

# Att bära ansvar för liv och död

–En kvalitativ intervjustudie om sjuksköterskors erfarenhet  
av svåra suicidriskbedömningar

---

*Bearing responsibility for life and death – A qualitative  
interview study on nurse's experiences of difficult suicide  
risk assessments*

**Sanna Häggeborn**  
**Pierre Ogeryd**

Handledare: Rikard Wärdig

## Sammanfattning/Abstract

**Bakgrund:** Suicid är ett komplext folkhälsoproblem där riskbedömningar försvåras av både individens livssituation och begränsningarna i strukturerade bedömningsinstrument. Eftersom suicid påverkar sjuksköterskor både professionellt och emotionellt behövs ökad kunskap om deras erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomfördes baserad på 10 semistrukturerade intervjuer. Analysen genomfördes enligt Elo och Kyngäs (2008) induktiva ansats för kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenterades i två huvudkategorier med totalt sju subkategorier. Svåra suicidriskbedömningar påverkas av samtalskvalitet, komplexa patientgrupper och behovet av en trygg vårdrelation, där sjuksköterskor förlitar sig på närvaro och erfarenhetsbaserad intuition. Det stora ansvaret och bristande organisatoriska förutsättningar skapar emotionell belastning och osäkerhet. Kollegialt stöd är centralt. Det framträder tydligt ett ökat behov av utbildning, handledning och mängdträning. **Konklusion:** Sjuksköterskors arbete med svåra suicidriskbedömningar är komplext och kräver erfarenhet, närvaro och en trygg vårdrelation för att bedömningarna ska bli tillförlitliga. Brister i organisatoriska förutsättningar och utbildning skapar osäkerhet och ökad belastning. För att stärka det suicidpreventiva arbetet behövs förbättrade stödstrukturer och kontinuerlig kompetensutveckling.

**Nyckelord:** Kvalitativ forskning, Suicidriskbedömning, Sjuksköterska, Vårdrelation,

**Background:** Suicide is a complex public health issue in which risk assessments are complicated by both the individual's life situation and the limitations of structured assessment tools. Since suicide affects nurses both professionally and emotionally, increased knowledge is needed about their experiences of difficult suicide risk assessments. **Aim:** To describe nurses' experiences of performing challenging suicide risk assessments. **Method:** A qualitative interview study with an inductive approach was conducted, based on 10 semi-structured interviews. The analysis was carried out according to Elo and Kyngäs' (2008) inductive method for qualitative content analysis. **Results:** The results were presented in two main categories comprising totally of seven subcategories. Difficult suicide risk assessments are influenced by the quality of the conversation, the complexity of certain patient groups, and the need of a trusting care relationship, in which nurses rely on presence and experience-based intuition. The substantial responsibility and lack of organisational support creates emotional strain and uncertainty. Collegial support is essential. A clear need for further education, supervision, and practice emerges. **Conclusion:** Nurses' work with difficult suicide risk assessments is complex and requires experience, presence, and a trusting care relationship in order to ensure reliable evaluations. Deficiencies in organisational conditions and training contribute to uncertainty and increased professional strain. To strengthen suicide prevention efforts, improved support structures and continuous competence development is needed.

**Keywords:** Care relationship, Nurses, Suicide risk assessment, Qualitative Research

## INNEHÅLL

Inledning .....	1
Bakgrund .....	1
Suicid – En global och nationell folkhälsoutmaning .....	1
Riskfaktorer för suicid .....	2
Suicidriskbedömningar .....	2
Vårdrelationen som suicidpreventivt verktyg .....	3
Att förlora en patient i suicid .....	4
Metod .....	4
Design .....	4
Urval .....	5
Datainsamling .....	5
Tillvägagångssätt .....	6
Analys .....	6
Etiska ställningstaganden .....	7
Resultat .....	8
Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar .....	8
<b>Relationens roll i komplexa suicidriskbedömningar</b> .....	8
<b>Samtalet och intuitionen som vägledning i svåra bedömningar</b> .....	9
<b>Komplexa patientgrupper i suicidriskbedömning</b> .....	10
Erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser .....	10
<b>Bedömningar som lämnar spår</b> .....	10
<b>Ansvar utan förutsättningar</b> .....	11
<b>Kollegialt stöd</b> .....	12
<b>Behov av kompetensutveckling</b> .....	13
Diskussion .....	14

Resultatdiskussion .....	14
Metoddiskussion .....	17
Konklusion .....	20
Kliniska implikationer .....	20
Förslag på vidare forskning .....	20
AI och AI-assisterade teknologier i skrivprocessen .....	21
Referenser .....	22
Bilaga 1 .....	26
Bilaga 2 .....	27
Bilaga 3 .....	29

## **Inledning**

Suicid är ett starkt laddat ämne som väcker många och ofta komplexa känslor, både i samhället i stort och bland vårdpersonal (Malik et al., 2022). Inom den psykiatriska vården genomförs suicidriskbedömningar regelbundet. Tidigare forskning visar att vårdpersonal som ansvarar för dessa bedömningar många gånger upplever stark känsla av ansvar för patientens liv, samt rädsla för att fatta felaktiga beslut (Derblom et al., 2021). Suicidriskbedömningar är komplexa att genomföra, och det förekommer osäkerhet kring huruvida det fattade beslutet var det mest lämpliga (Derblom et al., 2021; Waern et al., 2016).

Suicidriskbedömningar varierar i svårighetsgrad beroende på situationens tydlighet. I vissa fall framstår risken som uppenbar, exempelvis när en patient uttryckligen visar suicidavsikter, såsom att stå med en snara i handen (Darnell et al., 2023; Fedorowicz et al., 2023). I sådana situationer är vårdinsatser ofta mer direkta, då riskbilden är tydlig och handlingsplanen klar. I andra fall är risken mer svårtolkad, exempelvis när en patient inte vill tala om suicidtankar, utan enbart uttrycker en önskan att bli utskriven. I dessa fall ställs vårdpersonalen inför en komplex bedömningsituation: handlar tystnaden om att patienten saknar suicidplaner, eller om att hen döljer sådana avsikter (Clua-García et al., 2021; Derblom et al., 2021).

Bedömningen blir då i hög grad beroende av personalens kliniska erfarenhet, intuition och tillgång till kompletterande information (Wärdig et al., 2022; Hultsjö et al., 2018). Det finns även utbredd osäkerhet och rädsla bland vårdpersonal när det gäller att ställa frågor om suicidtankar och suicidplaner (Öztürk & Hiçdurmaz, 2023; Derblom et al., 2021). Förklaringen kan delvis ligga i att ämnet traditionellt har varit tabubelagt (Clua-García et al., 2021; Hultsjö et al., 2018), samt av kvarstående föreställningar om att samtal om suicid i sig skulle kunna öka risken för suicidalt beteende (Öztürk & Hiçdurmaz, 2022; Clua-García et al., 2021).

Författarnas avsikt med studien är att fördjupa förståelsen för sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar. Trots att suicidriskbedömning utgör en central del av den psykiatriska omvårdnaden är forskningen begränsad kring hur sjuksköterskor erfar och hanterar dessa komplexa bedömningsituationer. Kunskapsglappet är särskilt angeläget att belysa då en välgrundad suicidriskbedömning kan vara avgörande för patientens liv och hälsa. I mötet med suicidnära patienter behöver både verbala och outtalade signaler uppmärksammas, eftersom bristfälliga bedömningar kan få allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten.

## **Bakgrund**

### **Suicid – En global och nationell folkhälsoutmaning**

Suicid innebär att en medveten handling utförs i syfte att ta sitt eget liv, handlingen kan också benämnas som självmord (Folkhälsomyndigheten 2023). Suicid föregås ofta av betydande psykiskt lidande hos individen (Socialstyrelsen 2024). Under ett år tar över 720 000 personer sitt liv världen över, de flesta suicid sker innan personen har hunnit fylla 50 år. I åldersgruppen 15–29 år var självmord den tredje vanligaste dödsorsaken globalt, för kvinnor var det den näst vanligaste dödsorsaken och för män den tredje vanligaste dödsorsaken. Sedan 2000 så har suicid minskat med 35 % globalt, i Europa har det minskat med 50 % (WHO 2025).

Under år 2024 registrerades 1 230 fullbordade suicid i Sverige. Därtill förekom ytterligare 223 dödsfall där misstanke om suicid förelåg. Statistiken visar att män utgör den största andelen av de som begår suicid, då cirka två tredjedelar av alla suicid begås av män. Bland unga i åldersgruppen 15–29 år var suicid den bakomliggande orsaken till en tredjedel av samtliga dödsfall. Tio barn

under 15 år tog sitt liv under 2024 (Folkhälsomyndigheten 2025).

Trots att män i större utsträckning än kvinnor genomför fullbordade suicid, är det kvinnor som i högre utsträckning vårdas till följd av suicidförsök eller avsiktligt självdestruktivt beteende. Under 2022 vårdades cirka 11 000 personer i Sverige på grund av suicidförsök eller självdestruktiva handlingar, där den vanligaste metoden var förgiftning (Folkhälsomyndigheten 2025). Det finns varierande siffror om förekomsten av tidigare vårdkontakter innan suicid.

Folkhälsomyndigheten (2022) uppger att en tredjedel av de som begår suicid har en pågående kontakt med någon form av psykiatrisk vård. En annan rapport uppger att majoriteten av de som tog sitt liv i Stockholm län mellan 2011–2016 hade en psykiatrisk kontakt minst sex månader innan fullbordat suicid (Folkhälsoguiden 2021). Enligt Stene-Larsen och Reneflot (2017) så hade 80 % av personer som avled i suicid haft kontakt med primärvården inom ett år före dödsfallet och 31 % hade haft kontakt med psykiatrisk vårdenhet.

## Risikfaktorer för suicid

Psykiatriska tillstånd har väldokumenterad koppling till suicid, särskilt substansbrukssyndrom och depressiva tillstånd. Suicidrisken påverkas emellertid av en rad ytterligare faktorer. Socialt utanförskap, relationsproblem och somatiska sjukdomar utgör betydelsefulla riskfaktorer. Vidare har traumatiska erfarenheter visat sig ha signifikant inverkan på suicidrisken (Ryan & Oquendo, 2020; WHO, 2025). Frekvensen av suicid är högre bland socialt utsatta grupper som upplever diskriminering så som flyktingar, sexuella minoriteter, personer dömda till fängelsestraff samt ursprungsinvånare (WHO, 2025). Suicidala tankar och handlingar kommer ofta vid tillfällen där patienten upplever en förlust av hopp, saknar känsla av mening med livet och har existentiell smärta samtidigt som de pendlar ambivalent mellan att vilja leva och att dö (Ryan & Oquendo 2020; Wärdig et al., 2022). En betydande riskfaktor för suicid är tidigare suicidförsök (Derblom et al., 2021; Fedorowicz et al., 2023; Wärdig et al., 2022) samt om en nära anhörig begått suicid (Ryan & Oquendo, 2020).

Det finns vissa könsskillnader i riskfaktorer för suicid där kvinnor med låg framtidstro hade ökad suicidrisk medan män med upplevd låg tillfredsställelse med livet före den akuta försämringen hade högre suicidrisk. Slutsatsen var att behoven mellan könen skiljer sig åt där kvinnor har behov av insatser som ökar framtidshopp medan män har behov av insatser som leder till ökad självkänsla och förbättrad social situation (Koweszeko et al., 2016). Våld i nära relationer utgör dessutom en betydande riskfaktor för kvinnor, särskilt för kvinnor i socialt utsatta situationer. Sambandet ses oavsett vilken form av våld kvinnorna utsatts för (Kavak et al., 2018).

