



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HUR MAN SOM SJUKSKÖTERSKA BÖR ARBETA MED SUICIDPREVENTION HOS PATIENTER MED FÖRSTÄMNINGSSYNDROM

- En översiktsartikel

Författare: Emma Pettersson & Isak Gunnarsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT - 2022
Handledare:	Stina de Frumerie
Examinator:	Harshida Patel
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sammanfattning

Bakgrund: Förstämningssyndrom är ett samlingsnamn för diagnoserna depression och bipolärt syndrom. Suicidrisken är högre i den här patientgruppen än i normalpopulationen. Som sjuksköterska är det därför viktigt att ha kunskap om hur suicidrisk identifieras hos denna patientgrupp, samt hur man förebygger det. För att kunna upptäcka suicidrisken krävs en noggrann suicidriskbedömning, där riskfaktorer samt skyddsfaktorer identifieras. I arbetet med suicidprevention är det därför viktigt att utgå från ett personcentrerat förhållningssätt som innefattar partnerskap mellan patient och vårdare, patientens berättelse samt dokumentation. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor bör arbeta med suicidprevention hos patienter med förstämningssyndrom. **Metod:** Med hjälp av PIO-modellen genomfördes en strukturerad informationssökning i databaserna Pubmed och Cinahl. Resultatet i artiklarna analyserades och sammanställdes för att finna åtgärder utförda av sjuksköterskor i suicidförebyggande syfte. **Resultat:** Upptäckt av suicidrisk hos patienter med förstämningssyndrom är en viktig åtgärd, samt att sjuksköterskan vågar föra ett öppet samtal med patienten om dennes suicidtankar. I det akuta skedet var åtgärder som att avlägsna föremål patienten kunde skada sig med och att skapa en säker miljö för patienten det viktigaste. Utbildning om suicidprevention för sjuksköterskor visade sig sänka suicidrisken hos patientgruppen. **Diskussion:** Denna litteraturstudie visar på att det oftast är sjuksköterskan som träffar patienten först samt gör den första bedömningen, vilket innebär att deras kompetens samt erfarenheter är av stor vikt. Personcentrerade samtal upplevs viktigt för patienter, där patientens röst skall vara i huvudfokus. Studien visar även på att det finns vissa skillnader i hur suicidrisken ter sig hos män respektive kvinnor. Vidare forskning kan vara nödvändigt för att förstå varför dessa skillnader finns, men även för att möjliggöra förhållningssätt som fungerar för båda könen.

Titel (svensk)	Hur man som sjuksköterska bör arbeta med suicidprevention hos patienter med förstämningssyndrom - en översiktsartikel
Titel (engelsk)	How a nurse should work with suicide prevention in patients with mood disorder - an overview article
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT - 2022
Författare:	Emma Pettersson & Isak Gunnarsson
Handledare:	Stina de Frumerie
Examinator:	Harshida Patel

Abstract

Background: Mood disorder is a collective name for the diagnoses of depression and bipolar syndrome. The suicide risk is higher in this patient group than in the normal population. As a nurse, it is important to have knowledge of how suicidal risk is identified in this patient group, as well as how to prevent it. In order to be able to detect the risk of suicide, a careful suicide risk assessment is required, where risk factors and protective factors are identified. In the work with suicide prevention, it is important to start from person-centred care approach that includes partnership between patient and carer, the patient's story and documentation.

Purpose: The purpose of this study was to investigate how nurses should work with suicide prevention in patients with mood disorders. **Method:** Using the PIO-model, a structured information search is carried out in the databases Pubmed and Cinahl. The results in the articles were analyzed and compiled to find measures carried out by nurses for the purpose of suicide prevention. **Results:** Detection of suicidal risk in patients with mood disorders is an important action, as is the nurse's courage to have an open conversation with the patient about his or hers suicidal thoughts. In the acute setting, measures such as making sure the patient could not harm themselves with their belongings and creating a safe environment for the patient were the most important. Education regarding suicide prevention for nurses was found to lower the suicide risk in the patient group. **Conclusion:** This literature study shows that it is usually the nurse who meets the patient first and makes the first assessment, which means that their competence and experience are of great importance. Person-centred dialogues are important for patients, where the patient's story should be the main focus. The study also shows that there are certain differences in how the risk of suicide occurs in men and women. Further research may be necessary to understand why these differences exist, but also to know approaches in suicide prevention that work for both sexes.

Key words: Suicide prevention, nurse's role, depression, bipolar disorder, mood disorder

Sammanfattning	2
Abstract	4
1. Inledning	6
2. Bakgrund	6
2.1 Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar	6
2.2 Sjuksköterskans arbete med förstämningssyndrom	7
2.2.1 Suicidprevention	8
2.2.2 Säker vård	8
2.3 Vad är förstämningssyndrom?	8
2.3.1 Depression	9
2.3.2 Bipolärt syndrom	9
2.4 Personcentrerad vård	10
2.4.1 Partnerskap	10
2.4.2 Patientens berättelse	10
2.4.3 Dokumentation	11
3. Problemformulering	11
4. Syfte	11
5. Metod	11
5.1 Studiedesign	11
5.2 Datainsamling	12
5.3 Inklusions och exklusionskriterier	13
5.4 Kvalitetsgranskning	13
5.5 Etiska överväganden	14
5.6 Analys	15
6. Resultat	15
6.1 Sjuksköterskan i frontlinjen	17
6.2 Upptäcka suicidrisk	17
6.2.1 Akuta åtgärder vid upptäckt av suicidrisk	18
6.3 Utbildning om suicidprevention	18
6.4 Samtal	19
6.4.1 Att motivera patienten	19
6.4.2 Involvera patientens familj	19
6.5 Samarbete med andra professioner	20

7. Diskussion	20
7.1 Metoddiskussion	20
7.2 Resultatdiskussion	21
7.3 Kliniska implikationer	24
7.4 Vidare forskning	24
7.5 Slutsats	24
Referenslista	26
Bilagor	31

1. Inledning

I Sverige dör ungefär 1200 personer varje år av suicid (Folkhälsomyndigheten, 2022). Det är ungefär sex gånger fler än som omkommer i trafiken varje år i Sverige (Transportstyrelsen, 2022), vilket tyder på problemets tyngd. Sjöström (2019) beskriver att den vanligaste orsaken bakom suicid är förstämningssyndrom. Som sjuksköterska är det viktigt att veta hur man bemöter dessa patienter, samt hur man arbetar för att förebygga suicidförsök. Under en VFU-period på psykiatriska akutmottagningen var en av oss med på många psykiatriska bedömningar, där patienterna ofta var suicidbenägna. Hur sjuksköterskan arbetade på bästa sätt för att bemöta och hjälpa patienter med förstämningssyndrom och suicidtankar väckte ett intresse kring vilka metoder som är mest effektiva för att åstadkomma detta. Syftet med uppsatsen är därför att utforska hur sjuksköterskan bör arbeta med suicidprevention hos patienter med förstämningssyndrom.

2. Bakgrund

2.1 Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar

Hälso- och sjukvården följer en mängd lagar. (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017) ligger till grund för sjuksköterskans arbete. I lagen ingår det bland annat att hälso- och sjukvården ska erbjuda god vård på lika villkor för hela befolkningen. Varje enskild individ ska mötas med värdighet och respekt. Ohälsa ska förebyggas och den som har störst behov av vård får företräde. Enligt Patientlagen (PL, 2014) ska hälso- och sjukvård vara lättillgängligt, samt att patienter har rätt till en medicinsk bedömning så snart som möjligt om det inte är uppenbart

onödigt. Patientens rätt till delaktighet i sin vård är en central del av lagen.

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010) syftar till att öka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvård genom att vården ska bedrivas på ett systematiskt och evidensbaserat sätt.

Avvikelser och vårdskador ska rapporteras och samt föras in i data för att i framtiden kunna förebyggas. Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009) innehåller regler om tystnadsplikt samt förbud mot att röja en individs uppgifter. Psykiatrisk tvångsvård kan enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991) kan utföras om patienten uppfyller tre kriterier: Patienten lider av en allvarlig psykisk störning, patienten har ett behov av psykiatrisk vård som bara sluten psykiatrisk tvångsvård kan utföra, patienten motsätter sig vård.

I Sverige finns etiska koder som sjuksköterskor bör arbeta utefter, varav en utav dessa är ICN:s etisk kod. ICN, som står för International Council of Nurses, innefattar fyra olika områden (Sandman, 2019). Dessa är att främja hälsa och förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Att bemöta människor med värdighet och respekt samt se till deras rättigheter som individer oberoende av exempelvis den kultur, livsåskådning, kön och ålder personen tillhör är centralt inom ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), och bör präglade sjuksköterskors tillvägagångssätt.

2.2 Sjuksköterskans arbete med förstämningssyndrom

Ju tidigare sjukvården lyckas identifiera depression hos en patient, desto mer lidande kan patienten undgå. En studie av Harmer et al. (2022) visade på att risk för suicid förekom i högre utsträckning hos patienter med nyupptäckt depression än hos patienter som har levt med diagnosen under en längre tid, vilket visar på vikten av att identifiera depression i tid. Det är därför av stor vikt att det vid det första omhändertagandet finns en hög resurstillgänglighet samt en bra kontinuitet under hela vårdandet för att patienten ska kunna erhålla en så bra vård som möjligt.

Beroende på vart sjuksköterskan träffar patienten så kan den psykiatriska omvårdnaden variera en aning. För att patienter med komplicerad psykisk ohälsa ska uppnå bästa möjliga hälsa utifrån sina egna behov så kan arbetet med fördel utgå utifrån vårdsamordning (Skärsäter, 2019). Det innebär att flera olika professioner samarbetar för att tillgodose de olika behoven patienten kan tänkas ha. Vårdsamordningen ska ske kontinuerligt över tid och kontakten kan ske både över telefon och på plats. Sjuksköterskans viktigaste roll i

vårdssamordningen är ansvaret för att kontakten fortlöper och att samordningen inte rinner ut i sanden. En vårdplan innebär att sjuksköterskan först undersöker de behov, resurser och risker en patient har, för att sedan upprätta en plan med mål tillsammans med patienten (Forsberg, 2019).

2.2.1 Suicidprevention

I Sverige dör omkring 1200 personer årligen i suicid (Folkhälsomyndigheten, 2022). Att fånga upp personer och förebygga suicidalitet innan försök uppstår är en viktig del av hälso- och sjukvårdens arbete. Som sjuksköterska inom psykiatrin, men också inom andra områden, är ett tänk kring riskerna för suicidalitet grundläggande att ha med sig samt att man bör känna igen symtom på depression och suicidala tendenser (Skärsäter & Lilas, 2019). För att kunna identifiera suicidrisk hos en patient så krävs det en noggrann suicidriskbedömning. Detta innebär att identifiera patientens riskfaktorer men även skyddsfaktorer (Harmer et al. 2022). Folkhälsomyndigheten (2022) har identifierat några skyddsfaktorer för att förhindra suicid. Dessa är att patienten har självinsikt, ett socialt nätverk, känsla av att livet har en mening samt sunda levnadsvanor som till exempel regelbunden sömn och fysisk aktivitet.

2.2.2 Säker vård

En grundläggande kärnkompetens hos sjuksköterskan är att arbeta utefter säker vård. För att kunna arbeta på ett så säkert sätt som möjligt så krävs det att sjuksköterskan besitter kunskap över vilka risker som finns i vården, samt att det finns ett väl fungerande samarbete mellan sjuksköterskor och övriga professioner, patienter samt närstående. Genom att sjuksköterskan besitter rätt kompetens och arbetar utifrån ett evidensbaserat samt etiskt förhållningssätt så kan detta tillsammans med samarbetet bidra till att vårdskador inte uppstår. Exempel på vårdskador kan vara att patientens diagnos har missats eller upptäckts för sent (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta är av stor vikt eftersom att syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka hur sjuksköterskor bör arbeta med suicidprevention för att minska suicidrisk, där suicid är ett potentiellt utfall om suicidrisken inte identifieras i tid.

2.3 Vad är förstämningssyndrom?

Förstämningssyndrom beskrivs som ett samlingsnamn av tillstånden depression och bipolärt syndrom (Skärsäter, 2019).

2.3.1 Depression

Depression är en vanlig psykisk sjukdom. Ungefär var fjärde person i Sverige under 70 drabbas någon gång av en depressiv episod (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2012). Svårighetsgraden kan variera och symtomen kan te sig annorlunda från person till person, men de vanligaste symtomen är nedstämdhet, energilöshet, förlorat intresse för saker som personen tidigare fann viktigt, oförmåga att vara känslomässigt engagerad i vardagen samt kroppsliga besvär såsom huvudvärk, sömnlöshet och magproblem. Beroende på svårighetsgraden är även självmordstankar förekommande. Behandling för depression kan innefatta läkemedelsbehandling, terapi men också hjälp att skapa vanor som förebygger depression. Att äta hälsosam mat, utföra fysisk träning, sköta sömnen korrekt och att lära sig undvika saker som kan förvärra depressionen, exempelvis droger och alkohol. Vid mycket svår depression kan elbehandling hjälpa (1177, 2021).

Skärsäter (2019) beskriver detta som ett medicinskt tillstånd där en persons tankar, känslor, beteende och även den allmänna psykiska hälsan påverkas. Personer som lider av depression kan ha svårt att se det positiva, vilket gör att de ofta upplever känslor som värdelöshet och skuld. Depression kan också uttryckas som en ihållande depression där personen upplever ett sänkt stämningsläge mer än varannan dag under minst två år, där man endast är på bättre humör under kortare tillfällen. Somatiska problem, känslor av ångest samt andra kroppsliga symptom är vanliga, som den drabbade personen ofta söker sig till sin vårdcentral för. Det är också vanligt att en person som lider av depression även har andra psykiska besvär, så kallad psykiatrisk samsjuklighet (Skärsäter, 2019).

2.3.2 Bipolärt syndrom

Bipolär sjukdom är en kronisk diagnos som i genomsnitt sänker livslängden med 10-20 år för den som drabbas. Diagnosen har hög ärftlighet med ca 70% risk för att barnet ska insjukna om en förälder har det. Bipolär sjukdom delas upp i två varianter, typ 1 och typ 2. Bipolär sjukdom typ 1 kännetecknas av maniska perioder och djupa depressioner, medan personer med typ 2 upplever hypomaniska episoder och djupa depressioner (McIntyre et al., 2020).

Att leva med bipolär sjukdom innebär sjukdomsepisoder som pendlar mellan djup depression och känslor av upprymdhet. Exempel på typiska symptom för en person som befinner sig i mani är ökad aktivitetsnivå, ökad självkänsla och att man flyr sina tankar och inte ser eventuella konsekvenser. Befinner sig personen istället i ett depressivt skov så är de typiska

symptomen istället trötthet samt energilöshet. Det finns även en ökad risk för suicid under denna fas. Fysisk eller psykisk stress är vanligt vid sjukdomsdebut, och risken för att hamna i fler episoder ökar för varje nytt skov som sker. Personer med bipolärt syndrom kan få svårigheter med att klara sin vardag, så som arbete och sociala relationer. Suicidrisken är därför relativt hög i denna patientgrupp (Skärsäter, 2019).

2.4 Personcentrerad vård

Benzein et al. (2019) beskriver personcentrerad vård som att se patienten i sitt sammanhang, istället för att fokusera på själva sjukdomen. Även att patienten ska ha möjlighet till att kunna vara med och påverka sin egna vård. För att kunna uppnå personcentrerad vård så krävs det partnerskap mellan vårdare och patient, patientens egna berättelse samt dokumentation av omvårdnaden. Partnerskap innebär att patienten och sjuksköterskan arbetar tillsammans för att uppnå det mål som satts för patienten. Patientens egna berättelse innefattar patientens anamnes och viktiga saker såsom förhoppningar av vård och tidigare erfarenheter av sjukvården. Dokumentationen förtydligar bland annat de mål som patienten och vårdaren satt upp.

2.4.1 Partnerskap

För att ett partnerskap ska fungera bra är det viktigt att patienten och sjuksköterskan gemensamt sätter upp mål, och genom dokumentation säkerställa att dessa blir uppfyllda (Moore et al., 2017). I inledandet av ett partnerskap mellan vårdare och patient så ska patienten själv få möjlighet till att berätta om sin sjukdomsbild och sina egna resurser. Detta för att man som vårdare ska kunna få en bild av hur patienten själv kan vara med och påverka sin egna vård (Öhlén & Friberg, 2019).

2.4.2 Patientens berättelse

Patientens egna berättelse är viktig för att kunna uppnå de gemensamma målen vårdaren och patienten har satt upp. Genom patientens egna erfarenheter av sin hälsa och sjukdom tillsammans med vårdarens kompetens kan partnerskapet stärkas. Tillsammans arbetar patienten och vårdaren fram ett sätt som baserat på patientens behov och resurser och vårdarens kompetens inom hälso och sjukvård, är lämpligt för den specifika patienten

(Öhlén & Friberg, 2019). Utifrån patientens önskemål så kan involvering av patientens familj och närstående även det vara en hörnpelare i personcentrerad vård. I detta fall ska vårdaren ha en dialog med familjemedlemmarna under vårdandet av patienten, där de informeras om den aktuella statusen och behandlingen (Benzein et al. 2019).

2.4.3 Dokumentation

Genom dokumentation förtydligas partnerskapet mellan vårdare och patient, där patientens mål och önskan om hur vården ska gå till samt vilken behandling och vård patienten ska få framkommer. Dokumentationen ska utgå ifrån det vårdaren och patienten gemensamt kommit överens om och vara uttryckt på ett sätt så båda parterna förstår (Öhlén & Friberg, 2019).

