området med deduktiv ansats skulle kunna ge djupare inblick i specifika frågeställningar kopplade till omvårdnadsbegrepp eller teori.

8 Slutsats

Uppsatsen syftade till att utforska sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med suicidala patienter inom psykiatrisk affektiv öppenvård, då tidigare forskning främst hittas inom ramen för sluten psykiatrisk vård. Resultatet visade att det är ett komplext och krävande arbete och hur sjuksköterskorna strävade efter att skapa trygghet för patienter, anhöriga och sig själva. Ett empatiskt och transparent bemötande uppgavs vara av central betydelse för att skapa ett öppet samtal där patienter vågar dela med sig av sina upplevelser. Sjuksköterskor är i behov av kontinuerligt formellt och informellt stöd på arbetsplatsen. Teamet fyller en viktig funktion i detta stöd samt att i svåra situationer medverka i bedömningar. Fynden i denna studie bekräftas i stort av tidigare forskning och tillför samtidigt en övergripande bild av sjuksköterskornas arbete med suicidala patienter inom en öppenvårdskontext

Referenslista

Chiles, J., Strosahl, K., Roberts, L., & MacQueen, E. (2020). *Suicidala patienter : En klinisk handbok för bedömning och behandling*. Stockholm: Natur & Kultur

Collins, S., & Cutcliffe, J. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: Building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 175-185.

Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, & Smith P. (2006). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 791–802.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., & Segesten, K., (2016). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Ekman, I., Norberg, A., Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s 69-96). Stockholm: Liber AB

Erlinsson, C., Brysiewicz, P., (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7 (3), 93-99.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Den nationella folkhälsoenkäten*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/ett-nationellt-handlingsprogram-for-suicidprevention/>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Statistik om suicid*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

Henricson, A. (2017). Diskussion. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*.
www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. ICD-10. (2016). *Mood (affective) disorders*.
<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F30-F39>

Internetmedicin. (2020). *Suicidriskbedömning*. Hämtad 2020-11-03 från
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/suicidriskbedomning/>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

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

Morrissey, J., & Higgins, A. (2019). "Attenuating Anxieties": A grounded theory study of mental health nurses' responses to clients with suicidal behaviour. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 947–958. <https://doi.org/10.1111/jocn.14717>

Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2016). Förstämmningssyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 299-339). Lund: Studentlitteratur.

Parker, G. (2014). DSM-5 and psychotic and mood disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 182-190

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

Pribie, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25-42). Lund: Studentlitteratur

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*.
https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf

Runeson, B. (2012). *Den suicidnära patienten : Värdering och hantering av suicidrisk* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Runeson, B. (2016). Suicidalt beteende. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 709-724). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU. (2015) *Instrument för bedömning av suicidrisk*.
https://www.sbu.se/contentassets/29385a6975a0403e807c7d4aa87576d7/instrument_bedomning_suicidrisk_2015.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
<https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Trygg. (2021). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2021-01-13 från
<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/trygg>

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019a). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2867–2877.
<https://doi.org/10.1111/jan.14113>

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019b). Promoting and preserving safety and a life-oriented perspective': A qualitative study of nurses' interactions with patients experiencing suicidal ideation. *International journal of mental health nursing*, 28(5), 1119–1131. <https://doi.org/10.1111/inm.12623>

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 169-188). Lund: Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen. (2016). *Regional medicinsk riktlinje: Suicidalitet hos vuxna - akut bedömning/hantering*.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/40424/Suicidalitet%20hos%20vuxna%20-%20akut%20bed%c3%b6mning,%20hantering.pdf?a=false&guest=true>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative 2014*.
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

World Medical Association WMA. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilagor

Bilaga A Forskningspersonsinformation

Information till Dig som forskningsperson

Vi vill fråga Dig om Du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får Du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill vi att du ska delta?