## Suicidriskbedömningar

Strukturerade kliniska suicidriskbedömningar genomförs i förebyggande syfte med målet att reducera risken för suicid och suicidförsök. Resultatet av bedömningen sammanvägs därefter och utgör underlag för beslut om fortsatta åtgärder. Suicidriskbedömning utförs av yrkesgrupper som av arbetsgivaren bedömts besitta adekvat kompetens (Nationella vård- och insatsprogram, 2025). Enligt Socialstyrelsen (2021) innebär strukturerad suicidriskbedömning att bedömaren systematiskt går igenom relevanta riskfaktorer och information inhämtad genom samtal med patienten. Bedömningsinstrument kan fungera som ett komplement i processen, men evidens saknas för att de tillförlitligt kan förutsäga suicid. En försvårande faktor vid suicidriskbedömningar är att del av bedömningen görs på intuition (Wärdig et al., 2022; Öztürk & Hiçdurmaz, 2023).

Suicidriskbedömningar sker ofta i en kombination av aktivt lyssnande, erfarenheter från det egna yrkeslivet och tidigare patientmöten samt strukturerade instrument. De strukturerade instrumenten kan utgöra en bas men kan inte ersätta erfarenhetsbaserad kunskap och mellanmänniska relationer. Ett vanligt förekommande bedömningsinstrument vid strukturerad suicidriskbedömning inom

svensk hälso- och sjukvård är Beskows suicidstege. Instrumentet består av nio stegvisa frågor som avser att kartlägga patientens grad av nedstämdhet, dödstankar och suicidalt beteende. Frågorna ställs i successiv ordning enligt formulärets struktur och genomgången avslutas antingen när samtliga steg har behandlats eller när patienten på ett tillförlitligt sätt nekar fortsatt suicidalitet på aktuell nivå (Beskow, 1983/2017).

Relationen mellan sjuksköterska och patient har visat sig vara ett av de viktigaste verktygen vid suicidriskbedömning och kan inte ersättas av standardiserade formulär. Genom en förtroendefull vårdrelation skapas tillit, vilket underlättar samtal och möjliggör mer tillförlitlig information från patienten (Derblom et al., 2021; Hulstjög et al., 2018; Talseth & Gilje, 2011). Förmågan att genomföra suicidriskbedömningar ökar i takt med att sjuksköterskan erhåller klinisk erfarenhet. Bedömningar som utförs via telefon försvåras emellertid av att bedömaren saknar tillgång till viktiga icke-verbala informationskällor, såsom mimik och kroppsspråk (Wärdig et al., 2022). Det finns begränsad forskning på sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidbedömningar inom psykiatri trots att det är ett frekvent förekommande arbetsmoment. Suicidriskbedömning är en arbetsuppgift som görs flera gånger per dag av psykiatripersonal, både inom psykiatrisk slutenvård och öppenvård. De strukturerade instrumenten kan utgöra en grund att stå på men beskriver inte hela patientens livsvärld och situation varför bedömningar främst behöver utgå ifrån såväl sjuksköterskans formella som reella kompetens (Hulstjög et al., 2018; Talseth & Gilje, 2011).

## Vårdrelationen som suicidpreventivt verktyg

Ett centralt kännetecken för personcentrerad vård är att patienten betraktas och bemöts som en unik individ med egna behov, resurser, värderingar och förväntningar. Vården kännetecknas av ett ömsesidigt partnerskap mellan patient och vårdgivare och utgår från patientens egen berättelse, vilket möjliggör delaktighet i vårdprocessen. Arbets sättet syftar till att bevara patientens värdighet och integritet samt säkerställa att vården utformas utifrån individens rättigheter och behov. Genom ett personcentrerat förhållningssätt främjas även kontinuitet och samordning i vårdkedjan (Santana et al., 2018).

Den personcentrerade vården har kommit fram ur flera olika omvårdnadsteorier, den första som utvecklade en teori kring de mellanmänskliga relationerna mellan sjuksköterska och patient var Hildegard Peplau under 1950-talet. Teorin utgår från att mötet mellan patient och sjuksköterska sker i fyra faser som består av orienteringsfasen, identifieringsfasen, utforskningsfasen och upplösningen. Sjuksköterskan ska gå från att vara en främling för patienten till att ha en terapeutisk relation. Relationen avslutas sedan när patienten inte längre har ett behov av sjuksköterskan (Peplau, 1991).

Ytterligare en omvårdnadsteori med fokus på den mellanmänskliga relationen är Travelbees människa till människa modell. Travelbee (1971) beskriver relationen mellan patient och sjuksköterska som något mer än enbart som vårdgivare och vårdtagare, det är en relation mellan två människor. En sjuksköterska måste förstå och möta människor där de är, att se varje människa som en unik varelse med en egen livshistoria och unika behov. För att möjliggöra ett sådant möte krävs att sjuksköterskan förmår träda tillbaka från sin professionella roll och istället möta patienten som medmänniska. Utan ett mellanmänskligt möte kan inte relation uppstå och utan relationen kan inte adekvat vård ges.

Lidande är en universell erfarenhet som präglar det mänskliga livet. När relationen mellan två individer fördjupas ökar också risken för att lidande uppstår – inte enbart för patienten utan även för sjuksköterskan. Sjuksköterskans uppdrag är att lindra det lidande som de personer hen möter erfar, och en central del i uppdraget är att förmedla hopp om en mer gynnsam framtid. Hopp utgör en nödvändig resurs för att kunna hantera lidande, både i nuet och framåt i tiden (Travelbee, 1971). Relationen mellan sjuksköterska och patient utvecklas i fem steg enligt Travelbee (1971): det

initiala mötet, utvecklande av identiteter, empati, sympati och slutligen samförstånd. I det första mötet är det avgörande att se patienten som människa. Därefter sker ett ömsesidigt utvecklande av identiteter, vilket lägger grunden för empatisk förståelse. Empatin kan sedan utvecklas vidare till sympati vilket i sin tur möjliggör att samförstånd i relationen kan uppstå.

En fungerande och förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient är en avgörande komponent i arbetet med suicidbedömningar, då relationen utgör grunden för att patienten ska känna sig trygg nog att uttrycka sina innersta tankar och känslor. Forskning stödjer att när sjuksköterskan lyckas etablera ett professionellt förhållningssätt präglad av empati, lyhördhet och närvaro, ökar chanserna att patienten öppnar sig och att bedömningen därmed speglar patientens faktiska psykiska tillstånd (Darnell et al., 2023; Hultsjö et al., 2018; Talseth & Gilje, 2011). Förtroende inom vårdrelationen har visat sig vara av avgörande betydelse för kvaliteten på det terapeutiska samtalet, vilket i sin tur påverkar suicidbedömningens tillförlitlighet och validitet (Clua-García et al., 2021).

## Att förlora en patient i suicid

Suicid påverkar inte endast anhöriga till personen som suiciderat utan även vårdpersonalen som vårdat personen. Även om att förlust av en patient i suicid ofta ses som en ofrånkomlig del av att arbeta inom psykiatrisk vård påverkar det på vårdpersonalen och deras fortsatta karriär (Malik et al., 2021; Rytterström et al., 2020). Vårdpersonal upplevde vanligen känslor av misslyckande efter suicid, vissa valde att byta arbetsplats eller lämna yrket helt efter att en patient suiciderat (Malik et al., 2021; Rytterström et al., 2020). Suicid sågs som ett professionellt misslyckande och vårdpersonalen blev generellt mer proaktiva i sitt arbete med suicid och suicidriskbedömningar (Rytterström et al., 2020; Sandford et al., 2021). Vårdpersonal med utbildning i suicidprevention och tillgång till organisatoriskt stöd hade bättre förmåga att hantera patienters suicid. (Castelli Dransart et al., 2015).

Det starka lidandet patienten kände innan suicidet påverkade sjuksköterskan negativt och det medförde känsla av hjälplöshet. Ju starkare den vårdande relationen var mellan sjuksköterskan och personen som begick suicid, desto starkare känslomässig påverkan upplevdes efter suicid. Suicid kan i vissa situationer ses som ofrånkomlig men det gav sjuksköterskan känslor av sorg, skuld, saknad men även ilska (Derblom et al., 2021; Malik et al., 2021; Stovall & Hansen, 2021). Vårdaren kunde även utveckla PTSD och akut krisreaktion efter suicid av en patient (Sandford et al., 2021). Behovet av fördjupad kunskap om svåra suicidriskbedömningar.

En fördjupad förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar framstår som nödvändig, då patientens livsvärld inte kan reduceras till standardiserade checklistor. Samtidigt utgör suicidriskbedömning ett förväntat men komplext arbetsmoment inom den psykiatriska vården, vilket kan ha betydande och långvarig inverkan på sjuksköterskans professionella såväl som personliga välbefinnande. En svår suicidriskbedömning kan förstås som en situation där suicidrisken fortsatt är svårtolkad trots användning av skattningsinstrument och samtal. I dessa situationer behöver sjuksköterskan ofta göra en bedömning trots begränsad eller motsägelsefull information. Syftet med studien var därför att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar.

## Metod

### Design

En intervjustudie med kvalitativ design och induktiv ansats har genomförts för att kunna svara på studiens syfte. Kvalitativ forskningsdesign valdes då det är en lämplig forskningsdesign när ett

fenomen ska undersökas på ett djupare plan och när forskningen sedan tidigare är begränsat, då kvalitativa metoder kan bidra till att generera ny förståelse och skapa en mer nyanserad bild av fenomenet (Polit & Beck 2021). En induktiv ansats möjliggör att kategorier och teman växer fram direkt ur det empiriska materialet, snarare än att analysen styrs av förutbestämda teorier eller antaganden. Ansatsen är särskilt användbar i studier som syftar till att utforska fenomen där befintlig kunskap är begränsad eller fragmenterad (Elo & Kyngäs, 2008).

## Urval

Urvalet genomfördes med ändamålsenligt urval, vilket enligt Polit och Beck (2021) innebär att deltagare valdes ut baserat på bedömd relevans och lämplighet i förhållande till studiens syfte (Polit & Beck, 2021). För att uppnå bred representation och undvika att resultaten färgas av lokal vårdkultur, rekryterades deltagare från flera olika arbetsplatser. Urvalet inkluderade dessutom variation avseende kön, ålder och yrkeserfarenhet. Att ha ett varierat urval bidrar till att bredda perspektiven i det insamlade materialet (Polit & Beck 2021).

Inklusionskriterierna för studien var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård, med minst ett års yrkeserfarenhet inom psykiatrisk vård för att säkerställa tillräcklig klinisk erfarenhet av att genomföra svåra suicidriskbedömningar. Exklusionskriteriet var sjuksköterskor som inte regelbundet utförde suicidriskbedömningar i sitt dagliga arbete. I tabell 1 finns information om informanterna.

*Tabell 1: Deltagarnas ålder, antal yrkesverksamma år inom psykiatrin, utbildningsgrad och arbetsplats.*

Deltagare	Ålder	Yrkesverksamma år inom psykiatrin	Utbildningsgrad	Arbetsplats
1	50	26 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
2	51	29 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
3	34	11 år	Psykiatrisjuksköterska	Slutenvård
4	35	12 år	Sjuksköterska	Slutenvård
5	62	42 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
6	41	14 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
7	49	15 år	Sjuksköterska	Slutenvård
8	49	10 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
9	34	7 år	Psykiatrisjuksköterska	Öppenvård
10	31	11 år	Psykiatrisjuksköterska	Slutenvård

## Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1). Intervjumetoden valdes för att skapa en tydlig men flexibel struktur som möjliggjorde insamling av relevanta data för att besvara studiens syfte. Metoden gav även utrymme för deltagarnas personliga erfarenheter och reflektioner, då öppna följdfrågor ställdes utifrån det som framkom i samtalet (Polit & Beck, 2021). Följdfrågorna var exempelvis: "Hur upplevde du situationen?", "Varför upplevde du situationen som svår?" och "Skulle du kunna berätta mer?". Intervjuguiden bestod av sju frågor, varav sex direkt relaterade till studiens syfte.

Två provintervjuer genomfördes för att säkerställa frågornas ändamålsenlighet samt att inspelningsutrustningen fungerade tillfredsställande. Dessa intervjuer inkluderades inte i analysen. Efter genomförda provintervjuer tillades frågan: "Kan du berätta om hur du mår i situationen?". Totalt genomfördes tio intervjuer. Fem genomfördes digitalt via Microsoft Teams och fem vid fysiska möten.

Deltagarna fick själva välja tid, plats och genomförandeform. De digitala intervjuerna hölls i ostörda rum där endast författarna hade tillgång under intervjutillfället. De fysiska intervjuerna genomfördes i enskilda rum på deltagarnas arbetsplatser, med undantag för en intervju som genomfördes i deltagarens hem.

Intervjuerna genomfördes enskilt av författarna, som genomförde fem intervjuer vardera. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av författarna. Under transkriberingen avlägsnades alla identifierbara uppgifter såsom namn, arbetsplats och geografiska hänvisningar. Det oidentifierade materialet lagrades på lösenordsskyddad dator. Ljudfilerna raderades efter avslutad transkribering. Intervjuerna var mellan 7 och 34 minuter långa, med en medianlängd på 28 minuter. Totalt deltog tio sjuksköterskor från två regioner. Sex deltagare arbetade inom psykiatrisk öppenvård och fyra inom slutenvård. Åtta deltagare identifierade sig som kvinnor och två som män. Två var grundutbildade sjuksköterskor och åtta specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård. Deltagarnas ålder varierade mellan 32 och 62 år (medelålder 42 år) och yrkeserfarenheten inom psykiatri varierade mellan 7 år och 28 år, med ett medelvärde på 17 år.

## Tillvägagångssätt

Efter inledande kontakt med verksamhetschefer inom två regioner i Mellansverige, via e-post (bilaga 2), erhöles godkännande att genomföra studien inom deras respektive verksamheter. När tillstånden bekräftats skickades ett informationsbrev (bilaga 3) till enhetschefer vid vuxenpsykiatriska enheter. Informationsbrevet innehöll studiens syfte, en kort presentation av författarna samt inklusions- och exklusionskriterier. Enhetscheferna ombads att vidarebefordra informationen till sjuksköterskor inom sina verksamheter.

Sjuksköterskor som önskade delta kontaktade författarna via e-post eller telefon. De informerades om att deltagandet var frivilligt, att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan förklaring och att allt material skulle behandlas konfidentiellt. Deltagarna ombads att underteckna en skriftlig samtyckesblankett (bilaga 2) innan intervjun påbörjades. Fackliga representanter inom psykiatrin i de två aktuella regionerna informerades också skriftligen om studien.

## Analys

Analysen av intervjumaterialet genomfördes enligt Elo och Kyngäs (2008) induktiva ansats för kvalitativ innehållsanalys. Metoden består av tre övergripande faser: förberedelse, organisering och rapportering. I förberedelsefasen transkriberades samtliga intervjuer i sin helhet, vilket resulterade i 77 sidor text (Times New Roman 12 pt). Därefter lästes materialet upprepade gånger av båda författarna för att skapa en djup och helhetsorienterad förståelse för innehållet. Fokus riktades på text som hade relevans för studiens syfte.

Under organiseringsfasen identifierades meningsbärande enheter i materialet. En meningsbärande enhet definierades som en textsekvens som uttryckte en tanke, erfarenhet eller upplevelse av betydelse för syftet. Dessa extraherades och numrerades för att säkerställa spårbarhet tillbaka till ursprungsintervjuerna. De meningsbärande enheterna kondenserades inte, då de bedömdes vara tillräckligt avgränsade i sin ursprungliga form.

Därefter kodades materialet induktivt. Författarna genomförde kodningen gemensamt. Eventuella skillnader diskuterades tills samsyn uppnåddes. Meningsbärande enheter identifierades för att sedan kondenseras in i tolv subkategorier. Genom ytterligare abstrahering identifierades mönster och samband mellan subkategorierna, vilket resulterade i åtta generella kategorier. Dessa kategorier integrerades därefter i två huvudkategorier som sammanfattade det centrala innehållet i datamaterialet. Under hela analysprocessen rörde sig författarna iterativt mellan text, koder och kategorier för att säkerställa att tolkningarna var förankrade i originaldata.

I rapporteringsfasen presenterades analysens resultat i en tydlig och systematisk struktur. Varje kategori beskrevs och illustrerades med representativa citat från varje deltagare för att stärka studiens trovärdighet (Elo & Kyngäs, 2008). Ett exempel på analysprocessen återges i tabell 2.

Tabell 2: Exempel på hur text analyserades enligt induktiv kvalitativ innehållsanalys

Meningsbärande enheter	Generell kategori	Huvudkategori
<i>“För man gör en bedömning i samtalet. Men vi har patienter som självmordshotar och som inte som inte går med på att göra eller att följa sin krisplan”</i>	Samtalet och intuitionen som vägledning i svåra bedömningar	Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar
<i>“Människor som har svårt att öppna sig, det kan jag tycka är svårt. Det är nog det allra svåraste, när man har en känsla men inte får tag på svaret”</i>	Komplexa patientgrupper i suicidriskbedömning	Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar
<i>“Det är svårt att släppa när det är liksom min bedömning, det handlar om liv och död och är inte så tydligt”</i>	Bedömningar som lämnar spår	Erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser
<i>“Det sitter i ryggmärgen och man står i svåra frågor. Men om jag kan så här vet jag exakt vad jag håller på med? Nej, jag vet inte.”</i>	Behov av kompetensutveckling	Erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser

## Etiska ställningstaganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2024). Då deltagarna var yrkesverksamma sjuksköterskor och inga patientuppgifter insamlades bedömdes studien inte omfattas av etikprövningslagen (SFS 2003:460) och krävde därmed inte godkännande från Etikprövningsmyndigheten. Potentiella deltagare informerades skriftligt och muntligt om studiens syfte, frivillighet och rätten att när som helst avbryta sitt deltagande. Skriftligt samtycke inhämtades innan intervjuerna. Eftersom suicidriskbedömning är ett emotionellt krävande ämne informerades deltagarna om intervjufrågornas karaktär och gavs möjlighet att pausa eller avbryta intervjun om obehag uppstod. I enlighet med COREQ-riktlinjerna (Tong et al., 2007) beaktades även forskargruppens roll i datainsamlingen.

Författarna hade ingen tidigare relation till deltagarna och betonade detta för att minska risk för påverkan. Då båda författarna har erfarenhet från psykiatrisk vård reflekterades kontinuerligt över hur vår bakgrund kunde påverka datainsamlingen, och en medveten strävan efter neutralitet upprätthölls under hela processen. Användningen av COREQ bidrog även till ökad transparens och systematik i hanteringen av etiska aspekter såsom informationsgivning, samtycke och skydd av deltagarnas integritet.

Deltagarnas konfidentialitet säkerställdes genom att allt material avidentifierades, och endast anonymiserade citat användes i resultatet. Inspelningar och transkriptioner förvarades på lösenordsskyddad dator i enlighet med GDPR (EU 2016/679) och raderades efter studiens godkännande.

## Resultat

Resultatet består av två huvudkategorier och sju generella kategorier, vilket kan ses i tabell 3. I dessa kategorier beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar.

Tabell 3: Huvudkategorier och generella kategorier

Huvudkategori	Generell kategori
Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar	Relationens roll i komplexa suicidriskbedömningar Samtalet och intuitionen som vägledning i svåra bedömningar Komplexa patientgrupper i suicidriskbedömning
Erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser	Bedömningar som lämnar spår Ansvar utan förutsättningar Kollegialt stöd Behov av kompetensutveckling

### Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar

Tre generella kategorier strukturerar resultatet: Relationens roll i komplexa suicidriskbedömningar, samtalet och intuitionen som vägledning i svåra bedömningar och komplexa patientgrupper i suicidriskbedömning. De belyser hur närvaro, erfarenhetsbaserad intuition och personcentrerad tillit är avgörande för klinisk säkerhet i en kontext präglad av tolkningssvårigheter och snabbt skiftande risknivåer.

### Relationens roll i komplexa suicidriskbedömningar

För att kunna genomföra en adekvat suicidriskbedömning framhölls samspelet mellan sjuksköterska och patient som centralt. Ett fungerande samspel beskrevs som en förutsättning för att patienten skulle känna sig tillräckligt trygg för att öppna upp och samtala om svåra och känslomässigt laddade erfarenheter. När etablerad vårdrelation redan fanns upplevdes samspelet som mer lättillgängligt, vilket underlättade bedömningsprocessen och stärkte tilliten till den egna professionella bedömningen. Ett personcentrerat arbetssätt ansågs avgörande, där sjuksköterska och patient tillsammans utformade en planering som patienten kände trygghet i.

*“Att patienten får den tilliten att de vågar berätta det egentliga måendet, eller vågar säga saker som kan vara jättesvårt för en människa att prata om.” Informant 2*

Samtidigt framkom att samspel även kunde etableras vid ett första möte, men att det i sådana situationer ställdes högre krav på sjuksköterskans engagemang, närvaro samt förmåga att läsa av och tolka patientens behov och signaler. Tidigare vårderfarenhet mellan sjuksköterska och patient beskrevs därmed som en faktor som förenklade bedömningen och bidrog till ökad säkerhet i beslutsfattandet.

*“...speciellt om det är en patient som man känner lite sådär halvt, då blir det svårare att bedöma allvarligheten i suicidtankarna.” Informant 3*

Erfarenhet, mätt i antal yrkesverksamma år, upplevdes stärka både samspelet med patienten och förmågan att genomföra svåra suicidriskbedömningar. Den ökade erfarenheten bidrog även till större trygghet i att stanna kvar i det som upplevdes som svårt och känslomässigt krävande.

### **Samtalet och intuitionen som vägledning i svåra bedömningar**

Informanterna var eniga om att samtalet var den viktigaste delen av svåra suicidriskbedömningar. Att vara fullt närvarande, låta samtalet ta tid och våga stanna i det svåra upplevdes som centralt. Informanterna beskrev ett behov av att avsätta mer tid för samtal med patienten utanför ramarna för den strukturerade suicidriskbedömningen. Vikten av att kunna föra djupare, existentiella samtal med patienter som uttryckte suicidtankar lyftes fram. Samtidigt upplevdes att dessa samtal riskerade att hamna i bakgrunden när fokus låg på den strukturerade bedömningen, vilken beskrevs som formell och rigid till sin utformning. Trots kritiken framhölls även fördelar med den strukturerade bedömningen. Den upplevdes som tydlig och konkret samt som ett stöd för att säkerställa att centrala frågor täcks, vilket kunde möjliggöra fördjupad dialog. Strukturen sågs därför som ett nödvändigt stöd i akuta situationer och som en ingång till mer utforskande samtal.

*”Det kanske måste gå till på det formella sättet, att man släcker den akuta branden istället för att arbeta mot kärnan av problemet.” Informant 7*

Flera informanter uttryckte att det var betydelsefullt att inte fastna i suicidriskbedömningsmanualens struktur, utan att våga initiera fördjupade samtal, ställa svåra frågor och kvarstanna i patientens svar.

*“Det är inget fel på de där stegen, att använda det som en första start. Att veta vad jag ska ställa frågor om. “Är du gift? Jo, jag är gift. Men frun drog för ett halvår sedan, men vi har inte skrivit på skilsmässopappren än. Jag har druckit sen dess. Barnen har vänt mig ryggen”. Då är giftermålet ingen trygghetsfaktor längre” Informant 1*

Suicidriskbedömningar upplevdes som särskilt svåra när patienter gav vaga, flackande eller ambivalenta svar kring suicidtankar eller planer, vilket försvårade det fördjupade samtal som ansågs nödvändigt för en trovärdig bedömning. Bedömningen komplicerades även när patientens svar inte uppfattades som trovärdiga, vilket skapade osäkerhet kring om suicidtankar förelåg, hur allvarliga de var och hur de skulle följas upp.

