



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykiaterprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Höstterminen 2015

**Psykiaterers upplevelser och erfarenheter av att
bedöma suicidrisk hos patienter**

**Psychotherapists' experiences of assessing suicidal risk in
patients**

Författare:

Lars-Göran Johansson



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Teoretisk bakgrund	1
2.1	Definitioner.....	1
2.2	Anknytningsteori.....	2
2.3	Sant själv/falskt själv	2
2.4	Känsla av sammanhang (KASAM).....	3
3	Tidigare forskning	3
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	3
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	5
4	Frågeställningar	6
5	Metod	6
5.1	Undersökingsdeltagare	7
5.2	Datansamlingsmetoder.....	7
5.3	Bearbetningsmetoder.....	7
5.4	Genomförande	8
6	Forskningsetiska frågeställningar	8
7	Resultat	8
7.1	Förhållningssätt och inriktning	9
7.2	Samtalets innehåll.....	11
7.3	Struktur, krav och stöd i bedömningsarbetet.....	13
7.4	Terapeuternas professionella och personliga situation i suicidbedömningsarbetet	16
8	Diskussion	18
8.1	Metoddiskussion.....	18
8.2	Resultatdiskussion	19
8.3	Förslag till fortsatt forskning	24
	Referensförteckning.....	25
	Bilaga 1 Informationsbrev	27
	Bilaga 2 Samtycke.....	28

Sammanfattning/abstract

Inledning: Psykisk ohälsa och missbruksproblem utgör betydande riskfaktorer för suicid i vårt samhälle. Psykoterapeuters erfarenheter och upplevelser kring att bedöma suicidrisk hos patienter är ett viktigt bidrag för överlevnad och till vidare forskning för att minska antalet självmord.

Syftet var att få ta del av ett antal psykoterapeuters upplevelser kring att bedöma suicidrisk hos patienter.

Frågeställningarna fokuserade på terapeuternas upplevelser av att i mötet med patienter bedöma risken för suicid och vilka faktorer som enligt deras erfarenheter påverkat dessa upplevelser.

Metod: Datainsamling gjordes genom intervjuer med sex psykoterapeuter. Studien hade en induktiv kvalitativ forskningsansats och tillämpade en tematisk analysmetod.

Resultat: Studien visar att själva samtalet och etablerandet av allians med patienten är avgörande för bedömningsarbetet. Patientens upplevelser av meningslöshet och tomhet ses som främsta riskfaktorer, liksom missbruk. Gränsen mellan psykoterapi och psykiatri upplevs ibland som otydlig, vilket kan påverka de terapeutiska ramarna. Familj och närstående beskrivs som en alltför outnyttjad resurs. Oro för att göra en felaktig bedömning, tvivel på den egna kompetensen, oro att bli ifrågasatt och granskad är personliga upplevelser som terapeuterna beskriver.Handledning och kollegialt erfarenhetsutbyte upplevs som främsta stödet i arbetet.

Diskussion: Resultatet visar att terapeuterna upplever suicidriskbedömning som en viktig del i patientarbetet. Möjligt att bedöma är graden av suicidalitet hos patienten. Att kunna förutsäga ett faktiskt självmord är omöjligt.

Nyckelord: psykoterapeuter, suicidala patienter, suicidförsök, upplevelser, erfarenheter

Mental health problems and addiction problems are the two main risk factors for suicide in our society. The experiences psychotherapists have made in assessing the risk of patients committing suicide are important to further research in order to decrease the suicide numbers.

The purpose of this study was to look into the experiences psychotherapists have made in assessing the risk of suicide in patients.

The questions focused on the experiences of assessing the risk of suicide and which factors that might have had an influence on these experiences.

Data was collected by interview with six psychotherapists. The study had an inductive qualitative approach and thematic analysis was used as method for analysis of data.

Results show that the conversation and establishing of an alliance with the patient is decisive for the assessment. Feelings of meaninglessness and emptiness in the patient are seen as the main risk factors along with addiction. The sometimes indistinct borderline between psychotherapy and psychiatry may affect the therapeutic framework. Family and relatives are described as an unutilized

resource. The risk of making a false assessment can at times create worries in the therapists and doubts about their own ability. Supervision and exchanging experiences with colleagues are mentioned as the main support in the work.

Discussion: The results show that the therapists sees assessment of suicidal risk in the patient as an important part of the work. It is possible to assess the suicidality in the patient. It is impossible to predict an actual suicide.

Further research is required to increase knowledge in the subject.

Keywords: psychotherapists, suicidal patients, attempted suicide, experiences

1 Inledning

Trots att antalet suicid minskat kraftigt sedan 1970-talet, tar mellan 1400 och 1500 människor sitt liv i Sverige varje år. Bland män i åldersgruppen 15-44 år är suicid den vanligaste dödsorsaken och den näst vanligaste bland kvinnor i samma åldersgrupp. Forskning visar att psykisk ohälsa och missbruksproblem (Lönnqvist, 2009; Murphy, 2000; Waern, 2012) utgör betydande riskfaktorer för suicid. Även om de flesta som drabbas av psykisk sjukdom inte tar sitt liv har man konstaterat att majoriteten av de personer som avslutar livet genom självmord har en underliggande psykisk sjukdom (Nyberg, 2013).

Att bedöma patienters suicidrisk är en viktig del i det psykiatriska och psykoterapeutiska arbetet. Enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) är vårdgivare ålagd att anmäla ”om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom” (§ 2). Screeninginstrument för mätning av såväl ångest- och depressionsdjup som grad av suicidalitet, har tagits fram som hjälpmedel vid bedömning (Menninger, 1991; Rydén & Rydén, 2012; Nyberg, 2013). Bedömning av patienters suicidrisk kan medföra behandlingsmässiga överväganden för terapeuten (Hendin, Pollinger Haas, Maltzberger, Koestner & Szanto, 2006; Paris, 2007). Terapeuten kan också konfronteras med existentiella och etiska problemställningar (Ottosson, 2005).

Syftet med denna studie är att ta del av ett antal psykoterapeuters upplevelser och erfarenheter av bedömning av suicidrisk hos patienter.

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Definitioner

Enligt ”Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt” (Socialstyrelsen, 2003, sid 8-9) definieras begreppen självmord och självmordsnära enligt följande:

”Självmord (suicid). En medveten, avsiktlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden. Termen suicid är synonym med termen självmord, men har en annan klang då begreppet ”mord” inte ingår i ordet. Många självmord är oplanerade och inträffar i kaotiska situationer som ett utslag av impulsmässiga reaktioner, varför man kan ha anledning att undvika ordet ”mord” som leder tanken till en överlagd, uppsåtlig handling.”

”Suicidnära, självmordsnära. Personer som under det senaste året har gjort självmordsförsök, eller som har allvarliga självmordstankar, och där självmordsrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden, eller som utan att ha allvarliga självmordstankar på grund av omständigheterna i övrigt bedöms vara i farozonen för självmord.”

Suicidprocess är ett sätt att beskriva suicidalt beteende från suicidtankar, över suicidförsök, till suicid. Benämningen process visar på att det handlar om en utveckling som kan ta många år. Var patienten befinner sig i den suicidala processen är en betydelsefull faktor vid behandling (Herlofson et al., 2009).

2.2 Anknytningsteori

Enligt Bowlby (1994) är anknytningsbeteende något medfött som syftar till att skapa en bindning, en anknytning, mellan barnet och modern. Beroende på moderns förmåga att svara upp och samspela med barnet i denna process formas hos barnet ett anknytningsmönster som antingen kan beskrivas som tryggt, otryggt/undvikande eller otryggt/ambivalent. Ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv ligger ofta en otryggt/ambivalent anknytning, orsakad av en oförutsägbarhet i anknytningspersonens tillgänglighet, bakom inåtvänd eller internaliserande psykopatologi.

Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson (2009) beskriver internaliserande i detta sammanhang som att barnet, och så småningom den vuxne, i stället för att utforska fokuserar på sina egna negativa känslor och den bristande tillgängligheten hos anknytningspersonen. Individen har inga problem med att upptäcka och läsa in hotfull information. Däremot blir det svårt att tankemässigt frigöra sig från den upplevda hotbilden. Psykopatologiska följder av detta kan innebära depressioner, ångeststörningar, borderline personlighetsstörning och suicidalitet.

2.3 Sant själv/falskt själv

Winnicott (1993) beskriver i sin teori om det sanna och det falska självet hur det sanna självet i sitt tidigaste stadium kan ses som summan av de sensomotoriska livsfunktionerna. Det sanna självet är nära förbundet med primärprocessen och har som huvudfunktion att samla upp alla detaljerna i upplevelsen av att vara levande. Det falska självets tidigaste stadium är barnets anpassning till den inte tillräckligt bra moderns gest. På grund av moderns oförmåga att möta barnets gest, att göra barnets omnipotens verklig, ersätter hon barnets gest med sin egen. Det falska självets defensiva uppgift är att skydda det sanna självet från kränkning. Hos en frisk individ manifesteras det falska självet i ett socialt korrekt förhållningssätt till omvärlden där ”man inte visar allt man känner” (sid. 325). Samtidigt söker det falska självet förutsättningar för det sanna självet att förverkligas. Om detta inte är möjligt och det sanna självet står inför risken att exploateras och kränkas, återstår endast det slutgiltiga försvaret; självmord. I kopplingen mellan ett intellektuellt förhållningssätt och ett falskt själv ligger, enligt Winnicott, en särskild fara. Det kan innebära att en till synes framgångsrik individ lever med känslan av att vara en bluff. Ju större framgång individen har, ju större känns plågan och individens tillvaro präglas av meningslöshet och tomhet.

2.4 Känsla av sammanhang (KASAM)

Antonovskys (1991) teori om känsla av sammanhang (KASAM) bygger på de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En individ med hög känsla av sammanhang uppfattar stimuli, såväl från sin egen inre värld som från yttvärlden, som strukturerade, begripliga och förutsägbara. Kraven från dessa stimuli blir hanterbara. Detta skapar engagemang och ger individen känslan att det är meningsfullt och angeläget att agera. I anslutning till Antonovskys teori hävdar Konarski (1996) ett samband mellan brist på, eller brott i, meningsfullt sammanhang och utvecklande av fysisk eller psykisk sjukdom. Han menar att det finns en korrelation mellan meningsfullt sammanhang och utvecklande av motståndskraft hos individen.

3 Tidigare forskning

Sökning av tidigare forskning gjordes i databaserna PsychInfo och PubMed där sökorden *psychotherapists*, *suicidal patients*, *attempted suicide* och *experiences* användes. Sökning har även gjorts i litteratur som bedömts vara relevant för studien.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Goldstein & Buongiorno (1984) visar i en kvalitativ studie baserad på strukturerade intervjuer med tjugo psykoterapeuter, hur ett självmord tvingar terapeuten att inse sina begränsningar. Då man frågade om deras arbetssätt förändrats efter händelsen och om deras patientbemötande förändrats, svarade sjutton av tjugo terapeuter ja. En patients suicid hade haft till följd att man inte längre förringade suicidalt beteende eller suicidförsök. Erfarenheterna från en sådan händelse innebar också att terapeuterna tillät sig att konfrontera sina egna grandiosa fantasier om att kunna rädda patienter och att ifrågasätta den tidigare känslan av säkerhet.

I en kvantitativ studie (Menninger, 1991) av 105 psykoterapeuters reaktioner på patienters självmord, beskrivs vilka erfarenheter terapeuterna gjort och hur det påverkat deras vidare arbete med att bedöma suicidrisk. Två tredjedelar av den undersökta gruppen uppgav att de gjort förändringar i sitt arbetssätt. De förändringar som terapeuterna angav var dels att ta patientens suicidtankar på större allvar, dels att inta en större vaksamhet då patienten uttrycker hopplöshetskänslor eller önskningar om att allt ska ta slut. Man beskrev också hur man blivit mer noggrann i dokumentationen och i att få en "second opinion", man använde i större utsträckning slutenvård som en åtgärd eller, alternativt, en mer aktiv uppföljning av patienten. Dessutom upplevde terapeuterna en ökad acceptans hos sig själva för självmord som ett möjligt resultat.

Michel, Dey, Stadler & Valach (2004) använder i en kvantitativ studie "life-career" som ett övergripande begrepp för de utvecklingsprocesser som individen genomgår över tid, såväl personligt som i gemenskap med andra och i en social kontext. Exempel på sådana utvecklingsprocesser är identitet, förhållande till andra eller yrkeskarriär. Studien visar att de oftast förekommande problemen

relaterade till patienters "life-career", eller identitetsproblem, och med koppling till suicidförsök är bristande självkänsla, svårigheter att hantera separationer och förluster, upplevelser av avvisande och känsla av begränsning och beroende i ett förhållande.

Tillman (2006) kommenterar i en fenomenologisk studie av psykoanalytikers reaktioner på patienters suicid, förekomsten av narcissistisk skada hos terapeuter som förlorat en patient genom suicid. Tillman hävdar att en patients suicid är bland det mest traumatiserande, provocerande och förödmjukande en terapeut kan uppleva under sitt yrkesutövande. Känslor av förlust vad gäller kompetens och anseende kan väckas hos terapeuten. Att förlora patienten och sin yrkesmässiga självbild kan innebära ett oerhört lidande för terapeuten om han/hon lämnas ensam med dessa känslor. Tillman framhåller som betydelsefullt i studien att deltagarna berättar om de inneboende riskerna i yrket för kollegor som inte upplevt att en patient tagit sitt liv.

Hendin, Pollinger Haas, Maltzberger, Koestner & Szanto (2006) har i en kvantitativ studie av suicid bland patienter i pågående behandling identifierat några återkommande huvudproblem i psykoterapeutiskt arbete med suicidala patienter.

Bristande kommunikation mellan vårdgivare. En aktiv kommunikation mellan behandlare bidrar till ett vidgat perspektiv hos terapeuten och anges som ett stöd i arbetet.

Patienten eller patientens närstående tillåts ta kontroll över terapin. Hot om suicid kan vara ett sätt för patienten att ta kontroll över terapin. Det är viktigt att vara uppmärksam på detta problem när det gäller suicidala patienter eftersom suicid är en ofta förekommande aspekt av kontrollbehovet hos denna patientgrupp.

Undvikande av frågor som rör sexualitet. Problem förknippade med sexualitet ingår inte sällan som en viktig, men ofta förbisedd del i suicidala patienters problembild.

Ineffektiva eller tvingande åtgärder på grund av terapeutens ångest. Slutenvård är en åtgärd som inte ska användas för att lindra terapeutens egen ångest och oro för patienten. Åtgärden är aktuell då det bedöms föreligga en uppenbar och akut risk för att patienten ska ta sitt liv. Vid beslut om slutenvård är det viktigt att terapeuten är tydlig och bestämd i sitt agerande. I ett akut läge där patienten vägrar acceptera slutenvård är tvångsinläggning att föredra framför att låta patienten gå hem och tänka på saken.

Att inte förstå innebörden av vad patienten kommunicerar. Orsaken kan vara missförstånd eller att inte uppfatta det latenta i det patienten kommunicerar. Att fråga om patientens drömmar kan ge viktig information om suicidtankar eller planer, även om detta inte framkommer i den direkta kommunikationen.

Obehandlade eller underbehandlade symtom. Suicidala patienter med symtom som huvudsakligen kan relateras till aktivt missbruk, ångest eller med psykotiska inslag kräver i de flesta fall adekvat läkemedelsbehandling.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Birtchnell (1983) har listat de reaktioner som kan förväntas hos terapeuten i mötet med en patient som avslöjar sina självmordsavsikter; ångest, ökat intresse, återhållsamhet, irritation, undvikande, förnekande och passivitet. Samtidigt återfinns hos den suicidala patienten sådana aspekter som behov av anknytning, regression, beroende, känslighet för avvisande eller separation, ambivalens, aggression, låg självkänsla och förtvivlan. Birtchnell skriver också att det finns en tendens hos den suicidala patienten att söka sig till symbiotiska relationer som är svåra att lösgöra sig ur utan att skapa ångest hos endera parten. Det kräver ett gott kliniskt omdöme hos terapeuten för att kunna avgöra i vilken grad patientens beroendeböj ska tillgodoses och i vilken grad patienten ska uppmuntras till att ta ett eget ansvar.

Gabbard (2003) menar att suicidhot under pågående psykoterapeutisk behandling kan av terapeuten uppfattas som en direkt attack mot dennes kompetens och person. Suicid är den ultimata narcissistiska kränkningen för en terapeut. Vidare skriver han att vissa suicid är överilade handlingar orsakade av att patienten upplevt terapeuten som avvisande. Därför får terapeuten aldrig nonchalera ett suicidhot. Samtidigt kan en överdriven ängslan hos terapeuten påverka förmågan att tänka klart kring suicidalitetens funktion och mening för patienten. Gabbard betonar också skillnaden mellan suicidalitet och att aktivt ta sitt liv. Här, menar han, har terapeuten en uppgift i att hjälpa patienten att inse skillnaden och att också inse skillnaden mellan fantasi och impulshandling.

Chiles & Strohsal (2005) varnar för risken att som terapeut invaggas i en falsk trygghet genom suicidförebyggande åtgärder. Som exempel anges att göra upp ett kontrakt med patienten kring hanterandet av patientens suicidalitet under det gemensamma arbetet. Författarna hävdar att ett kontrakt inte minskar suicidrisken i någon större grad. Det finns ingen garanti för att ett kontrakt som gjorts upp vid första besöket fortfarande har giltighet vid nästa besök. Däremot kan det leda till minskad vaksamhet hos terapeuten. Författarna frågar sig vilka slutsatser man kan dra kring bedömning av suicidrisk. För det första anser man det som praktiskt taget omöjligt att intervensera och förhindra ett beteende som inte kan förutsägas med exakthet. För det andra finns ingen tidigare forskning med en kliniskt relevant tidsram; man har ingen möjlighet att veta om de akuta riskfaktorerna är de samma som riskfaktorerna i efterförloppet. För det tredje efterfrågas ett allmänt förhållningssätt till vården som inte förvränger bilden av klinikernas förmåga vad gäller suicidbedömning och prevention. Man anser att arbetet med suicidala patienter är svårt nog i sig, utan att man dessutom ska utsättas för pressen att göra omöjliga förutsägelser.

Rydén & Rydén (2012) frågar för vems skull en suicidriskbedömning görs. Det enda acceptabla svaret är, enligt författarna, för patientens skull. Samtidigt blundar man inte för att faktorer som anmälningsplikt enligt lex Maria och varierande skattningssvar beroende på diagnosgrupper, kan ha betydelse. Borderline patienter med autismspektrumtillstånd skattar exempelvis högre på självmordsbenägenhet, vilket kan ha till följd att bedömningen görs för att man som terapeut i efterhand inte ska kunna bli ställd till svars för att ha begått något fel. Samtidigt betonar författarna *accountability*, den demokratiska grundsatsen att ansvar ska kunna utkrävas när fel har begåtts. Detta förutsätter dock att den övervakande myndigheten kan uppfatta rimligheten i de förväntningar på åtgärder som läggs på en verksamhet. Författarna betonar också att det är viktigt att det finns en respekt hos myndigheten för den verklighet som ska övervakas.

Nyberg (2013) beskriver hur patientens avslöjande av akuta självmordsplaner kan ge mottagaren känslor av otillräcklighet och inkompetens. Tankar om vad som bör göras och vem som ska göra det kan dyka upp hos terapeuten och påverka det aktiva lyssnandet. Vikten av att i professionella situationer ha välkända, tydliga, skriftliga rutiner betonas. Skattningsskalor för bedömning av suicidrisk ska ses som hjälpmedel, inte som en ersättning för den personliga bedömningen. Författaren betonar också värdet av en välkomnande attityd gentemot patienten.

4 Frågeställningar

Vilka är dina upplevelser och erfarenheter av att göra suicidriskbedömningar?
 Vad grundar du din bedömning på?
 Vilket stöd får du i arbetet?
 Hur påverkas du professionellt?
 Hur påverkas du som person?

5 Metod

Positivism och hermeneutik är de två vetenskapsteorier som ligger till grund för forskning. Generellt kan naturvetenskapen sägas ligga närmast positivismen, medan humanvetenskapen har sin tillhörighet inom hermeneutiken. Positivismen grundar vetenskap på observation av data enligt generella metodregler som verifierbarhet, objektivitet och reproducerbarhet. Forskaren intar en distanserad, registrerande hållning där tolkningar av innebörd, innehåll och kontext i en undersökning är av underordnad betydelse. Relationen till det undersökta kan beskrivas som en subjekt-objekt-relation. I hermeneutiken å andra sidan är tolkningen grundläggande. Teorin har sitt ursprung i teologin där tolkningen av gamla skrifter syftade till förståelse av innebörden i texterna. Den hermeneutiska teorin ligger till grund för undersökningar av varelser, ting eller händelser som uttrycker mening eller innebörd. Avsikten är att få förståelse för det undersökta. Därigenom kan relationen mellan forskaren och det som undersöks beskrivas som en subjekt-subjekt-relation (Wedin & Sandell, 2004).

Kvantitativ forskningsmetod har sina rötter i positivismen. Forskarens observationer bearbetas vanligen utifrån matematiska metoder där resultatet kvantifieras i siffror och tabeller. Den kvalitativa forskningsmetoden har sitt ursprung i hermeneutiken. Metoden i sig inrymmer ett antal alternativ med varierande grad av struktur. Kvalitativa studier utgår från subjektiva beskrivningar eller tolkningar av upplevelser eller föreställningar. Ofta handlar innehållet i en kvalitativ frågeställning om *hur* eller *vad* (Langemar, 2008). Wedin & Sandell (2004, sid 79) beskriver metoden som ”en omfattande, långsam, arbets- och tidskrävande process av läsande (om materialet är sammanställt i textform) och tänkande.”

5.1 Undersökningsdeltagare

Deltagarna i studien utgjordes av sex legitimerade psykoterapeuter, alla med minst fem års erfarenhet i yrket. Fyra arbetade inom den offentliga psykiatrin, en delade sin tid mellan offentlig och privat verksamhet och en var privatpraktiserande psykoterapeut. Deltagarna befann sig i åldrarna 40 – 70 år, med könsfördelningen fyra kvinnor och två män. Yrkesmässigt bestod gruppen av två psykologer, två socionomer, en sjuksköterska och en psykiater. Tiden deltagarna varit verksamma som psykoterapeuter varierade mellan tio och fyrtio år. Två av deltagarna var även handledarutbildade. Urvalet av deltagare gjordes genom ”snöbollsurval” (Langemar, 2008, sid.63), det vill säga ett tillgänglighetsurval där tillfrågade personer ger tips om lämpliga andra personer. Deltagarna kontaktades först med ett informationsbrev (se bilaga 1) via e-post med en kort presentation av författaren, studiens syfte och metod, samt en förfrågan om intresse fanns att ingå i studien. Samtliga svarade positivt på denna förfrågan. Därefter kontaktades deltagarna på telefon, då ytterligare information gavs och eventuella frågor från deltagarna besvarades. Vid samma tillfälle gjordes också en överenskommelse om tid och plats för intervju.

5.2 Datainsamlingsmetoder

Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer. Vid intervjuerna hölls frågorna så öppna som möjligt utan att styras av frågeformulär. Någon intervjuguide användes inte. Syftet var att deltagarna skulle vara så fria och öppna som möjligt, även om det fanns ett tydligt mål i frågeställningen. Varje intervju inleddes med att respondenten ombads berätta om sina upplevelser av att bedöma suicidrisken hos patienter. Därefter fortskred intervjun med fokus på aktuella frågeställningar och med följdfrågor baserade på vad respondenten berättade, i vissa fall ombads respondenten göra klarlägganden av vad som sagts för undvikande av missförstånd eller feltolkningar.

5.3 Bearbetningsmetoder

Tematisk analys innebär att det insamlade materialet (data) struktureras utifrån teman. Allt insamlat material analyseras på en gång, så kallad ”vågrätt” analys. Genom att det insamlade materialet ligger till grund för de teman som data struktureras i får studien sin induktiva ansats (Langemar, 2008). För den här studien har en induktiv tematisk analys valts som metod.

Intervjuerna genomlyssnades och transkriberades till text som igenomlästes upprepade gånger för att en god överblick skulle uppnås. För frågeställningen relevant text markerades och sorterades utifrån olika preliminära teman. Hela texten gick igenom och allt som tillhörde respektive tema plockades ut. Varje tema benämndes och definierades slutgiltigt. En sammanfattning gjordes av materialet under varje tema med belysande citat.

5.4 Genomförande

Datansamlingen som baserades på individuella intervjuer pågick under tiden februari till april 2015. Intervjuerna genomfördes på respektive terapeuts tjänsterum. Längden på intervjuerna varierade mellan 42 och 51 minuter. Intervjuerna ljudinspelades. De tekniska hjälpmedel som användes vid inspelning av intervjuerna utgjordes av ett fickminne av märket Olympus. Som backup användes samtidigt röstinspelningsfunktionen på mobiltelefon av märket Samsung Galaxy.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), syftar till fysiskt, psykiskt och integritetsmässigt skydd för den enskilda människan. För godkännande av forskningsprojekt kräver lagen respekt för människovärdet. I en etikprovning ska mänskliga fri- och rättigheter tas i beaktande. Lagen innefattar krav på samtycke från forskningspersonerna, att deltagandet är frivilligt och att information tillhandahålls. Vetenskapsrådet (2001) fastställer i etiska riktlinjer kraven på information, samtycke, konfidentialitet, samt nyttjande vid humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Denna studie grundas på intervjuer av yrkesverksamma terapeuter om deras egna upplevelser och erfarenheter. Genom att dessa personer först informeras om syfte med studien, metod som kommer att användas, frivillighet i deltagande och rätten att när som helst avbryta medverkan, uppfylls informationskravet. Informationen ges såväl muntligt som skriftligt. Om terapeuten efter erhållen information ger sitt frivilliga och uttryckliga samtycke till medverkan, dokumenteras detta (se bilaga 2). Därigenom anses samtyckeskravet uppfyllt. I och med att terapeuterna aidentifieras och analysmaterialet förstörs efter att studien är avslutad uppfylls kraven på konfidentialitet och nyttjande.

7 Resultat

Efter analys av materialet framkom fyra huvudteman med underteman:

7.1 Förhållningssätt och inriktning, 7.1.1 Etablera relation, 7.1.2 Bedömning av suicidrisk, 7.1.3 Terapeuternas förhållningssätt och inriktning i samtalet, 7.1.4 Ansvarstagande.

7.2 Samtalets innehåll, 7.2.1 Försök till normalisering, 7.2.2 Vad finns mellan raderna, 7.2.3 Varningssignaler, 7.2.4 Missbruk.

7.3 Struktur, krav och stöd i bedömningsarbetet, 7.3.1 Strukturella bedömningen, 7.3.2 Formella krav på struktur, 7.3.3 Stöd i arbetet.

7.4 Terapeuternas professionella och personliga situation i suicidbedömningsarbetet, 7.4.1 Dold agenda, 7.4.2 Gråzonen psykioterapi-psykiatri, 7.4.3 Nollvision, 7.4.4 Rätten att ta sitt liv, 7.4.5 Hur påverkas man.

7.1 Förhållningssätt och inriktning

Relationens betydelse vid bedömning av suicid poängteras. Förhållningssättet förändras inte av att frågor kring suicid förs in i samtalet. Som viktiga faktorer i förhållningssättet anges ansvarstagande och gränssättning, att förmedla hopp och förståelse för patientens situation.

7.1.1 Etablera relation

Terapeuterna beskriver hur viktigt det är att genom öppenhet, förtroende och alliansskapande i mötet med patienten skapa en relation. Eftersom detta gäller i alla möten med patienter, anser man inte att det egna förhållningssättet förändras vid suicidriskbedömning.

”Ja, framför allt att etablera en relation, ett förtroende och kliniken, alltså samtalet, är för mig A och O.” (R4)

Det är betydelsefullt att ha lite fingertoppskänsla i samtalet. Det är inte bara *vad* man säger som är viktigt, utan även *när* och *hur* man säger det

*”... viktigt att ha finliret med **när** man kan prata om det, **när** man får till alliansen.” (R1)*

7.1.2 Bedömning av suicidrisk

Bedömningen utgår från patientens problematik och fördjupas med att tankar och känslor som kan röra suicid lyfts fram. Det handlar om att komma nära, så att patienten vågar prata om sina farliga och skrämmande tankar.

”... men just det här att man pyser ut det här man inte vågat sagt, man har inte pratat med någon och då blir det lite som att... trolLEN spricker när det blir ljus.” (R1)

Rädsla för att skada relationen till patienten eller rädsla för att tala om suicid får inte vara avgörande för hur terapeuten förhåller sig.

”Samtidigt är det inget alternativ att på grund av att det ser ut på det här viset, så undviker man att gå in i en kontakt.” (R6)

Det påtalas också att suicidbedömning inte skiljer sig från andra samtal.

”Jag har aldrig känt det som en stor sak.” (R6)

7.1.3 Terapeuternas förhållningsätt och inriktning i samtalet

I intervjuerna framkommer hur terapeuterna anser inriktningen i samtalet bör vara. Man anger faktorer som att förmedla och ingjuta hopp och att visa förståelse för patientens upplevelse av att livet mist sitt värde. Det ingår också att kunna förstå var i processen patienten befinner sig och att ge utrymme för de existentiella frågorna.

"Hoppet behöver jag stå för. Och sen hur man står för det hoppet är ju en balansgång också, för det gäller ju att stå för hoppet utan att ifrågasätta patientens sinnesstämning eller känsla." (R5)

Att ge patienten eget utrymme och att lyssna ses som en förutsättning för att få en bild av hur patienten upplever sin situation.

"Att låta patienten få eget utrymme. Ge patienten möjlighet att få presentera sig på sitt unika sätt, lyssna och ta in vad han eller hon förmedlar." (R6)

Terapeutens förståelse för hur patienten känner sig, att livet kanske mist sitt värde, färgar denna bild.

Jag kan ju på nåt sätt förstå att ibland tycker man att livet inte är så kul, kanske har mist sitt värde just för den personen just då, och då har det det. Och då måste man prata om det." (R5)

Förståelse för var patienten befinner sig i processen är förutsättningen för att kunna förmedla förståelse till patienten.

"Det är en sak att kunna förstå det, men att man ändå alltid har handlingsberedskapen att försöka förhindra det." (R6)

Betydelsen av att ge utrymme för existentiella frågor framhålls. Möjligheten för patienten att tillsammans med terapeuten få reflektera över frågor som liv och död eller meningen med livet, ses som väsentligt. Detta beskrivs också som att värna om patientens integritet.

"Men det är också viktigt på nåt sätt att behålla integritet, att människor får tänka kring det, får tänka kring existentiella frågor." (R5)

"... åtminstone dom jag möter har ofta haft tankar kring vill jag leva eller dö, alltså existentiella funderingar, men från det till att göra verklighet av att inte leva längre kan ju steget vara jättelångt. Men jag försöker ju ändå prata om det i ett existentiellt perspektiv för att få mer kött på benen." (R2)

7.1.4 Ansvarstagande.

Ärlighet och ansvarstagande anges som viktiga komponenter i terapeutens förhållningsätt.

"Jag tror att man måste... liksom man måste ta ansvar på nåt sätt. Det är ju att måna om patienten och så hänger det ju på hur man formulerar det, vad man säger, menar det när man gör det..." (R4)

Att kunna sätta gränser, både för patientens och för sin egen skull, kräver tydlighet och ansvarstagande hos terapeuten. Möjligheten att hänvisa patienten till psykiatrin eller annan behandlare för en second opinion ses som en hjälp för terapeuten i tveksamma fall, eller vid tvivel på den egna förmågan.

"Det har hänt vid ett par tillfällen att jag nekat patienter. Det har inte känts svårt, men nödvändigt. För mig känns det oansvarigt att ge sig på något man själv inte är grundad i."(R6)

"Man förstår tycker jag, när jag säger att vi kan diskutera din önskan att ta livet av dig och att jag, när jag sätter mina gränser, säger att då vill jag att du går och gör en bedömning inom psykiatrin för att vi ska kunna fortsätta." (R5)

Gränssättning, ansvarstagande och tydlighet återkommer i resonemang kring hur relationen terapeut-patient eventuellt påverkas. Att som psykoterapeut inom psykiatrin använda sig av sådana åtgärder som läkarbedömning och slutenvård är exempel på detta. Upplevelsen hos flera terapeuter är att om man fått en relation, om alliansen finns där, så påverkas den inte negativt.

"Alltså där finns ju både och, att jag har upplevt att när jag har sagt att jag kan inte ta ansvar för ditt mående längre, jag tycker du behöver bli inlagd, och är det så att du inte går med på det så kommer jag ändå att se till det, för jag upplever att så här är inte acceptabelt att du mår och det är farligt, du behöver skydd, du behöver hjälp. Då tar jag det ansvaret och då har det aldrig varit något problem i relationen, det har det inte varit." (R4)

7.2 Samtalets innehåll

Att hjälpa patienten att sätta ord på tankar och känslor, att försöka hjälpa patienten till en normalisering och att vara uppmärksam på det latent innehåll ses som viktigt i samtalet. Stor vikt läggs vid att ge patienten stöd i sökande efter mening och meningsskapande. Samtidigt krävs en uppmärksamhet på varningssignaler. Varningssignaler som nämns är känslan av bristande kontakt och patientens upplevelser av tomhet, hopplöshet och hjälplöshet. Även faktorer som missbruk eller suicid i patientens närhet uppmärksammas.

"Jag försöker hjälpa dom depressiva patienterna att sätta ord på det, att inte bara bli tyst, det tror jag kanske förändrats från gammal psykodynamisk eller äldre relationell... jag tycker att dom depressiva tappar sitt språk, dom tappar sin tanke och då behöver jag hjälpa dom att tänka och om jag ska hjälpa dom att tänka så måste jag också prata. Alltså beskriva, fråga, liksom ge tillbaks på nåt sätt." (R5)

7.2.1 Försök till normalisering

Att påminna patienten om eventuella tidigare erfarenheter av att ha kommit ur liknande situationer anges som en möjlig hjälp på vägen mot en normalisering.

”Dom som har återkommande depressioner, självmordstankar, där kan man ju använda sig av det som varit tidigare. Att du vet att när det är så här så tänker du så här och känner du så här och så vet du att du kommit ur det. Alltså att också använda skallen lite grann och tänka att det kan vara så här och vad behöver man i dom här stunderna när det är så här för att skydda sig och läka och ta sig ur på nåt sätt. Det tror jag alla människor behöver höra.” (R 4).

Att påminna patienten om att det går att jobba med det som känns svårt och att patienten inte är ensam i detta, kan bidra till normaliseringen.

”... att det finns sätt att komma ur det och olika sätt som vi kan jobba med detta. Att ingjuta hopp om att det blir bättre på nåt vis, utan att säga att det här kärrar vi. Jag är med och vi jobbar med det här och det här tror jag att, jag menar, jag tror på att vi tar oss ur detta patienten sitter med och är beredd att jobba med det.” (R4)

Om patienten har barn är det viktigt att förhöra sig om patienten har, eller behöver, stöd med barnen. Patienter kan uppleva det som en lättnad.

”Om man säger en vuxen som kan ha självmordstankar eller vara manisk eller nånting sånt, man mår väldigt psykiskt dåligt, och man tar upp det här med barn också att hur mår barnen hemma och så... att jag upplever du behöver stöd i det här med att kontakta socialtjänsten, då tror många att det botar relationen, att patienten ska bli upprörd, men oftast, eller alla gånger jag har gjort det, så har patienten upplevt en lättnad, för dom flesta föräldrar, eller alla, vill vara en bra förälder.” (R4)

7.2.2 Vad finns mellan raderna

Det framhålls hur viktigt det är att vara uppmärksam på det latent i samtalet. Det ses som ett problem om samtalet uteslutande förs på en manifest nivå.

Terapeuterna menar att det finns en risk att patienten inte ges tid och utrymme om alltför stor vikt läggs vid att fylla i skattningsformulär och screeninginstrument under samtalet. Det anses också svårt att ändra karaktären på samtalet om det en gång har landat på den manifesta nivån.

”Vad som känns mer genuint och trovärdigt när man sitter i en terapi är om man ständigt funderar på vad är det latent innehåll i samtalet, vad är det som formuleras mellan raderna, vad är det för signaler patienten ger mig. Det känns mer angeläget för mig att jobba med för att kunna lyfta: När du berättar det här för mig, så funderar jag på om...”(R6)

7.2.3 Varningssignaler

Terapeuterna betonar betydelsen av meningsfullhet. Patientens upplevelse av att livet mist sin mening ska tas på stort allvar. Om patienten förmedlar en känsla av tomhet och meningslöshet, så är det viktigt att uppmärksamma detta vid bedömningen. Lika viktig är terapeutens känsla av brist på kontakt i samtalet. Tidigare suicidförsök, liksom suicid i patientens nära relationer eller närhet, kan också vara signaler till terapeuten om vaksamhet.

"Jag tycker meningsfullheten hör samman med den suicidala närheten. Så om meningsfullheten inte finns, om meningsfullheten inte finns när vi pratar, det klart då ringer en väckarklocka." (R5)

Tombetskänslan är jag kanske mer rädd för, sorgen och ledsenheten är inte så farlig, men tombetskänslan är i dom här sammanhangen riskabel, ligger nära det suicidala." (R5)

"... hur stark hopplöshet, hjälplöshetskänslorna är och vad finns det för meningsskapande... hur ser sammanhanget ut för individen, vad är... vad finns det kvar att leva för, hur starka värden är det?" (R2)

"Jag tittar ju också på suicid i närheten och på upplevelsen hos individen av dom suicid som har förekommit i individens närhet." (R2)

"En dålig kontakt är en väckarklocka!" (R4)

7.2.4 Missbruk

Sambandet mellan missbruk och ökad suicidrisk uppmärksammas av terapeuterna. Missbruk ses som en försvårande omständighet vid bedömningen, eftersom en suicidhandling många gånger kan vara en impulshandling.

"... som jag själv upplever nästan störst svårigheter det är ju det här med missbruk och suicidalitet och gränserna för när impulserna blir så starka så att... det är ju nästan omöjligt att bedöma i en terapi om det på nåt sätt kommer in ett missbruk som gör att impulsiviteten är nåt som hamnar utanför, inte går att överblicka över huvud taget." (R2)

Den bristande impuls kontroll som missbruket ger, inte minst under pågående rus, ses som en osäkerhetsfaktor som gör att vissa terapeuter valt att inte arbeta med dessa patienter.

"Jag frågar inte om missbruk direkt om det inte är uppenbart och då rekommenderar jag någon annanstans att gå. För min erfarenhet är att folk sällan är ärliga när det gäller det." (R5)

7.3 Struktur, krav och stöd i bedömningsarbetet

Terapeuterna beskriver samtalet som grundläggande för strukturen i bedömningsarbetet. Det finns en oro att formella dokumentationskrav leder till att för stor vikt läggs vid skattningsskalor och frågeformulär. Kontrakt kring hanterandet av patientens suicidalitet, tillgång till slutenvård och möjlighet till second opinion anges som stöd i arbetet. Patientens familj och närstående kan också utgöra ett stöd vid bedömningen. Terapeuterna betonar betydelsen av egen handledning och kollegialt erfarenhetsutbyte som stöd.

7.3.1 Strukturella bedömningen

I intervjuerna framkommer vilka parametrar terapeuterna använder sig av vid den strukturella bedömningen av patienters suicidalitet. Det visar sig att tonvikten inte i första hand ligger på skattningsskalor eller screeninginstrument för mätning av graden av suicidalitet eller depressionsdjup, utan det är det uttalade och outtalade i samtalet som är det centrala.

"MADR-S ibland, alltså depressionsdjup så då, men jag använder mig nog mera av samtalet." (R1)

"... så att Suicidstegen använder jag för att vi ska göra det, men några andra formulär tar jag i princip aldrig fram." (R2)

Fokus läggs mera på att lyssna in och känslan i kontakten när man värderar det som patienten förmedlar i samtalet.

"Man gör någon slags syntes av materialet. Man kopplar det till tankar, fantasier, funderingar kring suicidaliteten. Isolering, utanförskap, missbruk, då känns det naturligt att lyfta det i samtalet. Inte bara nu har jag ställt frågan, nu är jag fri."(R6)

"Känner jag att jag har kontakt med den här personen? Kan jag lita på den här personen? För det gör jag också; om jag har en patient som jag känner att nej, jag vågar inte lita riktigt här på relationen och svaren, då är ju risken, som jag bedömer det, högre." (R4)

Eventuell somatisk ohälsa hos patienten anges som en viktig parameter. Det kan vara viktigt att notera hur patienten ser ut gällande ansiktsfärg, kroppshållning, ögon och blickkontakt

"Tänka hjälplöshet, hopplöshet utifrån somatisk ohälsa..." (R2)

7.3.2 Formella krav på struktur

Att under samtalet använda sig av frågeformulär och skattningsskalor kan också uppfattas som negativt. Man ser en risk i att den manifesta karaktären på samtalet befästs. Det kan resultera i att patienten inte ges tid och utrymme att visa sig själv.

"... man backar många gånger upp det manifesta resonemanget genom sättet som man själv som terapeut förhåller sig. Man kan fråga sig vad orsaken... jag tror det handlar om att det ofta blir så manualstyrt, man har kanske inte den respekten för den andra nivån. Det är lättare att vara på den manifesta arenan."(R6)

"... och att inte ha för mycket strukturerade introduktionssamtal. Då tror jag risken är att man förlorar något som är väldigt svårt att återvinna."(R6)

Terapeuterna beskriver känslan av att de formella kraven vad gäller dokumentation skapar en struktur med överdriven tillit till färdiga frågeformulär.

Det finns en rädsla hos terapeuterna att detta kan slå ut viktiga kvalitéer i samtalet. Man betonar att det inte är formulärens innehåll i sig som är problemet. Det man vänder sig emot är att presentera formulär som ska fyllas i av patienten och den vikt som läggs vid användandet av dem i den efterföljande dokumentationen.

"Sedan är det ett slags tillit till frågeformulär, pappersexercis..."(R6)

"Det jag är emot är att man ger ett formulär och så får man kryssa i." / "... så det är ju inte det att det är oviktiga frågor..." / "För mig är grunden kontakten med patienten och det har ju också inneburit att jag använder mig aldrig av pappersformulär här på kliniken för bedömning av suicidrisk, utan att jag väver in dom här frågorna i samtalet och försöker med följdfrågor att skapa närhet och få patienten att våga berätta om det som skrämmer mest och de tankar och känslor som patienten har." (R4)

Samtidigt kan innehållet i frågeformulären ses som en hjälp för terapeuten att föra in ytterligare parametrar i sin bedömning.

"Egentligen är jag inte alls mycket för formulär, men ibland kan jag tycka att formulären kan vara ett sätt att vänja sig vid att ta in ytterligare parametrar i en bedömning."(R2)

7.3.3 Stöd i arbetet

Att upprätta ett kontrakt med patienten kring hanterandet av suicidaliteten nämns som ett stöd i arbetet, liksom möjligheten att hänvisa till psykiatrin eller annan behandlare för en second opinion när patienten är svårbedömd.

"Det är viktigt det här med kontraktet tycker jag, folk är ganska hederliga. Det är nånting för dom också att hålla sig kring." (R5)

Familjen och andra närstående lyfts fram som ett förbisett stöd i arbetet. Patientens närmaste nätverk beskrivs som en alltför outnyttjad resurs som kan vara till stor hjälp vid bedömningen eftersom det är de närmaste som ser patienten i det dagliga livet. Att resursen inte utnyttjas mera kan handla om en rädsla att relationen till patienten ska skadas och att förtroendet ska gå förlorat.