Studien syftar till att undersöka sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av mötet med patienter med depression och suicidalitet inom psykiatrisk affektiv öppenvård. Det finns sedan tidigare en hel del forskning rörande möten med suicidala patienter inom en slutenvårdskontext, dock saknas forskning på detta inom en öppenvårdskontext. Vi kontaktar därför Dig som arbetar som sjuksköterska inom affektiv psykiatrisk öppenvård och som har erfarenhet av att möta patienter med ovan beskriven suicidalitet.

Vi har fått godkännande att kontakta Dig som sjuksköterska genom Din verksamhetschef/enhetschef.

Forskningshuvudman för projektet är Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Studiens design är kvalitativ och datainsamling kommer ske via enskilda intervjuer. Du har möjlighet att välja huruvida intervjun sker i fysiskt möte eller på distans, via Skype. Du kommer behöva tillgång till ett utrymme där ett samtal kan pågå ostört under cirka 30-45 minuter, detta vid ett tillfälle. Om Du önskar att intervjun ska ske i fysisk form kan vi komma till din arbetsplats.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Riskerna för Dig som intervjudeltagare bedöms vara mycket låga och utgörs av ett eventuellt upplevande av intervjusituationen som obehaglig då minnen av svåra patientfall kan gör sig påminda. Om detta skulle ske och Du upplever ett behov av att avbryta eller pausa intervjun kommer detta att göras utan ifrågasättande.

Vad händer med Dina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig gällande namn, ålder, arbetslivserfarenhet, profession/utbildning samt kön. Informationen kommer hämtas genom att intervjudeltagarna tillfrågas om personuppgifter. Dina uppgifter, tillsammans med insamlad data från intervjun, kommer inte kunna kopplas till Dig. Datan kommer förvaras på

ett sådant sätt att ingen utomstående kan ta del av uppgifterna och kommer raderas när projektet är färdigställt.

Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas.

Hur får Du information om resultatet av studien?

Om Du vill ta del av Dina personliga uppgifter och intervjudata ska Du kontakta ansvariga för studien (se nedan). Samtliga intervjudeltagare kommer erbjudas ett exemplar av studien i sin helhet efter att denna slutförts.

Försäkring och ersättning

Då intervjuer kommer att genomföras på Din arbetstid samt på Din arbetsplats (fysiskt möte eller Skype) är Du försäkrad genom Din ordinarie arbetsförsäkring. Om Du upplever någon osäkerhet kring detta kontakta Din enhetschef för mer information.

Ingen ekonomisk ersättning till Dig som intervjudeltagare kommer kunna erbjudas.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om Du väljer att inte delta eller vill avbryta Ditt deltagande behöver Du inte uppge varför. Om Du vill avbryta Ditt deltagande ska Du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Carl Beijbom. Mejladress: beijbom@gmail.com, telefonnr 0730935769

Patrik Eriksson. Mejladress disseldorf@hotmail.com, telefonnr 0735232814

Handledare: Lars.Olof Persson. Mejladress lars.persson@fhs.gu.se

Samtycke till att delta i studien

Utöver denna skriftliga information om studien kommer Du få muntlig information i samband med intervjun. Möjlighet att ställa frågor finns via kontaktuppgifterna ovan samt under intervjutillfället. Samtycke lämnas muntligt i samband med intervjun.

Vänligen

Carl Beijbom och Patrik Eriksson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet

Bilaga B Intervjuguide

Allmänna uppgifter

1. Vad heter du?
2. Har vi ditt muntliga samtycke att delta i studien via denna intervju?
3. Godkänner du att vi spelar in intervjun?
4. Vad har du för utbildning?
5. Hur länge har du varit yrkesverksam som sjuksköterska?
6. Hur länge har du arbetat inom psykiatrisk affektiv öppenvård?

Frågor

1. Hur ofta möter du patienter med suicidtankar?
2. Hur samtalar du med patienter om suicidtankar?
3. Vad är viktigt att tänka på i bemötandet av patienter med suicidtankar?
4. Vilka behov ser du hos dessa patienter?
5. Vilka åtgärder eller vårdhandlingar är enligt din erfarenhet viktiga i mötet med patienter med suicidtankar?
6. Vad är funktionen/målsättningen med vårdhandlingarna?
7. Vilka möjligheter och begränsningar ser du i öppenvårdskontexten?
8. Upplever du att du har de resurser och den kompetens som krävs för att möta patienternas vårdbehov?
9. Hur påverkas du av sådana patientmöten?

