



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatri 60 hp



Psykiatrisjuksköterskans arbete med suicidala patienter

Dennis Persson, Maria Sturk

Examens arbete inom omvårdnad- inriktning psykiatrisk vård 15 hp

Halmstad 2018-05-25

Psykiatrisjuksköterskans arbete med suicidala patienter

Författare: Dennis Persson
Maria Sturk

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Halmstad 2018-04-25

Titel	Psykiatrisjuksköterskans arbete med suicidala patienter
Författare	Dennis Persson, Maria Sturk
Sektion	Akademin för Hälsa
Handledare	Henrika Jormfeldt, universitetslektor och docent i omvårdnad
Examinator	Ingela Skärsäter, professor i omvårdnad
Tid	Vårterminen 2018
Sidantal	14
Nyckelord	Psykiatrisjuksköterska, Suicidal, Suicidriskbedömning

Sammanfattning

Cirka 800 000 människor världen över avslutade sina liv genom suicid 2014. En psykiatrisk diagnos är en vanligt förekommande bakomliggande orsak. De vanligaste diagnoserna är depression, bipolär sjukdom, post traumatiskt stressyndrom samt substansmissbruk. Tidigare suicidförsök är den enskilt största riskfaktorn för ett fullbordat suicid. Det är komplext att arbeta med suicidnära patienter i öppenvården och det ställs höga krav på specialistkompetens inom psykiatrisk omvårdnad och goda kunskaper kring det suicidpreventiva arbetet. Syftet med studien var att beskriva psykiatrisjuksköterskans erfarenhet av att bedöma suicidrisk på patienter på en vuxenpsykiatriskmottagning. En kvalitativ metod användes med induktiv ansats där fyra intervjuer med psykiatrisjuksköterskor genomfördes. I resultatet framkom att psykiatrisjuksköterskan dagligen möter och behandlar suicidnära patienter på en öppenvårdsmottagning. Resultatet visade att psykiatrisjuksköterskan trots år av erfarenhet upplevde arbetet med suicidnära patienter som komplext och ansvarsfullt. Det framkom att psykiatrisjuksköterskan arbetade självständigt och stod ofta ensam med att bedöma suicidrisken och vidta åtgärder. Psykiatrisjuksköterskan har en viktig del i det suicidpreventiva arbetet och behöver känna sig trygga och säkra i omvårdnaden kring suicidnära patienter och i att bedöma suicidrisken. Vidare forskning skulle kunna ge fördjupad kunskap om psykiatrisjuksköterskans roll och behov för att ge omvårdnad till suicidnära patienter.

Title	The psychiatric nurses´ work with suicidal patients
Author	Dennis Persson, Maria Sturk
Department	Academy of Health and Social Studies
Supervisor	Henrika Jormfeldt, Associate Professor in Nursing Science
Examiner	Ingela Skärsäter, Professor in Nursing Science
Period	Spring- term 2018
Pages	14
Key words	Psychiatric nurse, Suicidal, Suicide risk assesment

Abstract

Approximately 800 000 people around the world ended their lives through suicide in 2014. A psychiatric diagnosis is a common underlying cause. The most common underlying diagnoses are depression, bipolar disorder, post-traumatic stress syndrome and substance abuse. Previous suicide attempts are the single largest risk factor to a completed suicide. It is complex to work with suicidal patients in out-patient clinics and it demands specialized knowledge in psychiatric care and also good knowledge concerning suicide prevention. The purpose of the study was to explore psychiatric nurses experience of assessing the suicide risk in patients in an out-patient clinic. A qualitative method with an inductive approach was used by interviewing four psychiatric nurses. The result revealed that the psychiatric nurse daily meets and treats suicidal patients in an out-patient psychiatric clinic. The result showed that the psychiatric nurse despite several years of experience experienced the work with suicidal patients as complex and responsible. It revealed that the psychiatric nurse worked independently and often was alone to asses the suicide risk and to take action about strategies. The psychiatric nurse is a crucial part in the suicide preventive work and needs to feel safe and confident in caring for the suicidal patient and suicide assessment. Further research could provide in-depth knowledge of the psychiatric nurse´s role and needs to provide care for suicidal patients.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Suicid som fenomen	2
Suicidprevention	2
Sjuksköterskans funktion och roll.....	3
Teoretisk referensram.....	4
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	5
Datainsamling.....	6
Databearbetning.....	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	8
Professionell utveckling	8
Att utveckla självständighet	8
Att ha en terapeutisk allians	9
Att utgå från en helhetssyn.....	9
Att utvecklas genom kris.....	10
Diskussion	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	13
Implikation	14

Referenser

Inledning

Varje år sker nästan 800 000 suicid runt om i världen (World Health Organization [WHO], 2017). I Sverige är det runt 1 500 personer varje år som suiciderar vilket inkluderar både säkra och osäkra suicid (NASP, 2017). Osäkra suicid innebär att det finns en osäkerhet kring motivet bakom dödsfallet och det finns en tveksamhet kring om handlingen var avsiktlig eller ett olycksfall (NASP, 2016). Fram till år 2000 minskade antalet suicid och därefter har siffran legat relativt stabilt (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2006). Suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år samt den huvudsakliga orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning.

Ungefär hälften av de personer som överväger suicid samt mer än hälften som gör ett suicidförsök har en tidigare bakomliggande psykiatrisk sjukdom eller diagnos (Nock et al., 2009). De vanligaste diagnoserna hos personer som gör suicidförsök är depression, bipolär sjukdom, post traumatiskt stressyndrom (PTSD) samt substansmissbruk (Nock et al., 2009; Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010). Samsjuklighet ses öka risken för att genomföra ett suicidförsök gentemot enskilda psykiatriska diagnoser (Nock et al., 2009; Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010; WHO, 2014). Den största enskilda riskfaktorn för suicid är tidigare suicidförsök. Suicidalitet behöver inte alltid uppstå som en följd av psykisk ohälsa eller sjukdom utan kan uppkomma plötsligt under ett svårt psykiskt trauma (Beskow, Palm-Beskow & Ehnvall, 2013).