*“Just det där undvikande gör att det blir svårt. När man känner att man har en frågeställning kvar.” Informant 5.*

Ett fenomen som kunde förstås som intuition framkom också under studien, informanterna benämnde det ofta som magkänsla. Intuitionen beskrevs som ett betydelsefullt verktyg under samtalet vid svåra suicidriskbedömningar, och förmågan utvecklas över tid. Samtidigt framhölls svårigheten att sätta ord på vad som gjorde att intuitionen aktiverades. Det uttrycktes ambivalens inför att förlita sig på intuition, då den befarades kunna leda till felbedömningar med potentiellt dödliga konsekvenser.

*“Hittills har jag alltid haft rätt i min magkänsla, men det är klart att jobbar man inom psykiatrin kommer det att komma den gången när man inte har det också.” Informant 6*

Informanterna betonade att suicidriskbedömningar inte var helt tillförlitliga, utan endast speglade patientens aktuella situation vid bedömningstillfället. Det upplevdes som försvårande, eftersom risknivån för suicid kunde förändras snabbt efter ett vårdmöte.

## **Komplexa patientgrupper i suicidriskbedömning**

Vissa patientgrupper upplevdes som mer komplexa att bedöma. Patienter som ofta uttryckte suicidavsikt beskrevs som särskilt svårbedömda, då de repetitiva uttalandena gjorde det svårt att avgöra om de speglade akut lidande eller faktisk önskan att dö. Omständigheterna försvårade bedömningen av när akuta insatser var nödvändiga.

*“Jag tycker det är svårt med patienter som har ständiga suicidplaner. Att avgöra vart de är på suicidstegen och bedöma allvarligheten i det.” Informant 3*

Det upplevdes som utmanande att särskilja mellan handlingar som uttryckte faktisk suicidavsikt och andra riskfyllda beteenden som, utan att vara avsiktligt suicidala, ändå kunde leda till suicid. Patienter med stark impulsivitet beskrevs som särskilt utmanande att bedöma, eftersom deras psykiska tillstånd och risknivå kunde förändras snabbt. Även att bedöma patienter med återkommande självsador upplevdes som svårare än att bedöma normalpopulationen.

*“När ångesten slog till så blev patienten helt oförmögen och skar sig jätteilla i duschen. Vad ska man bedöma är habitualtillstånd när patienten annars är i ganska bra form? Plötsligt kunde suicidaliteten bara slå till.” Informant 4*

Situationer där patienter med hög suicidrisk vägrade upprätta krisplaner eller uttryckte att de inte avsåg att följa befintlig plan upplevdes som särskilt svåra. Avsaknaden av patientens samtycke eller tilltro till planen ledde ofta till utmanande samtal och en känsla av att agera mot det som uppfattades som rimligt. Det beskrevs som ett etiskt och professionellt dilemma, där ansvaret att skydda patientens liv stod i konflikt med patientens uttalade intentioner.

*“Patienten har sagt att den ska ta livet av sig ikväll och jag säger ja, men vi ska ses på torsdag så det kan du inte göra.” Informant 6*

Vid fysiska möten upplevdes patienter med sparsam mimik och begränsat kroppsspråk som särskilt svåra att bedöma, då ett utslätat ansiktsuttryck försvårade tolkningen av det psykiska tillståndet och väckte oro. Informanterna betonade därför vikten av att integrera både verbala och icke-verbala uttryck samt det som inte uttrycktes för att möjliggöra en trovärdig suicidriskbedömning som upplevdes som tillfredsställande för både patient och sjuksköterska. Suicidriskbedömningar via telefon beskrevs som särskilt problematiska eftersom avsaknaden av visuella intryck, såsom kroppsspråk och ansiktsuttryck, begränsade möjligheten till en helhetsbedömning.

*“Människor som har svårt att öppna sig, det kan jag tycka är svårt. Det är nog det allra svåraste, när man har en känsla men inte får tag på svaret.” Informant 2*

## **Erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser**

Fyra generella kategorier framkom i materialet som präglade sjuksköterskors arbete med suicidriskbedömningar: bedömningar som lämnar spår, ansvar utan förutsättningar, kollegialt stöd och behov av kompetensutveckling. Tillsammans visade de hur emotionell belastning och klinisk osäkerhet samverkar med organisatorisk otydlighet och begränsad utbildning, medan kollegialt stöd framträder som en nödvändig motvikt för professionell hållbarhet.

## **Bedömningar som lämnar spår**

Informanterna beskrev en känsla av ensamhet i ansvaret att fatta bedömningar som potentiellt kunde vara avgörande för en annan människas liv. Ansvaret framstod som emotionellt tungt och

påfrestande. Särskilt i situationer där en patient senare tog sitt liv efter genomförd bedömning beskrev informanterna att frågor och tvivel kunde kvarstå under lång tid. Svåra suicidriskbedömningar följde ofta med informanterna mentalt efter arbetstid och kunde vara svåra att släppa. Det blev då vanligt att nästa arbetsdag kontrollera journalsystemet för att se om någon uppdatering hade skett kring patientens tillstånd.

*“Det är svårt att släppa när det är liksom min bedömning, det handlar om liv och död och är inte så tydligt.” Informant 8*

Den psykiska belastningen framstod som störst direkt efter svåra bedömningar och avtog vanligtvis efter några dagar. Med ökad erfarenhet minskade den emotionella påverkan, samtidigt som vikten av att alltid sträva efter så korrekt bedömning som möjligt betonades. Trots erfarenhet och professionell distansering kunde oro ändå kvarstå, särskilt när suicidrisken bedömdes som hög. Informanterna beskrev återkommande tankar om bedömningens riktighet och om patienten skulle vara vid liv vid nästa uppföljning, tankar som ibland följde med hem efter arbetsdagen. Flera informanter beskrev att de ofta reflekterade i efterhand, och dessa reflektioner kretsade kring om något ytterligare hade kunnat göras eller om bedömningen borde ha genomförts på ett annat sätt, exempelvis genom att ställa frågor annorlunda eller fördjupa samtalet ytterligare. Dessa tankar framstod som svåra att bearbeta och bidrog till mer långvarig känslomässig belastning.

*“När jag fick beskedet var jag sorgsen. Inte ledsen men jag blev sorgsen att det behövde leda dit. På en månad för livet, den här suicidpreventiva dagen så lägger man blommor i ån. Det är enda gången jag har haft en patient som suiciderat så då la jag en blomma i ån och blev uppriktigt ledsen.” Informant 2*

Det framkom även att vissa informanter upplevde att de i mindre utsträckning påverkades emotionellt av svåra suicidriskbedömningar. Dessa informanter beskrev trygghet i att kunna föra svåra samtal, att stanna kvar i dem och att acceptera att inte alla frågor som uppstod i mötet med en patient som inte längre orkade leva kunde besvaras.

*“Insikten har kommit med tiden att man inte kan ta fram ett trollspö och så blir allting bra.” Informant 7*

### **Ansvar utan förutsättningar**

Informanterna upplevde att arbetsgivaren i stor utsträckning tog för givet att sjuksköterskor skulle kunna genomföra suicidriskbedömningar, utan att ta hänsyn till uppgiftens komplexitet och emotionella belastning. Det framkom att inga särskilda utbildningskrav ställdes för att börja utföra suicidriskbedömningar, trots att arbetsuppgiften upplevdes som avancerad och förenad med stort ansvar. Arbetsuppgifterna framstod dessutom som likställda oavsett hur lång yrkeserfarenhet sjuksköterskan hade, vilket beskrevs som problematiskt i relation till uppgiftens komplexitet. Vidare beskrev informanterna att suicidriskbedömningar saknade tydlig vetenskaplig grund att luta sig mot, vilket ytterligare försvårade bedömningsarbetet. Bedömningarna framstod inte som exakta eller fullt ut standardiserbara, utan blev beroende av både patientens situation och sjuksköterskans erfarenhet och kliniska omdöme.

*“Det är ingen exakt vetenskap, här är bedömningen, mata in de här värdena och så blir det 73 % risk för suicid.” Informant 8*

Oenighet inom vårdteamet framstod som en faktor som försvårade suicidriskbedömningen. När personal med störst patientkontakt bedömde risken som hög medan andra professioner gjorde en lägre bedömning uppstod osäkerhet och etisk stress, något som särskilt framträdde i slutenvården.

När samsyn inte kunde uppnås kring suicidrisken och personal upplevde att de inte blev lyssnade på kvarstod stark oro för patientens liv. Svårigheterna fördjupades ytterligare i situationer där patienten inte längre förmådde föra sin egen talan.

*“Ibland kan jag bli trött på läkarbedömningarna. När man inte delar bilden eller när de nekas på grund av platsläget. Jag värnar ju om dem jag träffar, jag vill dem väl och att de ska känna sig skyddade.” Informant 2*

Skillnader mellan öppen och sluten psykiatrisk vård framträdde tydligt i materialet. I slutenvården upplevdes ansvarsfördelningen som mer strukturerad, eftersom läkaren bar det yttersta ansvaret för suicidriskbedömningen. I öppenvården framstod ansvaret som mer otydligt då läkare mer sällan träffade patienterna. Sjuksköterskor arbetade ofta ensamma och bar huvudansvaret för bedömningen, vilket ställde höga krav på egen kunskap, erfarenhet och kliniskt omdöme. En återkommande svårighet rörde avvägningen mellan frivilliga insatser och behovet av akuta åtgärder som vårdintygsbedömning, särskilt när patienten befann sig nära gränsen för tvångsvård.

Informanterna uttryckte oro dels för risken för försämring eller suicid efter hemgång, dels för risken att patienten efter en vårdintygsbedömning skickades hem från akutmottagningen utan inläggning. Tvångsåtgärder upplevdes dessutom som problematiska i en redan sårbar situation och befarades både öka suicidrisken och skada vårdrelationen. I akuta och komplexa situationer beskrev informanterna att de följde gällande riktlinjer och rutiner strikt för att minimera risken för felbedömningar, något som skapade viss trygghet i bedömningsarbetet. Frustration uppstod dock när vårdplatser fanns tillgängliga och läkare ändå valde att skriva ut patienter som sjuksköterskorna bedömde ha förhöjd suicidrisk. Situationen väckte känslor av maktlöshet och ett ifrågasättande av vårdens möjligheter att ge tillräckligt stöd.

*“Varför skulle vi inte kunna hjälpa mer?” Informant 10*

Det framkom att det saknades strukturerade forum för gemensam reflektion, vilket förstärkte känslor av ensamhet och ett ensamt ansvar i arbetet. Dessutom var svåra suicidriskbedömningar en relativt ovanlig arbetsuppgift, vilket begränsade möjligheten till mängdträning och därmed minskade tryggheten i bedömningarna.

*“Det kanske skulle vara lättare om man satt och gjorde det flera gånger i veckan.” Informant 8*

## **Kollegialt stöd**

Informanterna beskrev kollegialt stöd som en central förutsättning för att hantera svåra suicidriskbedömningar. Inom omvårdnadsteamet framträdde ett starkt ömsesidigt stöd, där sjuksköterskor och omvårdnadspersonal bekräftade varandras bedömningar och gemensamt stod fast vid dem även i situationer där läkarens bedömning skilde sig. Ett kollektivt förhållningssätt stärkte den professionella tryggheten och minskade upplevelsen av ensamt ansvar. Trots det upplevda kollegiala stödet beskrev informanterna att suicidriskbedömningar ofta genomfördes under organisatoriska förutsättningar som begränsade möjligheten till gemensam reflektion och delat ansvar.

Att kunna ta stöd av kollegor och ges utrymme för reflektion framstod som avgörande för att sjuksköterskorna skulle orka med arbetet och känna tillit till sina bedömningar. Informanterna betonade vikten av att alltid ha någon att vända sig till, även om stödet i praktiken tog form av spontana samtal snarare än organiserade reflektionsforum. De informella samtalen

upplevdes vara tillräckliga för att bearbeta egna känslomässiga reaktioner efter svåra suicidriskbedömningar, men gav inte alltid tillgång till nya strategier eller fördjupad kompetensutveckling. Oavsett omständigheterna upplevdes möjligheten att diskutera bedömningar med en kollega som betydelsefull. Att vara två i bedömningsprocessen bidrog till en känsla av delat ansvar och fungerade som en viktig skyddsfaktor mot upplevelser av ensamhet, osäkerhet och emotionell överbelastning.