3. Problemformulering

Förstämningssyndrom är vanligt förekommande bland patienter, och är en stor riskfaktor till suicid. Detta innebär att många människor dör för att rätt åtgärder inte har satts in i tid. Sjuksköterskan stöter ofta på patienter med förstämningssyndrom som har tankar på att avsluta sina liv. Därför är det som sjuksköterska mycket nödvändigt att förstå vilka åtgärder som är mest effektiva för att förhindra att suicidförsök uppstår.

4. Syfte

Att undersöka hur sjuksköterskor bör arbeta med suicidprevention för att på ett så effektivt sätt som möjligt sänka suicidrisken hos patienter med förstämningssyndrom.

5. Metod

5.1 Studiedesign

Studiedesignen som har använts för detta arbete är en litteraturoversikt. Friberg (2017) beskriver en litteraturoversikt som att man skapar en bild av hur forskningen ser ut inom ett specifikt område inom en bestämd tidsram. Anledningen till att detta arbete är just en litteraturoversikt är att målet var att undersöka vilka åtgärder som fungerat eller inte fungerat i ett suicidpreventionssammanhang enligt tidigare forskning. PIO-modellen användes för att

utforma en frågeställning. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes då båda kunde svara på syftet. De kvalitativa artiklarna gav mer förståelse för patienternas upplevelser av sjuksköterskans arbete med suicidprevention, medan de kvantitativa artiklarna gav en bredare bild av vilka handlingar som gav resultat och inte.

5.2 Datainsamling

PIO-modellen används för att ge en tydlig struktur på frågor som ska svara på effekter av behandlingar eller interventioner. Utifrån denna modell ska tre delar i forskningsfrågan kunna besvaras: *Populationen (P)* Vilken patientgrupp är undersökningen av interventionen gjord på? *Interventionen (I)* Vad är interventionen? *Utfallet (O)* Vilket utfall är av intresse och hur är det mätbart? Utifrån PIO-modellen formulerades forskningsfrågan, populationen (P): patienter med förstämningssyndrom, interventionen (I): suicidprevention och utfallet (O): hur man som sjuksköterska *arbetar* med suicidprevention (SBU:s handbok, 2020).

Sökprocessen påbörjades på svensk MeSH för att hitta relevanta sökord till ämnet. Ordet "förstämningssyndrom" skrevs in och förslag som "mood disorder", "depression" och "bipolar disorder" ansågs relevanta. Därefter söktes artiklar i databaserna Cinahl och Pubmed. Cinahl är en databas med omvårdnad i fokus, medan Pubmed är en medicinskt databas som också innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Östlundh, 2017). Till en början användes sökningar såsom "mood disorder AND suicide prevention AND nurse" för att senare byta ut framförallt "mood disorder" mot de andra förslagen som framkommit via svensk MeSH (Karolinska Institutet, 2022). Booleska operatörer "AND" och "OR" användes för att koppla samman sökorden, samt för att göra sökningen smalare (Östlundh, 2017). För att få fram ytterligare sökord användes Google Scholar. Artiklar funna på Pubmed och Cinahl som ansågs användbara för denna litteraturöversikt söktes upp på Google Scholar för att sedan se vilka andra artiklar som citerat till den artikeln. På så vis dök nya artiklar relaterade till ämnet upp, och genom att kolla på dessa artiklars sökord kunde nya sökord finnas. Därefter användes sökorden i Pubmed och Cinahl. De flesta artiklarna hittades via Pubmed, då Cinahl hade ett mer begränsat antal artiklar relevanta för ämnet (se Bilaga 4 & 5).

5.3 Inklusions och exklusionskriterier

Både inklusions och exklusionskriterier användes för att enklare kunna välja ut artiklar som svarade på studiens syfte. Billhult (2017) beskriver att exempel på inklusionskriterier kan vara att deltagarna ska vara i en viss ålder, av ett visst kön eller att de ska vara svensktalande. Inklusionskriterierna som ställdes vid artikelsökningen var att patientgruppen skulle ha förstämningssyndrom samt att interventionerna som gjordes för att förebygga suicid skulle utföras av sjuksköterskor. Ingen särskild ålder på patienterna exkluderades. Endast vetenskapliga artiklar som var peer reviewed användes och tidsbegränsningen på dessa fick max vara 18 år. Att artikeln är peer reviewed ökar källans trovärdighet då det innebär att artikeln blivit publicerat i en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2017) samt att den blivit granskad av andra forskare innan den publicerats (Karlsson, 2017). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades, då båda metoderna ansågs användbara för att besvara syftet. Ett krav på artiklarna i denna litteraturöversikt var att de nämnde deras etiska tillvägagångssätt i studien, samt att deltagarna deltagit frivilligt.

Ett exklusionskriterie i artikelsökningen var att patienterna utöver förstämningssyndrom även led av andra sjukdomar som kunde misstänkas höja suicidrisken, exempelvis obotlig cancer eller demens. Även artiklar äldre än 18 år exkluderades då syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka någorlunda ny forskning.

5.4 Kvalitetsgranskning

Först lästes artiklarna igenom för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter granskades artikeln noggrannare med hjälp av SBU:s granskningsmallar, vilket är verktyg för att bedöma artikelns trovärdighet. Granskningsmallarna kan användas som stöd för att avgöra om det förekommer risk för bias i artiklarna, det vill säga om det har förekommit brister under studiens gång som har under- eller överskattat studiens utfall (SBU, 2020). Artiklar med kvalitativ ansats granskades med hjälp av SBU (2020) granskningsmall för kvalitativa artiklar (se Bilaga 1). Granskningsmallen innefattar fem bedömningskriterier som tydliggjorde artiklarnas kvalitet. Dessa kriterier undersöker 1. Ifall studiens filosofiska hållning, urval och metod överensstämmer. 2. Hur deltagarna till studien valdes ut och ifall de anses lämpliga till att delta. 3. Hur datainsamlingen utfördes och om det fanns några allvarliga brister som skulle

kunna påverka utfallet. 4. Vilka metoder som användes vid analys av data. 5. Vad forskarna hade för bakgrund samt kompetens för att kunna bedöma studiens tillförlitlighet.

Artiklar med kvantitativ ansats granskades med hjälp av SBU (2020) bedömning av randomiserade studier respektive bedömning av icke-randomiserade studier av interventioner. Granskningsmall för bedömning av randomiserade studier (se Bilaga 2) bedömer om det finns risk för bias som medför att resultatet inte blir trovärdigt. Risk för bias bedöms utifrån fem punkter som innefattar 1. Vid randomisering av urvalet. 2. Vid olikheter från planlagda interventioner. 3. Vid bortfall, alltså om alla deltagares resultat har redovisats. 4. Vid mätandet av utfallet. 5. Vid rapportering av resultatet. Granskningsmall för bedömning av icke-randomiserade studier (se Bilaga 3) bedömer även den om det finns risk för bias och innefattar samma punkter med undantag av den första punkten där istället identifiering av confounders, indelning av grupper och begränsning av interventionsgrupperna bedöms. Detta eftersom icke-randomiserade studier inte slumpmässigt valt den grupp där interventionerna utförs.

Utifrån dessa granskningsmallar granskades alla artiklar i denna litteraturstudie separat av båda författarna för att sedan diskutera artiklarnas kvalitet och eventuell bias tillsammans. Efter att ha besvarat frågorna i mallen gjordes en totalbedömning av artiklarnas kvalitet. Alla artiklar som användes ansågs svara på sina frågeställningar med en metod som var rimlig för frågeställningen (se Bilaga 6). Enligt Segesten (2017) ska artikelförfattarna vara objektiva i sitt resultat men i sin diskussion få utrymme att dra egna slutsatser av resultatet. Genom att båda författarna granskat artiklarna på egen hand för att sedan skapa en totalbedömning av artiklarnas kvalitet tillsammans genom SBU:s granskningsmallar så förhöll sig författarna objektiva till artiklarnas innehåll. Ansågs artiklarna svara tillfredsställande på frågorna i lämplig granskningsmall så bedömdes kvaliteten vara hög. Var det flera punkter i granskningsmallen som en artikel inte uppfyllde så blev kvaliteten medel eller låg beroende på antal frågor som inte blivit besvarat på tillfredsställande vis. I den här översiktsartikeln bedömdes alla artiklar vara av hög kvalitet förutom en som ansågs vara av medel kvalitet (se Bilaga 6).

5.5 Etiska överväganden

Forskningsetiska aspekter ska beaktas enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (EPN, 2003) som finns för att skydda de personer som ingår i en studie och bevara deras integritet och värdighet. Oavsett om personerna deltar eller inte i en studie så är det fundamentalt inom forskningsetik att bemöta varje person med respekt samt att värna om deras rättigheter (Kjellström, 2017). I denna studie presenterades det etiska ställningstagandet i alla artiklar med undantag av Wolf et al. (2018), (se Bilaga 6).