För att antalet suicid skall vända nedåt krävs ökade kunskaper hos alla som kommer i kontakt med suicidala personer (Ottoson, 2015). Suicidriskbedömning ingår i omhändertagandet av patienter i öppenvården och bedömningen utförs oftast av läkare men även av andra professioner så som sjuksköterskor (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2015). En suicidriskbedömning ska utgå från en klinisk bedömning av patienten samt vara strukturerad och kartlägga de viktigaste riskfaktorerna för självmord (Socialstyrelsen, 2016). Psykiatrisjuksköterskan ska i sin profession ha förmåga att identifiera, bedöma, förebygga och hantera situationer som innebär risk för skada på patient och närstående samt kunna bedöma patientens behov av akuta insatser (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Suicid är ett komplext och multifaktorellt fenomen och omvårdnaden av suicidala patienter är emotionellt krävande för sjuksköterskan och innebär en känslomässig påfrestning dels i själva omvårdnaden men även i rädslan att förlora en patient (Cutcliffe & Stevenson, 2007).

Bakgrund

Suicid som fenomen

Beskow, Palm-Beskow och Ehnvall (2013) beskriver suicid som ett samlingsnamn för tankar och planer på suicid samt genomförda suicidhandlingar vilket innefattar fullbordade suicid samt suicidförsök. Suicid definieras som självförvållad och medveten handling som leder till döden (American Psychiatric Association [APA], 2003; WHO, 2014). Med suicidförsök menas en medveten självskadande handling med avsikt att dö men där utgången inte är dödlig. Ett suicidalt beteende innefattar suicidala tankar, planer och avsikter samt den suicidala handlingen i sig (WHO, 2014).

Suicid var länge förbjudet enligt svensk lag (Mäkinen, Beskow, Jansson & Odén, 2010). Det innebar stränga straff för den som gjort ett suicidförsök och lagen var i bruk fram till år 1864. Även historiskt sett är det fler män än kvinnor som dör i suicid varje år.

Enligt Beskow et.al. (2013) är det vanligt och normalt med snabbt uppkommande suicidtankar, dessa kan vara funktionella och nyttiga eftersom de kan hjälpa till i låsta situationer och bidrar till avspänning. De leder också in mot personens viktigaste problem, erbjuder radikala problemlösningar men ökar även energin i problemlösning. Suicidtankar som blivit dysfunktionella och som tar allt mer del i medvetandet under för lång tid och hindrar problemlösning går över till patologisk suicidalitet. I denna fas ökar känsligheten för triggers och kan leda till en kortvarig, plötsligt påkommen, snabbt ökande suicidbenägenhet, en suicidal episod (ibid). Specifika händelser där personen inte längre kan se en lösning på sina problem eller någon annan utväg kan förstärka stress och ångest hos personen och kan utlösa en suicidal episod (Vatne & Nåden, 2013). Den suicidala processen ser olika ut för olika personer men tankar på suicid kan uppkomma så tidigt som redan under barndomen och tonåren och utlöses då oftast av trauman såsom mobbning, identitetskris, föräldrars skilsmässa eller död (Beskow et al., 2013; Vatne & Nåden, 2012).

Suicidprevention

I en rapport från Socialstyrelsen (2007) framkom bristande rutiner i sjukvården för dokumentation, vårdplaner och suicidriskbedömningar. Vidare framkommer behov av att utföra kontinuerliga suicidriskbedömningar och att dessa ska utföras med samma metod. Det finns inga skattningsskalor som kan förutsäga suicidalitet utan suicidrisken ska bedömas av erfaren personal där skattningsformulär kan användas som ett komplement i samtalet och suicidriskbedömningen (Ringskog Vagnhammar, 2011).

I suicidriskbedömningen kan suicidstegen användas som ett instrument för att utforska patientens suicidalitet (Beskow, 2000). Suicidstegen utgår från sex olika steg: livsleda, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner, suicidförsök och suicid. Ju längre ner patienten befinner sig på stegen desto högre suicidrisk. Suicidrisken kan bedömas som: hög risk,

svårbedömd risk eller låg eller ingen risk (Ringskog Vagnhammar, 2011). Vid minsta osäkerhet i bedömningen skall en kollega konsulteras (NASP, 2009). När en suicidnära patient motsätter sig inläggning kan det bli aktuellt med vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT] (Socialstyrelsen, 2003).

Idag finns ingen konsensus kring kliniska riktlinjer vid bedömning av suicid då olika organisationer använder sig av olika instrument (Bernert, Hom & Weiss Roberts, 2014). Dock finns gemensamma faktorer där suicidriskbedömningen ska utgå från bedömning av riskfaktorer, varningssignaler som associeras med risk för suicid såsom statiska och dynamiska riskfaktorer, diagnostisk demografi, psykosociala faktorer samt skyddande faktorer. Det finns flertalet olika bedömningsinstrument för att underlätta vid suicidriskbedömningar (Runesson, Odeberg, Pettersson, Edbom, Jildevik Adamsson & Waern, 2017). Vanligt förekommande instrument för att bedöma suicidrisk är Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S) och Becks depression Inventory (BDI-II) (). I dagsläget råder konsensus kring att inget bedömningsinstrument ärt tillförlitligt som ensam åtgärd för att bedöma suicid utan det måste alltid ske en klinisk bedömning och samtal med patienten för att bedöma allvarlighetsgraden av suicid t(Socialstyrelsen, 2017)

Sjuksköterskans funktion och roll

De två första veckorna efter utskrivning från heldygnsvården efter ett suicidförsök är kritiska och det är då ökad risk att patienten fullbordar ett suicid (Bickley, Hunt, Windfuhr, Shaw, Appleby & Kapur, 2013). Det framkom att en skyddande faktor för patienten var uppföljning i öppenvården och att suicidrisken bedömdes kontinuerligt. Psykiatrins uppdrag innefattar främjandet av psykisk hälsa att arbetar förebyggande och ge tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer som lider av allvarlig psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar (SKL, 2018).

Sjuksköterskan i psykiatri har en viktig funktion i att ge individanpassat stöd och stöd för återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Specialistsjuksköterskan skall fortlöpande göra utvärderingar av den psykiatriska omvårdnaden samt bedömning av patientens behov så att komplexa vårdbehov identifieras (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Anderson (1997) beskriver att det oftast är en sjuksköterska som är den första yrkesprofessionen som en suicidal patient möter. Längden av yrkeserfarenhet har betydelse för bemötandet av den suicidnära patienten samt inställningen till ett suicidal beteende. I mötet med patienten är det viktigt att utgå från och lyssna till patientberättelsen och patientens sätt att se på sin situation (Hedelin, 2006). Att lyssna på patientberättelsen och att försöka förstå hur ohälsa kan påverka vardagen är det som kännetecknar personcentrerad omvårdnad (Ekman & Norberg, 2013). Genom att lyssna på personens berättelse tydliggörs individens kunskap om sig själv, vilja, motiv och resurser. Aktivt lyssnande är en viktig del i att skapa en terapeutisk allians (Aflague & Ferszt, 2010). I samtalet med patienten beskrivs det att sjuksköterskan skall vara

uppmärksam på vad patienten säger, hur det uttrycks och vara observant på kroppsspråket. För att skapa en terapeutisk relation med patienten använder sjuksköterskan sig själv som ett terapeutiskt redskap och förmågan att känna empati och medlidande i omvårdnaden (Edward, Hercelinskyj & Giandinoto, 2017). Det innebär en känslomässig påfrestning för sjuksköterskan att använda sig själv som redskap. I suicidforskningen framkommer att sjuksköterskor som arbetar med suicidnära patienter kommer någon gång under sin yrkesverksamma tid att behandla en patient som suiciderar (Colins, 2003). När en patient suiciderar skapar det känslomässiga reaktioner hos sjuksköterskan (Aflague & Ferszt, 2010; Midence, Gregory & Stanley, 1995). Känslomässiga reaktioner efter suicid kan vara rädsla, skuld, skam, hjälplöshet, sorg och frustration Midence et al. (1995). Suicid visade sig ha stor negativ påverkan på sjuksköterskan genom ökad stress, påverkad självkänsla, känslomässigt trauma, depression samt rädsla att förlora sitt arbete (Matandela & Matlakala, 2015).

Teoretisk referensram

Föreliggande pilotstudie utgår ifrån psykiatrisjuksköterskans förmåga att möta och ge omvårdnad till patienter som befinner sig i kris och som är suicidnära.

I Phil Barkers omvårdnadsteori ingår tidvattenmodellen som lämpar sig väl i psykiatrisk vård och omvårdnad (Brooks, 2006). Modellen kan ses som en guide för sjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad och utgår från ett holistiskt synsätt där hela människan tas i beaktande och där patientens lidande är i fokus (Barker, 2001). Phil Barker menar att omvårdnad bland annat innebär att sjuksköterskan skall finnas tillhands för människor som går igenom kriser såsom existentiella frågeställningar och tankar på döden (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012). Fokus för omvårdnaden bör utgå från att hjälpa patienten att förstå lidandets uttryck samt att lära sig av dem för att utvecklas. Vidare beskriver Barker att en person som drabbats av psykisk ohälsa har frångått sin egna kraft och förmåga, omvårdnaden bör inte vara allt för problem fokuserad utan fokusera på att tillvarata patientens inre och yttre resurser (ibid). Det viktigaste perspektivet i tidvattenmodellen är att sjuksköterskan ska lyssna till patientens berättelse och ta till vara på patientens livserfarenheter (Barker, 2001). Sjuksköterskan skall hjälpa patienten identifiera hur de kan ta tillbaka kontrollen över sitt eget liv (Barker & Buchanan-Barker, 2004). Sjuksköterskan ska utveckla en förståelse för patientens behov, skapa en terapeutisk allians samt upprätta omvårdnad som en del av lärandet. Sjuksköterskan skall hjälpa patienten att förstå att måendet inte är konstant utan en process i ständig förändring.

Problemformulering

I specialistsjuksköterskans arbetsuppgifter på en vuxenpsykiatrisk mottagning ingår att självständigt bedöma suicidrisken hos patienter. Det är angeläget att få fördjupad kunskap och förståelse för hur psykiatrisjuksköterskan upplever mötet med suicidala

patienter för att kunna fånga upp eventuella svårigheter eller hinder i det suicidpreventativa arbetet samt för att utveckla omvårdnaden vid risk för suicid.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva psykiatrisjuksköterskans erfarenhet av att bedöma suicidrisken på patienter på en vuxenpsykiatrisk mottagning.

Metod

Design

I pilotstudien har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts. Metoden belyser människors upplevelser av en situation eller verklighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Analysen av datamaterialet som framkommer utgick från kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är användbar inom forskning för att tolka och granska texter som vid exempelvis inspelade intervjuer. Texten som pilotstudien utgick ifrån bygger på sjuksköterskans berättelse om sina erfarenheter av att utföra suicidriskbedömningar. Berättelsen tolkades med hänsyn till rådande kultur, den personliga historien och deltagarens livsvillkor (ibid).

Urval

Verksamhetschefen för öppenvård psykiatri kontaktades av studenterna via e-post för godkännande. Vidare kontaktade studenterna verksamhetscheferna på samtliga mottagningar inom länet för godkännande. Verksamhetscheferna ombads att vidarebefordra förfrågan om deltagande i studien samt information om studien till samtliga psykiatrisjuksköterskor på respektive mottagning.

Studien genomfördes med fyra deltagare på tre olika vuxenpsykiatriska mottagningar i Västsverige. Inklusionskriterier för att medverka i studien var att deltagaren skulle vara specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, ha arbetat minst ett år på en vuxenpsykiatrisk mottagning samt att det skulle ingå i specialistsjuksköterskans arbetsuppgift att genomföra suicidriskbedömningar. Exklusionskriterier för deltagande var specialistsjuksköterskor som arbetar på samma mottagning som studenterna. Totalt visade fyra stycken specialistsjuksköterskor intresse för att delta i studien. Samtliga fyra specialistsjuksköterskor som visat intresse uppfyllde inklusionskriterierna och kontaktades därefter via e-post av studenterna för att boka datum och plats för intervjun. I studien deltog tre kvinnor och en man. Informanternas ålder var mellan 30-60 år och deras yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård var minst tre år.

Datainsamling

Pilotstudien har genomförts genom semistrukturerad intervju där intervjuaren använde sig av en i förväg utarbetad intervjuguide med öppna frågor som deltagaren uppmuntrades att prata fritt kring (Polit & Tatano- Beck, 2012). De öppna frågorna följdes sedan upp av relevanta följdfrågor för att få ytterligare djup samt mer detaljerad information. Huvudfrågornas utformning ändrades aldrig under intervjuerna men följdfrågorna kunde variera beroende på de svar som framkom.

Samtliga deltagare tillfrågades om de på förhand ville ta del av intervjuguiden. Tre av deltagarna ville ta del av frågorna innan intervjun och intervjuguiden skickades per e-post en dag innan intervjun ägde rum. Sammanlagt genomfördes fyra intervjuer. Deltagarna fick själva bestämma vart intervjuerna skulle äga rum och samtliga deltagare valde att intervjuas på sin arbetsplats. Intervjuerna genomfördes i ett enskilt rum tillsammans med båda intervjuerna. Enligt Olsson & Sörensen (2011) är en miljö där personerna upplever ett samarbetsvilligt klimat viktigt så att informanten känner sig hörda och sedda. Rummet har betydelse för att deltagaren skall känna sig trygg, att ingen annan kan höra vad som sägs samt att omgivande ljud inte kan upplevas som störande (ibid.). Varje intervjutillfälle började med att deltagaren fick muntlig information om sina rättigheter samt möjligheten att när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak till varför. Deltagarna fick sedan skriva under två exemplar av samtyckesformuläret innan intervjun påbörjades var av deltagaren fick behålla ett exemplar. Intervjuernas längd varierade mellan nitton till trettiofem minuter.

Följande övergripande frågor ställdes under intervjun: Vad har du för erfarenheter av att bedöma suicidrisken på patienter? Förbereder du dig inför en suicidriskbedömning i så fall på vilket sätt? Använder du dig av några bedömningsformulär/skattningsskalor i så fall vilka? Hur går du vidare efter att du gjort din suicidriskbedömning? Hur ser du på suicid som ett fenomen? Datainsamlingen skedde genom en strukturerad intervju med semistrukturerade frågor och relevanta följdfrågor som passar vid kvalitativa studier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017; Polit & Tatano- Beck, 2017). Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades. Direkt efter intervjun fördes inspelningen över på ett USB och raderades från mobiltelefonen. USB:t förvarades sedan i ett låst skåp på studenternas arbetsplats.

Databearbetning

Pilotstudien har genomförts genom enskilda intervjuer med fyra psykiatrisjuksköterskor som arbetar på en vuxenpsykiatrisk mottagning. Intervjuerna har transkriberats vilket innebär att datan skrivs ner ordagrant. Den transkriberade texten har sedan lästs igenom flera gånger av båda studenterna. Analysprocessen med en kvalitativ innehållsanalys skedde sedan i olika steg som utgick från följande begrepp; domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori, tolkning samt tema (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Domänen utgjorde den grova strukturen för

intervjumaterialet. Sedan togs meningsbärande delar av texten ut som sedan kondenserades för att få materialet kortare och mer lätt hanterligt. Efter kondenseringen abstraherades texten och försågs med koder. Koder med liknande innehåll bildade senare kategorier som tolkades så att teman skapades (ibid).

Forskningsetiska överväganden

Suicidalitet samt suicidriskbedömning är laddade begrepp som kunde väcka känslomässiga reaktioner hos psykiatrisjuksköterskorna som deltog i studien. Det kunde även innebära en upplevelse av ifrågasättande av psykiatrisjuksköterskans kompetens vid frågor om hur psykiatrisjuksköterskan bedömer patienters suicidrisk. Det var därför viktigt att deltagarna på förhand fick tillgång till frågorna för att i en lugn och trygg miljö kunna reflektera över frågeställningarna. Vid händelse av att informanten upplevde att intervjun väckte känslomässiga reaktioner, minnen eller annat obehag kunde informanten erbjudas tid för reflektion eller stödjande samtal av studenterna. Studenterna tillfrågade avdelningschefer om möjlighet till stöd på arbetsplatsen. Samtal och reflektion kunde då ske i samband med intervjun eller annat överenskommet tillfälle.

Verksamhetschefen för aktuella mottagningar i Västsverige godkände att studien genomfördes. Avdelningscheferna på valda mottagning kontaktades för godkännande om specialistsjuksköterskornas deltagande i studien samt för intresseförfrågan om deltagande. Informanterna informerades både muntligt och skriftligt och det gavs möjlighet att ställa frågor till studenterna. Samtycke till deltagande i studien inhämtades och skrevs på i särskild blankett (SFS:2003:460). Samtliga informanter fick muntlig och skriftlig information om att deltagandet var helt frivilligt samt att de hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst utan att ange någon orsak till varför (World Medical Association, 2013). Samtliga informanter informerades om att det insamlade materialet behandlas konfidentiellt. All insamlad data förvaras i ett låst arkiv och kommer efter att studien avslutats förstöras enligt gällande riktlinjer. Etiskt godkännande har erhållits av lokala etikprövningsgruppen vid Högskolan i Halmstad (Dnr UI 2018/30).

Resultat

Efter att texten analyserats och bearbetats framträdde ett övergripande tema *”Professionell utveckling”* med fyra kategorier vilka presenteras under resultatdelen som *”Att utveckla självständighet”*, *”Att ha en terapeutisk allians”*, *”Att utgå från en helhetssyn”* och *”Att utvecklas genom kris”*.

Professionell utveckling

Resultatet visar på psykiatrisjuksköterskans förmåga att möta och ge omvårdnad till människor i kris. Psykiatrisjuksköterskan har ett holistiskt synsätt genom att lyssna till

patientberättelsen och fokusera på lidandet som suicidprocessen innebär för patienten och hjälper patienten att tillvarata sina resurser.

Att utveckla självständighet

Samtliga psykiatrisjuksköterskor har tidigare erfarenhet av att ha arbetat inom psykiatrins heldygnsvård innan de började arbeta i öppenvården. Deras erfarenhet är att ansvaret för suicidriskbedömningen var mer delad i slutenvården men att i öppenvården tar de ett större ansvar själva. I slutenvården var det läkaren som utförde suicidriskbedömningen och kunde vidta åtgärder som extra tillsyn eller extra vak då de bedömde att suicidrisken var förhöjd. I öppenvården är det psykiatrisjuksköterskan självständigt förväntas bedöma suicidrisken. Bedöms suicidrisken vara förhöjd får psykiatrisjuksköterskan använda sig av åtgärder såsom att planera för tätare besök, utarbeta krislistor, utforska möjligheten till stöd i det sociala nätverket, tillkalla mottagningsläkare för bedömning eller vara behjälplig med transport till psykiatrisk akutmottagning. Suicidriskbedömningarna och att vidta åtgärder kunde till en början upplevas som skrämmande och sjuksköterskan kunde känna sig osäker men har med erfarenhet skapat trygghet i att bedöma suicidrisken.

” Mmm så blandade känslor till en början skrämmande idag /.../ så här flera år senare så /.../ känns det ju inte som en typ skrämmande arbetsuppgift längre utan det känns naturligt”

Trots många års erfarenhet av suicidriskbedömningar beskrivs det som en komplex och ansvarsfull arbetsuppgift. Psykiatrisjuksköterskorna menar att de många gånger upplever ensamma med och i sin bedömning. Särskilt tungt är det då de har ansvaret för flera suicidala patienter.

Det känns som att ofta är vi ganska ensamma vi sjuksköterskor i just den biten och får ta mycket utav det ensamma /.../ och ibland så är det /.../ kan det kännas tungt /.../ och har man då många på gång samtidigt så är det ju svårt att hantera det

Att ha en terapeutisk allians

Samtliga sjuksköterskor beskriver att det underlättar suicidriskbedömningen om det redan finns en terapeutisk allians med patienterna. Det är lättare att lita på det som kommer fram under samtalet där det redan finns en etablerad kontakt jämfört med någon som dem aldrig träffat tidigare och ska göra en suicidriskbedömning på. Har psykiatrisjuksköterskan följt patientens mående över tid finns det något att jämföra med vilket underlättar att möta patientens individuella behov. Sjuksköterskorna menar att har de kännedom om patienten som har återkommande suicidproblematik så vet sjuksköterskan om vilka åtgärder som fungerar och inte fungerar. De beskriver att det är lättare att få en förståelse för patienters behov då det redan finns en etablerad kontakt

jämfört med en patient de aldrig har träffat förut vilket gör det svårare att lita på att det som sägs i rummet ärligt.

Med någon man inte känner så kan jag tycka det är vanskligare att veta i vilken omfattning det som sägs i rummet är helt ärligt. Till exempel om det egentligen finns självmordsplaner fast personen medvetet inte säger dom. Det är sånt som jag tycker man har större möjlighet att känna in med nån man redan har en kontakt med jämfört med en helt ny person. Det är mycket mer det sagda ordet som får gälla. Det är svårare att känna in vad som står bakom.

Det framkom att psykiatrisjuksköterskorna användes sig av olika bedömningsformulär som stöd vid suicidriskbedömningar. Psykiatrisjuksköterskorna såg bedömningsformulär mer som ett komplement i sin suicidriskbedömning. Användandet av bedömningsformulär var vanligare då det inte fanns en etablerad kontakt eller där sjuksköterskan behövde förstärka sin bedömning vid kontakt med läkare eller slutenvården. Psykiatrisjuksköterskan beskriver att även att bedömningsformulär kunde användas som ett diskussionsunderlag i samtalet med patienten ofta då patienten hade svårt att förmedla sina tankar och känslor i ord. Bedömningsformulären som psykiatrisjuksköterskorna använde sig av var bland annat MADR-S men det framkom även användande av andra skattningsformulär såsom HAD, BDI och CAMS. Samtliga psykiatrisjuksköterskor refererade till suicidpreventionsprogrammet inom Region Halland där suicidstegen ingår. De frågeställningar som suicidstegen baseras på var väl inarbetade hos psykiatrisjuksköterskorna och samtalet och bedömningen utgick ifrån dessa.

Att utgå från en helhetssyn

Psykiatrisjuksköterskorna beskriver det som viktigt att ha en helhetssyn i mötet med den suicidala patienten. Helhetssynen beskrevs som både verbal och icke verbal kommunikation, där den verbala kommunikationen bestod i vad och hur patienten kommunicerade. Den icke verbala kommunikationen förmedlades genom kroppsspråk, ögonkontakt och mimik som vägdes in i suicidriskbedömningen.

”Men då tänker jag att allting kommer in att det här med det är ju som, det är ju en viss del av kommunikationen bara som är ord. Resten är ju så mycket annat, annat kroppsspråk och så vidare.”

”Jag tycker att vi uppfattar så mycket mer än bara det som sägs.”

Att lita till sin intuition beskrivs av psykiatrisjuksköterskorna som en viktig del i helhetssynen vid suicidriskbedömningar. Intuition beskrivs som en känsla som psykiatrisjuksköterskan upplever i mötet med patienten och som en förmåga att tolka patientens signaler. Känslan kan beskrivas som en oro som uppkommer under besöket

och som gör att det inte riktigt går att lita på vad patienten kommunicerar utan det finns något mer bakom det sagda ordet. En upplevelse av att något hemlighålls under samtalet, att patienten har en dold agenda. En patient som redan har en etablerad kontakt är lättare att ”känna av” än någon som sjuksköterskan träffar för första gången. Intuitionen utvecklas, blir starkare och mer specifik med erfarenhet.

Att utvecklas genom kris

Psykiatrisjuksköterskorna påverkas känslomässigt när en patient dör till följd av suicid och samtliga sjuksköterskor har erfarenhet av att ha behandlat patienter som suiciderat. Det beskrivs som tungt när en patient har gjort ett fullbordat suicid och sjuksköterskan tenderar att skuldbelägga sig själv, ifrågasätta om dem gjort rätt bedömning och vidtagit rätt åtgärder.

” Det känns tung och svårt när man kommer dit /.../ man och man vänder och vrider ut och in på sig själv tusentals gånger, kunde jag gjort något annat, vad var det jag missade ”

Tankarna gör sig påminda under en tid och är svåra att släppa på grund av frågor som inte kommer att bli besvarade. Sjuksköterskorna minns varje enskild patient som suiciderat och de minnena kommer att kvarstå. Bearbetning och uppföljning efter ett patientsuicid är viktigt och det beskrivs som värdefullt att de som varit involverade i patienten träffas och pratar om det som inträffat. Syftet är att inte skuldbelägga någon enskild person eller verksamhet utan att bearbeta sina känslor för att kunna gå vidare. Trots krisen som det innebär för psykiatrisjuksköterskan att förlora en patient genom suicid är det också en erfarenhet och en insikt om trots att suicidpreventivt arbete med utgångspunkt att förebygga suicid går det inte att undvika att patienter suiciderar.

För det är ju inget enkelt jobb vi har egentligen det är ord, många gånger känslor /.../ det vi ser det är det vi har att gå på ehm sen så tänker jag också att det är jätte hemskt varje gång man inte lyckas rädda någon, men man kan inte rädda alla heller tänker jag. För vi kan inte läsa tankar.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ studie med induktiv ansats valdes för att beskriva psykiatrisjuksköterskans erfarenheter kring suicidriskbedömning i öppenvården. Vald metod belyser människans upplevelse av en situation eller verklighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017) vilket anses vara relevant i förhållande till syftet.

En nackdel med studien var att det var för få deltagare för att verkligen kunna styrka resultatets validitet. Flera påminnelser om deltagande skickades ut men endast fyra

visade intresse att delta. Det kan bero på att det är ett känsligt ämne vilket kan ha orsakat att få anmälde sitt intresse att delta i studien. De fyra som ville delta uppfyllde också inklusionskriterierna. Trots få antal deltagare så generade det i mycket material på de frågor som ställdes och urvalet anses som trovärdigt för att säkerställa variation och kvalitet. Fördelen med få intervjuer var att den röda tråden lättare kunde urskiljas i resultatet. Positivt för studien var att de svar som framkom bedöms svara an på syftet samt täckte in de områden som studenterna ville ha svar på. Det ses som en styrka att studenterna inte kände deltagarna som intervjuades då vi anser att deltagaren kunde vara mer ärliga och öppna i sina svar. Av den anledningen valde studenterna att inte tillfråga psykiatrisjuksköterskor på den mottagning som de arbetar på. Gällande urvalet anses det som en styrka att deltagarnas ålder, kön och arbetslivserfarenhet var varierande för få en bredd i svaren samt täcka in olika perspektiv. Positivt för pilotstudien var även att deltagarna representerade tre olika mottagningar i Västsverige vilket gav perspektiv från olika arbetsplatser.

Danielson (2017) beskriver att en eller fler provintervjuer med fördel kan genomföras innan den riktiga intervjun för att prova frågorna, se att tidsplanen hålls och möjlighet att göra justeringar i intervjuguiden. Vi valde att inte göra provintervjuer vilket vi i efterhand reflekterat över att vi borde ha gjort för att vara mer förberedda. Suicid och suicidriskbedömning kan väcka känslomässiga reaktioner hos sjuksköterskan då det är ett laddat begrepp och studenterna valde därför att skicka ut intervjuguiden innan intervjuerna ägde rum så att informanterna i lugn och ro kunde reflektera över frågeställningarna. Att deltagarna fick ta del av intervjuguiden i förväg kan ha påverkat resultatet då deltagaren kan ha förberett sig och möjligen gav svar som var väl genomtänkta och därför inte spontant ärliga. Deltagarna fick själva välja plats där intervjun skulle äga rum så att det var en miljö där deltagaren kände sig trygg och inte präglades eller stördes av omgivningen. Samtliga deltagare valde att intervjuas på sin arbetsplats.

En svaghet i att vi var två som intervjuade är att det kan uppstå en obalans i maktförhållandet mellan intervjuarna och informanten (Kjellström, 2017). Detta kan innebära att informanten upplever en utsatthet vilket i sin tur kan ha påverkat hur informanten svarat på frågorna. Vi informerade skriftligt samtliga informanter om att vi skulle vara två som genomförde intervjuerna och gav möjlighet för informanten att komma med synpunkter på intervjuens utformning. Vi anser att det var en styrka med pilotstudien att båda studenterna deltog i samtliga intervjuer då det medförde att studenterna kunde komplettera varandra under intervjun med följdfrågor till deltagaren samt diskussioner kunde senare utföras utifrån olika tolkningar av resultatet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att psykiatrisjuksköterskan i öppenvården arbetar dagligen med suicidnära patienter och suicidriskbedömningar vilket ibland upplevs som tungt och ansvarsfullt då det innebär att de oftast står ensamma i sin bedömning. Trots

komplexiteten som en suicidriskbedömning innebär tolkas det som att psykiatrisjuksköterskan utvecklas i sin profession och självständighet vilket beskrivs i kompetensbeskrivningen för psykiatrisjuksköterskor som förmåga att kunna bedöma och värdera behovet av akuta insatser eller en medicinskbedömning (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I en studie framkommer det att sjuksköterskor som arbetar i öppenvården upplever det som positivt att vara självständig i sitt arbete men att detta också innebär att de är ensamma i rollen som beslutsfattare i omvårdnadsbedömningar vilket kunde upplevas som svårt (Magnusson, Högberg, Lützén och Severinsson, 2004). Bland det svåraste i att arbeta ensam är att inte ha någon att vända sig till för att kunna diskutera och rådgöra med när behovet finns.

Resultatet visar att psykiatrisjuksköterskan har ett holistiskt synsätt i omvårdnaden och använder sig av en helhetssyn vid suicidriskbedömningar där patientens verbala och ickeverbala kommunikationen vägs in i bedömningen. Fossum (2013) beskriver kommunikation som både kroppsspråk och det verbala, inom det verbala ingår även det ”osagda” det som inte sägs klart och tydligt. Detta tolkas som psykiatrisjuksköterskans förmåga att i kommunikationen med patienten tolka och värdera subtila signaler och att väga in det i sin bedömning (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017). Det kan vara utmanande för oerfarna sjuksköterskor med lite klinisk erfarenhet eller bristande kunskap att uppfatta de subtila signalerna från patienterna som kan tyda på suicidrisk. Enligt tidvattenmodellen skall psykiatrisjuksköterskan utgå från ett holistiskt synsätt som innebär att se hela människan (Brooks, 2006). Komplexiteten i suicidriskbedömningen utgår ifrån att psykiatrisjuksköterskan måste väga in och tolka flera delar och utgå från ett helhetsperspektiv i sin bedömning. För att kunna utföra bedömningar och god omvårdnad till den suicidnära patienten är det av vikt att psykiatrisjuksköterskan är medveten om sina känslouttryck samt att inte bli för känslomässigt engagerad i patienten (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017). Det beskrivs som svårt för psykiatrisjuksköterskan att bedöma suicidrisken då patienter döljer eller har svårigheter att uttrycka sina känslor och tankar (Carlén & Bengtsson, 2007).

Det framkommer även under intervjuerna att psykiatrisjuksköterskan använder sig av sin intuition vid suicidriskbedömningar. Detta bekräftas i studier och beskrivs som att sjuksköterskan ofta använder sig av sin intuition i omvårdnaden och i sina bedömningar (Aflague & Ferszt, 2010; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Larsson, Nilsson, Runeson & Gustavsson, 2007; Magnusson, Högberg, Lützén & Severinsson, 2004). Intuitionen kan beskrivas som en känsla eller förnimmelse av patientens psykiska status (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017). Känslan går inte alltid att lita på för det är inte alltid att den stämmer vilket kan leda till felbedömningar.

Psykiatrisjuksköterskan beskriver fördelar med att ha kännedom om och kunna tolka patientens signaler i suicidriskbedömningen vilket underlättas av den terapeutiska alliansen. En etablerad kontakt med patienten möjliggör för psykiatrisjuksköterskan att kunna uppmärksamma förändringar i patientens psykiska välbefinnande (Magnusson, Högberg, Lützén & Severinsson 2004).

Detta styrks av Welch (2005) som beskriver att terapeutisk allians är när patienten vågar öppna sig och kan vara ärlig med sin behandlare.

I resultatet framkommer det att psykiatrisjuksköterskorna har erfarenhet av att ha behandlat patienter som senare suiciderat. När suicid inträffar påverkar detta sjuksköterskan känslomässigt (Aflague & Ferszt, 2010; Matandela & Matlakala, 2016; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Midence, Gregory & Stanley, 1995). Den värsta delen av arbetet är när en patient dör till följd av suicid (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017). De känner skuld då ett suicid inträffar och de upplever det som ett misslyckande, att de borde ha varit mer uppmärksamma och de ifrågasätter då sin kompetens (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Talseth, Lindseth, Jakobsson & Norberg 1997). Suicid visade sig ha stor negativ påverkan på sjuksköterskan och kunde visa sig genom ökad stress, påverkad självkänsla, känslomässigt trauma, depression samt rädsla att förlora sitt arbete (Matandela & Matlakala, 2015).). Sjuksköterskor med erfarenhet av att en patient suiciderat menar att det gör ett sådant intryck att det införlivades i deras suicidriskbedömningar (Aflague & Ferszt, 2010).

Vad som framkom under intervjuerna var att det ställs höga krav på psykiatrisjuksköterskornas kompetens i öppenvården och i arbetet med suicidnära patienter. Psykiatrisjuksköterskan skall kunna se hela patienten och kunna tolka och göra en bedömning utifrån vad patienten kommunicerar. Att arbeta med människor i kris och använda sig själv som ett redskap i samtalen och bedömningar innebär att psykiatrisjuksköterskan måste använda och lita på sin kompetens för att känna sig trygg.

Konklusion

Resultatet visar på att psykiatrisjuksköterskan dagligen möter suicidnära patienter i arbetet på en öppenvårdsmottagning och har en viktig och central roll i att bedöma suicidrisken. Resultatet i studien visar på att trots många års erfarenhet upplever psykiatrisjuksköterskan det som en komplex och ansvarsfull arbetsuppgift. Psykiatrisjuksköterskan i öppenvården skall till skillnad från sjuksköterskan i slutenvården självständigt utföra suicidriskbedömningar. Sjuksköterskan upplever att de behöver ta ett stort ansvar och att de många gånger kan känna sig ensamma i bedömningen av suicidrisken. När psykiatrisjuksköterskorna var nya i öppenvården så förlitade de sig mycket på olika bedömningsformulär. Allt eftersom de fått mer erfarenhet användes bedömningsformulär mer som ett komplement i bedömningen. Psykiatrisjuksköterskan visar på ett utvecklat och mer holistiskt synsätt där deras intuition var en avgörande faktor vid suicidriskbedömningar.

Implikation

Psykiatrisjuksköterskan i öppenvården är en viktig del i det suicidpreventativa arbetet och i omvårdnaden av suicidnära patienter. Efter att ha genomfört pilotstudien anser vi

att det skulle behövas en fullskalig studie med samma metod som studenterna för att få ytterligare insikt och förståelse för psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av suicidriskbedömningar i öppenvården. Vidare forskning skulle kunna ge en fördjupad kunskap om psykiatrisjuksköterskans kompetens vid suicidprevention och för utvecklandet av omvårdnad vid risk för suicid.

Referenser

- Aflague, J. M., & Ferszt, G. G. (2010). Suicide assessment by psychiatric nurses: a phenomenographic study. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(4), 248-256. doi:10.3109/01612840903267612
- Anderson, M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour -- a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing, 25*(6), 1283-1291. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.19970251283.x
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care, 37*(3), 79-87.
- Barker, P.J. & Buchanan-Barker, P. (2004). Beyond empowerment: revering the storyteller. *Mental Health Practice, 7*(5), 18-20.
- Beskow, J. (2000). Samtal med självmordsnära människor. I J. Beskow (Red.), *Självmord och självmordsprevention*. (s. 150-200). Lund: Studentlitteratur.
- Beskow, J., Palm Beskow, A. & Ehnvall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bickley, H., Hunt, M, I., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L. & Kapur, N. (2013). Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatric Services, 7*(7), 653. doi:10.1176/appi.ps.201200026.
- Brooks, N. (2006). Tidal model of mental health recovery. In A, M. Tomey & M, R. Allgood (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work* (6. ed., p. 696-725). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Carlén, P., & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(4), 257-265.
- Collins, J. M. (2003). Original article: impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 9*159-162. doi:10.1016/S1078-3903(03)00221-0
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård- teori och tillämpning. I Edberg, A., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H & Öhlén, J. (Red.). *Omvårdnad på*

avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. (sid. 29-53). Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation- Samtal och bemötande i vården*. (s. 25-50). Lund: Studentlitteratur.

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*, 3131-37. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.018

Hedelin, B. (2006). Att främja psykiatrisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa- psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.). *Psykiatrisk omvårdnad- att stödja hälsofrämjande processer*. (s. 63-83). Lund: Studentlitteratur.

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

Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B., & Gustafsson, B. (2007). Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the sympathy–acceptance–understanding–competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21222-232. doi:10.1016/j.apnu.2007.02.010.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund- Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 211-226). Lund: Studentlitteratur.

Magnusson, A., Högberg, T., Lützén, K., & Severinsson, E. (2004). Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term mental illness. *Nursing & Health Sciences*, 6(1), 19-27.

Matandela, M., & Matlakala, M. C. (2016). Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital. *Health SA Gesondheid*, 21(1), 54-59. doi:10.1016/j.hsag.2015.10.001

Midence, K., Gregory, S., & Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 115-120. doi:10.1111/1365-2702.ep11552865

Mäkinen, I. H., Beskow, J., Jansson, A., & Odén, B. (2002). Historical perspectives on suicide and suicide prevention in Sweden. *Archives of Suicide Research*, 6(3), 269-284.

Nationell Prevention av Suicid och Psykisk Ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP]. (2017). Självmord i Sverige. Hämtad 180502 från: <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige-0>

Nationell Prevention av Suicid och Psykisk Ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP]. (2016). Hur räknar man självmordsstatistik?. Hämtad 180517 från: <https://ki.se/nasp/hur-raknar-man-sjalvmordsstatistik>

Nationell Prevention av Suicid och Psykisk Ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. (2009). *Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan*. Hämtad 180117 från: https://ki.se/sites/default/files/kunskapssammanstallning_2009.pdf

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868. doi:10.1038/mp.2009.29

Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R., Angermeyer, M., Beautrais, A., & ... de Girolamo, G. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS MEDICINE*, (8). 0856.

Ottoson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (Eds.). (2012). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor [PRF]., Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad 141208 från: <http://psykriks.se/wp-content/uploads/2012/07/Kompetensbeskrivning-psykiatri.pdf>

Ringskog Vagnhammar, S. (2011). *Suicidriskbedömning*. (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2011:14). Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

SKL. (2017). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa*. Hämtad 180523 från:
<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/assets/uploads/2018/01/Beslut-om-overenskommelse-2018.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest och ångestsyndrom- Stöd för styrning och ledning. Remissversion*. Hämtad 171022 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2007). *Självmod anmälda enligt Lex Maria 2006: En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m mars 2007*. Hämtad 180117 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8998/2007-109-22_200710922.pdf

Socialstyrelsen., Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention- befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*.
Hämtad 180502 från:
http://ki.se/sites/default/files/forslag_till_nationellt_program_for_suicid_prevention_0.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). *Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 171018 från:
http://www.sbu.se/contentassets/29385a6975a0403e807c7d4aa87576d7/instrument_bedomning_suicidrisk_2015.pdf

Talseth, A. G., Lindseth, A., Jacobsson, L., & Nordberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients / Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, (5), 359.

Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. (n.d). *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 161-165.
<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.bib.hh.se/doi/epdf/10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x>

Vatne, M., & Nåden, D. (2012). Finally, it became too much - experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 304-312. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00934.x

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide- A global imperative*. Hämtad 2018-04-17 från
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). *Preventing suicide a resource for media professionals update 2017*. Hämtad 180329 från:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 180418 från:
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Maria Sturk. Leg. Sjuksköterska,
specialist inom psykiatrisk omvårdnad,
magister i omvårdnad. Arbetar inom
psykiatrisk öppenvård.

Dennis Persson. Leg. Sjuksköterska,
specialist inom psykiatrisk omvårdnad,
magister i omvårdnad. Arbetar inom
psykiatrisk öppenvård.



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se