*“Vi hade handledningstillfällena, med den mesta handledningen skedde inte under de tillfällena, utan det var när jag knackade på kollegans dörr.” Informant 3*

I öppenvården framstod ensamheten i suicidriskbedömningar som särskilt påtaglig eftersom bedömningarna ofta genomfördes av sjuksköterskan ensam. Organisatoriska begränsningar och hög arbetsbelastning minskade möjligheterna till gemensam reflektion och kollegialt stöd. Det bidrog till att informanterna i vissa fall tog ett större eget ansvar och avstod från att involvera kollegor, trots ett upplevt behov av stöd. När stöd väl söktes upplevde informanterna dock att det fanns tillgängligt.

*“Även om vi sitter i våra bedömningar själva så finns det alltid två personer att bolla med, man kan alltid höra av sig, ringa eller ta det på nästa morgonmöte.” Informant 9*

### **Behov av kompetensutveckling**

Informanterna beskrev att de i vissa fall fick en översiktlig genomgång av specifika verktyg, såsom Beskows suicidstege, men utan någon djupare vägledning kring hur dessa skulle användas i praktiken. Det framkom ett tydligt behov av mer omfattande utbildning kring suicid, suicidprevention och suicidriskbedömning som helhet. Vidare upplevde informanterna att det saknades konkreta verktyg för hur bedömningen skulle hanteras vidare, exempelvis hur uppföljning skulle gå till. Uppföljningen kunde vara bokning av täta återbesök, förnyade bedömningar eller ställningstagande till vårdintyg, vilket var ett svårt beslut att ta självständigt. Informanterna beskrev även att den formella utbildningen i suicidriskbedömning var begränsad. Det framkom dessutom att informanterna i stor utsträckning saknade handledning från arbetsgivaren i samband med att de började genomföra suicidriskbedömningar.

*“Jag tycker att jag har fått ganska lite vägledning, utbildning och fakta kring hur ska gå till. Det ska göras och är jätteviktigt och man får absolut inte glömma bort det, då kan vi åka dit och legitimationen ryker.” Informant 1*

Trots bristande formell utbildning visade flera informanter stark egen drivkraft att skaffa sig kunskap. I avsaknad av erbjuden utbildning från arbetsgivaren tog informanterna själva initiativ till att läsa på och fördjupa sin kunskap i syfte att kunna genomföra så säkra suicidriskbedömningar som möjligt. Det framstod som nödvändigt för att hantera det ansvar som bedömningsarbetet innebar. Samtidigt uttryckte informanterna en tydlig önskan om att arbetsgivaren i högre grad skulle ta ansvar för kompetensutvecklingen inom området.

*“Jag har fått veta att det finns en utbildning i suicidriskbedömning, men det är inget arbetsgivaren har berättat utan en kollega på min avdelning.” Informant 4*

Psykiatrisk vidareutbildning framstod som betydelsefull för att utveckla en mer nyanserad klinisk blick. Fördjupad kunskap om psykiatriska tillstånd och relevanta följdfrågor bidrog till mer strukturerade suicidriskbedömningar. Med tiden utvecklade informanterna också ett bredare perspektiv och större tillit till den egna professionella kunskapen. Samtidigt framhölls erfarenhet snarare än formell utbildning som den främsta källan till trygghet i bedömningsarbetet. Flera informanter betonade behovet av mängdträning för att känna trygghet i suicidriskbedömningar,

samtidigt som de uttryckte kvarstående osäkerhet kring sin kompetens även efter lång erfarenhet.

*“Det sitter i ryggmärgen och man står i svåra frågor. Men om jag kan så här vet jag exakt vad jag håller på med? Nej, jag vet inte.” Informant 9*

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Föreliggande intervjustudie syftar till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar. Bland samtliga informanter råder konsensus gällande vad en svår suicidriskbedömning innebär, vilket möjligtvis kan förklaras av att samtliga har flera års erfarenhet av psykiatrisk vård. Studien resulterade i två huvudkategorier: Sjuksköterskans kliniska och relationella arbete i svåra suicidriskbedömningar samt erfarenheter av strukturella villkor och professionella konsekvenser. Följande diskussion utgår från föreliggande studies resultat i relation till tidigare forskning.

Resultatet visar att suicidriskbedömningar upplevs som ett komplext arbetsmoment. Resultatet belyser betydelsen av samtalet som grund för suicidriskbedömningar. Informanterna beskriver närvaro, tid och möjligheten att kvarstanna i svåra frågor som avgörande för att förstå patientens situation. Tidigare forskning visar att stöd till patienter med suicidrisk kräver förståelse för patientens livssituation och bakomliggande utmaningar (Saab et al., 2022). Tanaka och Ikeuchi (2024) samt Uddin et al. (2024) betonar vidare att fördjupade samtal är en förutsättning för att erhålla tillförlitliga bedömningar. Resultatet i föreliggande studie indikerar därmed att suicidrisk inte enbart kan förstås genom standardiserade bedömningsinstrument. Det behöver utforskas genom mellanmännisklig dialog och fördjupad klinisk bedömning av patientens aktuella situation. Ett arbetsmoment som rör sig i gränslandet mellan strukturerad vetenskap och frågeställningar om vad det innebär att vara människa.

Betydelsen av mellanmännisklig kommunikation stärks ytterligare av Wagner & Reifegerste (2024) som visar att kommunikativ interaktion mellan patient och vårdpersonal kan påverka suicidala tankar, känslor och beteenden i en positiv riktning. Ett personcentrerat förhållningssätt, där patientens berättelse står i centrum, framstår som centralt för att förstå patientens lidande och aktuella situation. Detta bekräftas ytterligare av Obegi (2025) och Saab et al. (2022), vilka beskriver begränsningarna i att förutse suicid enbart genom standardiserade riskfaktorer och instrument. Samtidigt beskriver informanterna en ambivalens kring användningen av strukturerade bedömningsinstrument.

Instrumenten upplevs som ett viktigt stöd för att säkerställa att centrala frågor berörs och som särskilt användbara i akuta situationer, men riskerar samtidigt att begränsa möjligheten till fördjupade och personcentrerade samtal. Standardiserade riskbedömningsinstrument kan bidra med grundläggande struktur, men har begränsad förmåga att förutsäga suicidalt beteende tillförlitligt och kan inte ersätta kliniskt omdöme (Obegi, 2025; Saab et al., 2022; Seyedsalehi et al., 2025).

Resultatet kan därför förstås som att strukturerade instrument utgör ett stöd i bedömningsprocessen, men att de inte kan ersätta det kliniska omdömet och den relationella förståelse som utvecklas i mötet med patienten. Resultatet kan även förstås i relation till Travelbees (1971) omvårdnadsteori, där omvårdnad beskrivs som ett mellanmänniskligt möte snarare än ett samspel mellan professionella roller. Sjuksköterskan har i uppgift att stödja patienten i att hantera sitt lidande, vilket sker i ett mellanmänniskligt möte där en terapeutisk allians nås i syfte att stötta till förståelse och bearbetning av patientens lidande. I processen utgör kommunikation och empati centrala delar. Föreliggande studies resultat tyder därmed på att viktiga aspekter av suicidriskbedömningen uppstår i det relationella mötet mellan patient och sjuksköterska, vilket kan vara svårt att fånga genom

standardiserade eller tekniskt baserade bedömningsmodeller.

Relationen mellan sjuksköterska och patient framträder i resultatet som en central förutsättning för tillförlitliga suicidriskbedömningar. Informanterna beskriver att en etablerad vårdrelation och ett tillitsfullt samspel underlättar för patienten att uttrycka suicidtankar och sitt faktiska mående. En tillitsfull relation kan vara avgörande för att patienter ska våga kommunicera suicidala tankar och känslor (Nyström et al., 2024; Tanaka & Ikeuchi, 2024; Darnell et al., 2023). Darnell et al. (2024) och Haug et al. (2025) betonar att sjuksköterskors nära och kontinuerliga interaktioner med patienter ger särskilda möjligheter att bygga förtroendefulla relationer, vilket främjar suicidpreventivt arbete.

Vidare framkommer i föreliggande studies resultat att även kortare möten kan skapa förutsättningar för ett fungerande samspel, men att höga krav ställs på sjuksköterskans närvaro, lyhördhet och professionella kompetens. Samtidigt kan den nära vårdrelation som främjar suicidprevention även innebära ökad emotionell sårbarhet för sjuksköterskan vid suicidrelaterade händelser. Starkare vårdrelationer kan medföra ökad känslomässig påverkan efter patienters suicid, särskilt i kombination med bristande stöd och utbildning (Castelli Dransart et al., 2015; Derblom et al., 2021). Resultatet kan därmed förstås som att vårdrelationen utgör både en central resurs i suicidpreventivt arbete och en potentiell belastningsfaktor för sjuksköterskan.

Flertalet informanter beskriver vissa patientgrupper som särskilt svårbedömda. Patienter med återkommande suicidal kommunikation som en del av deras habitualtillstånd, impulsivitet eller självskadebeteende beskrivs som särskilt svårbedömda då gränsen mellan suicidalt beteende och andra former av självskada var svårtolkad vilket bekräftas av Benz et al. (2025) och Dhelim et al. (2022). Sambandet kan vidare förstås utifrån Tanaka och Ikeuchi (2024), vilka beskriver att suicidalt beteende, såsom intention, handling och risknivå, inte alltid är tydligt avgränsat.

Resultatet från föreliggande studie tyder på att svåra suicidriskbedömningar ofta innebär tolkning av komplexa och ibland motsägelsefulla signaler från patienter. Sjuksköterskans etiska ansvar att förebygga suicid och stödja patienten kan leda till ökad osäkerhet i bedömningsituationer. Resultatet kan förstås som att sjuksköterskan förväntas ta ansvar för beslut med potentiellt livsavgörande konsekvenser trots att tillförlitliga bedömningar är svåra att uppnå även under fördelaktiga förutsättningar. När ytterligare faktorer som försvårar bedömningens tillförlitlighet tillkommer ökar komplexiteten, men ansvaret kvarstår. Detta kan skapa en etisk stress där sjuksköterskan kontinuerligt behöver agera trots avsaknad av definitiva svar. I situationer där patientens signaler upplevs motsägelsefulla eller svårtolkade tycks sjuksköterskans erfarenhetsbaserade omdöme få särskild betydelse.

Betydelsen av intuition (ofta beskrivet som "magkänsla") är ett frekvent återkommande fenomen i resultatet. Intuitionen beskrivs som en vägledande signal i komplexa situationer där informationen upplevs begränsad eller motsägelsefull. Samtidigt uttrycks osäkerhet kring att förlita sig på intuition då konsekvenserna av en eventuell felbedömning kan vara allvarliga. Resultatet i föreliggande studie överensstämmer med tidigare forskning som visar att sjuksköterskor ofta förlitar sig på erfarenhet, patientkännedom och professionellt omdöme i suicidriskbedömningar, särskilt i situationer där standardiserade instrument ger otillräcklig information om patientens tillstånd (Dhelim et al., 2022; Nyström et al., 2024).

Det är möjligt att intuition i detta sammanhang inte enbart bör förstås som en spontan magkänsla, utan snarare som ett erfarenhetsbaserat professionellt omdöme utvecklat genom återkommande möten med suicidala patienter. Informanterna tycks beskriva en förmåga att uppmärksamma subtila förändringar i patientens uttryck, beteende och kommunikation som kan vara svåra att verbalisera eller fånga genom standardiserade instrument. Intuitionen tycks samtidigt få särskild betydelse i

situationer där informationen upplevs begränsad, motsägelsefull eller svårtolkad. När standardiserade bedömningsinstrument och observerbara riskfaktorer inte ger tydliga svar kan sjuksköterskan istället behöva förlita sig på sin patientkännedom och erfarenhetsbaserade tolkningar. Resultatet kan därmed förstås som att intuition inte uppstår i motsats till klinisk kunskap, utan som en konsekvens av den osäkerhet och komplexitet som präglar suicidriskbedömningar.