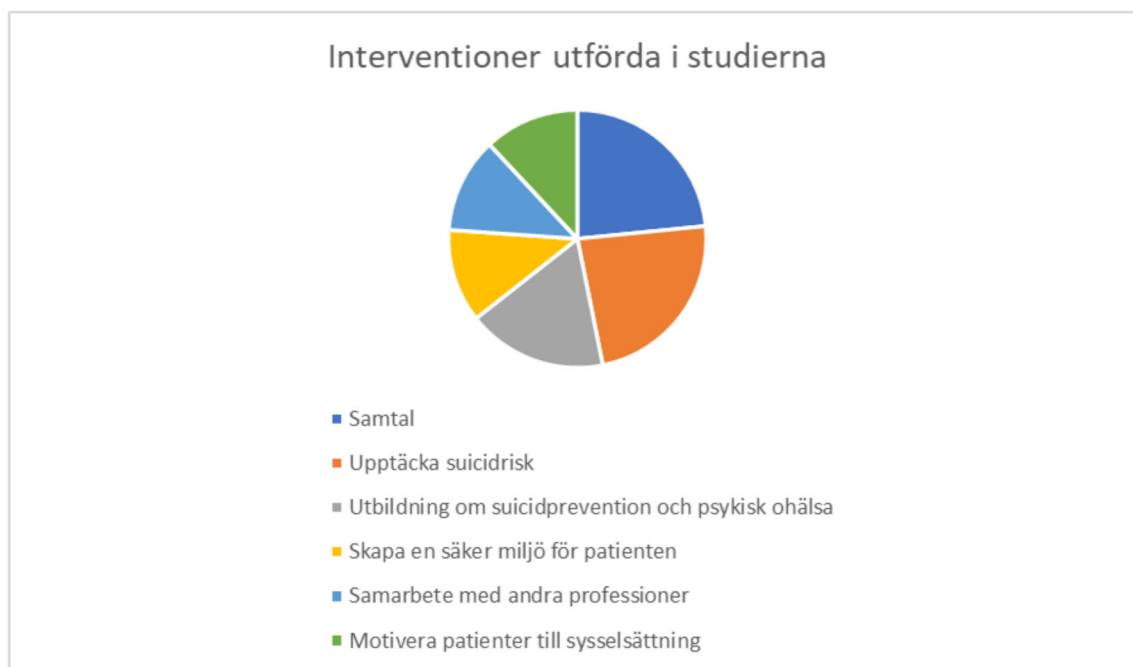
Enligt den svenska lagstiftningen så ska ett etiskt övervägande göras vid genomförande av vetenskapliga studier. Innehåller forskningen personuppgifter som är av känslig karaktär där uppgifter kan kopplas till en specifik individ så ska enligt personuppgiftslagen (1998:204) en etikprövning göras. Syftet med detta är att den deltagande individen ska skyddas samt respekteras (Kjellström, 2017). I denna litteraturoversikt har ingen etisk granskning genomförts utöver att artiklarna själva nämnt sitt etiska förhållningssätt till studien. Detta är en kandidatuppsats på grundnivå, och det är därför inte nödvändigt att genomgå en etisk prövning (Göteborgs universitet, 2022).

5.6 Analys

I denna litteraturoversikt valdes fyra kvalitativa samt fem kvantitativa artiklar ut. Fem av artiklarna kom från USA, en från Turkiet, en från Japan, en från Grekland samt en som var från både USA och Kanada. Det genomgående syftet för alla artiklarna var att undersöka interventioner och åtgärder som sänkte suicidrisk. När artiklarna valts ut så sammanställdes deras resultat i ett separat dokument. Efter att alla artiklar sammanstälts så plockades det viktigaste ut, det vill säga vilka åtgärder och tillvägagångssätt som sjuksköterskan gjorde som visade sig vara effektivt för suicidprevention hos den valda patientgruppen. Likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat identifierades och delades upp i teman som ansågs relevanta utifrån denna litteraturoversiktens syfte, exempelvis “upptäcka suicidrisk” och “sjuksköterskans roll”. Därefter konstruerades rubriker baserat på de funna teman och resultaten från de olika artiklarna vävdes samman. Friberg (2017) beskriver processen att få fram ett nytt resultat som “en rörelse från helheten till delarna, och därifrån till en ny helhet”, vilket förklarar den här litteraturoversiktens tillvägagångssätt.

6. Resultat

Sjuksköterskan är den som många gånger har störst möjlighet att tidigt identifiera suicidrisken hos patienter på grund av att sjuksköterskan ofta arbetar nära patienten samt träffar patienten först. Samarbeten med andra professioner som exempelvis psykologer kan underlätta förebyggandet av suicidrisk och bör präglas av god kommunikation och förtroende för varandras kompetens. Upptäckten av suicidrisk är essentiellt i suicidpreventionen då det ger möjligheten att sätta in rätt åtgärder i rätt tid. Vid suicidriskbedömning behöver sjuksköterskan se till fler aspekter än endast vad patienten verbalt uttrycker, exempelvis bör bristande ögonkontakt samt patientens reaktion på frågor om suicidala tendenser tas i beaktning. Vid upptäckt av suicidrisk är den mest akuta åtgärder att säkerställa att patienten inte har tillgång till föremål som den kan skada sig med, exempelvis personliga föremål som bälten och glasögon. Att utbilda patienter om suicidrisk och förstämningssyndrom sänker suicidstatistiken hos framför allt kvinnor. Även sjuksköterskor bör utbildas i suicidprevention och få möjlighet att diskutera fall där patienter dött av suicid. Samtal med suicidbenägna patienter kan sänka känslor av ensamhet och vikten ligger vid att sjuksköterskan vågar föra en öppen dialog om suicid. Motivera patienten att aktivera sig och vara sysselsatt samt vid samtycke involvera patientens närstående vilket kan både sänka suicidrisken men också minimera stigmatiseringen kring suicidtankar. Figuren nedan visar fördelning av interventioner utförda i resultatets artiklar.



Figur 1. Fördelning av interventioner utförda i resultat

6.1 Sjuksköterskan i frontlinjen

En kvalitativ studie av Wittink et al. (2018) visar på att sjuksköterskor har bäst möjlighet att i ett tidigt skede identifiera om en patient har tankar på att begå suicid. Det beror på att det oftast är just sjuksköterskor som träffar patienten först, samt även arbetar närmast patienten. I många lägen har sjuksköterskan hunnit bygga en relation med patienten, innan exempelvis psykolog har blivit inblandad. Enligt psykologer men även andra professioner så är det sjuksköterskor som befinner sig i frontlinjen, och är därmed väldigt kunniga när det kommer till att identifiera suicidala tendenser. Om en sjuksköterska är orolig över sin patient så är det av stor vikt att detta lyfts direkt med övriga professioner, vilket visar på att samarbetet är viktigt i arbetet med suicidprevention. Utifrån sina roller så ger sjuksköterskor ett viktigt perspektiv på suicidprevention, eftersom fokuset oftast läggs på patientens livsförhållanden istället för det rent medicinska (Wittink et al., 2018).

6.2 Upptäcka suicidrisk

Som sjuksköterska är det viktigt att uppmärksamma suicidtankar vid bedömning av suicidrisk, då detta är ett varningstecken inför ett eventuellt suicidförsök. Genom att uppmärksamma suicidala tendenser och symptom, samt tecken på depression kan risken för att patienten försöker begå suicid minimeras vilket redovisas i en kvantitativ studie av Lohman et al. (2015). Enligt en kvalitativ studie av Wolf et al. (2018) så är samarbete sjuksköterskor emellan en viktig åtgärd om det finns misstanke om suicidrisk hos en patient, när patienten själv nekar till suicidala tankar. En annan sjuksköterska kan då ta över och samtala med patienten igen, för att fortsätta undersöka potentiell suicidrisk och på så vis få en till sjuksköterskas perspektiv och åsikt (Wolf et al., 2018). Primärvården är viktig för att tidigt kunna förebygga suicid. Det beror på att det oftast är primärvården som först möter suicidala patienter. Som sjuksköterska där är det viktigt att man både är medveten men även bekväm med att arbeta kring identifiering av suicidrisk (Wittink et al., 2018). När suicidriskbedömning genomförs vid den första kontakten mellan patient och sjuksköterska på akutmottagning är det viktigt för sjuksköterskor att fokusera mer på hur patienten reagerar vid frågan om den har tankar på att avsluta sitt liv, än det verbala svaret patienten ger, för att avgöra suicidrisken. Om patienten tvekar på svaret till frågan eller om den exempelvis har bristande ögonkontakt, så kan det potentiellt innebära att patienten har suicidala tankar som den inte berättar om, vilket är viktiga fynd i suicidriskbedömning. Observation av hur

patienten reagerar på frågor kring suicidtankar, patientens beteende och emotionella framträdande samt patientens fysiska framträdande som exempelvis hygien, är viktiga komponenter att ta hänsyn till för att bedöma suicidrisken. Patienter med suicidtankar besöker akutmottagningen ofta, ibland varje vecka för olika vaga åkommor. Detta bör uppmärksammas av sjuksköterskor då det kan vara en indikation på att patienten egentligen är där för sina suicidtankar, men inte ännu samlat mod att söka hjälp för det (Wolf et al., 2018).

6.2.1 Akuta åtgärder vid upptäckt av suicidrisk

Prokofieva et al. (2016) kvalitativa studie belyser att vid upptäckt av suicidbenägenhet hos en patient inom slutenvården, är den mest brådskande åtgärden som sjuksköterskan gör att säkerställa att miljön patienten befinner sig i är säker. Det vill säga att man avlägsnar saker som patienten kan använda för att skada sig själv med. Bälten, glasögon och andra personliga ägodelar som patienten bär kan vara relevanta objekt att ta undan för att skydda patienten. När området är säkrat från potentiellt farliga föremål är tillsyn av patienten viktigt (Prokofieva et al., 2016). Att skapa en miljö där den suicidala patienten inte kan skada sig och säkerställer att patienten är trygg för stunden (Wolf et al., 2018).

6.3 Utbildning om suicidprevention

Oyama et al. (2006) genomförde en kvantitativ studie där effektiviteten av ett suicidförebyggande program utvärderades genom att jämföra en interventionsregion och två kontrollregioner. Att utbilda patienter om suicidrisk och om depression i kombination av en grundlig undersökning av patientens mentala status av sjuksköterskan minskar suicidrisken med 74% hos kvinnor. Hos manliga patienter med depression har dessa åtgärder inte någon signifikant sänkande effekt på suicidrisk. Detta tros bero på att suicidimpulsen hos manliga patienter är starkare än hos kvinnor. I artikeln av Szanto et al. (2017) genomfördes en kvantitativ studie som visade att om sjuksköterskor har tillgång till depressionshanteringsprogram så kan suicidstatistiken minska hos suicidala patienter. Även att sjuksköterskor har möjlighet att delta på regelbundna föreläsningar om depression tre gånger per år, samt att i samband med dessa ha diskussioner med frågor och svar tillsammans med läkare kring tidigare patienter som tidigare dött genom suicid kan sänka suicidstatistiken hos kvinnor med 34%.

6.4 Samtal

En kvalitativ studie av Vannoy et al. (2018) visar att hos män med depression är meningsfulla samtal med sjuksköterskor av stor vikt i förebyggandet av suicid. Samtal kan bidra till minskad känsla av ensamhet, men även en ökad självkänsla hos patienten. För att samtalen ska upplevas så givande som möjligt så bör sjuksköterskan även kunna komma med råd, samt utbilda patienten relaterat till dennes aktuella status (Vannoy et al., 2018). Ayar et al. (2020) genomförde en kvantitativ studie med en för och eftertest kontrollgrupp för att utvärdera effektiviteten av samtal med patienten. För patienter med suicidala tendenser är det viktigt att sjuksköterskan vågar samtala om suicidtankar, för att ha möjlighet att kunna förändra patientens syn på livet. Lohman et al. (2015) understryker detta genom att påvisa att om sjuksköterskan ger patienter med suicidtankar en kontinuerlig vård där socialt stöd samt utbildning om hur depressiva symptom kan hanteras så kan patientens vilja att avsluta sitt liv minska.

6.4.1 Att motivera patienten

Att motivera män med depression till att delta i olika typer av aktiviteter är en viktig faktor i arbetet med suicidprevention. Detta kan bidra till ett ökat intresse till livet, men även ett socialt ökat engagemang. Att ha något att sysselsätta sig med, vare sig det är ett arbete eller ett fritidsintresse, hjälper männen att distrahera sig från sina depressiva tankar. Fördelaktigt är om aktiviteterna kan göras tillsammans med andra, och inte ensam. En utmaning bland många män är att gå i pension, eftersom att det därmed upplevs att man slutar bidra till samhället. Som sjuksköterska är det därför viktigt att uppmuntra dessa patienter till aktiviteter där känslor av bidrag kan uppfyllas, för att minska känslor av värdelöshet (Vannoy et al. 2018).

6.4.2 Involvera patientens familj

Känslan av att vara en börda för sin familj och omgivning är vanligt bland patienter med suicidtankar. Dessa kan dock minska om sjuksköterskan undervisar anhöriga om depression och på så vis lösa upp missuppfattningar och stigma kring sjukdomen. Att stötta patienterna i att öka sociala interaktioner med sin omgivning kan bidra till en minskad känsla av nedstämdhet, men även minskade suicidtankar (Lohman et al. 2015).

6.5 Samarbete med andra professioner

I arbetet med suicidprevention är det viktigt att sjuksköterskor samarbetar med andra professioner som psykologer, där ansvaret över patienten delas upp. Det innebär att arbetet delas upp utifrån patientens aktuella behov, samt att utrymme för frågor och diskussion finns mellan de olika professionerna. Samarbetet består av olika teman. Dessa är koordination, tydlig kommunikation men även ett förtroende för andra professioner. Detta är fördelaktigt för patienten, eftersom att det blir lättare att bygga en förtroendefull relation med patienten om teamarbetet fungerar väl (Wittink et al., 2018). En kvantitativ studie av Bruce et al. (2004) visar på att ett effektivt sätt att förebygga suicidrisk är "Care management", som står för ett team av sjuksköterskor, socialarbetare och psykologer där man tillsammans arbetar med olika behov den deprimerade patienten kan ha. Studiens resultat visar att suicidtankarna minskade snabbare hos interventionspatienterna.

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

I ett tidigt skede ansågs PIO-modellen bäst lämpad för denna litteraturöversikt, eftersom att modellen bidrog till ett begränsat problemområde vilket får ses som en styrka då det underlättade både sökandet av artiklar samt urvalet. I och med att PIO-modellen gav en tydlig frågeställning så blev även den röda tråden genom arbetet tydligare (SBU, 2020). Det visade sig vara en utmaning att hitta en större mängd artiklar som svarade på frågeställningen. Under artikelsökandet hittades flera artiklar som handlade om sjuksköterskans roll i suicidprevention men där patientgruppen led av andra åkommor så som obotlig cancer eller demens. Dessa exkluderades eftersom patientgruppen inte led av förstämningssyndrom, trots att patienterna var suicidbenägna och interventioner för att förebygga suicid diskuterades i artiklarna.

Till en början var ett inklusionskriterium att artiklarna inte fick vara äldre än 14 år då endast såpass modern forskning ville studeras. Denna tidsbegränsningen fick dock utökas till 18 år, då det visade sig inte ge det önskade antalet artiklar med endast 14 år. Utökningen resulterade i att fler användbara artiklar hittades. Hade den här litteraturöversikten gjorts om hade därför 18 års tidsbegränsning valts från början, då det hade sparat mycket tid i artikelsökandet.

Att enbart använda Cinahl och Pubmed som databaser skulle kunna anses som en svaghet i sökprocessen. Östlundh (2017) ger förslag på fler databaser, som till exempel Scopus och ScienceDirect. Författarna hade inte kännedom om Scopus under artikelsökandet, utan upptäcktes då sökprocessen redan var färdig och resultatet var sammanställt. Hade fler databaser använts hade eventuellt fler artiklar funnits och ytterligare åtgärder hur man förebygger suicid framkommit, vilket hade ökat uppsatsens trovärdighet. Databasen PsycINFO användes också i artikelsökningen, men artiklarna som hittades saknade omvårdnadsperspektivet, då sjuksköterskans roll i suicidprevention inte framkom i dessa.

Både kvantitativa och kvalitativa studier användes i arbetet. De kvantitativa gav en tydlig bild av vilka interventioner som fungerade på suicidprevention, medan de kvalitativa artiklarna gav en bild av hur sjuksköterskan själv bedömde och prioriterade de viktigaste åtgärderna för att minska suicidrisken hos patienter med förstämningssyndrom. Det här kan ses som en styrka i arbetet, då det erbjöd både ett statistiskt och praktiskt perspektiv på de interventioner utförda av sjuksköterskor som var mest effektiva i suicidprevention.

En nackdel med att göra en litteraturstudie kan vara att artiklarna som studerats kan missförstås om de som läser inte behärskar språket artikeln är skriven på fullt ut (Kjellström, 2017). Därför var vissa av artiklarna viktiga att läsa extra många gånger för att säkerställa att innehållet hade förståtts korrekt, vilket genomfördes av båda författarna. Artiklarnas kvalitet granskades först separat av författarna. Detta för att båda skulle få möjlighet att skapa sin egen bild av innehållet, för att sedan utvärdera och diskutera kvaliteten av artiklarna tillsammans. På så vis granskades artiklarna två gånger för att säkerställa kvaliteten.

Av de artiklar som används i den här litteraturöversikten nämner alla förutom en de etiska val de gjort inför sin studie. I artikeln av Wolf et al. (2018) nämns ingenting om etik, men då studien utförts på det vis att sjuksköterskor fick svara på frågor angående hur de bedömde suicidrisken hos patienter, så ansågs inte studien beröra sjuksköterskorna personligen. Därför gjordes valet att behålla studien i den här litteraturöversikten, Detta kan sänka uppsatsens trovärdighet då artikeln har en metodologisk brist då det saknas etiskt resonemang.

7.2 Resultatdiskussion

Den här litteraturöversikten bidrar till omvårdnaden genom att presentera flera olika typer av interventioner som sänker suicidrisken utförda av sjuksköterskor. Ett av huvudfynden i resultatet var att sjuksköterskan ofta är den som träffar patienten först och därför också är den som gör den första bedömningen. Att tidigt upptäcka suicidrisken hos patienterna var en av de viktigaste åtgärderna, då det gav patienten en chans att få den vård den behövde. Det tyder på att sjuksköterskan har ett stort ansvar i att se patientens sårbarhet och behov för att kunna hjälpa patienten. Detta visar på vikten av att sjuksköterskan besitter en viss kompetens samt erfarenhet för att kunna upptäcka och bedöma när en patient är suicidbenägen. I en översiktsartikel om suicidprevention skriven av Mann et al. (2005) tas det upp att 83% av de som begår suicid hade haft kontakt med primärvården året innan, vilket enligt artikeln betyder att sjuksköterskan har möjligheten att fånga upp dessa patienter innan suicidförsöket sker, om en grundlig suicidriskbedömning utförs. Artikeln nämner också betydelsen av att minska stigmatiseringen av hjälpsökande, så att fler personer vågar söka hjälp för sina suicidtankar. Utbildning av vårdpersonal om suicidprevention och de riskfaktorer som bidrar till suicidrisk visade sig vara ett effektivt sätt att sänka suicidstatistiken enligt Mann et al. (2005), vilket överensstämmer med den här litteraturöversiktens resultat.

Sjuksköterskor bör arbeta personcentrerat kring patienten, där patientens egna behov och tankar bör vara i huvudfokus. Exempel på omvårdnadsåtgärder hos en person med depression är samtal. Dessa ska vara personcentrerade och syfta till att stödja patienten utifrån dennes specifika tillstånd. Det är viktigt att sjuksköterskan visar tillgänglighet samt omtanke för patienten. Detta genom att bemöta patienten på ett respektfullt sätt, aktivt lyssna samt att visa uppmuntran (Skärsäter, 2019). Ett annat huvudfynd i resultatet var just att patienterna värdesätter förtroendefulla samtal med sjuksköterskan högt. Detta gick ut på att samtalen skulle vara personcentrerade och att patienten själv fick prata öppet om sina tankar och känslor, samt att sjuksköterskan inte skulle vara rädd att prata om suicid.

Resultatet i det här arbetet visar att "care management" kan vara ett effektivt sätt att sänka suicidrisken hos patienter med förstämningssyndrom, vilket överensstämmer med Mann et al. (2005) som skriver att vårdsamordning hos patienter som begått suicidförsök kan förhindra ytterligare försök, samt att det kan underlätta behandling av förstämningssyndrom.

I det akuta skedet när en patient är suicidbenägen visade det här arbetets resultat att avlägsnning av föremål som patienten kan skada sig på är en viktig åtgärd. Samma fynd har

Mann et al. (2005) gjort, där de fann att suicidrisken sjönk om patienterna inte hade tillgång till potentiellt farliga föremål.

I resultatet framkom det att det fanns vissa skillnader mellan män och kvinnor relaterat till suicidrisk. Två av artiklarna visade på att kvinnorna hade en sänkt suicidrisk efter interventionen, medan ingen signifikant skillnad kunde hittas bland männen. Därför kan det vara viktigt att medvetandegöra att det finns potentiella skillnader mellan könen att förhålla sig till i arbetet med suicidprevention. Det var även tydligt att det ofta handlade om suicidförebyggande åtgärder hos just män i resultatet vilket kan bero på att artiklarna som användes råkade ha den inriktningen, men det kan även bero på att män är överrepresenterade i suicidstatistiken vilket isåfall också är aktuellt att ta reda på i vidare forskning.

Artiklarna var baserat på studier gjorda från olika platser i världen. Människans syn på suicid kan tänkas variera mellan dessa platser, vilket kan betyda att åtgärder som fungerat inom vissa regioner kanske inte hade varit lika effektiva på andra platser i världen. Det kan vara viktigt att ha med sig. Samtidigt ger detta en bredare bild av vilka åtgärder som utförs runt om i världen för att sänka suicidrisken. Artiklarna i litteraturöversikten berörde varierande åldrar bland patienterna med förstämningssyndrom. Även här kan åtgärdernas effektivitet skilja sig beroende på patientens ålder. Exempelvis är ett genomgående tema i samhället att äldre personer ofta upplever ensamhet i större grad än yngre, och därför kan åtgärder som minskar exempelvis ensamhet eventuellt vara mer effektivt för att minska suicidrisken hos äldre patienter än hos yngre.

I den kvalitativa studien av Wolf et al. (2018) blir sjuksköterskor intervjuade om vilka åtgärder de anser är mest brådskande och effektiva för att sänka suicidrisken på akutmottagning. Det beskriver deras erfarenheter och vilka prioriteringar de gör i det akuta skeendet. Den kvantitativa studien av Oyama et al. (2016) utvärderar effektiviteten av ett program som var utformat för att förebygga suicid bland äldre patienter, genom att jämföra en interventionsregion med två kontrollregioner. Användning av både kvalitativa och kvantitativa studier på det här sättet ger därmed både en bild av hur sjuksköterskor resonerar och agerar för att minska suicidrisken, men också effektiviteten av interventioner på en bredare skala där olika regioner jämförs. Resultatet i den här översiktsartikeln ger därför ett perspektiv som täcker både åtgärderna som utförs i praktiken med den enskilda patienten men

också vilka åtgärder som verkar fungera på ett samhällsperspektiv, exempelvis att utbilda människor om psykisk ohälsa och suicidprevention.

7.3 Kliniska implikationer

Ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienten lyfts fram som en hörnpelare i arbetet med suicidprevention, där patientens möjlighet till samtal är av stor vikt. I en framtida sjuksköterskeprofession är det viktigt att ta med sig att suicidala patienter kan förekomma oavsett vårdinrättning. Patienter söker inte alltid hjälp för sina suicidala tankar direkt, utan söker ofta vård för andra diffusa somatiska problem istället, vilket sjuksköterskor bör vara uppmärksamma på då det kan vara tecken på psykisk ohälsa och suicidtankar. Att inte ta för givet att patienten ska tala om att den är suicidbenägen är viktigt, då stigmatiseringen kring suicidala tankar är stor i samhället och rädslan för att söka hjälp kan anses svårt. Därför behöver sjuksköterskan vara vaksam på mer än endast det verbala svaret patienten ger vid samtal om suicidrisk och se patienten ur ett holistiskt synsätt där fler saker tas i beaktning. Kroppsliga signaler och personlig presentation är viktiga aspekter att lägga märke till hos patienter för att på ett mer grundligt sätt kunna bedöma suicidrisken.

7.4 Vidare forskning

Litteraturöversikten visar att effektiviteten av interventionerna kan skilja sig mellan könen, vilket är ett fynd som är viktigt att ha med sig. Vidare forskning inom hur män och kvinnor skiljer sig åt när det kommer till suicidrisk samt vilka förhållningssätt som fungerar för båda könen kan därför vara nödvändigt. Litteraturöversikten använde sig av studier från olika delar av världen där synen på suicid kan tänkas variera beroende på kulturer, religioner och ekonomiska förhållanden. Det kan leda till att åtgärders effektivitet kan skilja sig mellan olika länder. För att hitta tillvägagångssätt inom suicidprevention som fungerar för så många människor som möjligt kan det därför vara nödvändigt att forska mer i vilka skillnader och likheter olika delar av världen har på suicid.

7.5 Slutsats

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor bör arbeta med suicidprevention hos patienter med förstämningssyndrom. Sammanhanget suicidpreventionen genomfördes i

skilde sig något mellan de olika artiklarna, då vissa var i primärvården och andra i akutmottagnings-sammanhang. Det kan ge den här studien en mer mångfacetterad bild av hur sjuksköterskan möter folk i olika kontexter och hur interventionerna skilde sig åt. Resultatet visar på ett flertal olika suicidförebyggande åtgärder som sjuksköterskor kan använda sig utav. En utav de viktigaste åtgärderna är att tidigt identifiera suicidrisk hos patienten och att sjuksköterskan har tillräckligt med kompetens för detta genom utbildning om suicidprevention. En annan viktig åtgärd är att patienten har möjlighet till meningsfulla samtal med sjuksköterskan, för att minska känslor som ensamhet och hopplöshet. Ett personcentrerat arbetssätt är bäst lämpat för att möjliggöra en god kontakt med patienterna och förhoppningsvis få dem att öppna upp sig om sina psykiska besvär.

Referenslista

1177. (8 december 2021). *Depression*. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/depression/depression>

Ayar, D., & Sabanciogullari, S. (2020). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 235-245. 10.1111/ppc.12554

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2019). Familj och sociala relationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. (3e uppl., s. 97-114). Studentlitteratur AB, Lund.

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2a uppl., s. 265-273). Studentlitteratur AB, Lund.

Bruce, M., Ten Have, T., Reynolds, C., Katz, I., Schulberg, H., Mulsant, B., Brown, G., McAvay, G., Pearson, J., & Alexopoulos, G. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081-1091. 10.1001/jama.291.9.1081

Folkhälsomyndigheten (2022). *Statistik om suicid*. (Hämtad 20-10-2022). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>

Folkhälsomyndigheten (2022). Suicidförebyggande insatser. *Skyddsfaktorer för suicid*.

(Hämtad 06-11-2022)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/suicidforebyggande-insatser/>

Forsberg, A. (2019). Standardiserade vårdplaner. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling*. (3e upplagan., s 305-324). Studentlitteratur AB, Lund

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3e uppl., s 141-152). Studentlitteratur AB, Lund

Göteborgs universitet. (2022). <https://www.gu.se/>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022). *Suicidal Ideation*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2a uppl., s 81-97). Studentlitteratur AB, Lund.

Karolinska Institutet. (u.å). *Svensk MeSH*. <https://mesh.kib.ki.se/>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2a uppl., s 57-80). Studentlitteratur AB, Lund.

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Lohman, M., Raue, P., Greenberg, R., & Bruce, M. (2015). Reducing suicidal ideation in home health care: results from the CAREPATH depression care management trial.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 31(7), 708-715. 10.1002/gps.438

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Philips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic overview. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064

McIntyre, S. R., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, I. B., López-Jaramillo, C., Vedel Kessing, L., Malhi, S. G., Nierenberg, A. A., Rosenblatt, D. J., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, H. A., & Mansur, B. R. (2020). Bipolar Disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841-1856. 10.1016/S0140-6736(20)31544-0

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31(4), 662-673. 10.1111/scs.12376

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Justitiedepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Oyama, H., Ono, Y., Watanabe, N., Tanaka, E., Kudoh, S., Sakashita, T., Sakamoto, S., Neichi, K., Satoh, K., Nakamura, K., & Yoshimura, K. (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114. 10.1111/j.1440-1819.2006.01468.x

Patientsäkerhetslagen (2010:659). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Patientlagen (2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Prokofieva, M., Koukia, E., & Dikeos, D. (2016). Mental Health Nursing in Greece: Nursing Diagnoses and Interventions in Major Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(8), 556-562. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1169466>

Sandman, L. (2019). Etik. F. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. (3e uppl., s. 261-278). Studentlitteratur AB, Lund.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (15 oktober 2020). *SBU:s metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl. s 49-58). Studentlitteratur AB, Lund

Sjöström, N. (2019). Suicid. I. Skärsäter & L. Wiklund-Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå*. (3e uppl., s. 363-385). Studentlitteratur AB, Lund

Skärsäter, I. (2019). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter & L. Wiklund-Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå*. (3e uppl., s. 110-134). Studentlitteratur AB, Lund

Skärsäter, I., & Lilas, A. (2019). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa*. (3e uppl., s. 639-670). Studentlitteratur AB, Lund.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom - En systematisk litteraturöversikt* (nr 212). https://www.sbu.se/contentassets/56adfbafa780477b9bc44d1abcdbb65e/Forstamningssyndrom_2012.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (15 oktober 2022). *SBU:s metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>

Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 64(8), 914-920. 10.1001/archpsyc.64.8.914

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuks%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *SÄKER VÅRD - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf>

Transportstyrelsen. (15 november 2022). *Statistik över vägtrafikolyckor*. <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/olycksstatistik/statistik-over-vagtrafikolyckor/>

Vannoy, S., Park, M., Maroney, M., J, Unützer., Apesoa-Varano, E., & Hinton, L. (2018). The Perspective of Older Men With Depression on Suicide and Its Prevention in Primary Care. *Crisis*, 39(5), 397-405. 10.1027/0227-5910/a000511

Wittink, M., Levandowski, B., Funderburk, J., Chelenza, M., Wood, J., & Pigeon, W. (2018). Team-based suicide prevention: lessons learned from early adopters of collaborative care. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 400-406. 10.1080/13561820.2019.1697213

Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Clark, P., Moon, M., & Zavotsky, K. (2018). Assessing for Occult Suicidality at Triage: Experiences of Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nurses*, 44(5), 491-498. 10.1016/j.jen.2018.01.013

Öhlén, J., & Friberg, F. (2019) Person. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 311-336). Studentlitteratur AB, Lund

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3e upplagan., s 59-82). Studentlitteratur, Lund

Bilagor

Bilaga 1 - kvalitativ granskningsmall

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien'

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Bedömning av randomiserade studier

(effekt av att tilldelas en intervention (ITT))

UPPDATERAD 2020-11-27

Utfall:

Referens (författare, år):

Granskare:

Övergripande risk för systematisk snedvridning av resultaten (risk för bias)					
Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>			Hög <input type="checkbox"/>	
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för detta utfall?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1. Randomisering

Risk för bias från randomiseringen bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
1.1 gruppindelningen var randomiserad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 blivande grupptillhörighet inte kunde förutses, den var okänd tills deltagarna delats in (concealed allocation sequence)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 baslinjen hade obalanser som tyder på brister i randomiseringsprocessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

2. Avvikelser från planerade interventioner

Risk för bias från avvikelser från planerade interventioner bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
2.1 deltagarna kände till vilken intervention de tilldelats under studiens gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 behandlarna kände till vilka interventioner deltagarna tilldelats under studiens gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret är "nej" på både 2.1 och 2.2 gå vidare till fråga 2.5.					
2.3 kännedom om studien och gruppindelningen kunde leda till avvikelser som var obalanserade mellan grupperna (t.ex. förändringar i övrig vård eller avvikelser från klinisk praxis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 obalansen sannolikt påverkade utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 man använde en lämplig analysmetod för att uppskatta effekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret på 2.5 är "nej" eller "troligen nej" besvara även 2.6					
2.6 resultatet påverkades allvarigt av att deltagarna inte analyserades i den grupp de randomiserats till?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risk för bias	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>		
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

3. Bortfall

Risk för bias från bortfall bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
3.1 resultat redovisades för alla eller nästan alla deltagare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret är "ja" gå vidare till domän 4.					
3.2 man har visat att resultaten är robusta trots bortfallet (exempelvis med känslighetsanalyser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 bortfallet med stor sannolikhet är relaterat till utfallsmåttet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 såväl bortfallet som orsaker till bortfallet var likartat mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

4. Mätning av utfall

Risk för bias från mätning av utfallet bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
4.1 datainsamlingen skilde sig åt mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 de som mätte utfallet var medvetna om vilken intervention deltagarna fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 bedömningen med stor sannolikhet påverkades av detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

5. Rapportering

Risk för bias från rapportering bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
5.1 analyserna var genomförda enligt en plan som publicerats innan utfallsdata var tillgängliga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 de rapporterade resultaten har valts ut från flera sätt att mäta utfallet (t.ex. olika skalor, tidpunkter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 de rapporterade resultaten har valts ut från olika analyser av samma utfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

Jäv/intressekonflikter (kan rapporteras narrativt)

	Ja	Nej	Kommentar		
Deklarerar författarna att de saknar finansiella intressen som kan påverka utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Deklarerar författarna att de saknar andra bindningar som kan påverka utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1A. Confounding

Identifiera viktiga confounders på det aktuella området för att besvara frågorna

Risk för bias från confounding bedöms som:					
	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
A1.1 effekten av interventionen har påverkats av viktiga confounders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret är "Nej" gå vidare till domän 1B.					
A1.2 deltagare bytte grupp eller avbröt behandlingen på grund av confounders som inte var synliga i baslinjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.3 orsakerna till att deltagarna avbröt eller bytte grupp har påverkat utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.4 man kontrollerade för alla viktiga confounders med acceptabla analysmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.5 viktiga confounders var mätta med valida och reliabla metoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.6 de data man använde för att kontrollera confounders var redovisade i studien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.7 man tog in och kontrollerade för nya variabler efter att interventionen inletts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1B. Selektion/gruppindelning

Risk för bias från selektion/ gruppindelning bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
B1.1 deltagaregenskaper (eller faktorer) som observerats efter att interventionen inletts påverkade valet av deltagare i studien/analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret är "nej" gå vidare till fråga B1.4.					
B1.2 dessa deltagaregenskaper (eller faktorer) hade samband med interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.3 dessa deltagaregenskaper (eller faktorer) påverkades av utfallet eller av en orsak till utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.4 intervention och uppföljning inföll vid samma fas i sjukdomsförloppet/utvecklingen för de flesta deltagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.5 lämpliga metoder som kan korrigera för selektionsbias användes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1C. Klassificering/avgränsning av interventionsgrupperna

Risk för bias från klassificering/ definition av interventionsgrupperna bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
C1.1 interventionsgrupperna var väl definierade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.2 informationen som användes för att definiera interventionsgrupperna samlades in innan resultatet av interventionen var känt (eller avblindat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.3 definitionen av interventionsgrupperna kan ha påverkats av kännedom om utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

2. Avvikelser från planerade interventioner

Risk för bias från avvikelser från planerade interventioner bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
2.1 det fanns avvikelser från den planerade interventionen förutom vad som kan förväntas i klinisk rutin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om bedömningen är "ja" eller "troligen ja" besvaras fråga 2.2					
2.2 avvikelserna var balanserade mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om bedömningen är "nej" eller "troligen nej" besvaras fråga 2.3					
2.3 obalansen påverkade utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risk för bias	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>		
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

3. Bortfall

Risk för bias från bortfall bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
3.1 resultat redovisades för alla eller nästan alla deltagare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om svaret är "Ja" gå vidare till domän 4.					
3.2 man har visat att resultaten är robusta trots bortfallet (exempelvis med känslighetsanalyser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 bortfallet med stor sannolikhet är relaterat till utfallsmåttet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 såväl bortfallet som orsaker till bortfallet var likartat mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

Bedömning av icke-randomiserade studier av interventioner

(effekt av att tilldelas en intervention (ITT))

UPPDATERAD 2020-11-27

Utfall: _____

Referens (författare, år): _____

Granskare: _____

Övergripande risk för systematisk snedvridning av resultaten (risk för bias)					
Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>		
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för detta utfall?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

4. Mätning av utfall

Risk för bias från mätning av utfallet bedöms som:					
	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>		
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
4.1 datainsamlingen skilde sig åt mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 de som mätte utfallet var medvetna om vilken intervention deltagarna fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 bedömningen med stor sannolikhet påverkades av detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

5. Rapportering

Risk för bias från rapportering bedöms som:					
	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>		
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
5.1 analyserna var genomförda enligt en plan som publicerats innan utfallsdata var tillgängliga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 de rapporterade resultaten har valts ut från flera sätt att mäta utfallet (t.ex. olika skalor, tidpunkter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 de rapporterade resultaten har valts ut från olika analyser av samma utfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

Bilaga 4 - Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
28/10-22	Mood disorders AND suicide prevention AND (nurse OR nursing OR nurses)	Artiklar sedan 2008	125	16	5	1
28/10-22	Depressive patient AND suicide probability AND nursing	Artiklar sedan 2008	107	14	3	1
28/10-22	Reducing suicidal ideation AND suicide prevention AND depressed patient	Artiklar sedan 2004	3	1	1	1
28/10-22	Mood disorders AND suicide prevention AND nurse	Artiklar sedan 2004	49	9	4	1
28/10-22	Depression AND suicide assessment AND nurse	Artiklar sedan 2004	186	12	6	2
5/11-22	Risk assessment AND suicide AND nursing	Artiklar sedan 2008	358	20	5	1

Bilaga 5 - Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
26/10-22	mental disorders AND suicide prevention AND nurse	Peer reviewed	15	3	3	0
26/10-22	mental disorders AND suicide prevention OR suicide screening AND nurse OR nurses OR nursing	Peer reviewed	17	5	3	0
26/10-22	mental disorders OR mental health OR mental illness AND suicide prevention AND nursing OR nurses OR nurse	Peer reviewed	76	6	4	1
28/10-22	mood disorders OR depression OR bipolar disorder AND nurse OR nursing OR nurses AND suicide prevention OR suicide reduction OR suicide intervention OR suicide	Peer reviewed	160	16	4	1

Bilaga 6 - artikeltabell

Artikels namn Författare Publiceringsår Land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kvalitetsgranskning
Team-based suicide prevention: lessons learned from early adopters of collaborative care. Wittink et al. (2018) USA	Att ta reda på hur sjuksköterskan bör arbeta med suicidprevention hos deprimerade krigsveteranter i primärvården.	Kvalitativ innehållsanalys av transkriberad textdata. Analyserades med både deduktiv samt induktiv innehållsanalys. Fokusgrupper samt individuella intervjuer användes för att genomföra studien.	I primärvården så är det oftast sjuksköterskor som är bäst att upptäcka suicidrisk hos patienter, eftersom att det nästan alltid är dem som först träffar patienterna. I arbetet med suicidprevention så är samarbete med andra professioner som t ex psykologer av stor vikt.	Hög kvalitet
The perspective of older men with depression on suicide and its prevention in primary care. Vannoy et al. (2018) Canada & USA	Att beskriva hur primärvården kan arbeta för att förhindra suicid i livets slut, samt hur äldre män ser på att samtala om suicid med primärvårdgi vare.	77 deltagare intervjuades med hjälp av tematisk innehållsanalys. Fokuset låg på depression och suicid.	Resultatet visade på tre olika suicidförebyggande åtgärder. Dessa var att samtala med patienten om dennes depression, samtala om hur personer i patientens omgivning kan komma att påverkas av ett fulländat suicid samt uppmuntra patienten till aktiviteter.	Hög kvalitet

Reducing suicidal ideation in home health care: results from the CAREPATH depression care management trial. Lohman et al. (2015) USA	Att utvärdera effektiviteten av huruvida en depressionsvård behandling minskar suicidtankar bland patienter i hemsjukvården.	Kluster-randomiserad studie där effektiviteten av depressionsvård utförd av sjuksköterskor undersöks. Patienterna intervjuades regelbundet och resultatet jämfördes med patienter som fått vanlig vård.	De patienter som fått vanlig vård rapporterade högre frekvens av självmordstankar under studiens gång än de patienter som erbjudits depressionsvård.	Hög kvalitet
Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. Bruce et al. (2004) USA	Att identifiera vad primärvården kan göra för att förebygga suicidtankar och depression hos den äldre patientgruppen.	Detta är en randomiserad kontrollerad studie där patienter från 20 olika primärvårds kliniker deltog.	Hos interventions patienter minskade suicidtankar snabbare än vad dom gjorde hos vanliga vårdpatienter. Resultatet visade att interventions patienterna hade ett mildare depression förlopp.	Hög kvalitet
The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. Ayar et al. (2021) Turkiet	Att utvärdera effektiviteten en lösningsorienterad metod hos patienter med depression som har suicidtankar.	Detta är en randomiserad kontrollerad studie där både en för och eftertest kontrollgrupp användes.	Resultatet visade på att det lösningsorienterade tillvägagångssättet påverkade patienternas sociala funktionsnivå positivt, samt att det även minskade suicidrisken.	Hög kvalitet
Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. Oyama et al. (2016).	Att utvärdera effektiviteten av ett program som var utformat för att förebygga suicid bland	En kvasi-experimentell metod användes genom att jämföra en interventionsregion och två kontrollregioner.	Resultatet visade på en minskad suicidrisk hos framförallt kvinnorna. Ingen skillnad syntes bland männen.	Hög kvalitet

Japan	äldre patienter.			
Assessing for Occult Suicidality at Triage: Experiences of Emergency Nurses. Wolf et al. (2018). USA	Att se hur sjuksköterskor på akutmottagning undersöker och upptäcker suicidrisk under triage samt vilka åtgärder de gör när suicidrisk upptäckts.	En tematisk analys utfördes. Kvalitativ studie där 41 sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning fick svara på fem frågor angående hur de upptäcker suicidrisk hos patienter.	Att endast fråga om patienten känner sig suicidbenägen är inte ett effektivt sätt att bedöma suicidrisk. Sjuksköterskorna behöver också kolla på hur patienten ser ut och för sig för att bedöma. Upptäckte de suicidrisk hos en patient var det viktigt att hålla patienten säker och informera andra kollegor.	Medel kvalitet
A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. Szanto et al. (2007). USA	Att utvärdera effektiviteten av utbildning för depressionshantering hos allmänläkare samt deras sjuksköterskor i en region med hög suicid siffra.	Ett utbildningsprogram på fyra sessioner om depressionshantering för allmänläkare och deras sjuksköterskor hölls. Föreläsningar om suicideprevention och diskussion om patientfall där patienter dött av suicid ingick i programmet. Interventionsregionen jämfördes med en kontrollregion för att se ifall suicidstatistiken skilde sig. Programmet pågick i fem år.	Kvinnor begick 34% mindre suicid i interventionsregionen än de fem åren innan utbildningsprogrammet pågick, samtidigt som fallen av suicid ökade med 90% i kontrollregionen. Ingen skillnad kunde ses på männens suicidstatistik av interventionen.	Hög kvalitet

<p>Mental Health Nursing in Greece: Nursing and Interventions in Major Depression. Prokofieva et al. (2016) Grekland</p>	<p>Att bedöma diagnostisk och interventioner utförda av sjuksköterskor på patienter med depression.</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer med tolv sjuksköterskor. Utskrifter av intervjuerna lästes igenom av två författare.</p>	<p>Suicidrisk var en av de vanligaste diagnoserna sjuksköterskor gjorde. Den viktigaste interventionen var att skapa en förtroendefull relation med patienten.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
--	---	---	--	---------------------