



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# SPECIALISTSJUKSKÖTERSORS ERFARENHET AV ATT IDENTIFIERA ÄLDRE PERSONER MED RISK FÖR SUICID UTANFÖR DEN PSYKIATRISKA SPECIALISTVÅRDEN

## Författare

Stina Skyllerström

Åsa Hjärpe

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT och VT/2023–24
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Titel svenska: Specialistsjuksköterskors erfarenhet av att identifiera äldre personer med risk för suicid utanför den psykiatriska specialistvården

Titel engelsk: Specialist nurses' experience in identifying elderly people at risk of suicide outside psychiatric specialist care

Examensarbete: 15 hp

Program: Specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: HT och VT/2023–24

Handledare: Helle Wijk

Examinator: Hanna Falk Erhag

Nyckelord: Specialistsjuksköterska, äldre, suicid, riskfaktorer, identifiering, bemötande, kommunikation

---

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Personer över 65 år utgör 17 procent av befolkningen, men de svarar för 25 procent av all suicid, vilket gör gruppen överrepresenterad. Suicid förekommer i alla samhällsklasser och är ett folkhälsoproblem. På varje fullbordat suicid genomförs cirka 30–40 suicidförsök hos den yngre befolkningen. Motsvarande siffra hos personer över 65 år är 2–4 suicidförsök per fullbordat suicid. Detta visar att suicidförsök är ett mycket allvarligt varningstecken hos äldre.

Majoriteten av de äldre patienter som utför suicidförsök eller fullbordat suicid har haft kontakt med vården strax innan. Det är därför av stor vikt att vårdpersonal har rätt verktyg och rutiner för att identifiera dessa patienter.

**Syfte:** Syftet med examensarbetet är att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att identifiera den äldre personen med risk för suicid utför den psykiatriska specialistvården.

**Metod:** En kvalitativ innehållsanalys baserat på semistrukturerade intervjuer har gjorts utifrån en temaguide med frågor.

**Resultat:** Resultatet visar stor variation av specialistsjuksköterskas upplevelse och förmåga av att prata om och bemöta psykisk ohälsa hos den äldre patienten. Vidare saknas en enhetlig rutin kring identifieringen av patienter med risk för suicid och det förekommer kunskapsluckor i hur man samtalar kring ämnet som av många anses vara känsligt och svårt.

**Slutsats:** Den här studien visar på vikten av att specialistsjuksköterskor tar sig tid, vågar fråga och öppna upp till samtal för att kunna identifiera äldre patienter i risk för suicid. För att göra detta behöver specialistsjuksköterskor mer utbildning, tydliga rutiner samt ett fokus på personcentrerad vård för att detta ska bli möjligt.

**Nyckelord:** Specialistsjuksköterska, äldre, suicid, riskfaktorer, identifiering, bemötande, kommunikation

# Abstract

**Background:** People over the age of 65 make up 17 percent of the population, but they account for 25 percent of all suicides, which makes the group overrepresented. Suicide occurs in all social classes and is a public health problem. For each completed suicide, approximately 30–40 suicide attempts are carried out in the younger population. The corresponding figure for people over 65 is 2–4 suicide attempts per completed suicide. This shows that suicide attempts are a very serious warning sign in the elderly. The majority of elderly patients who attempt suicide or complete suicide have had contact with healthcare shortly before. It is therefore of great importance that healthcare professionals have the right tools and routines to identify these patients.

**Aim:** The purpose of the degree project is to examine the experiences of specialist nurses in identifying the elderly at risk of suicide when performing specialist psychiatric care.

**Method:** A qualitative content analysis based on semi-structured interviews has been done on the basis of a theme guide with questions.

**Results:** The results demonstrate great variation in specialist nurses' experience and ability to talk about and respond to mental illness in the elderly patient. Furthermore, there is a lack of a uniform routine around the identification of patients at risk of suicide and there are knowledge gaps in how to talk about the subject, which is considered by many to be sensitive and difficult.

**Conclusion:** This study shows the importance of specialist nurses taking the time, daring to ask and open up to conversations in order to identify elderly patients at risk of suicide. To do this, specialist nurses need more training, clear routines and a focus on person-centred care for this to be possible.

**Key words:** Specialist nurse, elderly, suicide, risk factors, identification, treatment, communication

# Förord

Vi vill tacka alla intervjudeltagare som bidragit med sina erfarenheter inom ämnet, utan er hade vi inte fått fram något resultat och examensarbete. Vi vill även tacka vår handledare Helle Wijk som bidragit med lugn och lotsat oss framåt till ett färdigt arbete. Vill även säga tack till doktoranden och hens tålamod. Stort tack!

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	6
Inledning.....	8
Bakgrund .....	8
Vem är en äldre person? .....	8
Suicidalitet och psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen .....	9
Riskfaktorer för suicid hos den äldre personen .....	10
Hjärnans biologiska förändringar .....	10
Missbruk .....	10
Smärta och depression .....	11
Sociala faktorer .....	12
Samhällets insatser för att minska suicid.....	12
Specialistsjuksköterskans kontakt med personer som lider av psykisk ohälsa .....	13
Teoretisk referensram.....	14
Problemformulering .....	15
Syfte .....	15
Metod .....	16
Forskningsdesign.....	16
Urval .....	16
Datainsamling .....	16
Dataanalys .....	17
Forskningsetiska överväganden .....	18
Resultat.....	19
Likvärdiga riskfaktorer kan identifieras hos den äldre patienten men förmågan att förmedla sina känslor varierar i mötet med specialistsjuksköterskan.....	20
Specialistsjuksköterskan inom alla verksamheter såg riskfaktorer för suicid hos den äldre patienten.....	20
Patienternas förmåga att förmedla sitt mående.....	21
Specialistsjuksköterskans bemötande, bedömning och kommunikation med den äldre patienten.....	22
Specialistsjuksköterskans förmåga att kommunicera med den äldre patienten i risk för suicid.....	22

Specialistsjuksköterskans personliga känslomässiga upplevelser av att samtala kring psykisk ohälsa och suicid.....	23
Rutiner saknas för specialistsjuksköterskan att göra enhetliga bedömningar av den äldre med risk för suicid .....	24
Diskussion .....	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion .....	27
Slutsats och kliniska implikationer .....	29
Referenslista .....	32
Bilaga 1 .....	36
Bilaga 2 .....	37
Bilaga 3 .....	41

## Inledning

I takt med att befolkningen i Sverige blir äldre så ställer det högre krav på vårdens kompetens att rikta resurser dit behovet är som störst. Med ökad ålder ökar även påföljande sjukdomar och förluster i livet som präglar måendet och kan bidra till psykisk ohälsa. Författarna till denna magisteruppsats jobbar inom två olika verksamheter, en i ett närsjukvårdsteam och en i ett vård och omsorgsboende där vi dagligen möter den äldre sköra personen. Vi upplever inte att det pratas om riskfaktorer för suicid i våra verksamheter. Mot bakgrund av vår kliniska erfarenhet ställer vi oss frågan om tystanden beror på rädsla för att fråga den äldre patienten om psykisk ohälsa och tankar om suicid eller okunskap. Ett alternativ är också att det är en kombination av båda. Vi vill som blivande specialistsjuksköterskor inom vård av äldre belysa ämnet och med detta examensarbete undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att hitta tecken på risk för suicid hos den äldre patienten utanför den psykiatriska specialistvården.

## Bakgrund

Anhöriga till personer som begått suicid upplever ibland att begreppet självmord känns felaktigt. Dödsfallet har inga liknelser med ett utfört mord utan är en påföljd av en mindre överlagd handling. Samtidigt upplever andra personer som har drabbats av suicid i sin närhet att suicid är en term som distanserar det dramatiska i handlingen (Runeson, 2016). Suicid innebär att ta sitt eget liv och är en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden (Socialstyrelsen, 2019). Vi kommer använda termen suicid i detta examensarbete. Utöver det kommer specialistsjuksköterska och sjuksköterska användas då författarna valt att intervjua specialistsjuksköterskor men i det material som använts i bakgrund och diskussion nämns framför allt sjuksköterskor.

### Vem är en äldre person?

I Sverige används en riktålder som idag är 67 år. Denna tar hänsyn till den pågående ökade medellivslängden i landet. Idag erbjuder alla kommuner i Sverige äldreomsorg till personer över 65 år som är i behov av olika former av stöd i sin vardag (Ernsth Bravell et al., 2017).



Åldersgränsen 65 år innebär att åldrandet mätt kronologiskt varar över cirka en fjärdedel av en persons liv (Ernst Bravell et al., 2017). Detta bidrar till att åldersgränsen 65 år ansågs vara relevant för författarna (Socialstyrelsen). Dock är det viktigt att nämna när man tittar på forskningsresultat så brukar den kronologiska åldern delas in i följande tre kategorier: yngre äldre (60-65år upp till 70-75år) äldre-äldre (75-80år upp till 85 år) och den allra äldsta (över 85 år) (Ernst Bravell et al., 2017).

## Suicidalitet och psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen

Suicid är ett globalt folkhälsoproblem och ca 700 000 personer världen över tar sitt eget liv varje år oberoende av samhällsklass (World Health Organization, 2021). I Sverige utgör personer över 65 år 17 procent av befolkningen, men de svarar för 25 procent av all suicid vilket gör gruppen överrepresenterad. Tankar kring och försök till suicid är mer vanligt förekommande hos den yngre befolkningen men äldre personer fullföljer oftare planen om suicid när de väl bestämt sig (Socialstyrelsen, 2018). Äldre personers suicid kommer även oväntat och de använder sig oftare av våldsamma metoder som tex, hopp från hög byggnad eller hängning (Demirçin et al., 2011; Socialstyrelsen, 2019). Detta medför att man hos personer över 65 år ser 2–4 suicidförsök per fullbordat suicid medan motsvarande siffra hos den yngre befolkningen är cirka 30–40 suicidförsök vilket visar att suicidförsök är ett mycket allvarligt varningstecken bland äldre (Socialstyrelsen, 2018). Den grupp som har högst risk för suicid och suicidförsök är de allra äldsta männen (Folkhälsomyndigheten, 2023).

Den äldre befolkningen uppger att de mår bättre än yngre personer när de själva skattar sin hälsa, men bilden är inte entydig då rapporter samtidigt visar att 40% av alla äldre kvinnor och 25% av alla män bär på oro, ångslan eller ångest (Milling, 2022). Studier visar även att de yngre-äldre skattar sin hälsa högre än åldersgruppen äldre-äldre då både den psykiska och fysiska hälsan för många förvärras med åren (Simonsson & Molarius, 2020). Ytterligare forskning visar tydligt att äldre personer skattar sin hälsa allt sämre ju äldre de blir nationellt (Andersen et al., 2007). Nedstämdhet och oro kan vara starten på en negativt nedåtgående spiral som kan medföra att personen tappar handlingskraft och initiativförmåga och blir isolerad. Detta kan i sin tur leda till en utvecklad depression som sedan kan resultera i suicidtankar och slutligen suicidhandling (Milling, 2022).

## Riskfaktorer för suicid hos den äldre personen

Läran om suicid kallas för suicidologi och är idag fortfarande ett relativt outforskat kunskapsfält när det kommer till forskning och utveckling av prevention i jämförelse med andra psykiatriska kunskapsområden (Runeson, 2016). Att åldras medför både sociala och hälsomässiga förändringar. Faktorer som bidrar till en ökad risk för psykisk ohälsa hos äldre personer är ofrivillig ensamhet, begränsad ekonomi, tidigare psykisk ohälsa och förluster av fysisk förmåga, vänner och familj, upplevd hälsa, intellektuell kapacitet och framtiden (Fässberg et al., 2016; Halder & Manot, 2020; Milling, 2022; Okolie et al., 2017; Santos et al., 2020). Utöver dessa faktorer är risk för ökad suicid hos äldre kopplat till det manliga könet, tidigare suicidförsök, samt behandling med psykofarmaka. Det bör nämnas att det finns skyddande faktorer hos äldre med risk för suicid. Ju fler riskfaktorer en person utsätts för desto högre risk att drabbas av psykisk ohälsa. Men skyddsfaktorerna kan mildra effekterna av dessa riskfaktorer. De skyddande faktorer som är dominerande är goda sociala relationer, känsla av delaktighet, fysisk aktivitet, god sömn och en meningsfull sysselsättning (Milling, 2022).

## Hjärnans biologiska förändringar

Vid en stigande ålder kan biologiska orsaker bidra till ökad psykisk ohälsa. Det normala åldrande minskar dopaminaktiviteten, men även transmittorsubstanserna serotonin, acetylkolin och noradrenalin. De normala förändringar i hjärnan relaterat till en ökad ålder ger endast i mindre utsträckning en förändring på de kognitiva eller emotionella funktionerna, men marginalerna i hjärnan minskas och risken för psykiska och kognitiva besvär ökar. Vid demenssjukdom i samband med åldrande drabbas hjärnan av märkbart större förändringar. Det förekommer också ett samband med hjärt-kärlsjukdomar och neurologiska sjukdomar som ökar med åldern, vilket i sin tur ökar risken för psykisk ohälsa (Runeson, 2016).

## Missbruk

Efter depression är missbruk den vanligaste orsaken till att personer dör i suicid. I jämförelse med den allmänna befolkningen är risken att dö genom suicid tredubblad för personer med hög alkoholkonsumtion. Bland äldre personer med alkoholmissbruk ökar suicidrisken tiofalt

både bland män och kvinnor i 65 årsåldern och uppåt (Waern, 2012). Äldre personer har generellt inte samma åtaganden i samhället som den yngre befolkningen. De yngre sysselsätter sig i högre grad med studier eller arbete, vilket leder till att dessa personer har personer i sin omgivning som kan flagga om ett eventuellt avvikande och oroande missbruksbeteende. Precis som i andra åldersgrupper leder ofta ett aktivt missbruk bland äldre personer till en reducering av sociala relationer och undvikande av situationer för att individen inte vill bli avslöjad. Samtidigt har äldre personer generellt mer vårdkontakter än yngre vilket gör att det då finns kanaler för att upptäcka ett eventuellt missbruk. (Jönsson & Harnett, 2015).

### Smärta och depression

Förekomsten av egentlig depression är ca 1-10 % i den äldre befolkningen, vilket generellt är lite lägre jämfört med förekomsten hos yngre personer. Det är däremot vanligt bland äldre personer med ett mildare depressivt mående som också kan behöva behandling (Ludvigsson, 2023).

Kroppslig smärta till följd av sjukdom och/eller skada i kombination med depression har även pekats ut som en bidragande orsak till att äldre personer suiciderar. Depression kan öka mottagligheten för smärta och ospecifik smärta såsom huvudvärk, magsmärtor och muskelvärk kan vara uttryck för depression (Santos et al., 2020). Samtidigt kan fysisk ohälsa med fokus på kroniska smärta bidra till en känsla av förlorad värdighet och en rädsla för att bli beroende av andra vilket kan ge en ökad risk för depression och suicidala beteenden (Santos et al., 2020).

Då äldre ofta har en eller flera underliggande sjukdomar som gör att många lever med smärta så känner de igen smärtan och har ofta lärt sig att leva med den. Vanliga ihållande smärttillstånd hos äldre kan vara kotkompressioner, reumatiska sjukdom, artros, cancer och kärllkramp. Här brukar man även prata om idiopatisk smärta vilket innebär smärta utan fysisk orsak och psykogen smärta som innefattar smärta vid psykisk ohälsa såsom depression. Dessa former av smärta är båda relaterade till en själslig smärta (Edberg, Blomqvist, et al., 2017). Även nedstämdhet och depression hos äldre kan ta sig olika uttryck och vara svåra att identifiera. Detta eftersom äldre sällan beskriver sig som nedstämda utan visar tecken på exempelvis aptitlöshet och viktninskning, sömnsvårigheter eller nedsatt intresse för

omgivningen (Edberg, Ericsson, et al., 2017). Studier visar att ca 10–20% av alla vuxna världen över drabbas av depression någon gång i livet och att depression sent i livet oftare blir kronisk med en dålig långtidsprognos till förbättring. Studien visar även att depression hos äldre ofta feldiagnosticeras eller underdiagnostiserats vilket tros bero på en stigmatisering kring äldre och depression, okunskap, lägre behandlingsföljsamhet samt den komplexitet med depression som ofta tas för fysiska besvär (Li et al., 2023).

### Sociala faktorer

Förluster av olika roller samt funktioner och/ eller förlust av sin livspartner kan innebära förändringar som leder till en försämrad psykisk hälsa (Edberg, Ericsson, et al., 2017). I flertalet studier pekas känslan av hopplöshet ut som en central riskfaktor för suicidala tankar och beteenden där isolering från familj och samhälle, ökat hjälpbehov och förlust av en närstående är starkt bidragande (Demirçin et al., 2011). Man ser även att äldre personer som gjort suicidförsök tidigare och har återkommande depressioner och uppger att de känner en stark känsla av just hopplöshet (Runeson, 2012). Psykisk ohälsa och en känsla av hopplöshet är inte en del av det naturliga åldrandet (Socialstyrelsen, 2018)

### Samhällets insatser för att minska suicid

I Sverige tillkom en nollvision för suicid år 2008. Det övergripande målet för detta suicidpreventiva handlingsprogram var att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara suicid. För att visionen skulle uppnås tillämpades nio strategier:

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
2. Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för suicid
3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid
4. Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag
5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid

7. Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik
8. Händelseanalys av Lex Maria-anmälningar
9. Stöd till frivilligorganisationer. (Wasserman et al., 2009)

Suicid är ett folkhälsoproblem som till stor del går att förebygga och där folkhälsomyndigheten har i uppdrag att samordna arbetet inom området psykisk ohälsa och suicidprevention. Berörda verksamheter inom sjukvården har ett eget ansvar för att personal får ta del av kunskapshöjande utbildningar, och att andra preventiva åtgärder implementeras för att främja hälsa hos den äldre (Folkhälsomyndigheten, 2023). Då psykisk ohälsa ofta ses som en naturlig del i åldrandet eller tar sig fysiska uttryck så uppmärksammas problemet inte tillräckligt, vare sig av den äldre själv, personal i vård och omsorg eller av anhöriga. Majoriteten av alla äldre med psykisk ohälsa söker själva inte hjälp för detta och endast 10–20% av den berörda gruppen får korrekt behandling vid depression. Det är därför av stor vikt att specialistsjuksköterskor har kunskapen och verktygen att identifiera de äldre som har eller befinner sig i risk för psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2023).

## Specialistsjuksköterskans kontakt med personer som lider av psykisk ohälsa

I dagens samhälle är psykisk ohälsa ett problem som ökar. Stigmatisering av patienter med psykisk ohälsa är en utmaning inom hälso-och sjukvården då det leder till hinder för lämpligt bemötande, vård och behandling för patienter med denna form av problematik (Corrigan, 2004). Suicidproblematik är och har alltid betraktats som ett komplext och utmanande ämne att tala om. Sjuksköterskor behöver förberedas inför möten med patienter som har suicidtankar då mötena riskerar att väcka negativa känslor och minnen som är svåra att hantera för berörda sjuksköterskorna (Heyman et al., 2015). Det är oftast sjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan som är patientens första kontakt med vården. Detta innebär att sjuksköterskan har en betydelsefull roll i bemötandet av patienter med risk för suicid (Hagen et al., 2017). Flertalet individer som fullbordar suicid har haft kontakt med vården under de sista månaderna i livet (af Hjelmsäter et al., 2019; Ahmedani et al., 2014). Forskning visar att suicidala patienter upplever det betydelsefullt när vårdpersonal är öppna och inbringar tillit i sitt bemötande. Patienter har också en längtan efter samtal samt önskan om att bli bemötta

med förtroende. Förtroende för vårdpersonal uppnås när personalen tar sig tid till samtal, bekräftar patientens upplevelser och historia samt har en omtänksam attityd. Patienterna är positiva till att vårdpersonal använder sig av en rak kommunikation och ställer direkta frågor kring planer och tankar om suicid (Vatne & Nåden, 2014). Forskning visar att en kontinuerlig kontakt med patienten bidrar till att specialistsjuksköterskor får en viktig roll i att göra suicidriskbedömningar (Nakagami et al., 2018). De flesta vuxna personer som fullbordar ett suicid har innan gett indirekta eller direkta signaler kring en önskan om att dö. Detta gäller inte för de äldre personerna som oftast inte kommunicerar tankar eller önskan om död och ofta missar personer i deras omgivning varningssignalerna (Szanto et al., 2002). Det är därför av stor vikt att specialistsjuksköterskor besitter kunskap om hur hen ska bemöta suicidala patienter och identifiera tecken på suicidalt beteende (Socialstyrelsen, 2022).

## **Teoretisk referensram**

Personer som tänker på suicid kan avstå ifrån att prata om det. Förklaringen till detta kan vara att det finns en känsla av rädsla för att ta initiativ att prata om det som är svårt. Även skamkänslor kan lägga hinder i samtalet. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen kan ta upp frågan om eventuella tankar och planer på suicid. Oavsett vilken verksamhet patienten vårdas i är det avgörande att samtalet präglas av ett personcentrerat synsätt där utgångspunkten är patientens egen unika beskrivning av sin situation och mående (Socialstyrelsen, 2019)

Utifrån examensarbetets problemformulering och syfte valdes Ida Jean Orlandos interaktionsteori som teoretisk referensram. Teorin grundar sig på att interaktioner mellan sjuksköterskan och patienten skapas utifrån deras beteende, reaktioner och handlande. Den process som modellen belyser består av fyra olika delar som sker spontant och automatiskt i mötet med en annan människa. Orlando beskriver hur ett möte karakteriseras av ett sinnesintryck (1), som lukt, smak, känsel eller hörsel. Det vi lagt märke till genererar tankar (2) och framkallar känslor (3) som i sin tur leder fram till en handling (4). Denna process sker hos både sjuksköterskan och patienten när båda parter noterar den andra. För att undvika missförstånd kan sjuksköterskan göra sin inre process synlig genom att uttrycka det hen registrerat. Patienten vet inte alltid vilken form av hjälp de behöver eller vilken typ av hjälp som finns att tillgå, vilket kan leda till att de inte uttrycker att de behöver hjälp.

Sjuksköterskan behöver rikta sin uppmärksamhet mot patienten som mår dåligt och förmedla sina observationer, känslor och tankar som uppkommit under samtalet. När sjuksköterskan frågat patienten hur hen känner och tänker kan sjuksköterskan antingen ändra eller verifiera hens egen tolkning (Beck & Blomqvist, 2017).

Som specialistsjuksköterska behöver vi se patienten som en person och ha den unika personen i centrum av omvårdnaden. Detta kan leda till att den suicidala patientens vård optimeras. Personcentrerad vård kan definieras som en vård med fokus på hela människan och dennes unika behov i lika hög utsträckning som de fysiska behoven (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Examensarbetet kommer att grundas på en humanistisk människosyn med en kvalitativ ansats där man ser på hela människans och hens upplevelser (Danielson, 2017b). Som specialistsjuksköterska bör vi utgå från varje patientens unika livsvärld med fokus på ett personcentrerat förhållningssätt (Beck & Blomqvist, 2017).

## **Problemformulering**

Även om tankar och försök kring suicid är mer vanligt förekommande bland yngre personer så fullföljer äldre personer oftare sina suicidplaner. Därför skall suicidala tankar och handlingar ses som ett allvarligt varningstecken hos äldre. Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre jobbar inom olika verksamheter med den äldre personen och bör vara rustad att kunna prata om och identifiera allvarliga varningstecken och riskfaktorer för suicid bland äldre. Författarna kommer själva jobba kliniskt och möta dessa patienter i respektive verksamhet som vi är verksamma i och efterfrågar en enhetlighet att utföra bedömningar och skattningar på dessa patienter. Vi vill med detta examensarbete bidra med en ökad medvetenhet och kunskap i ämnet för våra kollegor i alla verksamheter som träffar dessa patienter. Syftet med denna studie är därför att undersöka specialistsjuksköterskans erfarenhet av att identifiera äldre personer med risk för suicid utanför den psykiatriska specialistvården.

## **Syfte**

Syftet är att undersöka hur specialistsjuksköterskors erfarenhet av att identifiera äldre personer med risk för suicid utanför den psykiatriska specialistvården.

## Metod

### Forskningsdesign

För att uppnå studiens syfte valdes en kvalitativt induktiv metod där data utgjordes av semistrukturerade intervjuer som analyserades enligt metodprinciperna för kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2017).

### Urval

I studien tillämpades ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2021a) det vill säga att författarna skickade ut förfrågningar gällande intresse till verksamheter som har specialistsjuksköterskor som var aktuella till studien. Inklusionskriterier för att delta i studien var att ha en specialistutbildning inom vård av äldre eller distriktssköterska och att intervjupersonerna jobbar kliniskt med äldre patienter. Exklusionskriterier var sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri. Potentiella studiedeltagare identifierades inom närsjukvårdsteam, vårdcentral samt vård och omsorgsboende. Information om studiens syfte och genomförande gjordes via mejlat brev till verksamhetschefer som i sin tur förmedlade kontakt mellan potentiell deltagare och författarna. Informerat samtycke inhämtades vid varje intervju. Tretton specialistsjuksköterskor tillfrågades om deltagande och elva specialistsjuksköterskor tackade ja.

### Datainsamling

Data samlades in via semistrukturerade intervjuer enligt en temaguide som fokuserade på hur specialistsjuksköterskorna i sin kliniska vardag identifierar äldre suicidala patienter (bilaga 1). Intervjuformatet tillät att följdfrågor kunde ställas vilket möjliggjorde för informanterna att delge information som inte inkluderats i temaguiden. Frågorna ställdes inte i samma ordning utan anpassades efter den berättelse som deltagarna framförde under intervjun (Danielson, 2017b). Intervjuerna skedde på avtalad tid och plats för att skapa en ostörd och trygg miljö. Nedan följer exempel på intervjufråga och följdfråga:



**Tabell 1. Exempel på intervjufråga**

Fråga:	Följdfråga:
Anser Du att det är svårt att samtala kring psykisk ohälsa med äldre?	Kan Du beskriva en situation Du upplevt?

Inför intervjuerna pilottestades frågorna genom provintervjuer för att testa den tekniska utrustningen samt för att utvärdera frågorna så de svarade till syftet (Danielson, 2017a). Intervjuerna genomfördes via videomöten samt i fysiska möten och varade i medeltal 20 minuter. Två intervjuer genomfördes via telefon i samförstånd med deltagare på kort varsel då tekniska problem med videomöte uppstod. Författarna intervjuade deltagarna separat. Samtliga intervjuer spelades in, lyssnades igenom och transkriberades ordagrant.

## Dataanalys

En kvalitativ innehållsanlys användes som metod för att analysera data med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna lyssnades igenom av båda författarna för att sedan transkriberas ordagrant. Transkriberingen lästes igenom flertalet gånger av båda författarna för att skapa sig en helhet av materialet. Författarna kunde sedan börja färgmarkera meningsbärande enheter i texten som var relevant till syftet. Meningsenheterna har sedan kondenserats ner till fraser och ord som sedan blev till koder (Danielson, 2017a). Koder med liknande innebörd kunde samlas in i en subkategori som i sin tur har förenklats till ett resultat med huvudkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Hela processen av texterna samlades i en tabell för att få det mer överskådligt och författarna kunde under analysens gång diskutera skillnader och likheter. Nedan följer delar i analysformat som illustrerar processen i tabellform:

**Tabell 2 exempel på dataanalys:**

<b>Meningsenighet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
”Vi går mycket på tidigare erfarenheter i samtalet med patient...”	Samtals erfarenheter	Specialistsjuksköterskans förmåga till att våga fråga och öppna upp till samtal med den äldre	Specialistsjuksköterskans bemötande, bedömning och kommunikation med den äldre patienten

## **Forskningsetiska överväganden**

Forskningsetiken bygger på respekt för människan och att hitta en rimlig balans mellan olika intressen. Kunskapsintresset, integritetsskyddet, samt skydd mot olika former av skada är exempel på detta. Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen – informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). I det här examensarbetet har informationskravet uppfyllts genom att potentiella studiedeltagare informerades om deras uppgift i examensarbetet och vilka villkor som gäller för deras deltagande, det vill säga examensarbetets syfte och genomförande vilket kunde tänkas påverka deras villighet att delta. Samtyckeskravet och informationskravet uppfylldes genom att information om examensarbetet skickades skriftligt till verksamhetschef och det var vidare denne som inhämtade samtycke från deltagare och förmedlade kontakt med författarna. Det informerades tydligt skriftligt att deltagandet var frivilligt och att deltagare har rätt att avbryta sin medverkan när som utan frågor varför. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att intervjuerna kodades och personuppgifter avidentifierades så att de ej kan kännas igen av enskilda människor. Nyttjandekravet uppfylldes genom att insamlade uppgifter endast kommer att användas i detta examensarbete (Vetenskapsrådet, 2002).

Författarna är medvetna om att det är ett svårt område att prata om för intervjudeltagarna och att ämnet är känsligt och kan väcka obehag. I vårt examensarbete fick våra deltagare information kring muntligt samtycke och frivilligt deltagande omgående när förfrågan skickades ut till de olika verksamheterna. Deltagarna kunde när som helst avbryta sin

medverkan utan krav på att förklara varför. Från ett etiskt perspektiv har informerat samtycke fler fördelar, där vi låter individen själv bedöma om obehaget, riskerna eller integritet intrånget är värda att ta (Johansson, 2017).

## Resultat

Den övergripande sammanfattningen av resultatet är att det saknas rutiner för hur specialistsjuksköterskor ska kunna identifiera och hjälpa äldre patienter med risk för suicid. Det ses även att skattningsinstrument ej används enhetligt, samt att det förekommer stora skillnader i erfarenhet kring upplevelsen av att prata kring psykisk ohälsa. Resultatet presenteras i två huvudkategorier och fem subkategorier, se tabell nedan:

Huvudkategori	Subkategori
Likvärdiga riskfaktorer kan identifieras hos den äldre patienten men förmågan att förmedla sina känslor varierar i mötet med specialistsjuksköterskan	Specialistsjuksköterskan inom alla verksamheter såg riskfaktorer för suicid hos den äldre patienten
	Patientens förmåga att förmedla sitt mående
Specialistsjuksköterskans bemötande, bedömning och kommunikation med den äldre patienten	Specialistsjuksköterskans förmåga till att våga fråga och öppna upp till samtal med den äldre
	Specialistsjuksköterskans personliga känslomässiga upplevelser av att samtala kring psykisk ohälsa
	Rutiner saknas för specialistsjuksköterskan att göra enhetliga bedömningar av den äldre patienten med risk för suicid

Likvärdiga riskfaktorer kan identifieras hos den äldre patienten men förmågan att förmedla sina känslor varierar i mötet med specialistsjuksköterskan

Specialistsjuksköterskan inom alla verksamheter såg riskfaktorer för suicid hos den äldre patienten

Samtliga informanter uppgav att ensamhet, upprepade vårdkontakter, sociala förändringar, fysiska besvär och oro förekom hos patienter de träffat vilket skulle kunna utgöra riskfaktorer för suicid. Där det dominerande symtomet kopplat till psykisk ohälsa var ensamhet.

*“uppgivenhet och ensamhet är väldigt utbrett, jag tror att ensamheten är det värsta för många. Att man inte tar sig ut.” (informant 8)*

Ensamheten uppgavs bero på olika faktorer så som att man inte kom ut ur sitt hem på grund av psykiska och fysiska begränsningar. Ensamheten kunde var stor för den äldre patienten trots barn och familj om den äldre ej ville störa eller vara till besvär.

Förändringar i livet såsom förlust av livskamrat, eller förändring av sjukdomsbild av partner kunde generera en känsla av nedstämdhet hos den äldre.

*“Det är så svårt tycker jag för många äldre som är ensamma och har många förluster bakom sig. Att bryta ett negativt eller depressivt mående.” (informant 4)*

Fysiska symptom som smärta, hot om dödlig sjukdom och nedsatt mobilitet var en faktor till ökad psykisk ohälsa. Det togs upp av en intervjudeltagaren att de fysiska symptomen som nedsatt aptit, håglöshet, trötthet kan vara ett uttryck på psykisk ohälsa.

*“de fysiska symptomen kan vara uttryck för psykisk ohälsa också...” (informant 6)*

Upprepade vårdkontakter uppgavs som ett tecken på psykisk ohälsa motiverat med att när en äldre patient kontaktar vården upprepade gånger så bör man som sjuksköterska dra öronen åt

sig då detta är ett ovanligt beteende eftersom äldre personer generellt inte vill belasta vården i onödan.

*“för äldre söker ju inte så mycket vård om man ska generalisera, för de vill ju inte störa, många iallafall...” (informant7)*

### Patienternas förmåga att förmedla sitt mående

Majoriteten av specialistsjuksköterskor som intervjuades delade erfarenheter av att möta äldre patienter som verbalt uttryckte att de inte ville leva längre. Tydliga uttryck och signaler kunde vara likgiltighet inför framtiden, att man är nöjd med det som varit och inte vill leva längre, vill ha hjälp att dö, att man hoppas att livet snart är slut eller att man inte tycker att livet är värt leva för längre samt konkreta planer på hur man ska avsluta sitt liv.

*“han tyckte inte att det här livet var värt att leva längre” (informant 1)*

Äldres vilja och förmåga att prata och öppna upp sig kring psykisk ohälsa varierar. Vissa vill prata öppet om sin situation medan andra tycks skämmas och inte vill berätta. Dock är det mest vanligt förekommande att den äldre patienten gärna vill prata om psykisk ohälsa och är tacksamma när frågor om ämnet ställs.

*“många som gärna vill prata tycker jag, när man väl öppnar upp för samtal” (informant2)*

*“många är ju tacksamma att man lyfter på locket och vill prata” (informant 8)*

Exempelvis kunde äldre patienter som försökt ta sitt liv inte visa något uttryck eller tecken på denna handling medan andra uttryckte tydliga tankar och planer kring att avsluta sitt liv.

*“Att man på olika sätt beskriver hur man har tankar kring och även planer kring hur man ska avsluta sitt liv” (informant 5)*

## Specialistsjuksköterskans bemötande, bedömning och kommunikation med den äldre patienten

Specialistsjuksköterskans förmåga att kommunicera med den äldre patienten i risk för suicid. Det var olika faktorer som bidrog till givande samtal där patienten kunde öppna upp sig om sitt psykiska mående. Exempel på dessa faktorer var att specialistsjuksköterskan förmedlar trygghet, förtroende, vågar fråga och ger sig tid.

Att ge sig tid till att samtala med den äldre patienten var något som upplevdes som tudelat där det tydligt framkom att det är viktigt att ge tid till samtal, men att tiden ibland inte finns och räcker till. Men tidsbristen och att tiden inte fanns att ta hand om den äldre patientens svar uppgavs som orsak till att frågan inte ens ställdes.

*“jag tror att många drar sig för att fråga... för man har inte tid att ta hand om det långa svaret...” (informant 8)*

Specialistsjuksköterskorna sade dock att det är viktigt att våga fråga, att våga ställa de svåra frågorna och att hitta sin personliga samtalsteknik i att ställa frågor som passar in för att öppna upp samtalet med den äldre patienten. Att avdramatisera ämnet och ställa öppna frågor hellre än att inte fråga alls. Öppna raka frågor och våga ta frågan som finns i rummet. Att prata generellt om att många äldre är i liknande situation var ett sätt att öppna upp för samtal, liksom att våga stå kvar i det som den äldre berättar och inte själv ta över den berättelsen och försöka lösa situationen, utan att istället lyssna in vad som sägs. Man uttryckte att det är en del i personcentreringen att se hela människan och att våga fråga om svåra saker är självklart och viktigt.

*“men jag tror att förhållningssättet och framför allt personcentreringen och våga fråga, vad är det faktiskt som är viktigt för dig?” (informant 3)*

Vårdmiljöns utformning nämndes som en aspekt som kunde hindra initiativet till ett djupare samtal om psykisk ohälsa. Om miljön inte möjliggjorde fysisk närhet till patienten i rummet kunde det minska möjligheten till ögonkontakt och att känna av patientens kroppsspråk och tonläge.

Specialistsjuksköterskans personliga känslomässiga upplevelser av att samtala kring psykisk ohälsa och suicid.

Specialistsjuksköterskornas förmåga t att samtala kring det svåra ämnet suicid och psykisk ohälsa med den äldre patienten varierade, men många kände sig trots allt övervägande trygga med att ställa frågan kring psykiskt mående.

Specialistsjuksköterskornas upplevelser av att pratat om psykisk ohälsa med den äldre patienten varierade också och uppgavs till stor del bero på situationen. Exempel på detta var om man hade hunnit etablera en relation till patienten, att man inte ville väcka den björn som sover, samt om det kunde vara svårt att hitta tajmingen till att öppna upp för ett samtal. Om den äldre patienten exempelvis kom till vårdcentralen för att lägga om ett sår eller ta ett blodtryck kunde det vara svårt att hitta en lucka i samtalet till att gå in på djupare ämnen såsom psykisk ohälsa och riskfaktorer kring detta. Detta kunde ibland kännas obekvämt för sjuksköterskan som var inställd på att utföra det planerade praktiska åtgärderna istället för att gå in på patientens känslor och psykiska hälsa.

*“Om patienten kommer hit för en såromläggning har jag svårt att ta det samtalet.” (informant*

9)

Men det fanns även specialistsjuksköterskor som inte upplevde några svårigheter att pratat om psykisk ohälsa. Detta sågs som en del i helheten och en del i livscykeln där man menade att det är lättare att samtala med äldre patienter rent generellt. Bland de som trots allt menade att det var svårt att samtala kring psykisk ohälsa relaterades det till svårigheter att få till hur samtalet ska inledas och öppnas upp för att skapa en trygg relation i mötet med den äldre patienten.

Flera av intervjudeltagna uppgav på eget initiativ att de i vissa fall inte agerade trots den känsla som de upplevde vid samtal med äldre patienter. Exempel på att man "kände av det" i mötet med patient att "något" var fel, nämndes tecken som borde hörsammats mer och att man borde kunnat läsa "mellan raderna" vad patient berättade och att fler frågor borde ställts i mötet med patienten.

*"där borde vi ställt ett par frågor för där begick han eller försökte suicidera sen drygt någon vecka senare." (informant 1)*

Rutiner saknas för specialistsjuksköterskan att göra enhetliga bedömningar av den äldre med risk för suicid

En övervägande del av intervjudeltagarna uppgav att de använde någon form av skattningsinstrument i mötet med en person med psykisk ohälsa med tecken på risk för suicid. Det fanns dock ingen enhetlig rutin inom verksamheterna och variationen av vilka instrument och skalor som användes var stort, även inom samma verksamhet. Det fanns även specialistsjuksköterskor som aldrig använde skattningsinstrument. Man menade att det var enklare att identifiera risk för suicid hos de äldre patienterna när de möttes i ett fysiskt möte. Då kunde ansiktsuttryck och kroppsspråk tolkas vilket var omöjligt i telefonrådgivning. Men det saknades rutiner om vilka frågor man ställde kring ämnet när man pratade med patienten över telefon. Exempel på hur man fick kännedom om en riskpatient kunde vara att en av vårdpersonalen berättade att en gemensam patient mådde dåligt vilket i sin tur ledde till att specialistsjuksköterskan åkte ut för att göra en bedömning.

En utmaning som nämndes är att få till samverkan kring vården när en patient själv har gett uttryck för att hen vill avsluta sitt liv. Flera uppgav att uppföljning och kontinuitet var viktigt för identifiering av äldre patienter med risk för suicid. Men genom att regelbundet stämma av med patienten kunde tillit förstärkas och en förbättrad relation byggas vilket gynnade samtal kring psykisk ohälsa.

*"Att ha täta uppföljningar. Jag ringer ofta för uppföljning bara för att stämma av läget. Då kan man fånga upp väldigt mycket" (informant 5)*



## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var undersöka hur specialistsjuksköterskor identifierar äldre patienter med risk för suicid utanför den psykiatriska specialistvården. Den forskningsdesign som användes var kvalitativ metod med induktiv ansats som genomfördes med semistrukturerade intervjuer utifrån en temaguide. Den kvalitativa metoden valdes i detta examensarbete då den har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser studera personers erfarenheter av fenomenet. Vi ville studera specialistsjuksköterskans erfarenhet och arbetet kring att identifiera den äldre patienten med risk för suicid och därmed söka förståelse och få mer kunskap kring hur arbetet går till (Henricson & Billhult, 2017). I den kvalitativa forskningsmetoden finns inga specifika krav på urvalsstorlek. I stället avgör datamättnaden urvalsstorleken. Fokus är att samtala med nyckelpersoner vars erfarenhet kan bidra till frågeställningen. Målet är att få tillgång till riklig och relevant data som kan lyfta fram mönster och dimensioner som låter sig kategoriseras vilket gör att fenomenet som studeras kan förstås och beskrivas (Polit & Beck, 2021b). Här var det av värde att deltagarna var specialistsjuksköterskor som jobbade i olika verksamheter med olika erfarenhet och som därmed kunde ge fylliga beskrivningar av fenomenet. I den induktiva ansatsen inhämtas erfarenheter utifrån intervjudata som senare lägger grund till en beskrivning av det studerade fenomenet (Whilborg, 2017). Som stöd i analysen av data kan en teori tillämpas, i detta fall har författarna valt att använda Orlandos interaktionsteori som teoretisk referensram (Danielson, 2017). Utifrån de elva intervjuer så kunde meningsbärande enheter som svarade till syftet lyftas ut ur de transkriberade texterna vilka sedan kondenserades till textnära koder (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Metoden var en styrka för att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenhet.

Överförbarheten av resultatet till andra kontexter beror på hur tydligt resultatet är beskrivet och att trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet är säkerställt. För att bedöma trovärdigheten har författarna diskuterat preliminära resultatet med ”critical friends” och handledare. Att andra ögon granskar innehållet kan öppna upp författarnas reflektion och kritiska granskning av resultatet och bidra till trovärdighet och bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Förförståelse syftar på att författarna har en del erfarenhet kring ämnet sedan innan examensarbetet påbörjades. De egna värderingarna och erfarenheterna kring

ämnet skulle kunna påverka hur frågor ställs till intervjudeltagare i examensarbetet. Författarna har varit medvetna om att deras förförståelse kan påverka analysen av data. Genom att beskriva sin förförståelse och reflektera kring denna så har pålitligheten stärkts (Priebe & Landström, 2017). Författarna har erfarenheter kring att möta patienter som lider av psykisk ohälsa och även genomfört och fullbordat suicid. Detta på sina nuvarande arbetsplatser, såväl som i tidigare arbetslivserfarenhet från hemsjukvård, vård och omsorgsboende samt från akutmottagning och närsjukvårdsteam.

Frågorna till den semistrukturerade intervjun utformades och valdes så de kändes relevanta till det aktuella fenomenet samt att tid frigjordes för frågor som uppstår spontant under samtalet om de bidrog till syftet (Wibeck, 2017). Detta praktiserades genom att författarna kunde ställa frågor som de inte tänkt på tidigare, men som bidrog med relevanta svar till syftet (Danielson, 2017a).

Författarna har ingen tidigare erfarenhet kring att genomföra en kvalitativ studie med intervjuer, vilket gjorde att intervjutekniken blev bättre efter att några intervjuer var gjorda. Det utfördes provintervjuer för att få upplevelse av att vara intervjuare samt om frågorna var relevanta till syftet. Utefter resultat av provintervju justeras frågorna något för att koppla tydligare till syftet (Danielson, 2017a). Författarna har transkriberat de intervjuer som genomfördes till största delen själva. Det var en fördel att transkribera sina egna intervjuer då det gick lättare att uppmärksamma nyanser i talet eller långa uppehåll hos de intervjupersonerna i de intervjuer man själv hade genomfört (Danielson, 2017a). En svaghet var även att intervjudeltagarna vid vissa tillfällen beskrev händelser de själva inte varit med om men hört talas om eller som kollegor varit med om. Dessa sällades bort på grundval att de var intervjupersonens egna upplevda erfarenheter som eftersträvades (Danielson, 2017a).

Svårigheter i arbetet var att få tillräckligt med deltagare och även senare att få till en tid för intervjun som passade deltagaren. Förfrågningar skickades ut till vederbörande verksamhetschefer i november/december 2023, men författarna fick vid flertalet tillfällen påminna om att fråga verksamma specialistsjuksköterskor om intresse att delta i examensarbetet. I vissa fall fick intervjuer skjutas upp och ställas in på grund av sjukdom. Författarna tillfrågade tretton specialistsjuksköterskor varav elva tackande ja till intervju vilket ansågs tillräckligt av författarna och handledare också i beaktande av tidsramen för examensarbetet. Förmodligen hade resultatet gagnats en större tidsram vilket medgett

identifiering av fler intervjudeltagare. Mer öppna intervjufrågor samt följdfrågor kring ytterligare fördjupning inom vissa områden hade kunnat generera mer information om det studerade fenomenet.

De etiska aspekterna som beaktats i examensarbetet är att ämnet är känsligt vilket fodrar att relevanta frågor ställs och att en god vetenskaplig design har tillämpats. Nyttan med examensarbetets har även vägts över risken. Att eventuella obehag skulle kunna uppkomma hos intervjudeltagaren undvikits genom att säkerställa att information givits om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst under intervjun (Kjellström, 2017). Författarna har varit medvetna om att ämnet är känsligt och kan vara svårt för intervjudeltagarna att prata om. Dock anser författarna anser att ämnet är högst relevant och kan leda till vidare utveckling och värdefull kunskap. Frågeställningarna kan säkerligen utvecklas ytterligare för att gynna framtida arbete inom hälso- och sjukvård såväl som på sjukhus som inom kommunen. Men i det stora hela anser författarna att en god forskningsetiskt synsätt präglat examensarbetet (Kjellström, 2017).

## Resultatdiskussion

*Samma riskfaktorer hos patienterna förekom inom alla verksamheter.* Resultatet visar att informanterna har erfarenhet av att träffa äldre personer som visar riskfaktorer för psykisk ohälsa och risk för suicid där ensamhet var den dominerande faktorn. Dock lyftes inte missbruk eller depression som riskfaktorer i någon av intervjuerna trots att det enligt litteraturen är de två vanligaste faktorerna till att en person suiciderar (Waern, 2012). Detta kan bero på att sjuksköterskor upplever svårigheter att samtala kring missbruk och dess hälsoeffekter vilket även visat sig i tidigare forskning (Gerace et al., 1995). Utöver detta så kan sjuksköterskor bära på fördomar och stereotyper vilket i sin tur kan bidra med en negativ syn på personer med missbruksproblematik, även detta återspeglas i tidigare studier. (Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014)

I resultatet uttryckte få att fysiska uttryck var tecken på psykisk ohälsa. Detta tror författarna kan bero på okunskap kring symtom för depression hos äldre samt att man i många fall först och främst fokuserar på patientens fysiska symtom. Vidare kan symtomen skilja sig mycket mellan äldre och yngre patienten och då vara svårare att diagnostisera (Socialstyrelsen, 2018). Författarna anser att kunskapen kring detta fenomen behöver öka och i kombination med en

bredare implementering av Orlandos teori kan patientens verkliga symtom lättare identifieras. Genom att gå till botten med det patienten förmedlar både fysiskt och verbalt kan specialistsjuksköterskan bekräfta det som observeras och på så sätt minska patientens lidande (Beck & Blomqvist, 2017).

*Rutiner och skattningsinstrument.* Resultatet visade att de flesta intervjudeltagarna använde någon form av skattningsinstrument, men vilket instrument som användes skilde sig stort. Att använda ett skattningsinstrument är det mest effektiva sättet för att identifiera depression hos patienten (Okolie et al., 2017). Trots att intervjudeltagarna använde ett skattningsinstrument upplevde många av dem svårigheter i att hantera den information som framkommer från skattningen. Anledningar till detta var att de saknade rutiner eller att de inte visste vad de skulle göra med informationen som kom fram, man saknade standardiserade formulär med frågor som användes när de träffar patient för att kunna identifiera riskfaktorer och suicid. Detta speglar forskningen som visar att sjuksköterskor inte är enhetliga i sin bedömning av patienter med psykisk ohälsa och att de primärt baserar sin bedömning av patientens mående på en känsla baserad på erfarenhet (Waterworth et al., 2015).

Den stora variationen i resultatet kring vilka bedömningsmodeller och skattningsinstrument som intervjupersonerna använder tyder på en kunskapslucka hos intervjudeltagarna. Detta trots att Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i samarbete med Nationell centrum för suicidforskning (NASP) tagit fram ett utbildningsprogram som vänder sig till vårdpersonal för att öka beredskapen hos vårdpersonal att bättre kunna möta människor i kris, se tecken på psykisk ohälsa och få en bredare kunskap i ämnet psykisk ohälsa hos äldre (Edberg, Ericsson, et al., 2017).

*Specialistsjuksköterskans samtal om psykisk ohälsa.* Intervjudeltagarna i studien upplevde svårigheter att prata om psykisk ohälsa och riskfaktorer med patienterna även om det var viktigt att våga fråga. Det framkom även att de flesta saknade redskap till att bedöma allvarlighetsgraden, samt hur de skulle gå vidare med den informationen de fått från patienten. Svårigheten att bedöma allvarlighetsgraden beskrivs även av intervjudeltagarna när patient gör utsagor som att de inte vill leva längre. Genom uttryck som att de levt färdigt, de är nöjda med livet som varit samt att livet inte är värt att leva längre. Resultatet visar att

många av intervjudeltagarna träffat äldre patienter med dessa känslomässiga upplevelser men att de saknar verktyg och rutiner för hur de ska fångas upp. Trots uttryck om önskan kring att livet tar slut och andra likvärdiga sägningar utförde flera av intervjudeltagarna ingen vidare åtgärd. Resultatet kan kopplas till aktuell forskning att sjuksköterskor kan uppleva svårigheter att identifiera den äldre patienten med risk för suicid och psykisk ohälsa då de själva upplever att de saknar tillräckligt med kunskap, att de inte vet vad de ska göra med en patient som visar sig må psykisk dåligt, att sjuksköterskan saknar självförtroende till att fråga svåra frågor och på så sätt undviker ämnet (Waterworth et al., 2015).

Svårigheten i dessa bedömningar belyses i diskussionen kring huruvida den äldre patientens prat om sin död är tecken på en depression eller risk för suicid, eller om det verbala uttrycket uppvisar att personen bearbetat och accepterat att hon eller han inom sin tid kommer att dö. Vad betyder det när en äldre person säger att hen vill dö? Frågor som diskuteras inom forskning gäller om detta antingen är ett uttryck på acceptans av döden eller uttryck för att livssituationen inte är bra eller tillräckligt för individen (Jönsson & Harnett, 2015).

Som ett stöd i tolkningen av allvarlighetsgraden kan man som specialistsjuksköterska använda sig av Orlandos interaktionsteori. För att synliggöra den inre processen kan specialistsjuksköterskan ställa följdfrågor i det hen uppfattat (Beck & Blomqvist, 2017). Det framträder inte i resultatet att denna teori används då flera deltagare uttrycker att de läser mellan raderna och har en känsla av att något är fel i mötet med patienten men att de inte förmedlar sina observationer för att undvika missförstånd. Vidare tror författarna att det skulle vara till fördel i identifieringen av äldre patienter med risk för suicid att använda denna modell då tidigare studier visar att öppenhet, en rak kommunikation och att patientens berättelse bekräftas är förhållningssätt som patienterna önskar (Vatne & Nåden, 2014).

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Resultatet av examensarbetet visar på stora skillnader i rutiner och upplevelser av identifieringen av äldre patienter med risk för suicid i verksamheter utanför den psykiatriska specialistvården. Informanterna upplevde att ensamhet var den dominerande faktorn för psykisk ohälsa hos den äldre patienten och detta var något de dagligen mötte i sitt kliniska arbete. För att identifiera äldre patienter med risk för suicid och psykisk ohälsa användes ofta

olika skattningsinstrument men det fanns inte en enhetlig rutin mellan verksamheterna. Många informanter tyckte att det var svårt att prata om psykisk ohälsa med äldre patienter då de inte visste vad de skulle göra med informationen de tagit emot eller när det var lämpligt att ställa svåra frågor. Samtidigt är en del medvetna om att de bör våga fråga och öppna upp till en djupare dialog kring ämnet. Faktorer som påverkade identifiering av äldre patienter med risk för psykisk ohälsa och suicid var tidsbrist, förutfattade meningar och okunskap kring verksamheternas rutiner.

Författarna jobbar kliniskt i två olika verksamheter inom vården där den sköra äldre patienten är i fokus. Utifrån resultatet anser vi att vården och omvårdnaden kring den äldre patienten med riskfaktorer för suicid bör förbättras. Verktyg i det dagliga arbetet skall vara lättåtkomliga när vårdpersonal möter patienten som har suicidala tankar, handlingar och idéer. Patienten skall få samma säkra vård oavsett ålder eller vårdinstans, på sjukhus, vård och omsorgsboende eller sitt eget hem. Signalerna på psykiskohälsa skall tas på samma stora allvar oavsett om hen är en äldre sköra patienten eller ung. Vi behöver aktivt motarbeta stereotypa bilder kring åldrande och äldre personer. Exempelvis bilden att det är helt normalt att vara ledsen som äldre med tanke på de förluster den äldre personen genomlider när hens fysisk kapacitet minskar eller närstående avlider. Hur skall detta implementeras in i sjuksköterskans dagliga arbete kring patienten? Förutsättningarna i form av olika stödfunktioner finns redan i samhället såsom kunskapsinformation, utbildningar, skattningsinstrument och handlingsplaner. Men vem bär ansvaret för att detta blir tillgängligt och verksamheter kan utföra ett likriktat arbete kring den äldre patienten med risk för suicid. Den äldre patienten är den person som generellt söker mest vård i samhället, samt att majoriteten har/ ska ha en fast vårdkontakt. Informanterna i detta examensarbete träffade patienter med riskfaktorer som missbruk och depression men de undervärderade ofta allvarlighetsgraden av dessa riskfaktorer. Detta examensarbete belyser en brist av instrument och verktyg som specialistsjuksköterskan behöver för att hjälpa den äldre patienten med risk för suicid. Dessa verktyg finns men de kommer många gånger inte till specialistsjuksköterskans förfogande eller vetskap. En möjlig klinisk implikation kan vara:

- Likriktad utbildningsinsats till specialistsjuksköterskan/sjuksköterskan inom alla verksamhetsområden där man möter dessa patienter.
- Specialistsjuksköterskan/sjuksköterskan bör få tid till kunskapsutveckling för att stärka sin roll och medvetenhet i ämnet.

Äldre patienter med risk för suicid förekommer inom alla delar i hälso- och sjukvården och specialistsköterskan kommer att träffa dem oavsett arbetsplats. Därför behöver problemet lyftas fram ytterligare. För att kunna hjälpa dessa patienter behöver specialistsjuksköterskan rätt verktyg och kompetens för att identifiera varningstecken på suicid.

## Referenslista

- af Hjelmsäter, E. R., Ros, A., Gäre, B. A., & Westrin, Å. (2019). Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ open*, 9(12), e032290.
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., & Whiteside, U. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*, 29, 870-877.
- Andersen, F. K., Christensen, K., & Frederiksen, H. (2007). Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45—102. *Scandinavian journal of public health*, 35(2), 164-171.
- Beck, I., & Blomqvist, K. (2017). Teorier och modeller som stöd för personcentrerade möten. In K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnad & äldre* (pp. 49-60).
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 144-154). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 285-297). Studentlitteratur.
- Demirçin, S., Akkoyun, M., Yilmaz, R., & Gökdoğan, M. R. (2011). Suicide of elderly persons: Towards a framework for prevention. *Geriatrics & gerontology international*, 11(1), 107-113.
- Edberg, A.-K., Blomqvist, K., Molander, U., Wijk, H., Sund-Levander, M., & Ernsth Bravell, M. (2017). Vanliga symtom hos äldre. In K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnad & äldre* (pp. 355-402). Studentlitteratur.
- Edberg, A.-K., Ericsson, I., & Gunnarsson, E. (2017). Psykisk ohälsa. In K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnad & äldre* (pp. 433-461). Studentlitteratur.
- Ernsth Bravell, M., Christiansen, M., Blomqvist, K., & Edberg, A.-K. (2017). Åldrandets olika dimensioner. In K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnad & äldre* (pp. 107-155). Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Ett kunskapsstöd om suicidalitet bland äldre: Riskfaktorer och förebyggande insatser för suicidförsök och suicid bland äldre*. (23060). Stockholm: Folkhälsomyndigheten
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., & Wu, J. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health*, 20(2), 166-194.
- Gerace, L. M., Hughes, T. L., & Spunt, J. (1995). Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: a clinical evaluation project. *Archives of psychiatric nursing*, 9(5), 286-294.



- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29-34.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 31-37.
- Halder, S., & Manot, S. (2020). Identifying suicidal risk and its association with depression in the elderly population. *Journal of Geriatric Mental Health*, 7(1), 29.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 11-117). Studentlitteratur.
- Heyman, I., Webster, B. J., & Tee, S. (2015). Curriculum development through understanding the student nurse experience of suicide intervention education—A phenomenographic study. *Nurse education in practice*, 15(6), 498-506.
- Johansson, M. (2017). Etiska aspekter på forskning som involverar äldre personer. In K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnad & äldre* (pp. 681-691). Studentlitteratur.
- Jönsson, H., & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Natur & Kultur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 57-77). Studentlitteratur.
- Li, C., Wu, M., Qiao, G., Gao, X., Hu, T., Zhao, X., Zhu, X., & Yang, F. (2023). Effectiveness of continuity of care in reducing depression symptoms in elderly: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(3), e5894.
- Ludvigsson, M. (2023). *Depression hos äldre*. Internetmedicin.  
<https://www.internetmedicin.se/psykiatri/depression-hos-aldre>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ Innehållsanalys. In B. Höglund Neilsen & M. Granskär (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. 219-233). Studentlitteratur.
- Milling, M. (2022). Om vikten av att öka medvetenhet och kunskap samt att belysa suicidpreventivt arbete. In M. Milling & M. Gullberg (Eds.), *Äldre män pratar inte om livet* (pp. 24-85). Riksförbundet Hjärnkoll.
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 935-946.
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 421-438). Studentlitteratur.
- Nakagami, Y., Kubo, H., Katsuki, R., Sakai, T., Sugihara, G., Naito, C., Oda, H., Hayakawa, K., Suzuki, Y., & Fujisawa, D. (2018). Development of a 2-h suicide prevention program for medical staff including nurses and medical residents: a two-center pilot trial. *Journal of affective disorders*, 225, 569-576.

- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice. *The journal of nursing administration, 44*(6), 339-346.
- Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E. S., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics, 29*(11), 1801-1824.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021a). Introduction to Nursing Research in an Evidence-Based Practice Environment. In D. F. Polit & C. T. Beck (Eds.), *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (pp. 32-150). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021b). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 ed.). Wolters Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 25-42). Studentlitteratur.
- Runeson, B. (2012). Depression. In B. Runeson, E. Salander Renberg, Å. Westrin, & M. Waern (Eds.), *Den suicidnära patienten* (pp. 41-47). Studentlitteratur.
- Runeson, B. (2016). Suicidalt beteende. In J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Eds.), *Psykiatri* (pp. 709-724). Studentlitteratur.
- Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., & Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: a systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics, 87*, 104000.
- Simonsson, B., & Molarius, A. (2020). Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. *Archives of Public Health, 78*(1), 1-9.
- Socialstyrelsen. *Äldreguiden*. Socialstyrelsen. Retrieved 2024-02-27 from <https://aldreguiden.se/mer-om-aldreomsorg/rattigheter/>
- Socialstyrelsen. (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre: Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser*. (2018-9-12). Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2019, 2022-08-15). *Samlat stöd för patientsäkerhet: Suicid och suicidförsök*. Socialstyrelsen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvskador/varvskador/suicid/>
- Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2022*. (2022-3-7791). Stockholm: Socialstyrelsen
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Personcentrerad vård. In Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G., Alexopoulos, G. S., & Reynolds, C. F. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs & Aging, 19*, 11-24.
- Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing ethics, 21*(2), 163-175.

- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm
- Waern, M. (2012). Missbruk av alkohol och droger. In B. Runeson, E. Salander Renberg, Å. Westrin, & M. Waern (Eds.), *Den suicidnära patienten* (pp. 49-53). Studentlitteratur.
- Wasserman, D., Beskow, J., Jacobsson, L., Spångberg, B., Falkenroth, A., Hägglöf, B., Svärd, K.-O., Almkvist, H., Rutz, W., Rydelius, P.-A., & Franzén, M. (2009). *Nollvisionen för självmord bryter tabubelaggningsen*. Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2009/05/nollvisionen-for-sjalvmord-bryter-tabubelaggningsen/>
- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2562-2570.
- Whilborg, M. (2017). Fenomenografi. In B. Höglund Neilsen & M. Granskär (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (pp. 107-126). Studentlitteratur.
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 170-188). Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization

# Bilaga 1

## Temaguide av frågor gällande ämnet hur specialistsjuksköterskor identifierar den suicidala äldre patienten

Inleder intervjun med att berätta om studiens syfte. Efter detta ges en muntlig information om forskningsetiska aspekter.

### Huvudfrågor:

- Har Du erfarenhet av att möta äldre med psykisk ohälsa? Har du erfarenhet av att möta äldre suicidala patienter?
- Vad reagerade Du på som gjorde att Du kunde se att personen var suicidal/ led av psykisk ohälsa? Hur identifierar du dessa personer?
- Har Du ett skattningsinstrument att ta hjälp av för att identifiera psykisk ohälsa hos äldre?
- Pratar Du om psykisk ohälsa och risker kring detta med äldre? Anser Du att det är svårt att samtala kring psykisk ohälsa med äldre?
- Har Du förslag till förbättring för att identifiera den äldre suicidala patienten?
- Finns det något mer Du vill tillägga när det kommer till Dina erfarenheter av att identifiera den suicidala äldre patienten?

### Exempel på följdfrågor:

Kan Du berätta mer? Hur menar du nu, kan Du utveckla? Kan Du beskriva en situation Du upplevt? Vill Du beskriva ytterligare?

### Efterföljande frågor:

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du jobbat som sjuksköterska/specialistsjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat inom den verksamhet du är inom nu?

## Bilaga 2



Göteborg 2023-11-11

### **Specialistsjuksköterskors identifiering av suicidala äldre patienter**

#### **Information till studiedeltagare**

Vi heter Åsa och Stina och läser specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng (hp). Utbildningen drivs i samverkan mellan Göteborgs universitet, Jönköping University, Linnéuniversitetet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst.

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

#### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Personer över 65 år utgör 17 procent av befolkningen, men de svarar för 25 procent av all suicid, vilket gör gruppen överrepresenterad. På varje fullbordat suicid genomförs cirka 30–40 suicidförsök hos den yngre befolkningen. Motsvarande siffra hos personer över 65 år är 2–4 suicidförsök per fullbordat suicid. Detta visar att suicidförsök är ett mycket allvarligt varningstecken hos äldre. Suicid förekommer i alla samhällsklasser och är ett folkhälsoproblem. Syftet med studien är att undersöka hur specialistsjuksköterskor identifierar den äldre suicidala patienten.

Vi söker ditt deltagande då du är specialistsjuksköterska. Vi har fått ditt namn från din verksamhetschef.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Projektet har genomgått granskning av programmets etikråd och godkänts genom ett etiskt rådgivande yttrande.

### **Hur går studien till?**

Vi kommer att intervjua dig utifrån en teamagiude med frågor inom ämnet. Utifrån intervjuerna kommer en kvalitativ innehållsanalys göras. En avtalad plats för intervjun kommer ske i samråd med intervjupersonen och intervjun kommer ske på arbetstid. Tidsramen för intervjun är ca 30 minuter. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta intervjun när du vill. Vi kommer inte behöva träffa dig för fler intervjuer.

### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Deltagandet är frivilligt och kan när som avbrytas utan frågor kring det. Risk finns att det kan upplevas som tungt ämne att prata om eller att personlig erfarenhet kommer upp. Om så är fallet avbryts intervjun. Studieansvariga kommer i sådant fall att erbjuda en uppföljande kontakt för att efterhöra om måendet.

### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig

Digitala diktafoner kommer användas vid intervjun. En avidentifiering kommer göras av personuppgifter och intervjun kommer att koda. Intervjumaterial och kodning kommer inte att förvaras tillsammans. Diktafonen kommer förvaras i ett brandsäkert låst skåp. Data kommer föras över på lösenords skyddade datorer som bara studieansvarig har tillgång till. När examensarbetet är klart så kommer intervjuer kasseras.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvariga för studien (se nedan). Dataskyddsombud nås på 0 31-786 1092, eller via

Stina Skyllerström & Åsa Hjärpe

mail: [dataskyddsbud@gu.se](mailto:dataskyddsbud@gu.se). Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

**Samtycke till att delta i studien:**

**Specialistsjuksköterskors identifiering av suicidala äldre patienter**

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i information till studiedeltagare.

---

Ort

---

Datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande och titel

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Resultatet kommer redovisas i ett examensarbete som även kommer finnas offentligt på GUPEA (Gothenburg University Publications Electronic Archive). Intervjupersonen kan alltid kontakta studieansvariga om frågor gällande intervjun eller om man vill ta del av sin individuella data innan resultat publiceras.

### **Försäkring**

Arbetsgivaren ansvarar för sedvanligt försäkringsskydd. Ingen ersättning utgår för studien.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida anställning.

Om du vill avbryta ditt deltagande kontaktas de ansvariga för studien (se nedan).

### **Ansvariga för studien**

Åsa Hjärpe [u-asa.hjarp0016@stud.hkr](mailto:u-asa.hjarp0016@stud.hkr) +46 735 07 51 03

Stina Skyllerström [u-stina.skyllerstrom0015@stud.hkr.se](mailto:u-stina.skyllerstrom0015@stud.hkr.se) +46 760 10 42 75

### **Handledare:**

Helle Wijk

Professor

[Helle.wijk@gu.se](mailto:Helle.wijk@gu.se) +46 733 70 34 62

Göteborg 2023-11-30



## Bilaga 3

### INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Till: Verksamhetschef

Vi heter Åsa och Stina och läser specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre på Göteborgs Universitet 60 högskolepoäng (hp). Vi ska skriva vårt examensarbete som belyser ämnet **specialistsjuksköterskors identifiering av suicidala äldre patienter**.

Vi vill be Dig som verksamhetschef att informera och tillfråga specialistsjuksköterskorna inom Din enhet om intresse finns att delta i studien. Om intresse finns vill vi be Dig att återkoppla detta till oss så att vi i vår tur kan kontakta intervjupersonen.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng (hp). Utbildningen drivs i samverkan mellan Göteborgs universitet, Jönköping University, Linnéuniversitetet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst.

Personer över 65 år utgör 17 procent av befolkningen, men de svarar för 25 procent av all suicid, vilket gör gruppen överrepresenterad. På varje fullbordat suicid genomförs cirka 30–40 suicidförsök hos den yngre befolkningen. Motsvarande siffra hos personer över 65 år är 2–4 suicidförsök per fullbordat suicid. Detta visar att suicidförsök är ett mycket allvarligt varningstecken hos äldre. Suicid förekommer i alla samhällsklasser och är ett folkhälsoproblem. Syftet med studien är att undersöka hur specialistsjuksköterskor identifierar den äldre suicidala patienten.

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

[www.caresci.gu.se](http://www.caresci.gu.se)

En kvalitativ innehållsanalys baserat på semistrukturerade intervjuer kommer att göras, genom intervjuer med examinerade specialistsjuksköterskor vill vi undersöka hur de identifierar den äldre suicidala patienten.

Stina Skyllerström & Åsa Hjärpe

Vi hoppas på Ditt stöd att intresserade specialistsjuksköterskor kan få delta i intervjuerna på arbetstid och att en avskild plats kan avsättas för detta under ca 30 minuter. Vi kommer fysiskt intervju personerna med hjälp av diktafon. Diktafoner kommer förvaras i låst brandsäkert skåp och sedan överförs material på lösenordskyddad dator. Inhämtat material kommer att redovisas anonymt i ett examensarbete och kommer att finnas offentligt på GUPEA.

Data från intervjuerna kommer avidentifieras och transkriberas för att användas i studien. När studien avslutas kasseras allt material. Studiedeltagandet är frivilligt och kan när som avbrytas

Innan studien påbörjas kommer ansökan att skickas till specialistsjuksköterskeprogrammets etikråd för etiskt rådgivande yttrande.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Åsa Hjärpe [u-asa.hjarp0016@stud.hkr](mailto:u-asa.hjarp0016@stud.hkr) +46 735-07 51 03

Stina Skyllerström [u-stina.skyllerstrom0015@stud.hkr.se](mailto:u-stina.skyllerstrom0015@stud.hkr.se) +46 760-10 42 75

Handledare:

Helle Wijk

Professor

[Helle.wijk@gu.se](mailto:Helle.wijk@gu.se) +46 733-70 34 62