Det är möjligt att den betydelse som relation och intuition ges av informanterna delvis speglar deras mångåriga kliniska erfarenhet av psykiatrisk vård.

I början av yrkeskarriären kan fokus i större utsträckning ligga på användning av strukturerade bedömningsinstrument (Nyström et al., 2024), medan erfarenhet tycks bidra till större tillit till det professionella omdömet och den relationella förståelsen av patientens situation.

Osäkerheten i suicidriskbedömningar har även bidragit till utvecklingen av nya tekniska och algoritmbaserade stödmodeller. Området genomgår ett paradigmskifte, där ny teknik integreras i bedömningar som stöd för detta komplexa arbetsmoment. Forskning har under senare år uppmärksammat användningen av maskininlärning (machine learning) i suicidprevention. Genom analys av stora datamängder, exempelvis från patientjournaler, kan algoritmbaserade modeller identifiera statistiska mönster och uppskatta risken för framtida suicidalitet (O'Reilly et al., 2025; Seyedsalehi et al., 2025). Även om studier har visat att sådana modeller potentiellt kan uppnå tillförlitliga resultat och därmed utgöra ett beslutsstöd i suicidriskbedömningar lyfts samtidigt begränsningar. Suicidalt beteende är ett komplext fenomen som är svårt att fånga genom statistiska modeller (O'Reilly et al., 2025; Seyedsalehi et al., 2025).

Implementering av ny teknik vid riskbedömning sker parallellt med diskussionen om att minska fokuset på de ofta otillförlitliga standardiserade riskbedömningarna. Syftet är att ha ett mer patientcentrerat förhållningssätt där bedömning sker i samråd med patienten för att sedan gemensamt formulera en plan. Ett arbetssätt som bland annat implementeras i Storbritannien (NHS England, 2025).

Föreliggande studies resultat visar vidare att suicidriskbedömningar inte enbart innebär kliniska utmaningar utan även en betydande emotionell belastning för sjuksköterskor. Informanterna beskriver ihållande oro och återkommande reflektioner efter genomförda bedömningar, vilket tyder på att suicidriskbedömningar fortsätter att påverka sjuksköterskan även efter avslutat patientmöte. Den kvarstående oron och de återkommande reflektionerna tyder på att suicidriskbedömningar inte avslutas i mötet med patienten, utan fortsätter som en pågående kognitiv och emotionell process.

Vilket kan tolkas som ett uttryck för den osäkerhet som präglar sådana bedömningar, där definitiva svar ofta saknas och konsekvenserna av en eventuell felbedömning kan vara livshotande. Vilket ligger i linje med forskning som visar att suicidrisk är svårt att förutsäga och att kliniska bedömningar ofta präglas av osäkerhet och behov av tolkning (Bailey et al., 2025; Dhelim et al., 2022; Obegi, 2025; van Velzen et al., 2024). Resultatet synliggör en påtaglig ensamhet i ansvarstagandet, särskilt inom öppenvården där bedömningar ofta genomförs självständigt.

Frågor väcks gällande ansvarsfördelning inom organisationen samt i vilken utsträckning sjuksköterskor ges rimliga förutsättningar att hantera ett uppdrag med potentiellt livsavgörande konsekvenser. Att ett så komplext arbetsmoment i praktiken vilar på individens kompetens snarare än på strukturerat stöd kan tolkas som en organisatorisk brist. Vilket överensstämmer med fynden av Andriessen et al. (2024) som visar att bristande organisatoriskt stöd kan öka risken för psykosocial belastning hos personal som arbetar med suicidal patienter.

Tidigare forskning visar att suicid inte endast påverkar anhöriga utan även den vårdpersonal som vårdat patienten (Malik et al., 2021; Rytterström et al., 2020). Förlust av en patient i suicid beskrivs

ofta som ett professionellt misslyckande och kan medföra känslor av sorg, skuld, hjälplöshet och ilska (Andriessen et al., 2024; Derblom et al., 2021; Malik et al., 2021; Stovall & Hansen, 2021). Vissa vårdare uppges även utveckla långvarig psykisk påverkan såsom akut krisreaktion eller posttraumatiska symtom efter patienters suicid (Sandford et al., 2021). Resultatet i föreliggande studie kan därmed förstås som att den emotionella belastningen vid suicidriskbedömningar inte enbart är kopplad till osäkerheten i själva bedömningen, utan även till medvetenheten om de potentiellt livsavgörande konsekvenser som bedömningen kan få. Castelli Dransart et al. (2015) visar samtidigt att utbildning, organisatoriskt stöd och möjlighet till kollegial reflektion kan bidra till bättre hantering av suicidrelaterade händelser. Resultatet i föreliggande studie tyder även på att kollegialt stöd och möjlighet till dialog med kollegor utgör viktiga resurser för att hantera både emotionell belastning och klinisk osäkerhet i samband med suicidriskbedömningar. Andriessen et al. (2024) beskriver att stödinsatser och strukturerade åtgärder efter suicidrelaterade händelser kan minska negativa konsekvenser för vårdpersonal. Samtidigt framstår stödet i stor utsträckning som informellt och beroende av individuella initiativ snarare än organiserade stödstrukturer. Vilket tolkas av författarna som att behovet av reflektion, handledning och kollegialt stöd riskerar att underskattas på organisationsnivå. Behovet av stödstrukturer och kompetensutveckling framstår därmed som betydelsefullt inte enbart för patientsäkerheten utan även för sjuksköterskors professionella hållbarhet och psykiska välbefinnande.

Sammantaget belyser resultatet att suicidriskbedömning är en komplex klinisk process där relationella faktorer, kliniskt omdöme, intuition och professionell erfarenhet samspelar med strukturerade bedömningsinstrument. Resultatet tyder på att standardiserade instrument kan fungera som ett stöd i bedömningsarbetet, men att de inte kan ersätta den mellanmänniska dialog och kliniska tolkning som uppstår i mötet mellan patient och sjuksköterska. Informanterna beskriver samtidigt att erfarenhet bidrar till ökad trygghet i bedömningar samt förbättrad förmåga att hantera emotionellt krävande situationer och osäkerhet.

Tidigare forskning visar att utbildning, träning och klinisk erfarenhet stärker kompetens och professionellt omdöme i suicidpreventivt arbete (Framptom et al., 2025; Nyström et al., 2024; Sela & Levi-Belz, 2024). Resultatet i föreliggande studie aktualiserar samtidigt behovet av att betrakta suicidriskbedömning som en avancerad klinisk kompetens som utvecklas successivt genom erfarenhet, reflektion och stöd i det kliniska arbetet snarare än något som kan förutsättas vid anställning. Att mindre erfarna sjuksköterskor förväntas hantera samma komplexa bedömningar som mer erfarna kollegor kan innebära ökad risk för osäkerhet och emotionell belastning. Samtidigt framstår suicidalt beteende som svårt att standardisera och tillförlitligt förutse (Benz et al., 2025; Obegi, 2025), vilket förstärker behovet av handledning, kollegial reflektion och organisatoriskt stöd (Carruthers et al., 2025; Framptom et al., 2025).

Föreliggande studies resultat tyder därmed på att suicidriskbedömningar inte enbart kan förstås som en teknisk eller standardiserad arbetsuppgift, utan som en mellanmännisklig och etiskt krävande praktik där sjuksköterskan kontinuerligt behöver balansera klinisk kunskap, professionellt omdöme och relationell förståelse i mötet med patientens lidande.

## Metoddiskussion

Studien genomfördes med kvalitativ design och induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2008), då syftet var att fördjupa förståelsen av sjuksköterskors erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar inom ett forskningsområde som visade sig vara begränsat utforskat. Trots att suicidriskbedömningar utförda av sjuksköterskor tidigare har studerats identifierades få studier med särskilt fokus på de mest komplexa och utmanande bedömningarna, vilket motiverade valet av en induktiv ansats. Elo och Kyngäs (2008) modell bedömdes som ändamålsenlig eftersom den erbjöd en tydlig och systematisk struktur för analys av det intervjumaterial som genererades i studien. En kvalitativ design var nödvändig för att fånga sjuksköterskors erfarenheter på ett nyanserat och

kontextberoende sätt, medan en kvantitativ ansats inte hade kunnat besvara studiens syfte. En styrka i det valda metodupplägget var att intervjuerna gav förutsättningar för att belysa komplexa och mångfacetterade erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar.

Den induktiva analysansatsen möjliggjorde att komplexa och ibland motsägelsefulla erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar kunde framträda utan att styras av förutbestämda kategorier (Danielsson 2021; Elo & Kyngäs 2008). Samtidigt innebär den induktiva ansatsen att resultatet är kontextbundet och inte avsett att vara generaliserbart, det ska dock vara överförbart till liknande kontext (Danielsson 2021).

Ett ändamålsenligt urval användes för att få en variation av deltagare avseende ålder, kön, arbetsplats och arbetslivserfarenhet. Det bedömdes som en styrka eftersom ett varierat urval enligt Polit och Beck (2021) kan bidra till en bredare förståelse av fenomenet och minska risken att forskarnas egen förförståelse styr analysen. För att minska risken att fånga upp en lokal organisationskultur inkluderades deltagare från två regioner i Mellansverige, representerande sju olika arbetsplatser inom både sluten- och öppenvårdspsykiatri vilket ökade variationen i datamaterialet.

Semistrukturerad intervjuguide användes för att skapa en balans mellan struktur och flexibilitet under intervjuerna. Det möjliggjorde att syftet inte frångicks samtidigt som följdfrågor kunde ställas för att fördjupa deltagarnas resonemang (Polit & Beck, 2021). Det finns risk att följdfrågorna påverkades av intervjuarens egna erfarenheter av suicidriskbedömningar, vilket kan ha styrt samtalet mot vissa teman mer än andra. Författarna försökte motverka det genom att kontinuerligt återvända till syftet och använda öppna följdfrågor, men risken för att intervjuguiden ändå begränsat materialets variation kan inte helt uteslutas. Det finns även risk att den kvalitativa intervjun bli för styrd av intervjuguiden vid semistrukturerad intervjuguide (Danielsson 2021).

Två provintervjuer genomfördes. Dessa användes för att testa intervjuguiden och inspelningsutrustningen, samt för att bedöma om frågorna genererade data som svarade mot syftet. Det gav också författarna möjlighet till att träna på att vara intervjuare (Danielsson 2021). Efter provintervjuerna lades en fråga till om hur deltagaren själv mår i situationer med svåra suicidriskbedömningar, då det framstod som ett återkommande och relevant tema. Frågan bidrog till ett djupare material som belyser sjuksköterskans personliga upplevelser i komplexa bedömningssituationer. Provintervjuerna togs inte med i studien då författarna hade en pågående yrkesmässig relation till de intervjuade. Författarna bedömde att intervjuguidens frågor väl motsvarade studiens syfte och att möjligheten till fördjupande följdfrågor bidrog till rika och nyanserade beskrivningar av deltagarnas erfarenheter.

Intervjuerna genomfördes både fysiskt och digitalt, vilket innebar skillnader i datakvalitet. Fysiska intervjuer möjliggjorde observation av icke-verbala uttryck, något som kan fördjupa intervjun (Danielsson 2021). Vid digitala intervjuer saknades dessa intryck, vilket kan ha begränsat möjligheten att tolka nyanser och ställa adekvata följdfrågor. En telefonintervju präglades dessutom av bristande ljudkvalitet, vilket försvårade transkriberingen trots att den utfördes samma dag. Deltagarna fick själva välja intervjusätt och plats för att skapa trygghet, vilket enligt Polit och Beck (2021) kan gynna öppenheten. Samtidigt medförde variationen en risk för ojämnheter i materialets djup beroende på intervjumiljö och teknik. En intervju var avsevärt kortare än övriga, men bedömdes ändå bidra med relevant och kärnfullt material. Samtidigt kan kortare intervjuer innebära begränsad möjlighet till fördjupning, vilket enligt Danielsson (2021) kan påverka materialets nyanser.

Författarna genomförde intervjuerna enskilt. En fördel med enskilda intervjuer är att det är mindre tidskrävande och främjar tydlig kommunikation mellan intervjuare och deltagare. En nackdel med att göra intervjuerna enskilt var att intervjuaren både fick föra anteckningar och hålla i intervjun

(Danielsson 2021). Författarna upplevde en ömsesidig tillit till att intervjuguiden följdes och att relevanta följdfrågor ställdes. Enskilda intervjuer kan dessutom skapa en lugnare och mer förtrolig intervjusituation, vilket är fördelaktigt vid känsliga ämnen som suicidriskbedömningar. Tidsramarna för studien innebar att totalt tio deltagare intervjuades. Deltagarantalet kan betraktas som ett relativt litet för att uppnå hög tillförlitlighet, även om kvalitativa studier inte primärt strävar efter stora urval (Polit & Beck, 2021). Författarna bedömde att datamättnad uppnåddes efter tio intervjuer då liknande mönster återkom i materialet. Författarna noterade datamättnad först efter att flera intervjuer i slutet av processen inte längre tillförde nya aspekter. Det bedömdes genom att återkommande teman identifierades oberoende av intervjusätt och deltagargrupp. Samtidigt innebär datamättnad ett visst mått av subjektiv bedömning, och processen riskerar att påverkas av forskarnas tolkningar och tidigare erfarenheter (Polit & Beck, 2021).

Analysen genomfördes enligt Elo och Kyngäs (2008) tre faser: förberedelse, organisering och rapportering. Modellen erbjöd en tydlig och systematisk struktur som underlättade arbetet med datamaterialet och skapade en stabil grund för den induktiva analysprocessen. Samtidigt är en induktiv innehållsanalys alltid tolkande, vilket innebär en risk att forskarnas egna erfarenheter och antaganden påverkar hur koder och kategorier utvecklas. För att minska risken genomfördes kodningen initialt var för sig och därefter gemensamt, där eventuella skillnader diskuterades tills samsyn uppnåddes (Danielsson 2021; Mårtensson & Fridlund 2021). Under analysarbetet gjordes frekventa återblickar till originalmaterialet för att säkerställa att tolkningarna förblev nära deltagarnas utsagor.

Meningsbärande enheter identifierades och grupperades induktivt till tolv subkategorier. Genom ytterligare abstrahering identifierades mönster och samband mellan subkategorierna, vilket resulterade i sju kategorier som slutligen integrerades i två huvudkategorier. Den stegvisa analysen innebar att data successivt reducerades, vilket medför en risk för överabstraktion. För att motverka denna risk diskuterade författarna kontinuerligt gränsdragningar mellan subkategorierna och prövade hur alternativa placeringar av meningsbärande enheter påverkade den framväxande strukturen.

Subkategorier formades först när flera enheter tydligt beskrev liknande fenomen, och enheter som kunde passa i flera grupper analyserades och diskuterades tills samsyn uppnåddes. Arbetssättet minskade risken för att förförståelsen skulle styra analysen och stärkte studiens trovärdighet och konfirmerbarhet (Danielsson 2021; Elo och Kyngäs 2008). Slutligen användes citat representativa för varje kategori i resultatdelen för att visa hur analysen förankrats i deltagarnas berättelser och därigenom stärka studiens kredibilitet (Danielsson 2021; Elo & Kyngäs 2008). Arbetet har därutöver regelbundet diskuterats med handledare och studiekamrater, vilket bidrog till ytterligare kritisk granskning och stärkte tillförlitligheten i analysprocessen (Mårtensson & Fridlund 2021)

För att stärka transparensen och kvaliteten i studiens metodologiska redovisning har COREQ-riktlinjerna (Tong, Sainsbury & Craig, 2007) använts som stöd vid planering, genomförande och rapportering av studien. Användningen av checklisten har bidragit till tydlig redovisning av forskarnas roll, urval, datainsamling och analysprocess, vilket underlättar läsarens bedömning av studiens trovärdighet.

Båda författarna hade förförståelse av fenomenet genom sin yrkeserfarenhet och arbetar dagligen med suicidriskbedömningar. Tillsammans har de cirka 17 års erfarenhet, vilket kan ha påverkat tolkningen av datamaterialet. Förförståelsen kan innebära både en risk och en resurs: den kan färga tolkningar, men kan samtidigt underlätta förståelsen för de situationer som deltagarna beskrev (Polit och Beck 2021). För att hantera risken reflekterade författarna kontinuerligt över sin egen förförståelse under analysprocessen och återgick regelbundet till datamaterialet för att säkerställa att

kategorierna grundades i deltagarnas berättelser och inte i författarnas egna erfarenheter. Författarna arbetade på två olika arbetsplatser, en inom slutenvård och en inom öppenvård i två olika län vilket också ses som en styrka i analysen av resultatet. En replikation av studien kan ge ett annat resultat, vilket är i linje med kvalitativ forskning där målet är fördjupad förståelse snarare än reproducerbarhet. Resultatet bör därför ses som ett underlag som kan ligga till grund för vidare forskning kring komplexa suicidriskbedömningar.

## **Konklusion**

Studien visar att suicidriskbedömningar är en djupt komplex och krävande arbetsuppgift där sjuksköterskor navigerar i gränslandet mellan strukturerade verktyg, klinisk erfarenhet och mänskliga möten. Resultaten tydliggör att det är samtalet som utgör kärnan i bedömningsarbetet. Den strukturerade suicidriskbedömningen fungerar som ett nödvändigt stöd, men det är i de fördjupade och relationella samtalen som bedömningen får sitt verkliga innehåll och djup. Utan det blir kvaliteten vacklande.

Relationen mellan sjuksköterska och patient framträder som central för att möjliggöra tillit, öppenhet och förståelse. Samtidigt påverkas bedömningens kvalitet av patientens förmåga att uttrycka sig, av icke-verbala signaler, av sjuksköterskans intuition och av de emotionella reaktioner som väcks i mötet. Vissa patientgrupper, exempelvis de med impulsivitet, återkommande suicidala uttryck eller begränsad kommunikation skapar särskilda utmaningar och stärker behovet av erfarenhet och kliniskt omdöme hos sjuksköterskan.

Utöver det patientnära arbetet framträder betydande organisatoriska brister. Sjuksköterskorna bär ett stort ansvar, ofta utan tillräckliga förutsättningar, utbildning eller struktur för reflektion. Ensamarbete, oklara ansvarsfördelningar och bristande stöd från organisationen förstärker osäkerheten i situationer där besluten kan få livsavgörande konsekvenser. Kollegialt stöd utgör en viktig skyddsfaktor som skapar trygghet, delat ansvar och en möjlighet att bearbeta svåra upplevelser.

Sammantaget visar studien att suicidriskbedömningar inte kan reduceras till en checklista. De är dynamiska processer som formas av relationer, erfarenhet, professionell intuition, organisatoriska villkor och genomsyras ofta av etisk stress. För att stärka bedömningarnas kvalitet krävs därför både strukturella förbättringar, kontinuerlig kompetensutveckling och en vårdmiljö som erkänner de emotionella och etiska dimensioner som genomsyrar bedömningarna.

## **Kliniska implikationer**

Studien har synliggjort sjuksköterskors erfarenheter av att genomföra svåra suicidriskbedömningar. Resultatet visar att det finns brister i det stöd som arbetsgivare erbjuder, både vad gäller utbildning, praktiskt genomförande och efterhantering av sådana bedömningar. Ett viktigt område för framtida forskning är därför att undersöka vilka riktade insatser arbetsgivare kan implementera för att stärka arbetsmiljön och det professionella stödet för sjuksköterskor som arbetar med suicidriskbedömningar.

Vidare bör arbetssättet för suicidriskbedömningar där strukturerade instrument i högre grad ersätts av fördjupade samtal och gemensam krisplanering studeras närmare. Med integrering av ny teknik så kommer både nya möjligheter och utmaningar. Här finns behov av både kvantitativa och kvalitativa studier för att utvärdera metodens effektivitet, säkerhet och konsekvenser för både personal och patienter.

## **Förslag på vidare forskning**

Resultatet visar att det finns brister i det stöd som arbetsgivare erbjuder, både vad gäller utbildning, praktiskt genomförande och efterhantering av sådana bedömningar. Ett viktigt område för framtida forskning är därför att undersöka vilka riktade insatser arbetsgivare kan implementera för att stärka arbetsmiljön och det professionella stödet för sjuksköterskor som arbetar med suicidriskbedömningar.

Vidare bör arbetssättet för suicidriskbedömningar där strukturerade instrument i högre grad ersätts av fördjupade samtal och gemensam krisplanering studeras närmare. Här finns behov av både kvantitativa och kvalitativa studier för att utvärdera metodens effektivitet, säkerhet och konsekvenser för både personal och patienter.

## **AI och AI-assisterade teknologier i skrivprocessen**

I skrivprocessen användes AI-baserat språkverktyg för att stödja språklig redigering, främst avseende grammatik och meningsstruktur. Verktöget användes inte för att generera innehåll eller analytiska resonemang.

## Referenser

- Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, P. B., & Grad, O. T. (2024). Hidden in plain sight: Staff exposure to suicide and responses to a new systemic model of workplace postvention. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1309450. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1309450>
- Beskow, J. (1983/2017). Suicidstegen [Bedömningsinstrument]. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. <https://kunskapsstodforvardgivare.se>
- Benz, M. B., Fruhbauerova, M., & Gaudiano, B. A. (2025). Anger as a transdiagnostic risk factor in suicide: Personality and emotion regulation pathways. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000000>
- Castelli Dransart, D. A., Heeb, J. L., Gulfi, A., & al., et. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry*, 15, 265. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0655-y>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2025). Suicide exposure in a snowball sample of mental health providers. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1334567. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1334567>
- Clua-García, R., Casanova-Garrigós, G., & Moreno-Poyato, A. R. (2021). Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2995–3007. <https://doi.org/10.1111/jan.14789>
- Danielsson, E. (2021). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl., s. 143–154). Studentlitteratur.
- Darnell, D., Pierson, A., Whitney, J. D., Wolkow, C. A., Dorsey, S., Boudreaux, E. D., Areán, P. A., & Comtois, K. A. (2023). Acute and intensive care nurses' perspectives on suicide prevention with medically hospitalized patients: Exploring barriers, facilitators, interests, and training opportunities. *Journal of Advanced Nursing*, 79(9), 3351–3369. <https://doi.org/10.1111/jan.15650>
- 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>
- Dhelim, S., Chen, L., Ning, H., & Nugent, C. (2022). Artificial intelligence for suicide assessment using audiovisual cues: A review. *Artificial Intelligence Review*, 56, 5591–5618. <https://doi.org/10.1007/s10462-022-10290-6>
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008), The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Europeiska unionens råd. (2016). Förordning (EU) 2016/679 av Europaparlamentet och rådet om skydd för fysiska personer i fråga om behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (allmänna dataskyddsförordningen). EUT L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

- Fedorowicz, S. E., Dempsey, R. C., Ellis, N., Phillips, E., & Gidlow, C. (2023). How is suicide risk assessed in healthcare settings in the UK? A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 18(2), e0280789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280789>
- Folkhälsoguiden. (2021). Tidigare vårdkonsumtion bland alla personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011–2016 (Rapport 2021:2).
- Folkhälsomyndigheten. (2022). Suicidprevention inom vård och omsorg. Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/suicidprevention-inom-var-d-och-omsorg/>
- Folkhälsomyndigheten. (2023). Frågor och svar om suicid och suicidprevention. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/fragor-och-svar-om-suicid-och-suicidprevention/>
- Folkhälsomyndigheten. (2025). Statistik om suicid. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
- 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.
- Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., & Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 574–579. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.016>
- Kingi-Ulu'ave, D., Framptom, C., Cargo, T., Stasiak, K., & Hetrick, S. (2025). Evaluating the Effectiveness of a Post-Training Enhancement to the LifeKeepers Suicide Prevention Gatekeeper Training. *Crisis*, 46(3), 157–165. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a001001>
- Koweszko, T., Gierus, J., Mosiolek, A., Kamiński, M., Wiśniewska, K. A., & Szulc, A. (2016). Differences in assessment of suicidal tendencies in men and women: A pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 77–78. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.004>
- Malik, S., Gunn, S., & Robertson, N. (2022). The Impact Of Patient Suicide on Doctors and Nurses: A Critical Interpretive Meta-Synthesis. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(3), 1266–1285. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885533>
- Mirick, R. G., McCauley, J., & Bridger, J. (2023). Integrating trauma-informed principles into suicide prevention, intervention, and postvention. *Practice Innovations*, 8(4), 305–316. <https://doi.org/10.1037/pri0000212>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2021). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl., s. 421–438). Studentlitteratur.
- Nationella vård- och insatsprogram. (2025). Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk. <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/kartlaeggning-och-utredning/strukturerad-klinisk-bedomning-av-suicidrisk/>
- NHS England. (2025, 4 april). Staying safe from suicide: Best practice guidance for safety

assessment, formulation and management. <https://www.england.nhs.uk/long-read/staying-safe-from-suicide/>

Nyström, A. M., Wärdig, R., Wallerstedt, I., & Hulstjög, S. (2024). How, why and when: Nursing staff's experiences of working with suicide risk assessment instruments. *Nursing Open*, 11, e70068. <https://doi.org/10.1002/nop2.70068>

Obegi, J. H. (2025). An alternative to suicide risk assessment: Assessing suicidality and its severity. *Practice Innovations*, 10(1), 76–89. <https://doi.org/10.1037/pri0000259>

O'Reilly, L. M., Fazel, S., Rickert, M. E., Kuja-Halkola, R., Cederlöf, M., Hellner, C., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2025). Evaluating machine learning for predicting youth suicidal behavior up to 1 year after contact with mental-health specialty care. *Clinical Psychological Science*, 13(3), 614–631.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (e-bok). Springer.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Ramanathan, S., De La Cruz, L., Ueda, M., & Carruthers, J. (2025). Five-year implementation of zero suicide: Lessons learnt from an academic health system. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 7(4), 254–260. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20250078>

Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide risk assessment and prevention: Challenges and opportunities. *Focus*, 18(2), 88–99. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011>

Rytterström, P., Ovox, S. M., Wärdig, R., & Hulstjög, S. (2020). Impact of suicide on health professionals in psychiatric care: Mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 982–991. <https://doi.org/10.1111/inm.12738>

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., Heffernan, S., Greaney, S., Kilty, C., Goodwin, J., Hartigan, I., O'Brien, M., Chambers, D., Twomey, U., & O'Donovan, A. (2021). Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1645–1665. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>

Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2021). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 261–294. <https://doi.org/10.1002/cpp.2515>

Schlichthorst, M., Reifels, L., Spittal, M. J., Clapperton, A., Scurrah, K., Kølves, K., Platt, S., Pirkis, J., & Krysinska, K. (2023). Evaluating the effectiveness of components of national suicide prevention strategies: An interrupted time series analysis. *Crisis*, 44(4), 318–328. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000887>

Sela, Y., & Levi-Belz, Y. (2024). Nurses' attitudes and perceptions regarding suicidal patients: A quasi-experimental study of depression management training. *Healthcare*, 12(3), 284. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030284>

Seyedsalehi, A., Bailey, J., Ogonah, M. G. T., Fanshawe, T. R., & Fazel, S. (2025). Prediction models for self-harm and suicide: A systematic review and critical appraisal. *BMC Medicine*, 23, 549. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04367-6>

Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning (Artikelnummer 2021-4-7339). <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/5e4ef79d53d34793b4119029c1253bff/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen. (2024). Suicid och suicidprevention. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/suicid-och-suicidprevention/>

Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2017). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>

Stovall, M., & Hansen, L. (2021). Suicide risk, changing jobs, or leaving the nursing profession in the aftermath of a patient safety incident. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(5), 264–272. <https://doi.org/10.1111/wvn.12534>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2023). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Reviderad utgåva). <https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.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>

Tanaka, K., & Ikeuchi, S. (2024). Insights from primary care workers supporting people at risk of suicide in local communities in Japan: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 80, 3264–3277. <https://doi.org/10.1111/jan.16024>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis.

Uddin, T., Pitman, A., Benson, G., Kamal, Z., Hawton, K., & Rowe, S. (2024). Attitudes toward and experiences of clinical and non-clinical services among individuals who self-harm or attempt suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 54(1), 13–31. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002805>

van Velzen, L. S., Toenders, Y. J., Kottaram, A., Youzhalveen, B., Pilkington, V., Cotton, S. M., Brooker, A., McKechnie, B., Rice, S., & Schmaal, L. (2023). Risk factors for suicide attempt during outpatient care in adolescents with severe and complex depression. *Crisis*, 44(3), 232–239. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000860>

Waern, M., Kaiser, N., & Renberg, E. S. (2016). Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry*, 16, 440. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1147-4>

Wagner, A., & Reifegerste, D. (2024). Desirable and adverse effects of communicative suicide prevention interventions among men: A systematic review of channels and message strategies. *Crisis*, 45(5), 365–375. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000965>

World Health Organization. (2025). Preventing suicide: A global imperative (ISBN 978-92-4-011006-9). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381495/9789240110069-eng.pdf?sequence=1>

World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Wärdig R, Engström A-S, Carlsson A, Wärdig F, Hultsjö S. (2022) Saving lives by asking questions: nurses' experiences of suicide risk assessment in telephone counselling in primary health care. *Primary Health Care Research & Development* 23(e65): 1–8. doi: 10.1017/S146342362200055X

Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2023). A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7–8), 1601–1614. <https://doi.org/10.1111/jocn.16268>

# **Bilaga 1**

## Intervjuguide

1. Kan du berätta vad du upplever är en svår suicidbedömning?
2. Kan du berätta om hur du påverkas av suicidbedömningar?
3. Berätta om en svår bedömningssituation som du har varit med om?
4. Kan du berätta om hur du mår i situationen?
5. Kan du berätta om du fått något stöd av kollegor eller arbetsgivare för att genomföra svåra suicidbedömningar? - Hur har stödet sett ut?
6. Finns det något du skulle vilja tillägga?
7. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska? Är du psykiatrisjuksköterska?
8. Vi har några statistikfrågor, hur gammal är du? Hur länge har du arbetat med suicidriskbedömningar? Arbetar du inom öppen- eller slutenvård?

## Bilaga 2

Till biträdande verksamhetschef för Vuxenpsykiatri Region XX

Hej,

Vi är två studenter på Linköpings universitet, Pierre Ogeryd och Sanna Häggeborn som studerar till specialistsjuksköterska inom psykiatri. I denna utbildning ingår det att göra ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med vårt arbete är att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av svåra suicidbedömningar. Suicidbedömningar är en arbetsuppgift vi sjuksköterskor utför frekvent men det finns inte så mycket forskning kring hur vi upplever de svåra bedömningarna. För att kunna genomföra denna studie har vi som önskemål att få genomföra minst fem intervjuer med sjuksköterskor som arbetar inom ert verksamhetsområde, totalt ska tio intervjuer utföras.

Deltagandet är helt frivilligt, konfidentiellt och det är möjligt att avbryta sitt deltagande när som under studiens gång. Intervjuerna genomförs via fysiskt möte eller videolänk. Intervjuerna beräknas genomföras under hösten och vintern 2025–2026. Vi önskar ert tillstånd att genomföra denna studie i ert verksamhetsområde, om önskemål finns kan vi redovisa resultatet av studien efter godkänt resultat. Om ni godkänner att vi genomför studien inom er verksamhet så kommer vi kontakta enhetschefer inom er verksamhet via e-post. Vi kommer då be dem informera sjuksköterskor om studien, antingen vid lämplig mötesform eller via e-post. Våra kontaktuppgifter kommer att bifogas i e-postmeddelandet till enhetscheferna, så att även de enkelt kan nå oss vid frågor eller anmälan. Vid fler frågor kring studien får ni gärna kontakta Pierre eller Sanna via telefon eller e-post.

Med vänliga hälsningar

Pierre Ogeryd            Sanna Häggeborn

Tfn: 0725544094      Tfn: 0768110903

E-mail: pierre.ogeryd@gmail.com

E-mail: sanna.c.davidsson@gmail.com

Handledare: Rikard Wärdig

Tfn: 013-286850

E-mail: rikard.wardig@liu.se

.....  
Härmed ger jag i egenskap av verksamhetschef vid XXXXX mitt tillstånd att Pierre Ogeryd och Sanna Häggeborn får genomföra intervjuer och denna studie.

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_ Ort och datum \_\_\_\_\_

## Bilaga 3

Sökes: Sjuksköterskor som arbetar aktivt med suicidriskbedömningar

Vi söker sjuksköterskor inom psykiatri som arbetar med Suicidriskbedömningar!

Suicidriskbedömningar är ett arbetsmoment inom den psykiatriska omvårdnaden som kan upplevas svår och ge mycket känslor även hos utföraren. Vi har därför valt att undersöka detta närmare i vår intervjustudie, då det är en viktig del i arbetet i såväl psykiatrisk slutenvård som psykiatrisk öppenvård.

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av svåra suicidriskbedömningar. Även om det forskas mycket på suicid och suicidpreventivt arbete så finns det ett glapp i forskningen när det kommer till sjuksköterskors erfarenheter av de svåra bedömningarna. Vi hoppas med studien att få fram data som i längden kan stärka stödet som ges till sjuksköterskor som utför suicidriskbedömningar. Intervjuerna beräknas påbörjas under hösten 2025 och vara cirka en timme långa, de kommer genomföras via videolänk eller fysiskt möte som spelas in. Vid fysiskt möte kommer du få välja tid och plats. Deltagandet är frivilligt och du som deltagare kan när som helst under studien avbryta ditt deltagande utan motivering till varför.

Deltagandet kommer att vara konfidentiellt och material från deltagare kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt och registrerat i LADOK.

Är du sjuksköterska med minst ett års erfarenhet inom psykiatri och arbetar aktivt med suicidriskbedömningar? Då är du varmt välkommen att kontakta någon av oss författare om du har frågor eller vill delta i studien. Du når oss lättast via telefon eller mejl, både för frågor och att boka in en intervju.

Vi som gör studien är två sjuksköterskor som i vardagen arbetar inom psykiatri och som studerar till specialistsjuksköterska inom psykiatri vid Linköpings universitet. I denna utbildning utförs ett examensarbete på avancerad nivå på 15 högskolepoäng.

Med vänliga hälsningar

Pierre Ogeryd      Sanna Häggeborn  
Tfn: 0725544094    Tfn: 0768110903  
E-mail: pierre.ogeryd@gmail.com  
E-mail: Sanna.c.davidsson@gmail.com

Handledare: Rikard Wärdig  
Tfn: 013-286850  
E-mail: rikard.wardig@liu.se

Samtycke till deltagande i studien

Jag har läst och förstått den skriftliga informationen Jag har fått svar på mina frågor och samtycker till att delta i studien. Jag är införstådd med att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att min identitet inte kommer att röjas för obehöriga. Mitt deltagande är frivilligt och jag är medveten om att jag kan avbryta mitt deltagande utan förklaring.

\_\_\_\_\_  
Deltagarens namnteckning

\_\_\_\_\_  
Ort / datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande