



Namn	Erica Wagell och Helén Falkenström
Program	Sjuksköterskeprogrammet
Program hp	180 hp
Kurs	Självständigt arbete i vårdvetenskap
Kurs hp	15 hp
Termin	5
År	2023 VT
Kurskod	VKGK13
Kursansvarig institution	Institutionen för vårdvetenskap
Nivå	Grundnivå
Handledare	Henrik Lerner
Examinator	Elisabet Mattsson

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med suicidalt beteende

En litteraturöversikt

Nurses' experiences of caring for patients with suicidal behaviour

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund	Suicid är ett folkhälsoproblem. Varje år begår över 700 000 personer världen över suicid och många fler gör suicidförsök. Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det handlar om att upptäcka, bemöta och vårda patienter med suicidalt beteende. Patienter som begår suicid har oftast haft kontakt med vården i närtid innan de begår suicid. Forskning visar att patienterna sällan får det bemötandet de skulle behöva. I sjuksköterskans profession ingår att ansvara för och leda omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende.
Syfte	Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med suicidalt beteende.
Metod	Litteraturöversikt grundad på elva kvalitativa originalartiklar valda utifrån givna kriterier. Efter kvalitetsgranskning analyserades likheter och skillnader vilket resulterade i fyra teman.
Resultat	Sjuksköterskor erfor att en god vårdrelation är grunden för en bra vård av patienter med suicidalt beteende. De hade många tankar om hur en vårdande relation bör vara och hur de bör agera för att uppnå det. Att vårda dessa patienter väckte starka känslor och svåra etiska frågor. De teman som framkom i denna litteraturöversikt var: <i>Skapa en vårdande relation</i> , <i>Väck känslor och etiska frågor</i> , <i>Ställa höga krav</i> och <i>Sakna kunskap, träning och stöd</i> .
Slutsats	Det ställs höga krav på sjuksköterskor som vårdar patienter med suicidalt beteende. Sjuksköterskor behöver tid till och förmåga att bygga en god vårdrelation och möjlighet att reflektera om känslor och etiska frågor tillsammans med kollegor.
Nyckelord	Suicidalt beteende, Vårdrelation, Sjuksköterskor, Bemötande

Abstract

Background

Suicide is a public health problem. Every year over 700 000 people worldwide commit suicide and many more make suicide attempts. Health care has an important role when it comes to detecting, responding to, and care for patients with suicidal behaviour. Patients who commit suicide have usually had contact with healthcare in the near future before they commit suicide. Research shows that patients rarely receive the treatment they would need. The nurse's profession includes being responsible for and leading the care of patients with suicidal behaviour.

Aim

The purpose of this literature review was to describe nurses' experiences of caring for patients with suicidal behaviour.

Method

Literature review based on eleven qualitative original articles selected based on given criteria. After quality review, similarities and differences were analysed, resulting in four themes.

Results

Nurses learned that a good nursing relationship is the basis for good care of patients with suicidal behaviour. They had many thoughts about what a nurturing relationship should be like and how they should act to achieve it. Caring for these patients raises strong emotions and difficult ethical questions. The themes that emerged in this literature review were: *Create a nurturing relationship*, *Raise emotions and ethical questions*, *Set high demands* and *Lack knowledge, training and support*.

Conclusion

High demands are placed on nurses who care for patients with suicidal behaviour. Nurses need time and ability to build a good care relation and the opportunity to reflect on feelings and ethical issues together with colleagues.

Keywords

Suicidal Behaviour, Care Relation, Nurses, Treatment

Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund	5
Samhällets syn på suicid	6
Etiska perspektiv	7
Patientens upplevelse.....	8
Sjuksköterskans ansvar och roll.....	9
Vårdrelation	9
Problemformulering.....	10
Syfte	10
Teoretisk referensram.....	10
Metod.....	11
Datainsamling.....	11
Dataanalys.....	13
Forskningsetiska överväganden.....	14
Resultat	14
Skapa en vårdande relation.....	14
Väcka känslor och etiska frågor.....	15
Ställa höga krav.....	17
Sakna kunskap, träning och stöd	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	20
Vårdrelation	20
Autonomi kontra rädda liv	21
Tabu och stigmatisering.....	23
Kliniska implikationer	23
Förslag fortsatt forskning.....	24
Slutsats.....	24
Referensförteckning	25

Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Bilaga 2: Matris över urval av artiklar till resultat

Inledning

Som sjuksköterskor kan vi komma i kontakt med patienter med suicidalt beteende oavsett var vi arbetar. Inom akutsjukvård, primärvård, psykiatri, men också inom äldreomsorg, missbruksvård, kriminalvård, behandlingshem och andra vårdssammanhang finns personer med suicidalt beteende. Hur dessa personer bemöts spelar stor roll för deras återhämtning. För att utveckla och förbättra vården av patienter med suicidalt beteende behöver sjuksköterskors erfarenhet av att möta och vårda denna patientgrupp synliggöras och förstås. I denna litteraturöversikt vill vi därför undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med suicidalt beteende. Intresset för det valda ämnet väcktes efter tidigare upplevelser av personer med suicidalt beteende inom vården och i privatlivet.

Bakgrund

Suicid är ett folkhälsoproblem (Folkhälsomyndigheten, 2021; Världshälsoorganisationen [WHO], u.å.). *Suicid* definieras som en medveten, avsiktlig och livshotande handling som leder till döden. Om en sådan handling inte leder till döden betecknas den som ett *suicidförsök* (Sjöström, 2019). *Suicidala tankar* innebär att ha tankar på död, en önskan om att dö och att aktivt planera att sätta detta i verket (Runeson, 2016). Begreppet *suicidalt beteende* omfattar allt ifrån att ha suicidala tankar, till att ha gjort suicidförsök och ha begått suicid (Sjöström, 2019).

Det svenska ordet *själv mord* är en synonym till suicid, men både inom forskning och kliniskt används numera främst ordet suicid som ligger närmare det engelska ordet "suicide" (Folkhälsomyndigheten, 2023b). Suicid är därför det ord som används i denna litteraturöversikt. Vidare används ordet *patient* som begrepp för den som har ett suicidalt beteende för att tydliggöra att det handlar om professionella relationer och professionell vård. Detta trots att författarna är medvetna om att ordet inte klingar helt bra hos alla vårdvetare.

Enligt WHO (u.å.) dör över 700 000 personer per år i suicid i världen. Det är fler än vad som dör i bröstcancer, malaria, HIV, krig respektive mord. Sannolikt är det till och med fler då suicid ofta är underrapporterat och felklassificerat. Suicid sker i alla åldersklasser och överallt i världen, inte bara i höginkomstländer. 77 procent av alla suicid inträffar i låg- och medelinkomstländer (WHO, u.å.). År 2021 dog 1 226 personer av säkert fastställda suicid i Sverige. Det är fyra gånger fler än de som dör i trafiken. Även om antalet har minskat de senaste 20 åren har det inte gjort det bland unga (Folkhälsomyndigheten, 2021). Fler män än kvinnor dör i suicid i Sverige, men fler kvinnor vårdas på sjukhus för suicidförsök (Socialstyrelsen, 2021). På global nivå har antalet suicid minskat något de senaste 20 åren. Dock inte i alla länder och inte i den takt som krävs för att nå de globala mål som världens länder kommit överens om inom ramen för Förenta Nationernas handlingsplan för hållbar utveckling, Agenda 2030 (WHO, 2021).

Antalet försök till suicid är långt fler än antalet som fullbordas. WHO (u.å.) beräknar att för varje fullbordat suicid genomförs 20 försök. I Sverige vårdades år 2020 totalt 6 666 personer på sjukhus till följd av ett suicidförsök eller annan självdestruktiv handling (Folkhälsomyndigheten, 2022c). Att ha tankar om suicid är ännu vanligare. År 2020

uppgav 13 procent av den svenska befolkningen att de haft allvarliga tankar på att begå suicid någon gång under sitt liv (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Att göra allvarliga suicidförsök och att begå suicid är en komplex process som inte enkelt kan förklaras. Det kan beskrivas som ett förlopp från de första suicidtankarna till suicidförsök och eventuellt suicid, som däremellan pendlar fram och tillbaka mellan inget suicidalt beteende alls, suicidala tankar, planer och suicidförsök. Under denna tid kan både direkta och indirekta tecken finnas (Sjöström, 2019). Direkta tecken kan vara att personen talar om att begå suicid, hotar om att begå suicid, uppenbart försöker skada sig, eller söker efter vapen, läkemedel eller andra medel. Indirekta tecken kan vara uttryck av hopplöshet, ilska och aktiviteter som är riskfyllda (Rudd, 2008).

Samhällets syn på suicid

Synen på suicid har varierat genom historien, socialt accepterat, religiöst förbjudet, kriminaliserat, medikaliserat och återigen av många ansett som acceptabelt i vissa situationer (Rich & Butts, 2004). Idag ses suicid och suicidförsök främst som en konsekvens av ett personligt lidande som inte kan uthärdas (Sjöström, 2019). Det är också den officiella hållningen i de större religionerna hävdar Folkhälsomyndigheten (2023a). Trots detta menar Folkhälsomyndigheten att det finns en rädsla kvar för suicid i vårt samhälle, eftersom suicid utmanar en grundläggande hållning som de flesta människor har, självbevarelsedriften och viljan att leva.

Folkhälsomyndigheten (2023a) beskriver hur suicid fortfarande är ett tabubelagt område som omgärdas av stigmatiserande attityder hos både allmänhet, vårdpersonal och hos den drabbade själv i form av så kallat självstigma. När omgivningens föreställningar, förväntningar och fördomar om psykisk ohälsa och suicidala personer lyser igenom blir det sanningar som den drabbade normaliserar och lägger på sig själv, självstigma uppstår.

Av de som fullgör suicid bedöms 90 procent ha någon form av psykisk ohälsa. Särskilt depression anses vara en stor riskfaktor för suicid. Övriga anses begå suicid på grund av existentiella problem och svårigheter i livet som upplevs oöverstigliga (Sjöström, 2019). En återkommande omständighet som Hultsjö m.fl. (2019) fann när de undersökte orsaker till att människor väljer att ta sitt liv i Sverige var upplevelsen att ha förlorat möjligheten att leva ett värdigt liv, ofta efter att ha förlorat något som upplevts viktigt i livet, men som inte längre kan realiseras.

Enligt WHO (2021) finns en stark koppling mellan suicid och erfarenhet av katastrof, konflikt, våld och övergrepp, samt att tillhöra en sårbar grupp i samhället. Den största riskfaktorn för att begå suicid är dock att tidigare ha gjort suicidförsök (Sjöström, 2019). Även om tankar på och planering av suicid kan ha funnits länge är själva suicidhandlingen ofta impulsstyrd (Michanek m.fl., 2015; WHO, 2021). De senaste 15–20 åren har man därför börjat se suicid som psykologiska olycksfall som kan förhindras på liknande sätt som fysiska olyckor, genom att anpassa miljön så att det blir svårare att begå suicid (Wasserman, 2023; WHO, u.å.).

Enligt Folkhälsomyndigheten (2022a) är de flesta suicidnära personer ambivalenta till huruvida de faktiskt vill dö, ofta ända fram till sista minuten. Sjöström (2019) framhåller att det är relativt vanligt att en person som vaknar efter ett suicidförsök är glad över att ha överlevt. Även om tidigare suicidförsök är den viktigaste riskfaktorn för att begå suicid

kommer 85–90 procent av de som tidigare gjort allvarligt suicidförsök *inte* att senare i livet dö i suicid (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Utöver att människoliv släcks orsakar suicid ofta stort lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och andra berörda, till exempel hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2022a). WHO (u.å.) beskriver suicid och suicidförsök som något som ger effekt som ringar på vattnet till familj, vänner, kollegor, grupper och samhällen.