Förslag på följdfrågor

- Kan du utveckla?
- Skulle du kunna berätta något mer om det?

Intervjuavslut (fråga 9)

- Är det något du vill lägga till innan vi avslutar?

Bilaga C Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
<i>“det är viktigt att inte vara rädd för att möta de här om de tankarna och se, se personen i fråga”</i>	Inte vara rädd att möta patientens tankar, att se personen	Att våga möta lidandet	Möta patienten där hen är	Skapa förutsättningar för ett öppet samtal	
<i>“vi skall ju inte träffas förrän nästa vecka men man ringer och lyssnar av hur det är och så kanske man när man pratar med varandra så kanske man inser eller känner av att, ah det är lite för långt bort. Så då får man vara lite flexibel till att ja men det kanske är bra att vi träffas”</i>	inte träffas förrän nästa vecka, inser att det är för långt bort. Vara flexibel.	Flexibel kontakt	Ett skyddande nät	Främja säkerhet	
<i>“Jag tycker det är viktigt att försöka få tillbaka dem i vardagen och vara omgiven av människor även om de inte vill det just då”</i>	viktigt att få dem tillbaka till vardagen och vara omgiven av människor	Stärka det friska	Stärka det friska	Leda patienten tillbaka till livet	
<i>“Så det är dem man är mest orolig för dem som är ensamma som kommer hit så känner man en klump i magen att hur skall de gå till nästa liksom”</i>	oroliga för de ensamma, känner en klump i magen	Uppleva oro	Att påverkas på ett personligt plan	Uppleva och hantera personlig påverkan	Skapa trygghet för patienten och för sig själv

Bilaga D Ansökan om tillstånd

Ansökan om tillstånd att intervju sjuksköterskor till en studie om erfarenheter att möta patienter med suicidtankar

Undertecknade sjuksköterskor studerar vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet. Under hösten 2020 planerar vi att genomföra en studie med kvalitativ design och där intervju sjuksköterskor kring erfarenheter att möta patienter med suicidtankar i en öppenvårdscontext.

Bakgrund till studien?

Studien syftar till att undersöka sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av mötet med patienter med affektiv sjukdom och suicidtankar inom psykiatrisk affektiv öppenvård. Det finns sedan tidigare en hel del forskning rörande möten med suicidala patienter inom en slutenvårdscontext, dock saknas forskning på detta inom en öppenvårdscontext. Suicidtankar är vanligt förekommande inom psykiatri och det föreligger ett starkt samband mellan suicid och psykisk sjukdom, där främst depression, samt även andra affektiva sjukdomar, utgör den högsta riskfaktorn. Således möter sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård personer med suicidtankar.

Hur går studien till?

Studiens design är kvalitativ och datainsamling kommer ske via enskilda intervjuer. Du har möjlighet att välja huruvida intervjun sker i fysiskt möte eller på distans, via Skype. Du kommer behöva tillgång till ett utrymme där ett samtal kan pågå ostört under cirka 30-45 minuter, detta vid ett tillfälle. Om Du önskar att intervjun ska ske i fysisk form kan vi komma till din arbetsplats.

Ansvariga för studien

Carl Beijbom. Mejladress: beijbom@gmail.com, telefonnr 0730935769

Patrik Eriksson. Mejladress disseldorf@hotmail.com, telefonnr 0735232814

Handledare: Lars.Olof Persson. Mejladress lars.persson@fhs.gu.se

Forskningshuvudman för projektet är Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Vänligen

Carl Beijbom och Patrik Eriksson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet

Intyg

Jag har härmed tagit del av ovanstående information om studien och givit tillstånd till att Carl Beijbom och Patrik Eriksson får genomföra intervjuer med sjuksköterskor på verksamhet där jag är verksamhetschef/enhetschef.

.....

Verksamhet

.....

Ort och datum

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande