



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning psykiatrisk vård 60 hp



Sjuksköterskans kommunikation med den
suicidnära patienten inom psykiatrisk
heldygnsvård

Frida Lind och Cecilie Syberg

Omvårdnad 15 hp

Halmstad 2018-05-30

Titel	Sjuksköterskans kommunikation med den suicidnära patienten inom psykiatrisk heldygnsvård
Författare	Frida Lind och Cecilie Syberg
Sektion	Akademien för hälsa och välfärd
Handledare	Henrika Jormfeldt, universitetslektor och docent i omvårdnad
Examinator	Ingela Skärsäter, professor i omvårdnad
Tid	2018-05-30
Sidantal	16
Nyckelord	Kommunikation, Sjuksköterska, Suicidnära, Trygghet

Sammanfattning

Problemformulering: Att vårda den suicidnära patienten är en komplex uppgift, där sjuksköterskan behöver en tydlig struktur i sin kommunikation för att erbjuda en likvärdig och patientsäker vård. Genom att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten, kan eventuella behov av ytterligare kunskap uppmärksammas och synliggöras. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten inom psykiatrisk heldygnsvård. **Metod:** Studien genomfördes med en kvalitativ induktiv ansats där sju sjuksköterskor inom den psykiatriska heldygnsvården i västra Sverige intervjuades. **Resultat:** I dataanalysen framkom tre kategorier: *Behovet av struktur, Vikten av utbildning och handledning och Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp*. Kategorierna bildade resultatets övergripande tema: ”Strategier för att skapa trygghet”. **Slutsats:** För att kommunicera med den suicidnära patienten på ett fullgott sätt är sjuksköterskan i behov av trygghet, vilket kan skapas genom stöd från arbetsgivare i form av utbildning och handledning. Det krävs också strukturella förutsättningar som tydliga riktlinjer och rutiner, samt en god kommunikation med kollegor. Ett gemensamt arbetssätt i kombination med sjuksköterskans individuella förutsättningar kan ge den suicidnära patienten en så jämlik vård som möjligt.

Title	The nurse`s communication with the suicidal patient in the psychiatric inpatient care
Author	Frida Lind and Cecilie Syberg
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Henrika Jormfeldt, Associate Professor in Nursing Science
Examiner	Ingela Skärsäter, Professor in Nursing Science
Period	2018-05-30
Pages	16
Key words	Communication, Nurse, Safety, Suicidal

Abstract

Problem statement: Taking care of a patient with a suicidal problematic is complex, where the nurse needs a structure in the communication to offer an equivalent and patient-safe care. By examining the nurse's experience of communicating with the suicidal patient, any need for further knowledge may be highlighted and made visible.

Purpose: The purpose of the study was to describe the nurse`s experiences of communicating with the suicidal patient in the psychiatric inpatient care. **Method:** The study was conducted with a qualitative inductive approach, seven nurses in the psychiatric inpatient care in western Sweden were interviewed. **Result:** Three categories emerged from the data analysis: *The need of structure*, *The importance of education and tutoring* and *The communication as a way to convey hope*. The categories formed the overall theme of the result: "Strategies to establish safety".

Conclusion: In order to communicate with the patient with a suicidal problematic, the nurse is in need of security, which can be created through support from employers in the form of education and supervision. It also requires structural conditions such as clear guidelines and procedures, as well as good communication with colleagues. A common approach in combination with the nurse's individual conditions can provide the suicidal patient an equal care.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Suicidnära patient	2
Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk heldygnsvård	2
Kommunikation	4
Teoretisk referensram	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	5
Datainsamling	6
Databearbetning	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	7
Behovet av struktur	7
Vikten av utbildning och handledning	8
Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp	9
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	15
Implikation	15

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Analystabell

Inledning

Över hela världen dör cirka 800 000 personer i suicid varje år och antalet som försöker begå suicid är ännu fler (World Health Organization, 2018). Under 2016 vårdades 6945 personer i Sverige på sjukhus på grund av suicidförsök och självdestruktiva handlingar (Folkhälsomyndigheten, 2017). Antalet vårdtillfällen för suicidprevention var fler, vilket betyder att vissa patienter vårdades på sjukhus upprepade gånger (ibid). Ett stort ansvar ligger hos den psykiatriska heldygnsvården där sjuksköterskan arbetar nära patienten (Larsson, Nilsson, Runesson & Gustafsson, 2007; Britton, Bryan & Valenstein, 2016). Att som sjuksköterska vårda en suicidnära patient är en krävande arbetsuppgift (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Svenska psykiatriska föreningen, 2013). Senare studier visar att patienter som vårdas för suicidförsök har svårt att återhämta sig om de upplever hopplöshet och brist på strategier för att hantera sin situation (Sun, Lu, Tseng & Chiang, 2017). Det är därför viktigt att sjuksköterskan inger hopp och strävar efter att patienten ska uppnå ett så stabilt mående som möjligt under vårdtiden (ibid). Enligt Sakinofsky (2014) bör en suicidnära patient som vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård vara under kontinuerlig observation och sjuksköterskan bör vara tillgänglig för samtal. Under samtal kan balansen mellan att vara känslomässigt engagerad och att vara professionellt distanserad vara en utmaning för sjuksköterskan (Hagen et al., 2017; Svenska psykiatriska föreningen, 2013). Sociala färdigheter i kombination med professionell kompetens speglar sjuksköterskans förmåga att kommunicera med patienten (McCance & McCormack, 2013). Det är av vikt att sjuksköterskan är medveten om sina egna värderingar då dessa kan påverka patientens återhämtning (ibid). Omvårdnaden av den suicidnära patienten kan väcka egna existentiella tankeställningar hos sjuksköterskan, och för att upprätthålla balansen mellan att vara känslomässigt engagerad och att vara professionell behövs emotionellt stöd i kombination med en kontinuerlig utbildning (Talseth & Gilje, 2011). Enligt Svenska psykiatriska föreningen (2013) krävs det fortbildning i suicidpreventionsarbete för att som sjuksköterska kunna känna trygghet i mötet med den suicidnära patienten. Först när sjuksköterskan känner trygghet kan patientens behov tillgodoses (ibid). Patienter kan uppleva att sjuksköterskan har brist på tid och även en negativ attityd eller rädsla för patientens suicidbenägenhet (Sun, Long, Boore & Tsao 2004; Andersson, 2013). Patienten beskriver dessa aspekter som negativ inverkan på återhämtningen, medan förståelse från sjuksköterskan skapar trygghet (ibid). Ett bemötande som patienten uppfattar som avvisande eller kränkande kan leda till skam och flyktreaktion, vilket försvårar och kan omöjliggöra förtroendet för sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2003). Ett genuint intresse från sjuksköterskan kan därmed leda till känslor som att patienten är värdefull och det kan i sin tur skapa tillit och en god relation, vilket ger en god grund för en meningsfull vårdtid (Lees, Procter & Fassett, 2014).

Bakgrund

Suicidnära patient

En suicidnära patient beskrivs som en person med allvarliga suicidtankar där det finns risk för suicidförsök inom den närmsta tiden, eller en person som det senaste året har försökt begå suicid (Socialstyrelsen, 2003). Suicidhandlingar kan ske till följd av psykisk och fysisk ohälsa, men även under påverkan av alkohol eller narkotika, stress eller en ökad yttre påfrestning. (Socialstyrelsen, 2003; Ottosson, 2015; WHO, 2018). En suicidal handling kan även påverkas av hur en person hanterar svårigheter i sitt liv (Ottosson, 2015). Det finns en tydlig koppling mellan suicid och personer med psykisk ohälsa och missbruk (WHO, 2018; Østergaard, Nordentoft & Hjorthøj, 2017). Grupper som är utsatta för diskriminering som flyktingar, HBTQ-personer och kriminella personer löper större risk för suicidala handlingar (WHO, 2018). En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till suicidtankar och suicidförsök är depression och ångestsyndrom, som tillhör de stora folksjukdomarna i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Personer som är diagnostiserade med emotionellt instabil personlighetsstörning utför flest suicidförsök medan personer diagnostiserade med schizofreni genomför flest fullbordade suicid (Østergaard et al., 2017). Personer diagnostiserade med schizofreni löper även större risk att missbruka alkohol eller andra droger, vilket i sin tur är associerat med förhöjd suicidrisk (ibid). I övrigt kan faktorer som att personen är manlig eller om personen är bostadslös höja suicidrisken (Hunt et al., 2016). I de fall en suicidnära person är i behov av psykiatrisk heldygnsvård, uppges upplevelser som isolation, ångest, känsla av att förlora kontroll och känsla av att bli sedd som ett objekt (Lees et al., 2014). Patienten är i behov av uppriktigt engagemang där sjuksköterskan sitter ned och lyssnar, frågar hur patienten mår och verkligen försöker få kontakt. På så sätt kan de suicidal tankarna komma fram i ljuset och ge patienten avlastning genom att få dela tankar och känslor han eller hon burit på i ensamhet. Patienten kan uppleva svårigheter att börja prata om sitt mående, speciellt om det finns pågående planer om att ta sitt liv. Tillit kan också vara svårt eftersom många patienter har brist på tillit till personer i övrigt (ibid). Perioden efter vårdtiden inom den psykiatriska heldygnsvården anses vara mest riskfylld för den suicidnära patienten, vilket är viktigt att vara medveten om för att tillgodose patientens behov av tät och kompetent uppföljning efter vårdtiden. (Yaseen, Galynker, Cohen & Briggs, 2017). En eller flera perioder med suicidnära tankar och inneliggande vård kan leda till fortsatt psykisk smärta och svårigheter att hitta glädje i livet längre fram i tiden (Tillman, Clemence, Cree, Lewis, Stevens & Reiss, 2017).

Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk heldygnsvård

Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk heldygnsvård kan se olika ut beroende på vilken fas den suicidnära patienten befinner sig i under vårdtiden (Beskow, Beskow & Ehnvall, 2013). Ett suicidförsök eller allvarlig suicidalitet med påträngande suicidtankar kan beskrivas som ett trauma och sjuksköterskan bör därmed behandla patientens omedelbara behov, främst att finnas nära. Sedan bör den suicidnära

patienten så långt som möjligt stödjäs i att själv ta hand om sig och bearbeta sin situation med hjälp av sjuksköterskan (ibid). Sjuksköterskan ansvarar för att tillvarata patientens behov utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). En sjuksköterska som arbetar utefter ett personcentrerat och sympatiskt förhållningssätt är tillgänglig för patienten och ser till patientens grundläggande behov (Larsson, Nilsson, Runesson & Gustafsson, 2007; Britton et al., 2016). Sjuksköterskan bör visa patienten bekräftelse genom att finnas i patientens närhet och visa sig tillgänglig när patienten vill prata (ibid). Då patienten är redo att prata är det viktigt att sjuksköterskan ger utrymme för de suicidala tankarna för att skapa en öppen och trygg relation till patienten (Larsson et al., 2007). Genom ett accepterande förhållningssätt lägger inte sjuksköterskan någon värdering i det patienten uttrycker. Sjuksköterskan belyser vikten av att inte ifrågasätta eller negligera patientens hopplöshetskänslor utan finnas närvarande och inte försöka övertyga patienten att tänka på ett specifikt sätt (ibid). Sjuksköterskans emotionella engagemang påverkar patientens egna sätt att tänka och reflektera över sina suicidala tankar (Yaseen et al., 2017). Enligt Berg, Rörtveit och Aase (2017) speglar sjuksköterskans bemötande den suicidnära patientens känsla av trygghet och egenvärde. Den suicidnära patienten känner sig värdefull när sjuksköterskan tar sig tid, visar medkänsla och intresse för patientens livssituation samt har ett empatiskt förhållningssätt. På så sätt kan suicidtankar minska och patientens förmåga att tro på sig själv öka (ibid). Sun et al. (2017) belyser vikten av att sjuksköterskan lyfter fram hur viktig patienten är i relation till sina närmsta anhöriga och på så sätt ingår i ett socialt sammanhang.

För att sjuksköterskan ska kunna erbjuda den suicidnära patienten ett gott bemötande och en adekvat omvårdnad finns behov för struktur och rutiner på arbetsplatsen (Hunt et al., 2016). En stressig och ostrukturerad miljö på avdelningen påverkar både patienter och personal negativt. Brist på erfaren personal samt bristande kommunikation mellan personal kan leda till att viktig information om patienten missas. Det finns behov av att förbättra dokumentationen i patientjournalen samt att tydliggöra vem som ansvarar för suicidriskbedömningar (ibid).

Sjuksköterskan kan uppleva att den psykiatriska omvårdnaden huvudsakligen går ut på att observera och medicinera den suicidnära patienten (Lees, Procter & Fassett, 2014). Brist på tid och resurser från sin arbetsgivare kan leda till sämre möjligheter att prata med patienten, och ett större fokus läggs därmed på den medicinska delen av behandlingen. I vissa fall undviker sjuksköterskan kontakt med den suicidnära patienten om situationen är för komplex. Sjuksköterskan kan uppleva att patientsituationen är för svår och det kan göra att sjuksköterskan känner sig nervös, dränerad eller misslyckad. Behovet av handledning, debriefing och utbildning är därmed betydelsefullt för att sjuksköterskan ska känna sig trygg och kompetent i omvårdnaden av den suicidnära patienten (ibid). I de riktlinjer som är framtagna för vårdprogrammet i Suicidprevention i Halland finns det beskrivet att all personal som

arbetar med suicidnära patienter ska vara införstådda och arbeta utefter dessa (Region Halland, 2012).

Kommunikation

Begreppet samtal kommer ifrån ordet *kommunikation* vilket betyder *göra gemensam* (Fredriksson, 2012). Vårdande kommunikation kan kopplas till sjuksköterskans yrkesansvar i relation till den suicidnära patienten, eftersom kommunikationen kan användas som ett medel för att lindra lidande, uppnå hälsa och till slut uppnå de mål som varje enskild patient har satt upp med sitt liv (ibid). Vid en klinisk bedömning av den suicidnära patienten krävs en god samtalsfärdighet, kunskap och erfarenhet hos sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2017). Kommunikationsförmåga är sjuksköterskans viktigaste färdighet, varav den icke-verbala kommunikationen är av stor vikt (McLaughlin, 1999). En stor del av att arbeta som sjuksköterska inom den psykiatriska heldygnsvården är även att lyssna empatiskt (ibid). Sjuksköterskan bör även vara den som är aktiv och tar initiativ i dialogen med patienten och inte förväntar sig att patienten ska komma till sjuksköterskan (Kanerva, Kivinen & Lammintakanen, 2015).

Teoretisk referensram

Enligt Tidvattenmodellen bör sjuksköterskan vara följsam och flexibel i sitt bemötande och möta patienten där han eller hon befinner sig. Sjuksköterskan bör se till vilket stöd patienten är i behov av och då erbjuda och ge patienten den hjälp och stöttning för att han eller hon ska kunna komma vidare i sin återhämtning (Barker, 2001). Tidvattenmodellen beskriver vikten av att lyssna, förstå och visa en ärlig nyfikenhet för patientens historia för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienten att själv förstå sitt mående och hur det ständigt förändras (ibid). Lyssnandet är själva grunden i kommunikationen och ett aktivt lyssnande innebär ett uppriktigt intresse för patientens situation där sjuksköterskan är mentalt närvarande i samtalet och endast fokuserad på patienten (Andersson, 2013). Samtalet bör få ta den tid det tar och sjuksköterskan bör känna in situationen och agera utefter patientens svar (Beskow, Beskow & Ehnvall, 2013). Tidvattenmodellen kan uppmuntra sjuksköterskan att våga komma nära patienten samt validera patientens upplevelse av sin situation, vilket kan tillfredsställa patientens behov av att bli förstådd (Barker, 2001). Genom att komma nära patienten och hans eller hennes suicidnära tankar bidrar sjuksköterskan till att minska tabu kring suicidalitet (Beskow et al., 2013). Barker (2001) beskriver vidare att Tidvattenmodellen kan öka sjuksköterskans kunskap om hur ett närvarande och flexibelt bemötande kan vara avgörande för människor i kris. Kunskapen kan ge sjuksköterskan en större trygghet, som skapas när en klar och tydlig bild av patientens behov och resurser bildas. På så sätt kan sjuksköterskan gemensamt med patienten komma fram till nästa steg i återhämtningen. Fokuset ligger därmed på patientens relation till sin ohälsa, snarare än ohälsan i sig, vilket ger sjuksköterskan möjlighet att erbjuda en personcentrerad omvårdnad med ett holistiskt synsätt (ibid).

Problemformulering

Att vårda den suicidnära patienten är en komplex uppgift, där sjuksköterskan behöver en tydlig struktur i sin kommunikation för att erbjuda en likvärdig och patientsäker vård. Genom att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten, kan eventuella behov av ytterligare kunskap uppmärksammas och synliggöras. Detta för att ge sjuksköterskan trygghet i omvårdnaden av den suicidnära patienten.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten inom psykiatrisk heldygnsvård.

Metod

Design

Studien genomfördes med en kvalitativ forskningsmetod med induktiv ansats. Den induktiva ansatsen innebar en förutsättningslös analys av informanternas berättelser av sina erfarenheter och kategoriserades som sökande efter mönster, likheter och olikheter (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Den kvalitativa designen användes i studien eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att kommunicera med suicidnära patienter. Erfarenheterna beskrevs med informanternas egna ord, vilket gav en djupare förståelse för fenomenet (Polit & Tatano Beck, 2014).

Urval

Informationsbrev med studiens syfte, tillvägagångssätt samt aktuella intervjufrågor utformades och skickades till verksamhetschef. Efter ett godkännande från verksamhetschefen skickades informationsbrev till avdelningschefer på heldygnsvårdens åtta avdelningar, med uppmaningen att informera alla sjuksköterskor om studien. Sju sjuksköterskor svarade och var positiva till att delta i studien. Inklusionskriteriet var arbetslivserfarenhet inom den psykiatriska heldygnsvården i minst ett år. Exklusionskriterierna var arbetserfarenhet mindre än ett år samt liten eller ingen erfarenhet av att arbeta med suicidnära patienter, dock behövde inga informanter exkluderas då samtliga hade arbetat mer än ett år inom psykiatri. Arbetslivserfarenheten bland informanterna var i genomsnitt sex år. Av informanterna var det sex kvinnor och en man. Två sjuksköterskor var specialistutbildade inom psykiatri och fem var grundutbildade sjuksköterskor.

Datainsamling

Sju intervjuer genomfördes med nio förberedda intervjufrågor under januari och februari 2018. Ett flertal följdfrågor hade också förberetts men ytterligare följdfrågor uppkom under tiden intervjuerna hölls, vilket är karaktäristiskt för kvalitativ forskning (Polit & Tatano Beck, 2014). Informanterna fick själva bestämma var och när intervjuerna skulle genomföras och fick sedan intervjufrågorna tillskicka för att kunna förbereda sig. Inför varje intervju skrev varje informant på varsitt samtyckesformulär. Beslut om hur intervjuerna skulle se ut och hur länge de skulle pågå fick växa fram under intervjuprocessen. Under intervjuerna eftersträvades trygghet, öppenhet och tillit för att informanterna lättare skulle kunna öppna sig och berätta. Intervjuerna spelades in och varade mellan tio till tjugosex minuter.

Följande frågor och *följdfrågor* hade förberetts: Vad anser du är av största vikt vid vårdande av den suicidnära patienten? Vilka är dina erfarenheter av den suicidnära patientens behov av att samtala om sin livssituation? Hur skulle du vilja beskriva din kommunikation med den suicidnära patienten? *Har du något specifikt tillvägagångssätt i samtalen? Hur tillvaratar du informationen från samtalen i den fortsatta omvårdnaden?* Upplever du att du har den kunskap du behöver för att kommunicera och möta den suicidnära patienten? *Vilka kunskaper använder du dig utav? Känner du dig trygg i mötet med den suicidnära patienten? På vilket sätt? Kan du beskriva några särskilda svårigheter i kommunikationen och mötet med den suicidnära patienten? Att arbeta med suicidnära patienter kan vara känslomässigt påfrestande, på vilket sätt får du stöd i att hantera dina känslor och tankar? Vilka möjligheter till din kompetensutveckling kring bemötande av suicidnära patienter har du tillgång till? Finns behov av mer utbildning i bemötande av suicidnära patienter? Är det något du skulle vilja förändra eller utveckla i avdelningens arbete med suicidnära patienter? Har du något ytterligare att tillägga och som vi inte redan har pratat om i intervjun?*

En intervju genomfördes gemensamt medan resterande genomfördes enskilt, tre vardera. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant.

Databearbetning

Kvalitativ innehållsanalys har använts där fokus har legat på att identifiera likheter och olikheter i intervjuvaren (Graneheim et al., 2017). Det första steget var att lyssna igenom intervjuerna för att sedan transkribera. De transkriberade intervjuerna lästes sedan igenom ett flertal gånger för att få grepp om innehållet. Som stöd i analysen användes tabeller (Bilaga A). I tabellerna skapades meningsenheter, det vill säga hela meningar eller utsagor från informanterna där innehållet behåller sitt sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande delar av texten kondenserades, det vill säga att meningen bröts ned och essensen belystes (ibid). De kondenserade meningsenheterna märktes med koder som sedan utgjorde kategorierna: *Behovet av struktur, Vikten av utbildning och handledning och Kommunikationen som ett sätt att*

förmedla hopp. En kategori inkluderar ofta saker, åsikter, erfarenheter, attityder eller uppfattningar och ska kunna besvaras med ett ”vad?” (Graneheim et al., 2017). Kategorierna utgörs av ett flertal koder med likartat innehåll som skapas för att jämföras med övriga kategorier. Utmaningen med att använda kategorier är att behålla samma betydelse i innehållet i varje steg under analysprocessen (ibid). Utifrån kategorierna synliggjordes ett övergripande tema: ”Strategier för att skapa trygghet”.

Forskningsetiska överväganden

Forskning som avser människor får endast utföras om den har godkänts vid en etikprövning, och syftet med lagen är att skydda och respektera den enskildes människovärde (SFS 2003:460). Studien har godkänts av den lokala etikkommittén vid Akademin för hälsa och välfärd vid Högskolan i Halmstad (Dnr UI 2018/51). Studien har också godkänts av verksamhetschef för den psykiatriska heldygnsvården i västra Sverige. För att skapa beredskap att möta eventuell risk att informanterna kunde återuppleva svåra minnen eller känna otillräcklighet i sin yrkesprofession, gavs utrymme för samtal och reflektion. Studiens intervjusituationer gav informanterna en möjlighet att reflektera över sina erfarenheter och kunskaper och bidra till att synliggöra eventuella behov av kvalitetsutveckling för en mer effektiv och mindre kostsam vård av den suicidnära patienten.

Resultat

Det resultat som framkom i dataanalysen av informanternas erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten var *Behovet av struktur, Vikten av utbildning och handledning* och *Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp*. Kategorierna bildade tillsammans resultatets övergripande tema ”Strategier för att skapa trygghet” som belyser sjuksköterskornas behov av trygghet – för att kunna kommunicera med den suicidnära patienten. För att sjuksköterskan ska kunna känna trygghet behöver organisatoriska, individuella och relationella förutsättningar vara tillgodosedda.

Behovet av struktur

Informanterna hade inga erfarenheter av specifika och strukturerade tillvägagångssätt vid kommunikationen med den suicidnära patienten. Informanterna fick oftast prova sig fram till vad som fungerade vid samtal. Det var önskvärt med mer konkreta riktlinjer redan som ny sjuksköterska för att lära sig hur de skulle gå tillväga och agera utifrån svaren de fick från patienten. Resultatet visade att ”godtyckliga bedömningar” ökade då det inte fanns någon struktur eller mall att utgå ifrån vid bedömning av patienten, vilket kunde påverka patientsäkerheten negativt. Det

efterfrågades även strukturerade hjälpmedel att kunna erbjuda patienten vid försämrat mående, informanten uppgav att det hade varit värdefullt att kunna ge något handgripligt verktyg till den suicidnära patienten och även till patientens anhöriga. I resultatet beskrevs tidsbristen som utmanande, då det ofta var mycket att göra på avdelningen innan tid med patienten prioriterades.

”Ibland känner jag att jag har mycket att göra på avdelningen, mycket lösa trådar. Så då kan det vara lite sådär att sätta sig, då måste jag få gjort det först. Och då kan det vara farligt ibland, kanske inte tiden finns till slut.”

Informanterna var i behov av goda förutsättningar från arbetsgivare för att få tid till att kommunicera med den suicidnära patienten. Det fanns också behov av handledning eller att få tid för återhämtning efter perioder med hög vårdtyngd, då sjuksköterskan själv kunde känna sig trött och utarbetad och därmed missa viktiga signaler från den suicidnära patienten.

Dokumentationen användes som ett verktyg i omvårdnaden av den suicidnära patienten. Dokumentationen blev beskriven som viktig för att journalföra vad som framkommit vid samtal, att informationen framkom till kollegor och läkare samt att sjuksköterskan själv kunde gå tillbaka och lättare följa upp samtal. Det framkom att dokumentationen var bristfällig och behövde förbättras.

I resultatet framkom det att de förbättringar, arbeten och material som personalen gemensamt arbetat fram i grupper på avdelningen var utvecklande, och det påverkade motivationen hos personalen positivt och även känslan av att röra sig framåt som grupp växte.

Vikten av utbildning och handledning

Den kunskap informanterna använde i kommunikationen med den suicidnära patienten kom från erfarenhet de erhållit i sitt yrkesliv samt deras livserfarenheter. Erfarenheter av att känna otrygghet och osäkerhet i början av sin karriär som sjuksköterska uttrycktes, men för varje möte och samtal med den suicidnära patienten upplevdes en större trygghet i att kommunicera med den suicidnära patienten. Det framkom att sjuksköterskeutbildningen inte gett tillräcklig kunskap och förberedelse på att möta den suicidnära patienten. Arbetsplatsen kunde inte erbjuda den utbildning och de verktyg som behövdes för att känna trygghet i att kommunicera med den suicidnära patienten. Information och kunskap fick sökas upp självständigt, vilket uttrycktes som anmärkningsvärt med tanke på den utmaning det är att arbeta med den suicidnära patienten. Det var önskvärt med mer kontinuerlig och organiserad utbildning för att säkerställa ett likvärdigt arbetssätt som gynnade både patienter och personal. Det framkom att informanterna hade behov av fortlöpande utbildning i att bemöta och kommunicera med den suicidnära patienten för att upprätthålla kunskap och kunna erbjuda den specialistpsykiatriska vård patienten har rätt till.

”Jag tänker att det är något man borde följa upp kontinuerligt precis som att man går på HLR-utbildning kontinuerligt, detta är ju psykiatrins HLR”.

Det fanns behov av mer konkret stöd till sjuksköterskorna som jobbade nära patienten, då det krävdes mycket av sjuksköterskan att ta del av den suicidnära patientens tankar och känslor. Utan goda förutsättningar från arbetsgivare kunde inte sjuksköterskan erbjuda den vård patienten hade rätt till.

”När man pratar om det såhär, så känner man ju att man skulle önska en mer, alltså en mer teoretisk grund och riktlinjer, och från arbetsgivaren då i detta fallet så att vi alla på arbetsplatsen har fått en generell utbildning som: ”såhär gör vi, såhär jobbar vi med dessa frågor” och det har vi inte”.

Det fanns erfarenhet av att söka stöd hos sina kollegor. Främst diskuterade informanterna med de kollegor som stod dem närmst men det uttrycktes även att det fanns en välfungerande spegling och reflektion på avdelningen. Däremot fanns erfarenhet av att de dagar behovet var som störst av reflektion och spegling var de dagar då tiden prioriterades på att dokumentera eller att komma från arbetet i tid. Regelbunden handledning kunde kännas meningsfullt medan även de vardagliga pratstunderna med kollegorna var ett sätt att ventilerat tankar och känslor. Det framkom både positiva och negativa erfarenheter av att på egen hand ta fram nytt material till arbetsgruppen. Vissa upplevde stöd från sina kollegor medan andra upplevde att det inte fanns positivt engagemang i arbetsgruppen.

Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp

Det uttrycktes att det viktigaste i kommunikationen med den suicidnära patienten var att vara närvarande och att genuint lyssna på vad patienten säger. Att som sjuksköterska vara medveten om att relationen till patienten inte är jämlik. Sjuksköterskan har en maktposition, vilket är viktigt att vara medveten om. Det var viktigt att finnas där som en medmänniska, att våga fråga, lyssna och vara närvarande när patienten har det jobbigt. Informanterna belyste vikten av att våga ställa frågor om patientens suicidala och mörka tankar. En allians fick byggas upp med patienten innan samtal om svårigheter togs vid. Det framkom olikheter i att kommunicera med den suicidnära patienten, en del tog initiativ, gick rakt på sak och ställde raka frågor för att visa patienten att personalen var vana att samtala kring suicidalitet samt minska patientens känsla av skuld och skam. Medan andra informanter kände sig mest bekväma i att vänta ut patienten, att patienten själv fick ta initiativ till samtal. Det var viktigt att hålla kommunikationen vardaglig för att patienten skulle känna förtroende och trygghet. Informanterna upplevde att det var påfrestande för patienten att tala om sina suicidala tankar och känslor och att de vardagliga samtalen var värdefulla för återhämtning och en avslappnad stämning. Det framkom att det inte var viktigt vem i personalgruppen patienten valde att öppna sig för, det viktiga var att patienten vågade prata om sina känslor och problem. Informanterna uttryckte vikten av acceptans att

någon annan i personalen hade en bättre allians med patienten och fick förtroendet att ta del av det patienten berättade. Det viktiga är att patienten samtalar med någon i personalen och inte vem patienten samtalar med.

Det framkom att samtalen med den suicidnära patienten behövde prioriteras och ta större plats i omvårdnadsarbetet. Erfarenheter var att patienten upplevde det som värdefullt att någon vågade fråga och en lättnad över att få tala ut om sina tankar. Att avsätta tid var nödvändigt för att ge patienten en chans att känna förtroende för sjuksköterskan. I resultatet beskrevs vikten av att inte vara rädd för tystnaden, och inte heller försöka komma med lösningar direkt, att ibland låta lösningarna växa fram. Informanterna upplevde att patienten ibland hade svårt att öppna sig och att det därför var viktigt att sitta kvar och ge den tiden patienten behövde för att kunna uttrycka sig.

”I början tyckte jag det var svårt att prata med de här patienterna, det är allvarliga grejer man pratar om. Men det tycker jag med åren har man blivit tryggare, genom att utföra samtal så får man ju mer och mer erfarenhet och man blir tryggare på så vis. Men man har ju fått lära sig själv”.

Det framkom ett varierat behov hos den suicidnära patienten att prata under vårdtiden, men att det ofta fanns ett större behov när patienten kände sig trygg. Det framkom inget specifikt tillvägagångsätt i kommunikationen med den suicidnära patienten, däremot fick de prova sig fram vad som kändes rätt under samtalen. Det var av vikt för informanterna att inge hopp till patienten, att berätta att det fanns lösningar på deras problem och att måendet kunde förbättras.

”Ibland har jag hittat på egna strategier, t.ex. att berätta för patienten ”jag vet inte hur, jag vet inte när, jag vet att du någon gång kommer att må bättre, och det enda jag kan berätta för dig är att av alla dom jag har träffat här inne så blir de allra flesta faktiskt bättre och det hoppet du inte kan se nu, det kanske jag kan vikariera hos dig just nu”.

Det uttrycktes svårigheter att inte spegla sin egen frustration tillbaka på patienten, att det var något personalen verkligen fick arbeta med för att patienten skulle återfå hoppet. Den professionella distansen kunde emellanåt vara utmanande att behålla eftersom sympatin för patienten var stor. Därför var det viktigt att inte ta över patientens känslor och tankar, utan istället förmedla hopp. Informanter tog upp anhörigas delaktighet i patientens vård, och uttryckte positiva tankar kring att involvera patientens familj så mycket som möjligt. Det kunde vara fördelaktigt för patienten att ha ett första möte med anhöriga på avdelningen efter ett suicidförsök. På så vis kunde sjuksköterskan stötta och agera som en neutral punkt för patienten. Det upplevdes att patienten var märkbart lättad efter första mötet.

Det framkom erfarenheter av negativa attityder hos personalen, där det fanns risk att patientens suicidal tankar och planer inte blev tagna på allvar. Upplevelser av att patienter som sökte upprepade gånger för suicidtankar och planer kunde få ett tråkigt bemötande och att inläggningsorsaken inte stod i fokus under vårdtiden.

Resultatet visade att informanter kände sig trygga i att vara en del av ett team där de delade ansvaret för kommunikationen med patienten. Vetskapen om att samtliga kollegor i teamet bidrog som stöd för varandra men också i patientens omvårdnad, gjorde att informanterna inte kände sig ensamma i ansvaret.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ forskningsmetod valdes eftersom studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten. För att få en djupare förståelse för människors erfarenheter används ofta intervjuer i den kvalitativa metoden (Graneheim & Lundman, 2004). Sju intervjuer genomfördes i studien där det framkom både likheter och olikheter, vilket gav möjlighet att analysera och jämföra berättelserna för att få fram ny kunskap. Intervjusituationerna gav både intervjuarna och informanterna möjlighet att reflektera över dagens sätt att arbeta med den suicidnära patienten. De förberedda frågorna gav intervjuerna en viss struktur men det fanns hela tiden en öppenhet för följdfrågor utifrån informanternas berättelser, vilket skapade levande och varierande samtal. Att få fram informanternas egna erfarenheter eftersträvades men det fanns en utmaning i att inte hamna i "hur man borde göra", vilket kunde ha påverkat studiens trovärdighet. Detta trots att frågorna var specifikt riktade åt informanternas personliga erfarenheter. Å andra sidan skapades ytterligare möjligheter att reflektera utifrån "hur sjuksköterskan borde arbeta" jämfört med "hur jag som sjuksköterska faktiskt arbetar". Att flertalet intervjuer genomfördes enskilt kan ha påverkat resultatet då personkemi samt intervjuarens förmåga att ställa relevanta följdfrågor kunde spela in. Däremot upplevde informanterna kanske en större trygghet och förtroende under intervjusituationerna med endast en intervjuare. Det visade sig vara skillnad på intervjuernas längd vilket kan ha påverkats av intervjuarens sätt att ställa frågor samt informantens individuella förmåga att uttrycka sig. Den intervjun som genomfördes gemensamt skilde sig inte märkbart åt från de andra sex, vilket stärker studiens pålitlighet. Några av informanterna hade en arbetsrelation till intervjuarna, vilket hade kunnat sätta informanterna i en situation där de faktiska erfarenheterna kunde bli beskrivna på ett sätt som var fördelaktigt för studien, eller motsatt. Däremot fanns det utrymme under intervjusituationerna att klargöra vikten av uppriktiga berättelser och anonymitet. Informanterna uttryckte inga svårigheter vid att de redan hade en relation till intervjuarna, däremot kunde trygghet och tillit upplevas. Ur ett genusperspektiv

kunde studien inkluderat fler män för att stärka studiens överförbarhet, dock var det svårt eftersom endast en man tog kontakt och övriga var kvinnor. Att sjuksköterskeyrket fortfarande domineras av kvinnor har till stor del påverkat detta och speglar hur verkligheten ser ut. Likaså kunde fler specialistsjuksköterskor inom psykiatri inkluderas men det gick inte att genomföra då inga fler specialistutbildade sjuksköterskor visade intresse att delta i studien. Att endast två utav informanterna var specialistutbildade visar en klar och tydlig bild över hur dagens psykiatriska verksamheter ser ut, där allt fler nyutbildade sjuksköterskor arbetar inom den psykiatriska heldygnsvården. Exklusionskriteriet, arbetslivserfarenhet mindre än ett år eller ingen erfarenhet av att arbeta med suicidnära patienter, diskuterades innan studien påbörjades. Genom att inkludera sjuksköterskor med lite eller ingen erfarenhet av suicidnära patienter kunde det framkommit berättelser från de nya sjuksköterskor som också arbetar inom den psykiatriska heldygnsvården. Däremot exkluderades den gruppen och istället lades fokus på mer erfarna sjuksköterskors berättelser och erfarenheter både från nutid men också från tiden då de var nyutbildade sjuksköterskor.

Den induktiva ansatsen användes under analysprocessen för att skapa kategorier utifrån informanternas erfarenheter. Enligt Graneheim et al. (2017) kan det finnas risk att intervjuarnas generella förförståelse av fenomenet som undersöks, speglar valet av kategorier vid den induktiva metoden. Kategorierna *Behovet av struktur, Vikten av utbildning och handledning* och *Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp*, som skapades under dataanalysen, hade kunnat förutspås utifrån den forskning och vetenskap som redan finns inom ämnet. Samtidigt följdes Graneheim och Lundman`s (2004) analysprocess noggrant genom skapandet av analysstabeller innehållande meningsbärande delar av texten, kondenserade meningsenheter, koder och slutligen kategorier. Det faktum att intervjuarna transkriberade varandras intervjuer, texten lästes igenom upprepade gånger gemensamt och slutligen kategoriserades med hjälp av tabellerna, bekräftar studiens pålitlighet ytterligare.

Studiens överförbarhet och generaliserbarhet stärks genom att sjuksköterskor från fem av åtta avdelningar inom den psykiatriska heldygnsvården i västra Sverige, deltagit. Avdelningarnas struktur och inriktning skiljer sig åt och därmed påverkar sjuksköterskornas sätt att kommunicera samt behovet av trygghet, struktur och utbildning. Trots avdelningarnas olikheter framkom liknande erfarenheter hos sjuksköterskorna. Studiens resultat hade kunnat se annorlunda ut om sjuksköterskor från andra län inkluderats men det ansågs vara en för omfattande process. Eftersom intervjumaterialet till slut blev tillräckligt omfattande och samtidigt svarade på syftet ansågs metoden vara lämplig för studien.

Resultatdiskussion

För att sjuksköterskan ska kunna erbjuda den suicidnära patienten ett gott bemötande och en adekvat omvårdnad finns behov för struktur och rutiner på arbetsplatsen (Hunt

et al., 2016). Informanterna uttryckte att ”godtyckliga bedömningar” ökade då det inte fanns någon struktur eller mall att utgå ifrån, vilket kunde påverka patientsäkerheten negativt. Hunt et al. (2016) beskriver en stressig och ostrukturerad miljö på avdelningen som negativt för både patienter och personal. Brist på erfaren personal samt bristande kommunikation mellan personal kan leda till att viktig information om patienten missas. Det finns behov av att förbättra dokumentationen i patientjournalen samt att tydliggöra vem som ansvarar för suicidriskbedömningar (ibid). Informanterna upplevde att dokumentationen var ett viktigt verktyg i omvårdanden av den suicidnära patienten för att kunna följa upp samtal och föra vidare information till kolleger. Dokumentationen kunde vara bristfällig och behövde förbättras. Brister i dokumentationen riskerar patienten att behöva återberätta sin historia upprepade gånger samt viktiga beslut som fattats kring patientens vård kan falla bort. Annan viktig information, som patientens suicidnära tankar och planer, är betydelsefull för sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet. Enligt Tidvattenmodellen är däremot patientens mående under ständig förändring (Barker, 2001). Den kontinuerliga förändringen av patientens mående, tankar och känslor är därmed av vikt att ta i beaktning. Tankar som framkom under ett samtal för några dagar sedan kan därmed ha ändrats och kontinuerlig bedömning och påföljande dokumentation behöver göras.

Eftersom informanterna upplevde att de saknade strukturerade tillvägagångssätt vid kommunikationen med den suicidnära patienten, kunde den kliniska bedömningen påverkas negativt. Bedömningen av patienten påverkas direkt av sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och förmåga att ställa frågor och lyssna in patientens berättelse. Det finns därmed en stor risk att viktiga signaler missas när sjuksköterskan inte har de organisatoriska förutsättningar för att ge en adekvat och jämlik vård. Den suicidnära patienten riskerar att erhålla olika vård beroende på vem han eller hon möter under sin vårdtid. Att arbetsgivare inte ser till att sjuksköterskan har en teoretisk grund att utgå ifrån, kan skapa otrygghet hos sjuksköterskan och därmed sätta patientsäkerheten i fara. Informanterna uppgav behov av mer stöd från arbetsgivare för att undvika ytterligare känslor av otrygghet och otillräcklighet. Att arbeta med den suicidnära patienten är periodvis tungt för sjuksköterskan och behovet av organisatoriskt och kollegialt stöd är stort. Informanterna uppgav att de sökte stöd hos kollegorna och helst de som stod dem närmst och hade ett öppet förhållningssätt. Enligt Jewel (2013) söker sjuksköterskor främst stöd hos kollegor som är vänliga, respektfulla och med goda interpersonella färdigheter. Risk finns dock att sjuksköterskan tvekar att ställa frågor till mer erfarna kollegor för att undgå visa sin brist av kompetens och en önskan att passa in i personalgruppen. Den nyutbildade eller nyanställda sjuksköterskan kan ha ett sämre självförtroende och kan ifrågasätta sig själv när utmaningarna blir för stora, och känna sig ensam och osäker i sin nya roll (Jewel, 2013). Den specialistutbildade sjuksköterskan kan därmed ta ansvar för att involvera och bjuda in den nyutbildade eller nyanställda sjuksköterskan genom att vara lättillgänglig och lyhörd som kollega. Det finns även fördelar med att låta den nya sjuksköterskan delta i samtal den specialistutbildade sjuksköterskan har med den

suicidnära patienten, för att den nya sjuksköterskan ska kunna lära sig applicera teori till praktiken. Det faktum att den psykiatriska heldygnsvården har brist på specialistutbildade sjuksköterskor bidrar inte bara till en sämre vårdkvalité men också till att nyutbildade sjuksköterskor inte får det stöd eller de förebilder de behöver för att kunna skapa sin egen trygghet i mötet med den suicidnära patienten. Även den mer erfarna sjuksköterskan kan ha kontinuerliga behov för stöd och handledning när arbetsmiljön periodvis är påfrestande. Enligt Johansson, Skärsäter och Danielson (2013) kan långa vårdtider och hög vårdtyngd få sjuksköterskan att känna sig pressad och oförmögen att slutföra arbetsuppgifter, samt nedprioritera rast och återhämtning. Det framkom behov av att slutföra arbetsuppgifter innan tid togs till att sätta sig ned med den suicidnära patienten för att samtala. Risk fanns därmed att tiden inte fanns till detta för att annat prioriterades. En kombination av organisatoriska förutsättningar samt sjuksköterskans egna förmåga att prioritera påverkar den suicidnära patientens återhämtning. Tryggheten i kollegor var viktigt för informanterna för att inte känna sig ensamma i ansvaret för den suicidnära patienten. Ett gott samarbete med kollegorna kan skapa motivation och goda förutsättningar för att tid och omvårdnad av patienten prioriteras. Vetskapen om att kollegorna finns till hands för patienten och gör sina arbetsuppgifter kan ge sjuksköterskan en känsla av trygghet och tillräcklighet. För att säkerställa en jämlik arbetsbelastning bland personalen är det viktigt att för mycket ansvar inte läggs på enstaka personer (Johansson et al., 2013). Informanterna uttryckte även vikten av att gemensamt ta del av utvecklingsarbetet på avdelningen vilket gjorde att personalgruppen upplevde att de rörde sig framåt som grupp. I sin tur kan det skapa bättre inställning och motivation till att ständigt utvecklas och förbättras i omvårdnaden av den suicidnära patienten.

Informanterna uttryckte att den kunskap de använde sig av vid kommunikationen med den suicidnära patienten kom från egen yrkeslivserfarenhet där de mestadels fått lära sig själva hur de skulle gå tillväga. Som nyutbildad har sjuksköterskan inga praktiska erfarenheter i att applicera ny kunskap och färdigheter i praktiken (Thomas & Kellgren, 2017). Det kan därför vara svårt att fatta beslut i komplexa situationer där både teori och praktisk erfarenhet krävs (ibid). Även efter avslutad utbildning kan sjuksköterskor uppleva fortsatt behov av mer träning och kunskap i att kommunicera med den suicidnära patienten (Samuelsson & Åsberg, 2002). Informanterna upplevde att sjuksköterskeutbildningen inte gav tillräcklig förberedelse och grund för att möta och vårda den suicidnära patienten.

Resultatet visade att informanterna ibland hade svårt att behålla den professionella distansen då det fanns tillfällen då sjuksköterskans sympati för patienten blev för stor. Att arbeta som sjuksköterska nära en patient i en svår livssituation ställer höga krav, att vara empatisk men inte ta över och bära patientens smärta. I stället kan sjuksköterskan visa styrka i att stå kvar bredvid patienten och stå för patientens hopp under den tiden patienten är i behov av det. Sjuksköterskor som arbetar inom den psykiatriska heldygnsvården behöver förstå att de är värdefulla och att

sjuksköterskorna kan lindra patientens smärta genom att finnas nära och till hands för samtal (Cutcliffe, Hummelvoll, Granerud & Eriksson 2015). Tidvattenmodellen uppmuntrar sjuksköterskan att våga komma nära patienten för att förstå var patienten befinner sig i sitt mående och därefter avgöra patientens behov av närhet eller distans (Barker, 2001). Informanterna belyste vikten av att våga fråga, vara närvarande och genuint lyssna på patientens berättelse. Vissa informanter var mer benägna av att ta initiativ och ställa raka frågor, medan andra informanter kände sig mer bekväma i att lyssna in patientens behov av att samtala. Att vara flexibel och lyhörd i sitt bemötande kan bidra till att sjuksköterskan lättare kan se patientens individuella behov (Barker, 2001). Genom ett nyfiket och öppet förhållningssätt i kommunikationen uppmuntras patienten att reflektera över vad som är viktigt för just honom eller henne (Cutcliffe et al., 2015). Informanterna hade olika erfarenheter av vad som fungerade bäst i kommunikationen med den suicidnära patienten, vilket visar hur olika sjuksköterskor är i sitt sätt att arbeta. Det kan handla om hur sjuksköterskan är som person, vilka kunskaper och erfarenheter sjuksköterskan har med sig samt hur patienten ger uttryck för sina behov och önskemål om samtal. En informant använde sig av mer vardaglig kommunikation med den suicidnära patienten för att skapa en mer lättsam atmosfär och på så sätt skapa ett större förtroende hos patienten. Informanten upplevde att det ofta var så pass påfrestande för patienten att samtala om sina mörka tankar och känslor att den vardagliga kommunikationen skapade trygghet och återhämtning. Eftersom sjuksköterskor har sina egna sätt att kommunicera med den suicidnära patienten, kan strukturerade riktlinjer och samtalsunderlag vara nödvändiga verktyg i kombination med sjuksköterskans personliga och relationella förutsättningar.

Konklusion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med den suicidnära patienten inom psykiatrisk heldygnsvård. Resultatet visade att sjuksköterskan, och särskilt den nya sjuksköterskan, är i behov av trygghet i att kunna kommunicera med den suicidnära patienten. För att känna trygghet behöver sjuksköterskan erhålla stöd från arbetsgivare i form av utbildning och handledning, strukturella förutsättningar samt en god kommunikation med kollegor. Ett gemensamt arbetssätt i kombination med sjuksköterskans individuella förutsättningar kan ge den suicidnära patienten en så jämlik vård som möjligt.

Implikation

För att få en större bild av hur sjuksköterskor kommunicerar med den suicidnära patienten, behövs vidare forskning och en större studie genomföras. Vetskapen om att sjuksköterskor upplever en otrygghet och brist på stöd från arbetsgivare, behöver bli

känd för att kunna utveckla sjuksköterskans strategier i kommunikationen med den suicidnära patienten. Det behövs mer kunskap i vilka riktlinjer inom området som finns framtagna samt kontinuerlig utbildning i bemötande och strategier i att kommunicera med den suicidnära patienten. Strategier i kommunikation kan vara samtalsguide som utgår från de framtagna riktlinjerna med fokus på bemötande och samtalet kring patientens suicidtankar och mående. De organisatoriska förutsättningarna som arbetsbelastning, kontinuerlig utbildning, tid till återhämtning och utrymme för vårdutveckling behöver förbättras. Detta för att skapa ett gemensamt sätt att kommunicera med den suicidnära patienten, öka motivationen och ge samtliga i arbetsgruppen en känsla av att kunna påverka och utveckla vårdkvaliteten. Samtidigt som personalen får en ökad upplevelse av gemenskap och samhörighet. En välfungerande arbetsgrupp ger bättre förutsättningar att kunna ägna tid på samtal med den suicidnära patienten, vilket är värdefullt för sjuksköterskan och avgörande för patienten.

Referenser

- Andersson, S. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (s. 113-146). Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Berg, S., Rörtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 1(17), doi: 10.1186/s12913-017-2023-8
- Beskow, J., Beskow, A. & Ehnvall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Lund: Studentlitteratur.
- Britton, P., Bryan, C., & Valenstein, M. (2016). Motivational Interviewing for Means Restriction Counseling With Patients at Risk for Suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 51–61.
- Cutcliffe, J., Hummelvoll, J K., Granerud, A. & Eriksson, B. (2015). Mental Health Nurses Responding to Suffering in the 21st Century Occidental World: Accompanying People in Their Search for Meaning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 19-25.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Suicidprevention 2017 En lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord*. Folkhälsomyndigheten. Hämtad den 2018-05-24 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/37a5754a72374e69ae35cd84ee279f42/suicidprevention-2017-lagesrapport-nationella-arbetet-forebygga-sjalvmord-03538-2017-webb.pdf>
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Gustin & Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 321-330). Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
- Hagen, J., Knizek, B. & 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.
doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.018
- Hunt, I., Clements, C., Saini, P., Rahman, M., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. & Windfuhr, K. (2016). Suicide after absconding from inpatient care in England: an exploration of mental health professionals' experiences. *Journal of Mental Health*, 25(3), 245-253, doi: 10.3109/09638237.2015.1124394
- Jewel, A. (2013). Supporting the novice nurse to fly: A literature review. *Nurse Education in Practice*, 13(4), 323-327.
- Johansson, I. M., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2013). The experience of working on a locked acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(4), 321-329, doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01919.x
- Kanerva, A., Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2015). Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(5), 298-305.
- Larsson, P., Nilsson, S., Runesson, 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*, 21(4), 222–232.
- Lees, D., Procter, N. & Fassett, D. (2014). Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306-315.
- McCance, T. & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.
- McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1042-1051.
- Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

- Polit, D. & Tatano Beck, C. (2014). *Essentials of nursing research – Appraising evidence of nursing practice*. (8. uppl.). Lippinkott: Williams & Wilkins.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening [PRF]. (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård. Hämtad den 2018-02-05 från:
http://www.psykriks.se/documents/PDF/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf?dl=0
- Region Halland. (2012). *Suicidprevention i Vuxenpsykiatri*. Hämtad den 2018-05-23 från:
<http://www.regionhalland.se/PageFiles/42931/Suicidprevention%20best.pdf>
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 131-140.
- Samuelsson, M & Åsberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning för forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad den 2018-02-26 från:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter - en kunskapsöversikt*. Hämtad den 2018-03-02 från:
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf
- Socialstyrelsen. (2017). *Riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad den 2018-01-31 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Sun, F., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. (2004). A theory for the nursing care of patients at risk for suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 680-690.
- Sun, F., Lu, C., Tseng, Y. & Chiang, C. (2017). Factors predicting recovery from suicide in attempted suicide patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4404-4412, doi:10.1111/jocn.13769

Svenska psykiatriska föreningen. (2013). *Suicidnära patienter- kliniska riktlinjer för utredning och vård*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Talseth, A-G., & Gilje, F. (2011). Nurses` responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1651-1667, doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x

Thomas, C. & Kellgren, M. (2017). Benner`s novice to expert model: An application for simulation facilitators. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 227-234, doi: 10.1177/0894318417708410

Tillman, J., Clemence, J., Cree, R., Lewis, K., Stevens, J. & Reiss, D. (2017). The persistent shadow of suicide ideation and attempts in a high-risk group of psychiatric patients: A focus for intervention. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 20-26.

World health organization [WHO]. (2018). Suicide. Hämtad 2018-02-12 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

Yaseen, Z., Galynker, I., Chohen, S. & Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients—Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 69-78, doi: 10.1016/j.comppsy.2017.03.013

Østergaard, M., Nordentoft, M. & Hjorthøy. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nationwide, prospective, registerbased study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Society for the Study of Addiction*, 7, 1250-1259, doi: 10.1111/add.13788

Analystabell

Informant	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
3	<i>Ibland har jag hittat på egna strategier, t.ex. att berätta för patienten "jag vet inte hur, jag vet inte när, jag vet att du någon gång kommer att må bättre, och det enda jag kan berätta för dig är att av alla dom jag har träffat här inne så blir de allra flesta faktiskt bättre och det hoppet du inte kan se nu, det kanske jag kan vikariera hos dig just nu.</i>	Berätta för patienten att hon/han inte är ensam, att det finns hjälp att få.	Hopp.	Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp.
1	<i>Ibland känner jag att jag har mycket att göra på avdelningen, mycket lösa trådar. Så då kan det vara lite sådär att sätta sig, då måste jag få gjort det först. Och då kan det vara farligt ibland, kanske inte tiden finns till slut.</i>	Svårt att avsätta tid när det är mycket att göra på avdelningen.	Avsatt tid.	Behovet av struktur.
5	<i>I början tyckte jag det var svårt att prata med de här patienterna, det är allvarliga grejer man pratar om. Men det tycker jag med åren har man blivit tryggare, genom att utföra samtal så får man ju mer och mer erfarenhet och man blir tryggare på så vis. Men man har ju fått lära sig själv.</i>	Att bli trygg att prata om suicidalitet har kommit genom erfarenhet, att upprepade gånger prata med suicidnära patienter.	Trygghet, samtal, erfarenhet.	Kommunikationen som ett sätt att förmedla hopp.
6	<i>Jag tänker att det är något man borde följa upp kontinuerligt precis som att man går på HLR-utbildning kontinuerligt, detta är ju psykiatrins HLR.</i>	Behov av mer kontinuerlig utbildning av bemötande.	Utbildning, praktisk övning.	Vikten av utbildning och handledning.
2	<i>När man pratar om det såhär, så känner man ju att man skulle önska en mer, alltså en mer teoretisk grund och riktlinjer, och från arbetsgivaren då i detta fallet så att vi alla på arbetsplatsen har fått en generell utbildning som: "såhär gör vi, såhär jobbar vi med dessa frågor" och det har vi inte.</i>	Önskemål om mer teoretisk grund och riktlinjer.	Kunskap, riktlinjer.	Vikten av utbildning och handledning.

Cecilie Syberg

Frida Lind



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