Suicid går att förebygga. Det är ett ansvar för hela samhället (Socialstyrelsen, 2023; WHO, u.å.). Folkhälsomyndigheten (2022b) och WHO (u.å.) uttrycker att det kräver både befolkningsinriktade insatser, såsom begränsning av medel och metoder, skol- och arbetsplatsbaserade program och liknande och individinriktade insatser såsom att behandla depression och att utveckla individens förmåga att hantera negativa känslor och lösa problem.

Folkhälsomyndigheten (2022b) slår fast att alla delar av hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller att upptäcka suicidrisk och erbjuda effektiva insatser. Enligt Folkhälsomyndigheten (2020) har de flesta som tar sitt liv haft kontakt med hälso- och sjukvården i närtid innan gärningen, men bara en tredjedel har haft kontakt med den psykiatriska vården. I en retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler för samtliga personer i åldern 15–44 år som tog sitt liv i Sverige under 2015 kunde man se att trots att nästan alla haft kontakt med vården under de sista fyra veckorna innan dödsfallet, fanns suicidtankar bara dokumenterat i ett fåtal fall. I rapporten hänvisades till en skotsk studie som visade att patienter sällan berättar spontant om sina suicidtankar om de inte tillfrågas direkt.

Etiska perspektiv

Sociala, politiska och religiösa influenser innebär att många i världen ser suicid som en orättfärdig handling (Rich & Butts, 2004). Huruvida det är moraliskt fel att ta sitt liv är emellertid inte en fråga för vården. International Council of Nurses, ICN:s, etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2021), som beskriver värdegrund och professionellt ansvar för sjuksköterskor, klargör att omvårdnad ska ges utan att döma och med respekt för alla människors värdighet. Enligt den svenska Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30), 3 kap. 1 §, ska vård ges utifrån behov och med respekt för alla människors lika värde. Sjuksköterskors personliga värderingar är dock en spegel av de värderingar som finns i samhället (Rich & Butts, 2004) och privat kan sjuksköterskor alltså ha helt andra värderingar än de professionen förespråkar. Sandman och Kjellström (2018) uttrycker att det inte räcker att känna till professionens etik för att agera professionellt, man måste även vara medveten om sin egen personliga etik och kunna förhålla sig till de etiska värden och normer som gäller i yrket (Sandman & Kjellström, 2018).

Huruvida det är moraliskt rätt att hindra någon att ta sitt liv är en svårare fråga för vården, åtminstone i teorin. Att hindra någon från att begå suicid ser Sandman och Kjellström (2018) som ett extremfall av *paternalism*, det vill säga att begränsa en persons *autonomi*, självbestämmande, för att det anses gagna personen ifråga. Principen om autonomi innebär enligt Statens medicinsk-etiska råd, SMER, (2014) att alla har rätt att bestämma över sitt liv, utifrån sin uppfattning om vad som är ett gott liv. I Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 5 kap. 1 §, står också uttryckligen att vården ska bygga på respekt för patientens autonomi.

I vilken mån det är etiskt motiverat att agera paternalistiskt menar Sandman och Kjellström (2018) beror på situationen och vad som står på spel. Argument för att hindra någon från att ta sitt liv kan till exempel vara att det är oklart om patienten verkligen har en autentisk önskan att dö, att patienten inte förstår konsekvensen av sina handlingar och att det finns behandling som skulle kunna leda till att patienten inte längre önskar dö. Att hindra en patient från att ta sitt liv kan då ses som att agera utifrån godhetsprincipen, att göra gott för patienten. Även ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2021) uttrycker att autonomi inte är en absolut rättighet utan kan begränsas av kognitiv eller affektiv nedsättning, myndighetsålder, risken att skada sig själv eller andra, eller av att den inkräktar på andras frihet.

Enligt Rich och Butts (2004) hävdar vissa etiker att autonomi har ersatt godhetsprincipen som den främsta vårdetiska principen. Det skulle i så fall innebära att vårdpersonal inte bör hindra den som vill begå suicid, kanske till och med aktivt stödja handlingen. Samma författare diskuterar om detta är rätt åtminstone när det gäller så kallade rationella suicid, suicid av personer som inte har psykisk sjukdom, ofta är dödligt sjuka och anses beslutskompetenta. De konstaterar att det inte är en lätt fråga att svara på då det ofta är svårt att bedöma om det rör sig om en rationell suicidhandling eller inte och då många inte tydligt är det ena eller andra utan någonting däremellan.

Patientens upplevelse

Skärsäter och Ali (2019) beskriver att psykisk ohälsa kan uppfattas av den som drabbas som om alla färger livet en gång hade har färgats grå. Ångesten har tagit över hela livet och man har blivit som förlamad. Sömmen och aptiten blir sämre, så även koncentrationen. Saker och händelser som tidigare varit viktiga glöms bort. Förändringarna ger en känsla av förlust och misslyckande vilket leder till minskad självkänsla.

Enligt Pavulans m.fl., (2012) var en återkommande erfarenhet av att vara suicid att ha en översiktlig känsla av att inte ha, men starkt önska sig, en känsla av kontroll, över sina tankar, känslor, handlingar, livssituation och framtid. Enligt Vatne och Nåden (2018) beskrev patienter det suicidala lidandet som känslor av förtvivlan, ensamhet, oro, rädsla, skam, skuld och hopplöshet, samt att vara en börda för andra och att helt sakna tro på att någon eller någonting kan hjälpa. Patienterna i deras studie berättade om betydelsen av att uppleva förståelse för sitt lidande, hur viktigt det var med vårdpersonal som lyssnade, visade engagemang, erbjöd tid och som kunde tända ett hopp. Och hur detta kunde leda till en växande känsla av att vara värdefull och ett spirande hopp om att förändring var möjligt.

Flera av patienterna i Vatne och Nådens (2018) studie berättade även om upplevelser där vårdpersonal inte lyssnat, inte engagerat sig eller tagit dem på allvar och hur detta gav en känsla av att "ljuset släcktes". De upplevde även att sjuksköterskor saknade kunskap och inte kunde förstå deras lidande, vilket ledde till ökad ångest och ensamhetskänslor.

Folkhälsomyndigheten (2023a) uttrycker att ett sådant bemötande kan leda till att patienter inte vågar söka hjälp för sina suicidala beteenden, vilket i sin tur leder till negativa konsekvenser för patienten och samhället. Hagen m.fl., (2018) beskriver hur patienter med suicidalt beteende vill bli behandlade som individer och inte som objekt som vårdas mekaniskt.

Sjuksköterskans ansvar och roll

Sjuksköterskans roll är enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) att ansvara för och leda omvårdnaden av patienter. Omvårdnad är inte bara riktad mot fysiska behov utan även mot psykologiska, existentiella och sociala behov. Det är sjuksköterskans ansvar att omvårdnaden utförs så att patientens värdighet och integritet bevaras. I sjuksköterskans kompetens ingår att kunna etablera en förtroendefull relation med patienten. Vårdmötet ska utgå från patientens berättelser och innehålla en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap. En legitimerad sjuksköterska ska också kunna motivera, leda och ge återkoppling till medarbetare i omvårdnadsarbetet och initiera och leda etisk reflektion i arbetsgruppen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Som sjuksköterska måste man kunna föra olika typer av samtal. Bullington (2018) framhåller att kommunikation och samtal är ett av de viktigaste redskapen sjuksköterskan förfogar över i patientkontakten. Vårdande samtal är en omvårdnadsåtgärd framhåller Bullington. Genom att stödja patienten att stanna upp, reflektera och fördjupa förståelsen av den egna situationen kan ordning bringas i kaos, ny mening erfaras och strategier att hantera sin situation upptäckas.

När det gäller personer med suicidalt beteende anser Sjöström (2019) att avgörande för omvårdnaden är att den präglas av acceptans, lyhördhet och respekt. Sjuksköterskan bör hjälpa patienten att prata om sin ångest och sina problem, hjälpa patienten att utforska sitt destruktiva beteende och stödja patienten att återgå till ett normalt liv (Skärsäter & Ali, 2019). Sjöström (2019) menar också att känslan av hopplöshet och värdelöshet riskerar att förvärras hos suicidala personer som möter vårdpersonal som inte är beredda att hjälpa dem och att det kan leda till att den suicidala processen tar ett kliv framåt, mot suicidförsök och suicid.

Att bedöma suicidrisk genom att göra en systematisk suicidriskbedömning är en vanligt förekommande uppgift för sjuksköterskor inom psykiatri och något som alla sjuksköterskor förväntas kunna göra och dokumentera. Åtgärden är till exempel beskriven i Region Stockholms regionala vårdprogram för suicidnära patienter (Michanek m.fl., 2015).

Vårdrelation

Ordet vårdrelation, care relation på engelska, är som Björk och Sandman (2007) skriver ett fackbegrepp som inte finns i Svenska Akademiens ordlista. Det är numera ett grundläggande begrepp inom omvårdnad och vårdvetenskap, men kommer ursprungligen från psykoterapi där man först noterade att den terapeutiska relationen snarare än den tekniska behandlingen i vissa fall var det som ledde till ett positivt behandlingsresultat. Alltsedan Peplau på 1950-talet introducerade en teoretisk modell för vårdrelationer inom omvårdnad har det varit ett centralt begrepp i många vårdvetenskapliga teorier. Gemensamt för de alla är att de ser ett professionellt vårdande som ett relationsarbete (Nyström, 2019).

Nyström (2019) beskriver vårdrelation som en kontakt, långvarig eller kortvarig, mellan patient och professionell vårdgivare som bygger på ett professionellt engagemang. Det förutsätter att vårdaren kan utnyttja sin kunskap och erfarenhet och bygga en personlig, men inte privat, kontakt som är positiv för patienten.

Björck och Sandman (2007) visar att uttrycket används såväl värdepositivt som värde- neutralt och anser att man alltid bör lägga till ett relevant attribut till ordet, bra, dålig, vårdande, ickevårdande, för att vara tydlig med vad som avses. *Vårdande relation* är också det begrepp Dahlberg och Segesten (2010) använder i sin omvårdningsmodell. De uttrycker att en professionell vårdande relation innebär att vårdaren använder sin professionella kunskap, en egen personlig stil byggd på närvaro och samtidigt öppet, följtsamt och förutsättningslöst ”svarar an” på patientens vårdande behov.

Nyström (2019) särskiljer begreppet vårdrelation från terapeutisk relation som används inom psykoterapi. Hon menar att den terapeutiska relationen är inriktad på arbete och utveckling, kräver självreflektion, att utmana invanda tankemönster, få insikt och nå ett mål. Vårdrelationen å andra sidan är mer trygghetsskapande, mindre strukturerad, kan pågå under längre tid och saknar förväntningar på utveckling och förändring. Syftet med den vårdande relationen är att skapa trygghet och vila, vilket när det fungerar som bäst i sin tur kan skapa en kraft att hantera svårigheter i livet.

Problemformulering

Suicid är ett folkhälsoproblem. Sjuksköterskor i alla delar av hälso- och sjukvården kan komma i kontakt med patienter med suicidalt beteende. Att bli lyssnad på, tagen på allvar och få samtala om sitt lidande är enligt personer med suicidalt beteende avgörande för att orka leva vidare. Forskning visar att de sällan upplever att de får det. I denna litteratur- översikt vill författarna därför belysa vad sjuksköterskor från olika vårdkontext har för erfarenheter kring att vårda patienter med suicidalt beteende. Detta kan bidra med kunskap som kan utgöra underlag för insatser som förbättrar bemötande och vård av dessa patienter.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med suicidalt beteende.

Teoretisk referensram

I resultatdiskussionen användes Phil Barkers *Tidvattenmodellen* som referensram då den i hög grad ansågs användbar för litteraturöversikten syfte. Särskilt hans tankar om relationen mellan patient och sjuksköterska var användbara.

Barker (2001) liknar livet vid en oförutsägbar resa på ett hav av erfarenheter, ständigt i förändring. Upplevelser leder till utveckling, också de som innebär sjukdom och ohälsa. I vissa stunder i livet kan det storma och en kris kan uppstå. Andra tillfällen kan båten börja ta in vatten och personen riskera drunkna eller lida skeppsbrott (bryta samman, tappa bort sig själv). Personen behöver då lotsas till en trygg hamn för att repareras eller återhämta sig från traumat. När båten är skeppsduelig kan det sätta segel och ge sig ut på livets resa igen. Sjuksköterskans roll är lotsens, den som hjälper personen till trygghet, att

förstå sina känslor och uttryck, använda sina inneboende resurser och lösa sina problem. På så sätt stödjer sjuksköterskan personen att komma tillbaka till ett meningsfullt liv.

Barker ser mental ohälsa som en naturlig reaktion på svårigheter i livet, en i grunden andlig-existentiell kris och inte en sjukdom. Han vill med sin modell fokusera på samtalet, att få kontakt och på patientens berättande snarare än på symtom och sjukdom, i syfte att förstå personens situation. Tillsammans med patienten kan sjuksköterskan utforska patientens mående och vad det betyder. Utifrån patientens erfarenheter och mening i livet kan sedan ett första steg mot tillfrisknande tas. Genom ett bra förhållningssätt och interventioner som stödjer patientens egna resurser och förmåga att själv hitta lösningar, skapar sjuksköterskan ett kreativt utrymme för att möta personen i kris (Barker, 2001).

Barker använder uttrycket *caring with* snarare än *caring for* för att markera att omvårdnad är något sjuksköterska och patient gör tillsammans. Han betonar att det är två personer som möts, inte två roller och att dialogen bör flyta fram och tillbaka och berikas av bådars erfarenheter (Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Berättandet och personens berättelse är centralt i Tidvattenmodellen. Det är i berättandet livet utspelas. Människor behöver en sammanhängande redogörelse för vad som hänt och händer dem i ljuset av deras erfarenhet av psykiska smärta (Barker, 2001). Barker använder också uttrycket "att göra det som måste göras". Det inbegriper bland annat det grundläggande etiska kravet att vårda en annan människa, sjuksköterskans ansvar att bygga en bro och sträcka sig mot patienten och en uppmaning att engagera sig i patienten, inte bara utföra uppgifter på en teknologisk nivå (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012) anser Barker att eftersom lidande och hälsa är oförutsägbart måste sjuksköterskan kunna stå ut med ovisshet för att vårdandet ska bli genuint. Det går alltså inte att ha en förutbestämd struktur för vad som ska ske under ett möte. Barker (2001) erkänner också att det krävs enastående mod och medkänsla av sjuksköterskor att ge den vård som beskrivs i Tidvattenmodellen, särskilt givet vårdens sammanhang och de vanligen begränsade resurserna.

Kusdemir m.fl. (2022) kritiserar Barker för hans otydliga metaforer som tillsammans med modellens filosofiska grunder och antaganden gör den svårtolkad och svår använd. Kusdemir m.fl. tycker att modellens begrepp borde tydliggöras. Författarna till denna litteraturöversikt såg trots detta Barkers modell som en användbar referensram för detta arbete.

Metod

För att få överblick över de senaste tio årens forskning om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med suicidalt beteende genomfördes studien som en allmän litteraturöversikt med den innebörd Friberg (2022a) framför. Då ingår endast vetenskaplig litteratur, urval och analys genomförs på ett systematiskt och transparent sätt och studiernas resultat bearbetas till en ny helhet.

Datainsamling

Inklusionskriterier för studier till denna litteraturöversikt var således endast vetenskapliga originalartiklar som svarade mot litteraturöversiktens syfte. Ytterligare inklusionskriterium

var att artikeln skulle vara etiskt granskad, alternativt att det fanns en kommentar att aktuell lagstiftning inte krävde etisk granskning.

Artiklar som inte uppfattades vetenskapliga och som inte uttryckligen speglade *sjuksköterskors* erfarenheter exkluderades därför. Det gjorde även artiklar som inte handlade om sjuksköterskors *erfarenheter*, *upplevelser* eller *känslor*, till exempel de som handlade om hur artikelförfattarna uppfattat sjuksköterskornas attityder. Dessutom exkluderades artiklar som inte handlade om vårdande, exempelvis de om suicidalitet hos sjuksköterskor, samt artiklar som avsåg barn och unga under 18 år.

Då en önskan var att få rik och subjektiv kunskap inkluderades enbart studier som helt eller delvis byggde på kvalitativ metod. Som Henricson och Billhult (2017) beskriver så avser kvalitativa studier att studera personers erfarenhet av något specifikt fenomen.

I ett sent skede i urvalsprocessen beslöts att studier som helt fokuserade på erfarenheter av att ha haft patienter som genomfört suicid under vårdtiden skulle exkluderas. I förlängningen kan sådana erfarenheter visserligen påverka vården av andra med suicidalt beteende, men fokus för dessa studier var snarare arbetsmiljö än vårdande.

De tre databaser som ansågs mest lämpliga för denna studie och som användes för litteratursökningen var CINAHL Complete, PsycInfo och PubMed. Sökningen genomfördes med boolesk sök teknik (beskrivs i Östlundh, 2022) och två sökblock. För att höja precisionen i sökningen användes ämnesord i så hög utsträckning som möjligt. Inom sökblocken användes OR och mellan sökblocken AND.

Det ena sökblocket avsåg suicidalt beteende och omfattade ämnesorden *Suicide*, *Suicide Attempted* och *Suicidal Ideation*. Det andra sökblocket avsåg sjuksköterskors erfarenheter och bestod av olika varianter på fritextsökord med *nurse* kombinerat med *experience*, respektive *nurse* kombinerat med *perception*. För att få med både singular- och pluralformer av *experience* och *perception* var dessa ord trunkerade (beskrivs i Östlundh, 2022). Dessutom ingick även ämnesordet *Nurse-Patient Relations* i sökblock 2 i förhoppningen att erfarenheter skulle kunna finnas i artiklar märkta med detta sökord utan att ord för erfarenhet fanns med i titel eller abstrakt. I PsycInfo fanns dock inte detta sökord med varför det inkluderades som fritextsökord i stället. Se bilaga 1 för fullständiga söksträngar i respektive databas.

Snävare ämnesord under *Suicide* inkluderades inte då vissa av de snävare termerna inte önskades ingå (såsom *Suicid Assisted* och *Suicide Completed*). Istället inkluderades vissa av dessa snävare ämnesord separat (*Suicide Attempted* och *Suicidal Ideation*). Sökord för självskaðebeteende valdes bort då självskaðebeteende ofta handlar om att hantera ångest och psykisk smärta snarare än en önskan att dö (Lindgren, 2019).

Vid sökningarna tillämpades tre begränsningar: *Peer-reviewed* för att exkludera artiklar som inte granskats vetenskapligt, *Engelska* som artikelspråk då författarna inte läser andra språk, samt *Publiceringsår 2013–2023* då endast de senaste tio årens forskning önskades ingå. Sökning gjordes först i Cinahl Complete, därefter i PsycInfo och sist i PubMed. Sökningarna gav totalt 117 träffar efter tillämpning av begränsningar, se matris i bilaga 1.

Urvalet av artiklar skedde med inspiration av Fribergs (2022a) redogörelse av hur urval till litteraturöversikt kan ske. Träfflistorna från de tre sökningarna exporterades till ett kalkylprogram. Först lästes alla titlar, i vissa fall ögnades även abstrakt igenom. Dubletter i samma träfflista markerades liksom artiklar från PsycInfo och PubMed som

redan bedömts i träfflistan från Cinahl Complete. För varje artikel bedömdes sedan om något exklusionskriterium uppfylldes, vilket i så fall markerades i kalkylbladet.

Alla artiklar markerade för exklusion eller dubbling, totalt 89 stycken, filterades bort. Kvarvarande 28 artiklar delades upp mellan författarna. Abstrakt lästes och motsvarande bedömning av exklusionskriterier gjordes igen. Vid osäkerhet ögnades artikeln i sin helhet igenom. Efteråt diskuterade och justerade författarna bedömningarna gemensamt, vilket slutade med att elva artiklar sällades bort.

I ett tredje urvalssteg läste författarna igenom hela artiklarna för de 17 artiklar som nu kvarstod. Artiklarna granskades både avseende tidigare bedömda exklusionskriterier, om något missats i tidigare två urvalssteg, utifrån tre utvalda kvalitetsfrågor, samt utifrån exklusionskriteriet om etisk granskning som inte bedömts tidigare. Följande kvalitetsgranskningsfrågor föreslagna av Friberg (2022a) användes: Tydlig problemformulering? Entydigt syfte? Diskuteras metoden?

Resultatet noterades i kalkylbladet, varefter en gemensam diskussion fördes. Tre artiklar föll bort utifrån de exklusionskriterier som redan tidigare bedömts men där det för dessa artiklar först nu stod tydligt att de uppfyllde någon av dessa kriterier. Inga ytterligare artiklar föll bort utifrån kriteriet om etisk granskning. Författarna valde inte heller att sälla bort någon artikel utifrån kvalitetsgranskningen då bedömningen var att alla höll tillräckligt god kvalitet. Sannolikt bidrog det faktum att alla artiklar redan granskats avseende att vara originalartiklar, vilket var ett inklusionskriterium och att artiklar med osäker kvalitet därmed redan fallit bort.

Till sist bedömdes artiklar med samma försteförfattare. Två respektive tre av de kvarstående artiklarna hade samma försteförfattare. Trots att alla dessa svarade väl mot litteraturstudiens syfte valde författarna att bara behålla en artikel per försteförfattare. Detta för att inte få ett snedvidet resultat då endast cirka tio artiklar skulle ingå i denna litteraturöversikt, samt för att det inte gick att utesluta att studierna hade samma informanter. I det ena fallet valdes den artikel som till något större del ansågs svara på denna studies syfte, i det andra fallet valdes den artikel som publicerats ett år senare än de andra två.

Efter hela denna urvalsprocess kvarstod elva artiklar att ingå i litteraturöversikten. Se matris i bilaga 2 för en lista över ingående artiklar.

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes utifrån det förlopp Friberg (2022a) beskriver. Författarparet läste individuellt igenom artiklarna ännu en gång för att tydligare förstå allt i innehållet. I ett gemensamt dokument sammanställdes resultatet från alla artiklar. Författarna gick sedan tillsammans igenom resultatsammanställningarna och tog bort delar som inte ansågs relevanta för denna litteraturöversikts syfte. Därefter beskrevs resultatet för varje artikel kortfattat i listan över artiklar, se bilaga 2.

Med hjälp av denna dokumentation identifierades sedan gemensamma nämnare med likheter och skillnader i artiklarnas resultatdel såsom Friberg (2022a) anger. Detta gjordes genom att tillsammans diskutera och färgmarkera textdelar i det gemensamma dokumentet i olika färger. Text med samma färg lades sedan tillsammans för att få en övergripande bild av de ingående artiklarnas resultat. Nio gemensamma nämnare/färger kunde urskiljas. Författarna gick därefter tillbaka till de enskilda artiklarna för att stämma

av kontext och mening för de olika textdelarna. Ibland fick en textdel tas bort ur en färg, ibland läggas till flera färger då de kunde ha mening ur olika perspektiv. Författarna förde därefter omfattande diskussioner om hur dessa gemensamma nämnare skulle kunna förstås och huruvida det fanns kopplingar mellan dem. Till sist identifierades fyra huvudteman som namnsattes och beskrevs. Inledningsvis skrev respektive författare ett utkast till beskrivning för två teman var. Därefter diskuterades och redigerades texterna gemensamt.

Forskningsetiska överväganden

Bristande objektivitet vid urval och analys var den främsta forskningsetiska risken författarna såg inför starten av detta arbete. Vidare att artiklarnas metoder och resultat skulle uppfattas fel eller orättvist på grund av bristande kunskaper hos författarna i engelska och metodologi, förvrängning, samt att processen skulle påverkas för mycket av andra uppsatser om samma ämne, plagiat. Genom att vara medvetna om dessa punkter, påminna varandra om dem och att ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet, tror författarna sig ha minskat riskerna om än inte undvikit dem helt.

De artiklar som författarna valde ut till denna litteraturöversikt var alla etiskt granskade. Deltagarna i forskningsstudierna hade delgivit sitt samtycke till att medverka skriftligt och/ eller muntlig. De var alla anonyma och blev informerade om att de när som helst kunde avbryta projektet. Enligt Kjellström (2017) är detta grundläggande för att värna om människors grundläggande värde och deras rättigheter.

I övrigt har författarna försökt följa de åtta uppförandekrav som Vetenskapsrådets skrift God forskningssed (2017) anger i sin sammanfattning. Dessa åtta punkter innebär att tala sanning om sin forskning, medvetet granska sina utgångspunkter, öppet redovisa metod och resultat liksom kommersiella intressen och andra bindningar, inte stjäla resultat från andra, dokumentera sin forskning för att hålla ordning, inte skada människor, djur eller miljö, samt vara rättvis i bedömningen av någon annans forskning.

Resultat

Denna litteraturöversikt byggde på elva artiklar där sjuksköterskor intervjuats om sina erfarenheter kopplade till att vårda patienter med suicidalt beteende. Sjuksköterskorna arbetade inom psykiatri, både öppenvård och slutenvård, allmänna sjukhusavdelningar, akutsjukvård och primärvård. Studierna var genomförda i Saudiarabien, Israel, Turkiet, Australien, Brasilien, Belgien, Sverige och Norge.

Dataanalysen resulterade i fyra teman, *Skapa en vårdande relation*, *Väcka känslor och etiska frågor*, *Ställa höga krav*, samt *Sakna kunskap, träning och stöd*.

Skapa en vårdande relation

En tillitsfull och kommunikativ relation mellan sjuksköterskor och patienter stärker band och förtroendet dem emellan ansåg sjuksköterskorna (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020). När tilliten byggdes blev det lättare för patienten att våga öppna upp och vara uppriktig om

sina tankar och känslor (Vandewalle m.fl., 2020). Att lyssna till patienternas berättelser, ge patienterna tillåtelse att uttrycka sina känslor, inge hopp om framtiden och få in små ljusglimtar byggde upp vårdrelationen. Det senare genom att uppmärksamma förbättringar i patientens mående och få patienten att se möjligheter till förändringar (Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018).

När man vårdade dessa patienter var det viktigt som sjuksköterska att vara lugn, trygg och stabil (Hagen m.fl., 2017). Man bör ha ett icke-dömande förhållningssätt och validera patientens känslor (Vandewalle m.fl., 2020). Överenskommelser med patienterna kan ge signaler om att de känner sig som en individ, som får ha egna åsikter och som är fri. Med hjälp av överenskommelser reducerades osäkerhet hos sjuksköterskor och patienterna kände mindre oro (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Sellin m.fl., 2018; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020).

I vårdrelationen upplevde sjuksköterskor att de måste vara känslomässigt engagerade men samtidigt utgöra en stabil klippa (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Vandewalle m.fl., 2020). Vissa patienter behövde mer engagemang från sjuksköterskor än andra. Det är viktigt som sjuksköterska att veta var ens gräns mellan professionellt och privat engagemang går, vilket underlättades av stöd från kollegor (Hagen m.fl., 2017).

Sjuksköterskor lyfte att de själva bör initiera samtal om suicid med patienter. Det kan skingra tabun kring ämnet och göra det lättare för patienterna att prata om svåra och obehagliga frågor. Sjuksköterskornas erfarenhet var att patienter ofta känner skam och skuld över sina suicidala beteenden och har svårt att prata om det (Jansson m.fl., 2018; Sellin m.fl., 2018; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020).

Även om många sjuksköterskor beskrev att fokus i vården bör ligga på vårdrelation och samtal om frågor som är betydelsefulla för patienterna (Vandewalle m.fl., 2020), betonade andra sjuksköterskor istället uppmuntran och meningsfull aktivitet som kan skingra tankarna (Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020).

Väcka känslor och etiska frågor

Sjuksköterskor upplevde det utmanande att vårda patienter med suicidalt beteende. Det väckte starka känslor (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017) och etiska frågor (Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017).

För sjuksköterskor som inte var vana vid att möta patienter med suicidala beteenden upplevdes det skrämmande och det gjorde dem nervösa (Jansson & Graneheim, 2018; Lees m.fl., 2014; Vedana m.fl., 2017). Sjuksköterskor vittnade om stor frustration över att vården inte hjälpte (Alhamidi & Alyousef, 2022; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022) och en ovilja att vårda patienter med suicidalt beteende (Türkles m.fl., 2018; Vedana m.fl., 2017).

Sjuksköterskor som varit med om patienter som gjort suicidförsök, vittnade om hur chockartat och känslösamt det varit och vilka psykologiska reaktioner de fått efteråt, inklusive stress, depression, sömnproblem, kraftig osäkerhet och hur de övervägde att säga upp sig (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Vedana m.fl., 2017). Suicidhändelser väckte omedelbar sorg, medkänsla (Hagen m.fl., 2017; Türkles m.fl.,

2018; Vedana m.fl., 2017) och altruism hos sjuksköterskorna (Amit Aharon m.fl., 2021; Vedana m.fl., 2017), men också ilska mot patienten (Alhamidi & Alyousef, 2022; Hagen m.fl., 2017; Türkleş m.fl., 2018; Vedana m.fl., 2017). Sjuksköterskor upplevde stor ensamhet och en känsla av att allt ansvar vilade på dem (Amit Aharon m.fl., 2021; Türkleş m.fl., 2018). I ett senare skede kom skuld, förebräelser och känslor av misslyckande (Alhamidi & Alyousef, 2022; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Türkleş m.fl., 2018; Vedana m.fl., 2017). Några upplevde oro, stress och rädsla under lång tid efter händelsen (Lees m.fl., 2014; Türkleş m.fl., 2018). Händelser kunde etsa sig fast i minnet lång tid efteråt. De mindes alla detaljer från dagen ifråga och översköldes av djup rädsla, osäkerhet och skuld när minnen kom upp (Amit Aharon m.fl., 2021).

I en studie inom akutsjukvården var det utmanande för många sjuksköterskor att vårda patienter de uppfattade utfört en orättfärdig handling. De upplevde att det var fel att lägga hälso- och sjukvårdens knappa resurser på dessa personer, som gjort något dåligt, som inte ville leva, och där vården dessutom upplevdes sakna effekt. De framhöll också hur tröttande det var att ständigt ge akt på hur de uttryckte sig och känna att deras omvårdnad riskerade att göra mer skada än nytta (Vedana m.fl., 2017).

Sjuksköterskor inom primärvården, vars roll var att fånga upp personer med suicidrisk och skicka dem vidare till nästa vårdnivå, berättade om hur svårt det kändes att hänvisa patienten vidare till någon annan om de öppnat upp och börjat berätta om sina suicidtankar eller suicidplaner. De kände också oro för att patienten inte skulle fångas upp, att det skulle ta lång tid innan nästa vårdnivå agerade, eller att patienten inte skulle svara när nästa vårdnivå försökte kontakta dem. Helst hade de velat ta patienterna i handen och fysiskt överlämna dem till någon (Wärdig m.fl., 2022).

Såväl inom primärvård som psykiatri upplevde sjuksköterskorna att patienternas liv låg i deras händer och att den känslan var tung att bära (Derblom m.fl., 2021; Wärdig m.fl., 2022). Att inom psykiatri ständigt vara vaksam på suicidala signaler, använda sin magkänsla, göra bedömningar, hantera osäkerheter och fatta beslut utifrån sina intryck upplevdes tröttande (Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020), ensamt och ansvarsfullt (Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020), särskilt att fatta beslut som gick emot kollegors uppfattning (Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018). Oro och tankar på arbetet följde ofta med sjuksköterskorna hem och ledde till sömnsvårigheter (Derblom m.fl., 2021; Wärdig m.fl., 2022). Vissa uttryckte att de kunde bli känslomässigt helt utmattade (Vandewalle m.fl., 2020). Några berättade om rädslan för att ha fattat fel beslut, att frukta det värsta (Derblom m.fl., 2021). Vissa kände sig mycket utsatta (Jansson & Graneheim, 2018).

Att värna om patientens autonomi, upprätthålla tillit och samtidigt utföra sitt arbete, att skydda patientens liv, ibland med tvångsmetoder, upplevdes av vissa sjuksköterskor som svårförenligt och som ett etiskt dilemma (Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020). Ett annat etiskt dilemma var de egna tankar om liv och död som väcktes av arbetet och hur man skulle hantera dem i sitt professionella jag (Jansson & Graneheim, 2018).

Samtal och reflektion med kollegor upplevdes som det bästa sättet att reglera sina känslor (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017), diskutera och få stöd (Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Wärdig m.fl., 2022).

Ställa höga krav

Sjuksköterskornas berättelser indikerar att vård av patienter med suicidalt beteende ställer höga krav på sjuksköterskor (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2019; Türkleş m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022).

För att få åstadkomma en vårdande relation med patienter med suicidalt beteende inom psykiatrin erfor sjuksköterskor att de måste kunna föra vårdande samtal (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018; Türkleş m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020), ha förmåga att ställa in sin frekvens på patienten (Sellin m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020), få patienten att känna sig som en unik person (Sellin m.fl., 2018; Türkleş m.fl., 2018), visa på hopp (Hagen m.fl., 2017; Sellin m.fl., 2018) och integrera patientens tidigare positiva erfarenheter med nuvarande liv (Sellin m.fl., 2018).

I samma kontext upplevde sjuksköterskor att de måste kunna visa engagemang, vara närvarande (Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020), empatiska och vårdande men samtidigt ha förmåga att behålla viss distans (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014). De ansåg sig behöva vara genuina och autentiska (Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020) men på samma gång professionella och kunna hantera egna tankar på liv och död (Jansson & Graneheim, 2018). Viktigt framhöll de också, var att kunna härbärgera och dölja sina egna känslor, som kan vara mycket starka, så att de kan visa sig lugna och stabila mot patienten (Hagen m.fl., 2017). Allt detta menade de kräver att sjuksköterskor arbetar med sig själva, har självkänedom, kan reglera sina känslor (Hagen m.fl., 2017; Vandewalle m.fl., 2020) och utövar egen reflektion (Lees m.fl., 2014; Sellin m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020). Vissa sjuksköterskor framhöll att andra sjuksköterskor inte levde upp till dessa krav. De utnyttjade inte tiden till relation med patienten, hade dålig attityd, engagerade sig inte, var inte självmedvetna och reflekterade inte över sitt eget beteende (Lees m.fl., 2014).

Att balansera mellan känslomässigt engagemang och professionell distans framhölls av sjuksköterskor som svårt och tröttsamt (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Vandewalle m.fl., 2020). Olika sjuksköterskor, ofta på samma avdelning, kunde ha olika åsikt om var fokus i denna balans borde ligga, vilket gjorde saken ännu svårare (Hagen m.fl., 2017; Lees m.fl., 2014; Vandewalle m.fl., 2020). Samtidigt som sjuksköterskor förväntades arbeta relationellt och lyhört, utifrån de signaler de i stunden uppfattade, förväntades de följa fasta rutiner på vårdenheten, vilket vissa upplevde hindrade dem från att arbeta händelsestyrt (Vandewalle m.fl., 2020).

Att bedöma patienter och ta bra beslut ställde även det krav på sjuksköterskor. Sjuksköterskorna framhöll att de måste våga initiera samtal om suicid trots att det är obehagligt (Alhamidi & Alyousef, 2022; Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Wärdig m.fl., 2022), våga göra självständiga suicidbedömningar och våga använda och lita på sin intuition (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Jansson & Graneheim, 2018) men inte låta egna känslor påverka bedömningar (Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020). Sjuksköterskorna menade att de måste vara lyhörda, vaksamma och uppmärksamma på signaler för att hela tiden ligga steget före innan något inträffar. (Vandewalle m.fl., 2020). Vissa sjuksköterskor kunde uppleva ovilja att fråga om suicid.

De var rädda för svaret, visste inte vad de skulle göra med det och det tog mycket energi från dem själva (Jansson m.fl., 2018; Lees m.fl., 2014).

Sjuksköterskor framhöll att det är deras ansvar att suicidriskbedömningar görs och är aktuella. Patientens situation kan ändras snabbt (Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Wärdig m.fl., 2022). Att göra suicidriskbedömningar upplevdes utmanande, men något som måste göras och som de måste vänja sig vid. Med mer erfarenhet blev de tryggare i sina bedömningar. En del sjuksköterskor upplevde dock att mer erfarenhet gjorde det svårare eftersom de då var mer medvetna om alla faktorer att beakta (Derblom m.fl., 2021).

På sjuksköterskor i primärvården ställdes krav att kunna bedöma suicidrisk över telefon utan att se patientens ansikte och kroppsspråk, utan att känna patienten, på kort tid och ibland utan att klart veta vad de skulle göra av svaret. En del sjuksköterskor tyckte att det kändes meningslöst att göra suicidriskbedömningar och att det bara gjordes för att det var ett måste (Wärdig m.fl., 2022).

Inom akutsjukvården framhöll sjuksköterskor att det krävs att man är kvick i sitt agerande, psykiskt förberedd, har kunskap och tidigare träning när patienter med suicidalt beteende ska vårdas. Miljön inom akutsjukvård med hög arbetsbelastning, ont om tid och kortvarig kontakt var en utmaning för sjuksköterskorna när det kom till att etablera vårdrelation. Att vårdrelationerna med patienter med suicidalt beteende ofta blev konfliktfyllda i och med att de inte ville samarbeta och få vård, var också krävande (Vedana m.fl., 2017).

Sakna kunskap, träning och stöd

Sjuksköterskor efterfrågade mer kunskap, träning och stöd i arbetet med att vårda patienter med suicidalt beteende (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Lees m.fl., 2014; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022). Sjuksköterskor upplevde att arbetssituationen och faktorer i organisationen försvårade arbetet (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Lees m.fl., 2014; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022).

Att få stöd av sina kollegor uttrycktes som det viktigaste stödet att få (Alhamidi & Alyousef, 2022; Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Hagen m.fl., 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Wärdig m.fl., 2022). I en av studierna efterfrågade sjuksköterskorna ett mer utvecklat teamarbete, där teamet gemensamt skulle ha ansvar snarare än varje individ. Detta för att öka samarbete, reflektion och stöd till varandra. Idag upplevde de att det var upp till dem själva att hitta stöd, vilket kunde vara svårt av praktiska skäl och tungt om man varit med om något (Jansson & Graneheim, 2018).

Brist på stöd från chef och ledning uttrycktes också (Amit Aharon m.fl., 2021; Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Lees m.fl., 2014; Türkles m.fl., 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022). Det handlade om allt ifrån att inte erbjudas relevant introduktion och träning (Derblom m.fl., 2021), att rutiner och handlingsplaner saknades (Alhamidi & Alyousef, 2022; Derblom m.fl., 2021; Vedana m.fl., 2017; Wärdig m.fl., 2022), eller tvärtom för mycket av arbetet var styrt (Vandewalle

m.fl., 2020), att arbetsbelastningen var för hög (Derblom m.fl., 2021; Jansson & Graneheim, 2018; Vandewalle m.fl., 2020; Vedana m.fl., 2017) till att ledningen då suicid av ineliggande patienter inträffat var mer intresserade av formella procedurer än sina medarbetares känslor, behov och mentala stress (Amit Aharon m.fl., 2021). I en studie rapporterades att ledningen vid suicid beskyllde sjuksköterskorna för det inträffade (Türkleş m.fl., 2018).

Diskussion

Här diskuteras först litteraturoversiktens metod och därefter tre fynd ur resultatet.

Metoddiskussion

Endast kvalitativa data inkluderades i översikten. Med tanke på syftet, att beskriva sjuksköterskors subjektiva erfarenheter, anser författarna att det var ett bra beslut. Friberg (2022b) beskriver att kvalitativa data ger en djupare förståelse för erfarenheter och upplevelser än vad kvantitativa data ger.

Ett villkor för denna litteraturoversikt var att ämnet skulle vara relevant för allmän-sjuksköterskan. Trots det exkluderades inte artiklar vars kontext utgjordes av psykiatri eller handlade om erfarenheter från sjuksköterskor specialistutbildade inom psykiatri. Detta då allmänsjuksköterskor i Sverige i hög grad tjänstgör inom psykiatri och till största del utför samma arbetsuppgifter som psykiatrispecialiserade. Det är den erfarenhet litteraturoversiktens ena författare har, efter 13 års arbete inom psykiatri. Någon aktuell referens på det kunde författarna inte hitta, men äldre artiklar i *Vårdfokus* (Forslind, 2007; Nyman, 2010) beskriver att 50 respektive 60 procent av alla sjuksköterskor inom psykiatri endast hade grundutbildning. Det kan även anas bakom Statistiska Centralbyråns, (SCB, 2022), *Arbetskraftsbarometer*, där nio av tio arbetsgivare anger att det är brist på specialistsjuksköterskor inom psykiatri. I flera av de artiklar som inkluderades i litteraturoversikten framgick heller inte om informanterna var specialistutbildade eller ej och i vissa ingick både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor utan att deras erfarenheter separerades. Om artiklar från psykiatri eller psykiatriutbildade sjuksköterskor inte inkluderats i studien tror författarna att resultatet blivit mindre innehållsrikt.

Även om till slut endast artiklar från två databaser inkluderades i översikten anser författarna att alla tre databaser som användes gav relevanta träffar utifrån översiktens syfte. Som Östlundh (2022) beskriver är CINAHL Complete inriktad på artiklar om omvårdnad, PubMed på hälsa och medicin, och PsycInfo på psykiatri och psykologi.

Litteraturoversiktens syfte var inte begränsad till någon specifik vårdkontext. Resultatartiklarna omfattade erfarenheter från sjuksköterskor inom såväl akutsjukvård och primärvård, som vårdavdelningar på allmänna sjukhus och öppen- och slutenvårdspsykiatri. Det kan ses som en svaghet att jämföra erfarenheter från så olika sammanhang. Resultatet från denna litteraturoversikt visar ändå att på temarubriksnivå är erfarenheterna från de olika vårdsammanhangen desamma. *Vad* som väcker känslor och etiska frågor, *vilka* krav som ställs på sjuksköterskor etcetera, skiljer sig dock mellan de olika kontexterna.

Författarna uppfattar inte att resultatet påverkades av att ämnesord för självska-
beteende inte inkluderades i sökningarna. Självska-
beteende kan visserligen leda till
suicid, men författarna uppfattade att artiklar om självska-
beteende som lett till suicid
eller uppfattats som suicidförsök även var märkta med ämnesordet *Suicide* respektive
Suicide Attempted och därför ändå kom med i studiens sökningar.

Om ämnesordet *Nurse-Patient Relations* inte inkluderats i sökblocket avseende
sjuksköterskors erfarenheter hade fyra av artiklarna som slutligen ingick i urvalet inte
kommit med. Även om det kan tyckas ha vinklat resultatet mot temat vårdrelation är
författarnas uppfattning att ämnet framträtt i resultatet ändå då det även fanns med i
övriga artiklar. Med dessa fyra artiklar fördjupades dock ämnet vilket gynnade uppsatsen
utifrån dess syfte.

Sannolikt blev resultatet något mindre rikt av att tre artiklar, med samma försteförfattare
som en annan inkluderad artikel, valdes bort för att inte få ett snedvridet resultat. De
bortvalda artiklarna upplevdes i någon mån svara bättre mot uppsatsens syfte än några av
de artiklar som inkluderats (av andra författare). Samtidigt innehöll de artiklar som
svarade något sämre mot litteraturöversiktens syfte, ändå intressant information om andra
teman, vilket hade varit synd att missa. Ett alternativ hade kunnat vara att inkludera alla
14 artiklar, men risken för snedvridning hade då kvarstått.

Att litteraturöversikten skrevs av två personer med olika bakgrund och erfarenheter
upplevde författarna som en styrka då författarna kunde bidra på olika sätt. Upplevelsen
att komplettera varandra stärkte samarbetet under litteraturöversiktens arbetsgång.
Författarna hade online-kontakt varje morgon vid en bestämd tid för avstämning,
diskussion och planering av dagens arbete. För löpande frågor och avstämningar under
dagen användes en chatt som kommunikationskanal. Författarparet träffades även fysiskt
vid fem tillfällen för att arbeta tillsammans.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskor i alla vårdsammanhang upplever vårdrelationen viktig
och kämpar med etiska frågor. Författarna har valt att diskutera följande fynd ur
resultatet: *Vårdrelation*, *Autonomi kontra rädda liv* och *Tabu och stigmatisering*.

Vårdrelation

Ett fynd ur resultatet var vikten av att skapa en god vårdrelation. Sjuksköterskor har
erfarenhet av att en god, tillitsfull och kommunikativ vårdrelation stärker bandet och
förtroendet mellan sjuksköterskan och patienten. Det gör även att sjuksköterskan har en
kännedom om patientens bakgrund, vilket i sin tur leder till att suicidriskbedömningarna
blir säkrare. Genom att lyssna till patientens berättelse och låta patienten uttrycka sina
känslor och ge hopp om framtiden så byggs en stabil vårdrelation. Svensk
sjuksköterskeförening (2017) slår fast att det ingår i sjuksköterskans profession att bygga
en förtroendefull relation till patienten. Patientens berättelse ska stå i fokus under
vårdmötet och vara betydelsefull för sjuksköterskan och patienten.

Detta styrks även av Wiklund Gustin (2020) som menar att ett fungerande samspel
mellan sjuksköterska och patient skapar ett gott vårdförlopp. När sjuksköterskan sätter
patienten i centrum och lyssnar till patienten så är det positivt för patienten. Inte bara
under själva vårdmötet utan även för framtida tillfrisknande. Att vårdrelationen är viktigt
verifieras även av patienter (Vatne och Nåden, 2018). Även Bullington (2018) lyfter att

samtalet och samspelet mellan sjuksköterska och patient är en omvårdnadsåtgärd i sig. Detta kan ses som att samtalet blir en patientsäkerhetsåtgärd för att på ett effektivt sätt fånga upp patientens tankar och känslor och på så sätt möta patienten i validering och sätta in rätt resurser. Ett vårdande samtal kan vara en viktig resurs. Med stödet kan patienten reflektera och skapa en förståelse över sin situation.

Det framkom även i resultatet att sjuksköterskor bör vara medvetna om sitt känslomässiga engagemang och den professionella distansen. En del patienter behöver mer stöd och sjuksköterskor kan uppleva att det är svårt att ge patienter olika regler. Detta beskriver även Morrissey och Higgins (2019), där de nämner att sjuksköterskornas efterenheter är att en del patienter har svårare att hitta skäl till att leva. Dessa patienter behöver lite mer hjälp och stöd för att hitta någonting i sin situation som kan hjälpa dem framåt i återhämtningsprocessen samt ger dem hopp. Vatne och Nåden (2018) redogör dock för att flera patienter upplevde att sjuksköterskor inte var engagerade och var ignoranta mot patienterna. Detta fick patienterna att känna mer ensamhetskänslor och en känsla att sjuksköterskorna släckte deras hopp om framtiden.

Barker (2001) belyser vikten av samtal för att bygga en god vårdrelation och för att förstå patienten. Genom interventioner och stöd ges patienten utrymme att på ett kreativt sätt hitta egna lösningar till sina problem. Cutcliffe & Barker (2002) förklarar att innan interventioner kan skapas så måste en vårdrelation finnas där. Sjuksköterskan bör vara engagerad och intressera sig i patienten. Med en god vårdrelation förmedlar sjuksköterskan att hen bryr sig om patienten och ser patientens liv som värdefullt. Barker (2001) tillstår även att det krävs enastående mod och medkänsla från sjuksköterskans sida att ge den vård som krävs vid dessa existentiella kriser, given vårdkontext och att resurserna ofta är begränsade.

Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver även de, i *Värdegrund för omvårdnad*, att sjuksköterskans mod är en dygd. Sjuksköterskan kan med hjälp av sitt mod reflektera och använda sina tidigare erfarenheter för att patienten ska få en så bra återhämtning som möjligt. Modet innebär även att säga ifrån när en kollega ignorerar en patient och att säga ifrån när en kollega gör en oetisk handling. Sjuksköterskans mod är central för att god omvårdnad ska kunna bedrivas. Det öppnar upp för en god vårdrelation där patienten får vara i centrum. Det här kan tolkas som att modet innebär att man som sjuksköterska stannar kvar vid patientens sida och står upp för patientens rättigheter även när samhället och omgivningen sviker patienten.

Autonomi kontra rädda liv

Litteraturoversikten visade att sjuksköterskor erfor att det är svårt att skapa förtroende och värna patienters autonomi, och samtidigt utföra sitt arbete, där den fysiska säkerheten har högsta prioritet. Förutom att autonomi är en lagstadgad och central etisk utgångspunkt för allt vårdande, ses det av sjuksköterskor som ett viktigt medel för att skapa tillit och en vårdande relation till patienten. Sjuksköterskor upplever det svårt att få patienter att prata öppet om sina tankar när informationen kan leda till åtgärder mot deras vilja. Vissa sjuksköterskor menar också att detta försvåras av att säkerhet och kontroll i många vårdorganisationer har en alltför framträdande plats och att övervakning och andra skyddsriktade åtgärder utövas allt för mycket, eller på ett icke empatiskt sätt.

Att sjuksköterskor som vårdar patienter med suicidalt beteende växlar mellan närhet/allians och distans/kontroll i sin relation till patienten har beskrivits av till

exempel Talseth och Gilje (2011) och Slemon m.fl. (2017). Närhet förknippas med att se patienten som en individ, värna autonomi och relation, medan distans förknippas med säkerhet, observation och vara objektiv (Talseth & Gilje, 2011). De senare fann också att sjuksköterskor företrädesvis hade foten i den ena av dessa två perspektiv och att det till viss del kunde härledas ur sjuksköterskornas syn på suicidala patienter, som en autonom person med känslor av hopplöshet och depression, respektive som en person med psykiatrisk diagnos och sociala problem.

Att bemöta patienten som en individ, underförstått med autonomi, är helt centralt i Barkers omvårdnadsteori. Samtidigt uttrycker han att sjuksköterskan vid hög suicidrisk hos en patient "måste göra det som måste göras", vilket är att ta reda på vad patienten behöver och göra det. Han erkänner att det som behöver göras ibland kan vara mer komplexa åtgärder, underförstått rädda patientens fysiska liv, men att det oftast är enkla saker som att ge känslomässigt stöd och lyssna som patienten behöver. Barker tycks mena att problemet inte är att frångå autonomi, utan *hur* (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Cutcliffe och Barker (2002) utvecklar detta och kritiserar den så kallade observationsinriktade vården, där övervakning frekvent ordineras av en läkare, för att utföras med distans, utan engagemang och hopp och utan att adressera orsaken till patientens dödslängtan.

Att det är rätt att förhindra att någon tar sitt liv, på bekostnad av självbestämmandet, verkar vara en allmän syn i samhället, åtminstone när det gäller personer i kris eller med psykisk ohälsa. Det antyds i ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2021) och i Sandman & Kjellströms (2018) bok om etik för vårdande yrken. Utifrån de riktlinjer och rekommendationer som används inom svensk sjukvård idag (Michanek, m.fl., 2015) är det också underförstått som något givet. Sannolikt härrör denna syn utifrån de tankar Sandman och Kjellström (2018) nämner, att det är oklart om personer med suicidalt beteende verkligen har en autentisk önskan att dö och vetskapen att det finns behandling som man tror skulle kunna göra att patienten får tillbaka lusten att leva. Att de flesta som begår ett allvarligt suicidförsök senare i livet inte kommer att dö i suicid kan tyckas verifiera dessa tankar (Folkhälsomyndigheten, 2022a). När det gäller så kallade rationella suicid, för personer som är dödligt sjuka och anses fullt beslutskompetenta, har dock många, både etiker och allmänhet, en annan syn (Rich & Butts, 2004).

För sjuksköterskor som vårdar patienter i kris och patienter med psykisk ohälsa kvarstår dock dilemmat. Det är svårt att stödja patientens autonomi ena stunden och motverka det den andra? En viktig faktor för att minska sjuksköterskornas etiska dilemma skulle kunna vara det Slemon m.fl. (2017) föreskriver, att det alltför stora fokuset på säkerhet inom psykiatri bör överges, så att paternalistiska interventioner används i mindre utsträckning. Att försöka utföra de paternalistiska interventioner som trots allt är nödvändiga med mer närhet, engagemang och hopp, som Cutcliffe och Barker (2002) framför, skulle kanske göra det lättare för sjuksköterskor att bestrida autonomi. Viktigast för att minska det etiska problemet för sjuksköterskor kanske trots allt är det som också var ett framträdande fynd i denna litteraturöversikt. Att sjuksköterskor behöver mer tid och möjlighet till reflektion och samtal med kollegor för att känsloreglera, bearbeta upplevelser, existentiella frågor och etiska utmaningar och att hitta sina egna värderingar och ståndpunkter.

Tabu och stigmatisering

Sjuksköterskorna är medvetna om att de själva bör ta initiativet och lyfta frågan kring suicid med patienten. Folkhälsomyndigheten (2023a) menar att samtal om suicid tar bort stigmatisering och tabu kring ämnet och kan vara avgörande för dessa patienters återhämtning. Socialstyrelsen (2022b) lyfter vikten av att våga tala om suicid och att det inte ökar risken för att patienten ska ta sitt liv, tvärtom kan det få patienten att våga öppna upp sig och känna att sjuksköterskan förstår hens tankar och känslor. Patienter kan skuldbelägga sig och känna rädsla för att prata om sitt suicidala beteende. Därför är det viktigt att sjuksköterskor vågar ta upp frågan om suicidalt beteende och inte lägger över den frågan på patienten.

Folkhälsomyndigheten (2023a) menar att samhället har en viss syn på patienter med suicidalt beteende. Myter som florerar är allt från att dessa personer är uppmärksamhets-sökande, manipulativa och att de hotar om suicid för att få sin vilja igenom. Samhället borde ha en större öppenhet och acceptans gällande psykisk ohälsa och suicid. Det skulle ge en positiv utveckling för dessa personers vård. Samhällets syn på suicid har varierat genom åren. Rich och Butts (2004) styrker detta då de nämner att många i samhället idag har en mer accepterande syn till suicid.

Folkhälsomyndigheten (2023a) bekräftar att suicidala beteenden kan omringas av stigmatiserade attityder hos allmänheten, vården och hos den drabbade. Detta leder till att måendet hos patienten förvärras och risken för suicid ökar. Det här kan tolkas som att, eftersom sjuksköterskor även de är en del av samhället, så förekommer stigmatisering även i yrkesprofessionen. Det handlar om vad man har för livsåskådning och tankar på livet i stort. Medvetenheten om suicid finns, men det räcker inte så länge som ämnet är tabubelagt, det är något som man helst inte vill ta i och blundar för. Det kan handla om att man själv är rädd och känner olust för något som är främmande. Folkhälsomyndigheten (2023a) nämner vidare att samtal om suicid i skolan, på arbetsplatser och andra sociala sammanhang kan minska stigma. Sammanfattningsvis skulle detta leda till att fler personer skulle våga be om hjälp redan i tidigt stadiet och deras självstigma skulle reduceras vilket skulle minska suicidala handlingar.

Barker (2001) ser på psykisk ohälsa som något naturligt och en reaktion på något svårt i patientens liv. Socialstyrelsen (2022b) bekräftar att om man som sjuksköterska kan se patientens inre lidande kan det underlätta för sjuksköterskan att se varje patients unika situation. Folkhälsomyndigheten (2023a), menar att det finns ett etiskt dilemma kring stigmatisering och suicid. Det tabu som suicid omges av bidrar till stigmatiseringen, men kan även ha en skyddande effekt. I länder med stort tabu kring suicid är andelen suicid lägre än i länder med mindre tabu. Det antyder att tabu kan ha en motverkande effekt på suicid, medan ökad acceptans ger fler suicid. Å andra sidan går det inte att avgöra om samhället förtiger suicid i länder med högt tabu. Just för att ämnet är så tabubelagt.

Kliniska implikationer

Sjuksköterskor behöver lägga mer tid och fokus på att etablera goda vårdrelationer med patienterna. Det kan uppnås genom högre personaltäthet, mindre fokus på andra arbetsuppgifter och en ledning som tydligt markerar att tid hos patienterna har högsta prioritet.

För att sjuksköterskor ska orka med ett så relationsintensivt arbete krävs att arbetsgivarna erbjuder bättre möjligheter till handledning och reflektion med kollegor. Vårdgivarna bör också erbjuda aktuella utbildningar för att hålla sjuksköterskors kompetens i fas med vad som krävs. Slutligen bör arbetsgivare vara noga med att blanda erfarna och mindre erfarna sjuksköterskor så att kunskapen i personalgruppen breddas.

Förslag fortsatt forskning

Under detta arbete upptäckte författarna att det inte finns mycket forskning om sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med suicidalt beteende i andra vårdssammanhang än psykiatri. Eftersom sjuksköterskor i alla delar av vården kan möta patienter med suicidalt beteende behövs fler studier från andra vårdssammanhang än psykiatri.

Hur kunskapen om vårdrelationen ska kunna omsättas i praktiska färdigheter hos sjuksköterskor är ett annat förslag på område för fortsatt forskning. I denna litteraturoversikt framkommer återigen hur sjuksköterskor erfar att goda vårdrelationer ser ut och att vårdrelationen är avgörande för tillfrisknandet av patienter med suicidalt beteende. Men hur sjuksköterskor ska lära sig att i praktiken skapa vårdande relationer är fortfarande oklart. Sjuksköterskor vittnar om att de förväntas lära sig detta på egen hand.

Slutsats

Sjuksköterskor erfar att en god vårdrelation är grunden i vården av patienter med suicidalt beteende. Genom att lyssna, validera, se patienten som en individ, vara känslomässigt engagerad, men lugn, trygg och stabil ser sjuksköterskor att de kan skapa en tillitsfull och kommunikativ vårdrelation. Att vårda patienter med suicidala beteenden väcker starka känslor och etiska frågor hos sjuksköterskor. Känslan att ansvara för någons liv är tung. Att värna patientens autonomi ena stunden och agera mot patientens vilja nästa, för att den fysiska säkerheten har högsta prioritet, upplever vissa sjuksköterskor vara ett svårt etiskt dilemma. Allt detta ställer höga krav på dem som sjuksköterskor och människor. Egen reflektion och stöd av kollegor upplever sjuksköterskor är det bästa sättet att känsloreglera, bearbeta upplevelser, existentiella frågor och etiska utmaningar.

Referensförteckning

*artikel inkluderad i resultatet

- *Alhamidi, S.A., & Alyousef, S.M. (2022). Perceptions of mental health nurses toward caring for suicidal hospital inpatients in Saudi Arabia. *Death Studies*, 46(5), 1166–1175. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1801894>
- *Amit Aharon, A., Fariba, M., Shoshana, F., & Melnikov, S. (2021). Nurses as “second victims” to their patients’ suicidal attempts: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21/22), 3290–3300. <https://doi.org/10.1111/jocn.15839>
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A guide for Mental Health Professionals*. Routledge.
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). VÅRDRELATION Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden* 27(4), 14–19. <https://doi.org/10.1177/010740830702700404>
- Bullington, J. (2018). *Samtalskonst i vården. Samtalsträning för sjuksköterskor på fenomenologisk grund*. Studentlitteratur.
- Cutcliffe J.R., & Barker P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for “engagement and inspiring hope” or “observations.” *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell)*, 9(5), 611–621. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00515.x>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur.
- *Derblom, K., Lindgren, B.-M., Johansson, A., & Molin, J. (2021). Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses’ Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(8), 776–783. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1864686>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fört? Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a63816613481476291774b5f596f3271/vilken-sjukvard-unga-unga-vuxna-tagit-sitt-liv-fatt.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf25a8b4086943bab08fb53cd25113c1/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2020.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2022a, 18 augusti). *Kan man stoppa en person som “bestämt sig” för att ta sitt liv?* https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/fragor-och-svar-om-suicid-och-suicidprevention/?exp=114166#_114166

- Folkhälsomyndigheten. (2022b, 19 augusti). *Suicidprevention inom hälso- och sjukvården*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/suicidprevention-inom-halso--och-sjukvarden/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022c, 6 september). *Statistik om suicid*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>
- Folkhälsomyndigheten. (2023a, 21 februari). *Olika röster om stigma och suicid*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/kopplingen-mellan-stigma-suicid/olika-roster-om-stigma-och-suicid>
- Folkhälsomyndigheten. (2023b, 11 maj). *Vilket begrepp bör man använda: suicid eller självmord?*
https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/fragor-och-svar-om-suicid-och-suicidprevention/?exp=114168#_114168
- Forslind, E. (2007, 2 november). Hälften inom psykiatri utan specialistutbildning. *Vårdfokus*.
<https://www.vardfokus.se/kompetens/halften-inom-psykiatri-utan-specialistutbildning/>
- Friberg, F. (2022a). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4. uppl. sid 185–198). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022b). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning – inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4. Uppl. Sid 169–184). 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*, 31(1), 31–37.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 13(1),
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination i omvårdnad*. (2 uppl., s 111–120). Studentlitteratur.
- Hultsjö, S, Wärdig, R, Rytterström, P. (2019). The borderline between life and death. Mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care. *Journal of Clinical Nursing* 28(9/10), 1623–1632.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14754>
- *Jansson, L., & Graneheim, U. H. (2018). Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Specialised Mental Health Outpatient Care in Rural Areas. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 554–560. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1431823>

- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Kusdemir, S., Oudshoorn, A., & Ndayisenga, J. P. (2022). A critical analysis of the Tidal Model of Mental Health Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, *36*, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.012>
- *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. <https://doi.org/10.1111/inm.12061>
- Lindgren, B-M. (2019). Självskadebeteende. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundnivå* (3 uppl., s. 241–363). Studentlitteratur.
- Michanek, M., Månsson, M., Swärd, C., Amundin, T., Lindberg, B., Stolt, I., Ala, R. (2015, december). *Suicidnära patienter*. Kunskapsstöd för vårdgivare. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-varldprogram/suicidnara-patienter>
- Morrissey, J., & Higgins, A. (2019). “Attenuating Anxieties”: A grounded theory study of mental health nurses’ responses to clients with suicidal behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(5/6), 947–958. <https://doi.org/10.1111/jocn.14717>
- Nyman, K. (2010, 28 juni). ”Bara fyra av tio sjuksköterskor inom psykiatri har specialistutbildning”. *Vårdfokus*. <https://www.vardfokus.se/omvardnad/barafyra-av-tio-sjukskoterskor-inom-psykiatri-har-specialistutbildning/>
- Nyström, M. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (3 uppl. s. 465–485). Studentlitteratur.
- Pavulans, K., S., Bolmsjö, I., Edberg, A.K., & Ojehagen, A. (2012). Being in want of control: Experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *7*, <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.16228>
- Rich, K.L., & Butts J.B. (2004). Rational suicide: uncertain moral ground. *Journal of Advanced Nursing*, *46*(3), 270–278. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02987_1.x
- Rudd, M.D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports* *10*, 87–90. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0015-4>
- Runeson, B. (2016). Suicidalt beteende. I J. Herlofson., L. Ekselius., A. Lundin., B. Mårtensson., & Åsberg. M. (Red.), *Psykiatri* (2 uppl. s. 709–724). Studentlitteratur.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- *Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., & Gustin, L. W. (2018). Caring for the suicidal person: A Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(6), 1756–1766. <https://doi.org/10.1111/inm.12481>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.

- Sjöström, N. (2019). Suicid. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundnivå* (3 uppl., s. 363–385). Studentlitteratur.
- Skärsäter, I., & Ali, L. (2019). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg, H. Wijk, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (3 uppl. s. 639–671). Studentlitteratur.
- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
- Socialstyrelsen. (2021, 21 september). *Om suicid och suicidprevention*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/suicid-och-suicidprevention/om-suicid-och-suicidprevention/>
- Socialstyrelsen. (2022a, 15 augusti). *Suicid och suicidförsök*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varuskador/varuskador/suicid/>
- Socialstyrelsen. (2022b, 15 september). *Förebygga suicid*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varuskador/varuskador/suicid/forebygga-suicid/>
- Socialstyrelsen. (2023, 16 mars). *Suicid och suicidprevention*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/suicid-och-suicidprevention/>
- Statens medicinsk-etiska råd. (2014). *Robotar och övervakning i vården av äldre: Etiska aspekter (Smer rapport 2014:2)*. https://www.smer.se/wp-content/uploads/2015/02/Smer-2014_2_webb.pdf
- Statistiska centralbyrån. (2022). *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2022*. https://www.scb.se/contentassets/a12b37a263104dca9f9b1f69107f7b00/uf0505_2022a01_am78br2203.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Talseth, A.-G., & Gilje, F. L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1651–1667. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x>

- *Türkleş, S., Yılmaz, M., & Soylu, P. (2018). Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts. *Collegian*, 25(4), 441–446.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.11.002>
- *Vandewalle, J., Deproost, E., Goossens, P., Verfaillie, J., Debyser, B., Beeckman, D., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). The working alliance with people experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3069–3081. <https://doi.org/10.1111/jan.14500>
- Vatne, M., & Näden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing ethics*, 25(4), 444–457.
<https://doi.org/10.1177/0969733016658794>
- *Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forsknings sed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Världshälsoorganisationen. (u.å.). *Suicide prevention* Hämtad 14 april, 2023, från https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2
- Världshälsoorganisationen. (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
- Wasserman, D. (2023, 24 februari). *Nationellt program för suicidprevention i Sverige*. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. <https://ki.se/nasp/nationellt-program-for-suicidprevention-i-sverige>
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur.
- Wiklund Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.
- *Wärdig, R. E., Hultsjö, S., Lind, M., & Klavebäck, I. (2022). Nurses' Experiences of Suicide Prevention in Primary Health Care (PHC) – A Qualitative Interview Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 903–912.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2089789>
- Östlundh, H. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4. uppl. sid 79–109). Studentlitteratur.

Sökmatris

Databas	Sökblock Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete	((MH "Suicide") OR (MH "Suicide, Attempted") OR (MH "Suicidal Ideation")) AND ((MH "Nurse-Patient Relations") OR ("nurse experience*" OR "nurses experience*" OR "experiences of nurses" OR "nursing experience*" OR "nurse perception*" OR "nurses perception*" OR "perceptions of nurses" OR "nursing perception*"))	53	Peer Reviewed Engelska Årtal: 2013–2023	21	14	Alhamidi, S.A. (2022) Amit Aharon, A. (2021) Derblom, K. (2021) Hagen, J. (2017) Jansson, L. (2018) Sellin, L. (2018) Türkles, S. (2018) Vandewalle, J. (2020) Vedana, K. G. G. (2017) Wärdig, R. (2022)
PsycINFO	((DE "Suicide") OR (DE "Attempted Suicide")) OR (DE "Suicidal Ideation") AND ("Nurse-Patient Relation*" OR "Nurse Patient Relation*" OR "nurse experience*" OR "nurses experience*" OR "experiences of nurses" OR "nursing experience*" OR "nurse perception*" OR "nurses perception*" OR "perceptions of nurses" OR "nursing perception*")	23	Peer Reviewed Engelska Årtal: 2013–2023	2	1	Lees, D. (2014)
PubMed	((("Suicide"[Mesh:NoExp]) OR "Suicide, Attempted"[Mesh]) OR "Suicidal Ideation"[Mesh]) AND (("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR ("nurse experience*" OR "nurses experience*" OR "experiences of nurses" OR "nurse perception*" OR "nurses perception*" OR "perceptions of nurses" OR "nursing experience*" OR "nursing perception*"))	41	Engelska Årtal: 2013–2023	5	2	-

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Alhamidi, S.A., & Alyousef, S.	Perceptions of mental health nurses toward caring for suicidal hospital inpatients in Saudi Arabia	2022, Saudiarabien, Death Studies	Utforska erfarenheter och känslor hos sjuksköterskor som vårdar patienter som överväger försöka eller genomföra suicid i Saudiearabien.	Metod: Kvalitativ Urval: 20 sjuksköterskor Datainsamling: Semi-strukturerade fokusgrupps-intervjuer Analys: Tematisk analys	Att vårda patienter med suicidalt beteende genererade mycket känslor som ledde till stress, depression, svårt att arbeta och sömnproblem. Vissa sjuksköterskor övervägde att säga upp sig. Sjuksköterskorna upplevde att det var obehagligt att fråga om suicid och att patienterna kände att det var tabu. Sjuksköterskorna önskade mycket stöd av kollegor och upplevde att de saknade kunskap och färdigheter. De önskade sig mer utbildning och handledning av erfarna kollegor.
Amit Aharon, A., Fariba, M., Shoshana, F., & Melnikov, S.	Nurses as 'second victims' to their patients' suicidal attempts: A mixed-method study.	2021, Israel, Journal of Clinical Nursing	Förstå effekten av patienters suicidförsök och -händelser på sjuksköterskors 'second victim symptoms', samt utforska kopplingen mellan dessa erfarenheter och sjuksköterskefrånvaro och -omsättning.	Metod: Mixad (kvalitativ/ kvantitativ) Urval: Sju sjuksköterskor Datainsamling: Semi-strukturerade individuella intervjuer. Analys: Jämförelseanalys	Sjuksköterskorna upplevde att minnen av suicidförsök etsade sig fast och de återupplevde starka känslor när de påmindes om händelsen. Sjuksköterskorna kände sig ensamma under och framförallt efter, dessa händelser. De erfor att allt ansvar låg på dem. De kände stort behov av att prata öppet med andra kollegor efter suicidförsök på avdelningen och ilska mot ledningen för bristande stöd. Sjuksköterskorna uppgav att de saknar träning i hur man ska agera med patienter med suicidalt beteende.
Derblom, K., Lindgren, B.-M., Johansson, A., & Molin, J.	Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care.	2021, Sverige, Issues in Mental Health Nursing	Utforska sjuksköterskors erfarenhet av att bedöma suicidrisk i psykiatrisk slutenvård.	Metod: Kvalitativ Urval: Tio sjuksköterskor Datainsamling: Semi-strukturerade individuella intervjuer. Analys: Innehållsanalys	Suicidriskbedömning är en utmanande uppgift, men något som måste göras erfor sjuksköterskorna. De kände sig ensamma, tyngda av ansvaret och rädda för att ta fel beslut. Att diskutera med kollegor ansågs vara värdefullt. En tillitsfull relation ger bättre vård tyckte sjuksköterskorna men de upplevde en rädsla för att omdömet skulle påverkas om de kom för nära känslomässigt. De tyckte att det var svårt att vara känslomässigt engagerad och samtidigt stabil. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att släppa tankarna på arbetet, de tog med sig oron hem, vilket gjorde det svårare att sova. De kände sig övergivna av

					organisationen och saknade kunskap, träning och rutiner.
Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H.	Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor	2017, Norge, Archives of psychiatric nursing	Utveckla kunskapen om, hur psykiatrisjuksköterskor hanterar olika krav inom omvårdnaden av potentiellt suicidala patienter på psykiatriska avdelningar.	<p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: Åtta sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: semi-strukturerade individuella intervjuer</p> <p>Analys: Systematisk textkondensation</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att suicidförsök genererade starka känslor. Det var svårt att visa sig lugn, trygg och stabil mot patienterna, när det samtidigt pågick känslorstormar inuti.</p> <p>En tillitsfull relation stärkte bandet till patienterna tyckte sjuksköterskorna. Att ingjuta hopp och lyfta fram förbättringar i patienternas mående ansåg de var positivt för patienternas återhämtning. Sjuksköterskorna beskrev att de måste hitta sin gräns mellan professionellt och privat engagemang.</p> <p>Sjuksköterskorna framhöll att de måste vara känsliga för och uppmärksamma, signaler och kunna agera direkt. Magkänslan räddar liv.</p>
Jansson, L., & Hällgren Graneheim, U.	Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Specialised Mental Health Outpatient Care in Rural Areas	2018, Sverige, Issues in Mental Health Nursing	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma suicidrisk inom psykiatrisk öppenvård på landsbygden.	<p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: Åtta sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: Semi-strukturerade individuella intervjuer</p> <p>Analys: Innehållsanalys</p>	<p>Nyanställda sjuksköterskor upplevde suicid skrämmande och som en privat fråga. De kände osäkerhet kring om man verkligen får fråga om det. Arbetet triggade egna tankar på liv och död som var svåra att hantera i sin professionella roll.</p> <p>Sjuksköterskorna såg det som ett etiskt dilemma att värna patienternas autonomi och samtidigt utföra sitt arbete, att skydda liv. De upplevde sig ha ansvar för sina patienters liv vilket gav starka känslor av utsatthet.</p> <p>Sjuksköterskorna uppfattade att patienterna ofta kände skam kring sina suicidala beteenden och att en viktig uppgift för dem var att fråga om suicid. De önskade mer teamwork och saknade daglig support från kollegor och chef.</p>
Lees, D., Procter, N., & Fassett, D.	Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses	2014, Australien, International Journal of mental Health Nursing	Utforska erfarenheter och behov hos patienter med psykisk ohälsa i suicidal kris, till vilken grad dessa behov möttes, vilken roll psykiatrisjuksköterskors engagemang spelade i denna kontext, samt förslag på nyckelfaktorer för ökad kvalitet i omvårdnaden.	<p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: Elva sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade individuella intervjuer</p> <p>Analys: Jämförelse- och innehållsanalys</p>	<p>Sjuksköterskorna menade att relation och terapeutiskt engagemang är viktigast i vården av patienter i suicidal kris, men att det inte prioriterades som det borde.</p> <p>Som sjuksköterska måste man bli känslomässigt involverad och skapa en tillitsfull relation tyckte sjuksköterskorna men framhöll att det kunde vara svårt när man samtidigt ska vara professionell.</p> <p>Sjuksköterskorna upplevde brist på tid, teamwork, stöd och dåligt ledarskap och detta innebar försämrad vård.</p>

					Vissa sjuksköterskor menade att andra inte gjorde ett bra jobb. De använde inte tiden till patienterna, hade dålig attityd, saknade engagemang, var rädda, nervösa, kände sig misslyckade, var inte självmedvetna och reflekterade inte.
Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., & Gustin Wiklund, L.	Caring for the suicidal person: A Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring approach.	2018, Sverige, International Journal of Mental Health Nursing	Beskriva vad som kännetecknar en återhämtningsorienterad omvårdnad och hur detta kan uttryckas genom vårdande handlingar som involverar suicidala patienter och deras anhöriga.	Metod: Mixad (kvalitativ/ kvantitativ). Delphidesign Urval: Sex sjuksköterskor Datainsamling: Fokusgruppsintervjuer Analys: Tematisk analys	Sjuksköterskorna uttryckte att en återhämtningsorienterad omvårdnad innebar att kommunicera genuin omsorg, bjuda in till samtal, ingjuta hopp. De ansåg att fokus bör flyttas från <i>görandet</i> till att vara tillsammans. Sjuksköterskorna menade vidare att de bör reflektera över sin egen medverkan i mötet med patienten, visa att man blir berörd, vara autentisk, men samtidigt visa att man kan bära det man får höra. Patienterna bör ses som unika personer och lidande människor i stället för "patienter". Sjuksköterskorna framhöll vikten av att fråga om suicidala tankar och planer, att våga ta upp samtal om suicid för att få bort tabun kring ämnet.
Türkles, S., Yılmaz, M., & Soyulu, P.	Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts.	2018, Turkiet, Collegian	Syftet var att undersöka sjuksköterskors känslor, tankar och upplevelser när det gäller till att arbeta med patienter som har suicidala beteenden.	Metod: Kvalitativ Urval: 33 sjuksköterskor Datainsamling: Individuella djupintervjuer Analys: Innehållsanalys	Vissa sjuksköterskor kände ilska mot patienterna, nästan alla kände ansvar och skuld, de uttryckte stress, rädsla och ovilja att vårda suicidala personer. Sjuksköterskorna upplevde att ledningen gav dem skulden när suicid inträffat. Kommunikation och förtroende ansågs av sjuksköterskorna viktigast för att förhindra suicid. Viktigt också att ge patienterna utrymme att uttrycka sina känslor och att lyssna till dem. Att göra överenskommelser med patienterna menade sjuksköterskorna kunde få patienterna att känna sig som en unik individ. Sjuksköterskor ansåg det viktigt att de initierade samtal och vågade ställa frågor om suicid.
Vandewalle, J., Deproost, E., Goossens, P., Verfaillie, J., Debyser, B., Beeckman, D., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S.	The working alliance with people experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives.	2020, Belgien, Journal of Advanced Nursing	Öka förståelsen för arbetsalliansen vid omvårdnad av personer med suicidtankar på psykiatriska avdelningar	Metod: Kvalitativ Urval: 28 sjuksköterskor Datainsamling: Semi strukturerade individuella intervjuer Analys: Jämförelseanalys	För att skapa en arbetsallians, en mellanmänsklig, samarbetsinriktad relation, ansåg sjuksköterskorna det viktigt att initiera kontakt, spendera mycket tid, "tuna in", snarare än att övervaka patienterna. Vidare att vara tillgänglig, engagerad, genuin, visa omsorg och stöd och ha ett icke-dömande förhållningssätt. Att balansera mellan att fysiskt skydda patienterna och att värna patienternas autonomi upplevde sjuksköterskorna svårt. De upplevde att arbetet kunde leda till känslomässig utmattning. De framhöll betydelsen av egen reflektion, att

					<p>få ventilera frågor och reglera känslor med kollegor.</p> <p>Sjuksköterskorna upplevde att hög arbetsbelastning var ett hinder för att skapa arbetsallians, liksom alltför defensiv och procedurinriktad arbetskultur. De menade också att vissa sjuksköterskor och arbetsplatser fokuserade mer "kontroll", att bedöma och kontrollera utan att en bas av arbetsrelation finns, än att bygga sådana relationer.</p>
Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miaso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L.	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study.	2017, Brasilien, Archives of Psychiatric Nursing	Förstå akutsjukvårdens erfarenheter av stöd till personer med suicidalt beteende.	<p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: 19 sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer</p> <p>Analys: Grundad teori</p>	<p>Att vårda suicidala var en utmanande, känslsam, komplex och utmattande uppgift tyckte sjuksköterskorna. De var ofta rädda för att göra mer skada än att hjälpa.</p> <p>Sjuksköterskorna hade svårt att förstå patienterna eftersom suicid uppfattades som en oförsvarlig handling. De tyckte att det var svårt få till ett samarbete med dessa patienter och menade att saknades tid och engagemang att bygga upp en vårdrelation. Vården upplevdes inte ge någon effekt och de ansåg att resurserna istället borde läggas på de som vill leva.</p> <p>Sjuksköterskorna uttryckte att de inte ville vårda dessa patienter, men att de var tvungna av organisationen. De saknade kunskap, träning, riktlinjer och stöd.</p>
Wärdig, R., Hultsjö, S., Lind, M., & Klavebäck, I.	Nurses' experiences of suicide prevention in primary health care (PHC) - a qualitative interview study	2022, Sverige, Issues in Mental Health Nursing	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av suicidprevention i primärvården.	<p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: 15 sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: Semi strukturerade individuella intervjuer</p> <p>Analys: Innehållsanalys</p>	<p>Att göra suicidriskbedömningar över telefon, på kort tid, utan att ha någon information om patienten sedan tidigare var en utmaning för sjuksköterskorna.</p> <p>Att hänvisa någon som behöver hjälp vidare var svårt när de öppnat upp sig. Sjuksköterskorna kände oro över om patienterna skulle fångas upp och få rätt hjälp. De kände att patienternas liv låg i deras händer.</p> <p>Sjuksköterskorna hade svårt att släppa tankarna på arbetet vid hemgång och tog med sig arbetet hem. De önskade mer utbildning, bättre samarbete med specialister i psykiatri och saknade riktlinjer i arbetet.</p>