"Jag tror familjen är en stor resurs och jag tror folk skulle må mindre dåligt om dom hade dom med mera. Det är ju så att för patienterna, vilka föräldrar dom än har, så är det ju dom närmaste. Dom betyder mycket."(R4)

"Och det klart att jag skulle kunna hamna i den situationen att jag ringer, jag har varit nära att ringa anhöriga och det kan jag väl tänka som terapeut att det kanske man skulle göra mer, alltså när man tänker på den kunskap som finns idag kring dom suicidala personerna, att det rör sig mycket kring nära relationer, men det kan ju vara svårt i det terapeutiska arbetet ibland när man släpper på det. Vad innebär det för vår relation? Men jag skulle inte, ja helt främmande för det skulle jag inte vara."(R5)

Terapeuterna återkommer till hur viktigt det är att se processen och hålla den levande.Handledningens betydelse betonas, att lära sig av både egna och andras erfarenheter. De konkreta exempel på stödfunktioner som framkommer i intervjuerna är att ha möjlighet till kontakt med egen handledare, individuellt eller i grupp och att prata med kollegor. Lärande diskussioner i det egna teamet om hur man gör bra riskbedömningar efterlyses.

"Jag pratar om det med mina kolleger, drar det i handledning." (R3)

"Man tappar liksom greppet ibland, det är ju så. Man dras in i känslor och så, patienter man haft länge och så. Man behöver hjälp att se processen, att det finns en process." (R5)

"... att lära sig av andra som har jobbat, att lära sig av erfarenheter, av andras erfarenhet och ha det här levande, tror jag, och handledning, att hålla det levande." (R1)

"Jag tror att det vore bra om vi relativt ofta diskuterade på teamet hur gör man en bra suicidbedömning. Alltså det blir nåt mer än: dom här riktlinjerna har vi, gör suicidstegen, gör..." (R3)

7.4 Terapeuternas professionella och personliga situation i suicidbedömningsarbetet

Det finns en rad professionella och personliga situationer som terapeuterna har att ta ställning i och förhålla sig till i suicidbedömningsarbetet. Här nämns osäkerhetsfaktorer som att våga lita på patienten, vilken kontext man arbetar i, yttre krav och existentiella ställningstaganden. Till detta läggs också hur man påverkas på det personliga planet.

7.4.1 Dold agenda

Att inte kunna få garantier för att patienten inte ska ta sitt liv, oron att patienten trots gemensamma överenskommelser har en agenda som av olika anledningar hålls dold för terapeuten, upplevs mer eller mindre påfrestande.

"Sitter man i ett sånt här jobb har man inga garantier, det ingår i paketet att det värsta kan inträffa." (R6)

"... men det är ju en balansgång som kan vara svår nu också. När man ska tro på ordet liksom." (R1)

7.4.2 Gråzonen psykoterapi-psykiatri

Terapeuterna utvecklar sina tankar kring vad de upplever som en gråzon mellan psykoterapi och psykiatri. De upplever ibland svårigheter att avgöra var gränsen går mellan dessa båda och var man som terapeut själv befinner sig. Detta blir tydligt i de situationer då terapeuten tvingas ändra ramarna för kontakten för att

prioritera livräddning före behandling. De terapeutiska ramarna får ibland anpassas efter den verksamhet man arbetar i. Detta kan ur ett psykoterapeutiskt perspektiv upplevas frustrerande.

"... men många gånger har man ju fått förändra ramarna för kontakten för att upprätthålla en tillräckligt trygg struktur. Och där kan det ju krocka lite liksom utifrån ett mer renodlat psykoterapeutiskt bemötande kontra organisationens behov." (R2)

"Ibland blir det lite granna som att vi ska vara en terapiverksamhet och det är upp till mogna patienter på nåt vis att ta ansvar och det är ju inte dom patienterna som finns inom psykiatrin idag..." (R4)

"Jag tycker vi blir mer och mer ramlösa terapeuter och det blir mer och mer psykiatri i stället för psykoterapi och det gör ju nåt annat med kontakten också som ibland inte riktigt går åt samma håll." (R3)

7.4.3 Nollvision

I takt med den ökande forskningen kring suicidprevention har tankegångar kring en nollvision för suicid framförts från politiskt håll och i medier. Det är ett ämne som terapeuterna kommenterar. Reaktionen är blandade; det uppfattas som provocerande av en del terapeuter, medan andra ser det som en del i förbättringsarbetet kring suicidprevention. Gemensamt för de terapeuter som tar upp ämnet är dock att man anser det orealistiskt att uppnå en nollpunkt för suicid.

"Jag tycker det är provocerande därför att dom är ju inte ute i nån verklighet. Det finns alltid en risk vid dåligt mående." (R1)

"Jag har svårt att tänka mig att det finns en realistisk nollpunkt för suicid, det har jag, men jag tänker att det är angeläget att vi hela tiden blir bättre." (R4)

7.4.4 Rätten att ta sitt liv

Terapeuterna utvecklar resonemang kring patientens rätt till sitt eget liv och rätten att ta sitt eget liv. Det är ett tema som kan upplevas som ett etiskt dilemma, men som samtidigt kräver ett klart ställningstagande från terapeutens sida.

"Trots att jag sitter i organisationen där överlevnad är krav nummer ett så kan jag ju ändå inte bortse från att individen har rätt att göra sina val och det kan ju bli ett etiskt dilemma." (R2)

"Du kan inte som terapeut ge patienten rätten att ta sitt liv." (R6)

7.4.5 Hur påverkas man

Terapeuterna ger uttryck för att de ibland upplever hur arbetet med suicidnära patienter ger en oros känsla och att arbetet med patienter med hög suicidrisk under lång tid kan vara tungt att bära. Detta kan leda till tvivel på den egna förmågan och kompetensen. Det kan också ge känslor av skuld, att vara granskad och ifrågasatt av omgivningen.

”Åh, vad tufft! Varför utsätter jag mig för det här? Alltså det kommer ju såna frågor som terapeut ibland, alltså det gör det. När det blir riktigt svårt så kan vi börja tivla på oss själva. Kan jag hjälpa den här patienten vidare? Kan jag det eller kan jag inte?”(R5)

”Alltså, inte nog med att hantera mitt eget ifrågasättande och sorg och vad det nu... ja allt det som det innebär för oss på en gång om nu en patient tar sitt liv. Men att man på nåt sätt efteråt också ska känna sig granskad och ifrågasatt.” (R3)

”Men just att stå ut med att det är en hög suicidrisk över tid, det är ju tufft, tycker jag, för då bär man ju det hela tiden, och man kan ju inte lägga in patienten bara för att skydda sig själv.”(R4)

”... man är ju inte här som privatperson, man är här som yrkesperson, men man kan engagera sig väldigt...”(R4)

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Att intervjuerna ljudinspelades gav flera fördelar. Det innebar minskad risk för att viktig information skulle missas, det underlättade transkriberingen och det gav intervjuaren möjlighet att fokusera på terapeuten och på dynamiken under intervjun. Intervjuerna föregicks av en stunds allmänt småprat med hänsyn till att terapeuterna eventuellt kunde känna sig ovana eller obekväma i inspelningssituationen. Att intervjuerna genomfördes på respektive terapeuts tjänsterum bidrog möjligen till en större känsla av trygghet. Kanske hade studien fått en större bredd om en strukturerad intervjuguide använts, men då studiens syfte varit att belysa ämnet ur ett upplevande perspektiv, att låta varje terapeut få möjlighet att förmedla det unika i sina upplevelser och erfarenheter, valdes öppna och flexibla frågeställningar. Detta, tillsammans med medvetenheten hos författaren om den egna förförståelsen, ska ses som ett medvetet val för att undvika *confirmation bias*, det vill säga en omedveten selektering av information för att få bekräftelse för egna uppfattningar.

Det är möjligt att en fenomenologisk analysmetod hade gett ett större djup i analysarbetet och i översättandet av materialet. Tematisk analys ger möjlighet att tydligt strukturera materialet *samtidigt* som metoden innebär en tolkning genom att ett citat tolkas *som* någonting då det sorteras in under ett tema som författaren valt. Validiteten, att studien mäter det den ska mäta, uppnås genom uppmärksamhet på noggrannhet vid insamlandet av datamaterialet och i det efterföljande analysarbetet. Reliabiliteten, resultatets reproducerbarhet, är svårare att uppnå då studien bygger på människors tankar och känslor vid en given tidpunkt.

8.2 Resultatdiskussion

Suicidbedömning innebar en del specifika utmaningar för terapeuterna, exempelvis att möta och sedan hantera patienter som kan vara starkt präglade av att livet mist sin mening. Detta kunde ge upphov till känslor av oro, otillräcklighet och rädsla för missbedömning. Samtidigt sågs det som en naturlig och viktig del i terapeutens arbete som inte innebar ett förändrat förhållningssätt från terapeutens sida. Utmärkande i resultatet var hur starkt terapeuterna betonade samtalets och relationens betydelse för bedömningen. Screeninginstrument och skattningsskalor sågs som hjälpmedel. Det fanns en variation bland terapeuterna i vilken omfattning man använde sig av dessa hjälpmedel. Patientens upplevelse av tomhet och brist på mening betonades av samtliga terapeuter som viktiga varningssignaler för suicidrisk. Missbruk sågs som en betydande osäkerhetsfaktor för bedömningen. Terapeuterna beskrev en ökad otydlighet i gränsdragningen mellan psykoterapi och psykiatri, vilket ibland upplevdes ha en påverkan på den terapeutiska ramen. Vissa terapeuter upplevde talet om en nollvision för suicid som kränkande, medan andra såg det som en sporre till fortsatt förbättringsarbete. Etiska aspekter på rätten till sitt eget liv kontra överlevnad till varje pris uppmärksammades av flera terapeuter. Egen handledning och kollegialt erfarenhetsutbyte sågs som viktiga stödfunktioner. Patientens närmaste nätverk angavs som en ofta outnyttjad resurs, men som kunde vara ett stöd i bedömningen.

8.2.1 Förhållningssätt och inriktning

Under denna rubrik diskuteras relationens och samtalets betydelse. Terapeutens förhållningssätt återspeglas i samtalets inriktning. Här uppmärksammas också missbruk som en osäkerhetsfaktor vid bedömningen.

I intervjuerna betonas genomgående samtalets och relationens betydelse vid bedömning av suicidrisk. Det är i samtalet möjligheten till kontakt och relationsskapande mellan terapeut och patient ligger. Det centrala för att kunna bedöma suicidrisk är att etablera en relation genom att skapa öppenhet, förtroende för att kunna prata om det smärtsamma och känslan av allians. Michel et al. (2004) menar att arbetsalliansen stärks när terapeuten i samtalet visar förståelse för vilken känslomässig påverkan de identitetsproblem patienten förmedlar kan ha på patientens suicidalitet.

Suicidriskbedömning beskrivs som en naturlig del i mötet med patienten. Terapeuterna talar om att komma nära. Detta innebär att med utgångspunkt i patientens problematik skapa en öppen atmosfär i samtalet som gör att patienten vågar förmedla sina tankar och känslor, även om de kan upplevas som konstiga, skrämmande eller farliga. Terapeuterna menar att eventuella egna känslomässiga svårigheter eller rädsla att utlösa en impuls hos patienten att verkligen begå självmord, inte får hindra att man fördjupar samtalet. I forskningen finns inga belegg för att samtal om självmord ökar risken för självmordshandlingar, med andra ord, det föreligger ingen risk för smitta när det handlar om avsikt att begå självmord. Däremot kan tystnad vara smittsamt. Det blir svårare för en enskild

person att bryta tystnaden ju mer tystnaden har tillåtits breda ut sig (Nyberg, 2013). Att ställa frågor om suicid till patienten orsakar enligt Chiles & Strosahl (2005) inte att patienten tar sitt liv. Tvärtom upplever patienten ofta en lättnad i att i samtalet få lyfta fram tankar som burits som en skamlig hemlighet.

Terapeuterna upplever att deras förhållningssätt i mötet med patienten inte förändras då suicidrisken kommer i fokus under samtalet. Terapeuterna anger tydlighet, ärlighet, ansvarstagande och förmåga att sätta gränser som viktiga delar i det egna förhållningssättet. Terapeutens förhållningssätt ses som avgörande för möjligheten till relationsskapande. Detta anses gälla inte minst med patienter som, till följd av bristande förmåga till omhändertagande hos patientens tidiga anknytningspersoner, utvecklat ett otryggt/ambivalent anknytningsmönster (Bowlby, 1994). Utöver det framhålls också betydelsen av att ge patienten utrymme i samtalet. Genom att ge patienten tid och utrymme till reflektion, även kring existentiella frågor, fördjupas terapeutens bild av hur patienten upplever sin situation. Detta bidrar till terapeutens förståelse för var patienten befinner sig i processen, vilket enligt Herlofson et al. (2009) kan ha betydelse för behandlingen, och även bidra till terapeutens möjlighet att inge hopp och förmedla förståelse. Som exempel på ansvarstagande och gränssättande nämns konkreta åtgärder som att upprätta ett kontrakt kring suicid med patienten, att hänvisa till psykiatrin, slutenvård, eller inhämtande av second opinion. Terapeuterna anser att sådana åtgärder inte påverkar en etablerad relation negativt utan i stället visar på allvaret i situationen och ansvarstagandet från terapeutens sida. Detta bekräftas också i tidigare studier av Menninger (1991). I tidigare forskning (Chiles & Strosahl, 2005) ses åtgärder som kontrakt och slutenvård som exempel på suicidpreventiva åtgärder som bör användas med försiktighet. De betonar att behandlaren måste se ett kontrakt som en överenskommelse för stunden. De menar att det finns en risk att behandlaren invaggas i en falsk trygghet och att det därför är viktigt att överenskommelsen återkommande tas upp med patienten eftersom förutsättningarna redan vid nästa möte kan ha förändrats. Paris (2007) kommenterar slutenvård som en åtgärd som ska användas med stor restriktivitet. Efter ett livshotande självmordsförsök kan slutenvård under en kortare tid vara befogad för utvärdering av utlösande faktorer och för översyn av vårdplan. I övrigt ses inte slutenvård som en självklar åtgärd vid självmordshot, mindre överdoser eller självskadande beteende, eftersom det saknas evidens för den behandlingsmässiga nyttan. Snarare kan åtgärden vid dessa tillfällen ses som ett utslag av "the rule of fear" (sid.92), det vill säga terapeutens rädsla för att patienten ska ta livet av sig. Hendin et al. (2006) ser slutenvård som en livräddande åtgärd i ett akut läge. Åtgärden ska inte användas som ångestlindring för terapeuten.

Terapeuterna ser på missbruk som en försvårande omständighet vid bedömningen. Det är framför allt den bristande impulskontrollen som ofta följer med missbruket som man anger som ett problem. Tidigare forskning, (Murphy, 2000), visar att alkoholmissbruk finns med i bakgrunden hos 25-55 % av alla suicidfall och utgör den näst vanligaste diagnosen bland suicidfall efter depression. I en internationell metaanalys, (Lönqvist, 2009) anges risken för suicid vara 13-16

gångar högre hos narkotikamissbrukare jämfört med normalbefolkningen. Några terapeuter talar om en förhöjd riskfaktor när spärren släpper under ruset. Enligt Waern (2012) ska risken ses som förhöjd under alla faser i missbruket, även efter lång tid av nykterhet. Orsaker som anges är relationskonflikter, förvärvade hjärnskador som ger större känslighet för depression och annan psykisk sjukdom, sekundärt till missbruket. I studien varierar sätten att hantera problemet. Det kan anses att missbruket är under kontroll eller att missbruket måste behandlas parallellt med den psykiska ohälsan. En terapeut har valt att inte arbeta med missbrukspatienter överhuvudtaget.

8.2.2 Samtalets innehåll

Viktiga beståndsdelar i samtalet utgörs enligt terapeuterna av en strävan mot normalisering för patienten och uppmärksamhet på vad som sägs, men också på vad som inte sägs. Samtalet ger terapeuten en möjlighet att uppfatta de varningssignaler som patienten förmedlar.

Att hjälpa patienten att sätta ord på sina tankar och känslor beskrivs som en viktig del i samtalet. Att lyfta fram patientens eventuella tidigare erfarenheter av att haft suicidtankar och att ha kommit ur situationen, ses som en hjälp i arbetet mot en normalisering av den aktuella situationen. Här blir det också angeläget att till patienten förmedla känslan av att inte vara ensam i situationen. Uppmärksamhet på vad som finns mellan raderna, det som beskrivs som att lyssna till det latenta i samtalet, anser terapeuterna som viktigt. Nyberg (2013) uppmärksammar direkt och indirekt suicidal kommunikation. Den direkta kommunikationen är verbal eller skriftlig, exempelvis avskedsbrev, medan den indirekta kommunikationen utgörs av handlingar som inte direkt antyder suicidavsikter, exempelvis att patienten slutar med sin medicin, eller inte frågar efter nästa besökstid på samma sätt som patienten normalt brukar göra. Även Hendin et al. (2006) framhåller det latenta som patienten kommunicerar och den indirekta kommunikationen som betydelsefullt. Upplevelsen av att inte få riktig kontakt i samtalet med patienten tolkar terapeuterna som en varningssignal vid suicidriskbedömning.

I intervjuerna framhålls hur viktig patientens upplevelse av meningsfullhet är vid bedömning av suicidrisk. När Antonovsky (1991) rangordnar betydelsen av de tre komponenterna i KASAM beskrivs meningsfullheten som viktigast; individer som är engagerade och bryr sig om har också förutsättningarna att hitta förståelse och resurser. Samtidigt betonas att alla komponenter behövs för en framgångsrik problemhantering. Detta gäller även i det terapeutiska arbetet med patienten. Terapeutens och patientens gemensamma arbete syftar till att skapa förutsättningar för att patienten ska kunna uppleva meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. För detta krävs att patienten har en tillräckligt fungerande förmåga till anknytning (Bowlby, 1994) och att patienten har tillräcklig tillgång till sitt sanna själv (Winnicott, 1993).

Tidigare suicidförsök såväl som suicid i patientens närhet blir också något som terapeuterna beskriver som varningssignaler vid bedömningen. Som väsentligt

anges också att notera patientens yttre; ansiktsfärgen, kroppshållningen, ögonen och förmågan till blickkontakt. Även betydelsen av att undersöka eventuell somatisk ohälsa hos patienten lyfts fram. Nyberg (2013) pekar på att psykologiska faktorer orsakade av förluster kan utlösa suicidhandlingar. Somatisk ohälsa anges som en sådan förlust.

8.2.3 Formell struktur, krav, instrument och stöd i arbetet

Hur terapeuterna strukturerar sina bedömningar sammanfaller kanske inte alltid helt med formell struktur och krav. Olika former av stöd i arbetet anges.

I tidigare studier (Menninger, 1991; Rydén & Rydén, 2012; Nyberg, 2013) framhålls att skattningsskalor och screeninginstrument ska ses som hjälpmedel vid bedömning, men att de varken kan ersätta den personliga bedömningen eller förutsäga framtida suicidrisk. Detta framkommer också tydligt i denna studie. I intervjuerna betonas återkommande att det uttalade och outtalade i samtalet med patienten utgör den viktigaste parametern vid suicidriskbedömning. Terapeuterna uppger att de så långt möjligt undviker att presentera formulär för patienten. Terapeuterna beskriver hur de upplever att de formella kraven på dokumentation har bidragit till en överdriven tillit till färdiga frågeformulär och screeninginstrument vid bedömning av suicidrisk. Det är inte innehållet i formulären man vänder sig emot. Tvärtom kan det vara en hjälp för att utöka parametrarna i bedömningen. Däremot kan det finnas en risk att alltför stort fokus läggs på att fylla i blanketter och att själva samtalet blir lidande av detta. Terapeuterna uppger att de i stället för att presentera papper som patienten ombeds fylla i, väver in samma frågor i samtalet. Detta kan tolkas som att man är väl förtrogen med materialet, även om man inte presenterar några papper under samtalet. Avsikten med detta är att ge bättre förutsättningar för relationsskapande och att patienten ges utrymme och tid att på sitt eget sätt få presentera sina tankar och reflektioner.

Patientens närmaste nätverk, familjen och vänner, uppmärksammas som ett stöd i arbetet. Patientens nätverk ses som en alltför sällan utnyttjad resurs med tanke på att det är dessa personer som känner patienten bäst. Det är många gånger patientens närmaste som i första hand är mottagare av patientens direkta eller indirekta suicidala kommunikation (Nyberg, 2013). Terapeuterna beskriver den lättnad de flesta patienter känner när barnen och patientens oro kring dem uppmärksammas i samtalet. Att erbjuda hjälp och stöd i kontakt med socialtjänsten har också upplevts positivt av de flesta patienter.

Handledning, individuellt och i grupp, samt utbyte av erfarenheter med kollegor, anges av samtliga terapeuter som det främsta stödet i arbetet. Någon beskriver hur lätt det är att tappa greppet, att låta känslor styra, och hur handledningen då kan bidra till att man uppmärksammas på processen och kan hålla den levande. Hendin et al. (2006) framhåller betydelsen av en aktiv kommunikation mellan de behandlare som är engagerade i den enskilde patienten. Ett kollegialt erfarenhetsutbyte i syfte att ge ytterligare perspektiv och stöd till terapeuten.

Gabbard (2003) lägger stor vikt vid betydelsen av egenvård, inte minst under själva terapeututbildningen. Han skriver att terapeuter måste vara uppmärksamma på sina egna liv och behov innan försök görs att rädda andra. Han ser det som terapeutens plikt att göra allt som är möjligt för att hålla sitt huvud ovanför vattenytan.

8.2.4 Terapeuternas professionella och personliga situation i suicidbedömningsarbetet

Rubriken omfattar faktorer som terapeuterna upplever har inverkan på deras upplevelser både professionellt och personligt.

Terapeuterna beskriver hur man trots överenskommelser med patienten ibland kan känna osäkerhet och oro över att patienten ska ta sitt liv.

I intervjuerna framkommer hur terapeuterna upplever att gränsen mellan psykoterapi och psykiatri blivit alltmer otydlig. Det verkar ibland oklart om arbetet fokuserar på prevention eller behandling. Att som terapeut tvingas skifta fokus från behandling till livräddning kan innebära att de terapeutiska ramarna påverkas. Det påpekas att arbetet med de patienter man möter i psykiatrin idag ofta ställer ett större uppföljningsansvar på terapeuten än tidigare. Chiles & Strosahl (2005) gör en distinktion mellan preventionsfokuserad bedömning, som man menar är vanligast förekommande, och behandlingsfokuserad bedömning, där bedömning av suicidrisk inte bör ses som en isolerad insats utan mera som första steget i den fortsatta behandlingen. Paris (2007) hävdar att ett överdrivet fokus på suicidprevention hindrar det terapeutiska arbetet och skapar en kaotisk atmosfär där patienten kontrollerar terapeutens agerande. Hendin et al. (2006) pekar på risken att patienten genom återkommande hot om suicid kan ta kontrollen över behandlingen.

Även om samtliga terapeuter ser det som realistiskt att kunna uppnå en nollpunkt vad gäller suicid, skiljer sig åsikterna åt när det gäller att arbeta utifrån en nollvision. Av någon ses det som en del i förbättringsarbetet kring suicidprevention, medan någon annan uppfattar det som närmast provocerande och verklighetsfrämmande. Nyberg (2013) drar paralleller till det kontroversiella förslaget om nollvision för dödsfall i trafiken i slutet på 1990-talet. Förslaget väckte initialt starka negativa reaktioner, men har på senare år utmynnat i ett systematiskt förbättringsarbete.

Terapeuterna resonerar kring etiska aspekter på rätten att ta sitt liv. Det kan upplevas som ett etiskt dilemma att arbeta för överlevnad till varje pris, samtidigt som man kan möta personer för vilka livet verkligen mist sitt värde, exempelvis på grund av svår somatisk sjukdom. Det anses också att man kan förstå om livet mist sitt värde för en människa, men det innebär inte att man som terapeut kan ge patienten rätten att ta sitt liv. Ottosson (2005) pekar på hur de två etiska grundprinciperna att göra gott och ge den vård som krävs för att rädda liv och respekt för människans självbestämmande, riskerar att hamna i konflikt med

varandra i mötet mellan vårdgivaren och den suicidala patienten. Ottosson hävdar att det finns tillfällen då suicid kan accepteras som en rationell handling, exempelvis då en psykiskt frisk människa med långt framskriden cancer beslutat sig för att avsluta sitt liv. Detta innebär dock inte att det skulle vara etiskt riktigt att som vårdgivare medverka i handlingen.

På det personliga planet förmedlar terapeuterna hur de ibland kan känna vanmakt, övergivenhet, utsatthet, tvivel på den egna kompetensen och en oro inför risken att bli ifrågasatt av sig själv och andra och att bli kritiserad och granskad. Motsvarande upplevelser och känslor framkommer i tidigare studier av terapeuters upplevelser i samband med att en patient suiciderat (Birtchnell, 1983; Goldstein & Buongiorno, 1984; Menninger, 1991; Tillman, 2006).

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Ökad kunskap ses som en viktig faktor i arbetet med att minska förekomsten av suicid. Fortsatt inhämtande av kunskap och tillvaratagande av erfarenheter är viktigt i strävan att ytterligare minimera antalet suicid.

Referensförteckning

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Birtchnell, J. (1983). Psychotherapeutic Considerations in the Management of the Suicidal Patient. *American Journal of Psychotherapy*, 37 (1), 24-36.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2009). *Anknytning i praktiken – tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Chiles, J.A. & Strosahl, K.D. (2005). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *International Journal of Psychoanalysis* 84 249-261.
- Goldstein, L.S. & Buongiorno, P.A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38 (3), 392-398.
- Hendin, H., Pollinger Haas, A., Maltzberger, J.T, Koestner, B. & Szanto, K. (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 163 67-72.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red.) (2009). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Konarski, K. (1996). Meningsfullt sammanhang – en skyddsfaktor för hälsa. *Psykiisk Hälsa*, (1), 32-43.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.
- Lönnqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D.Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective* (pp. 281-282). Oxford: Oxford University Press.
- Menninger, W.W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 55(2), 216-27.

- Michel, K., Day, P., Stadler, K. & Valach, L. (2004). Therapist Sensitivity Towards Emotional Life-career Issues and the Working Alliance with Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, (8), 203-213.
- Murphy, G. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse. In Hawton, K. & van Heeringen, K. (Eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 135-145). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Nyberg, U. (2013). *Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ottosson, J-O. (2005). *Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber AB.
- Paris, J. (2007). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rydén, E. & Rydén, G. (2012). *Komplexa fall inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*. Artikelnr 2003-110-8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:28 *Lex Maria*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tillman, J. (2006). When a Patient Commits Suicide: An Empirical Study of Psychoanalytic Clinicians. *International Journal of Psycho-Analysis* 87 159-177.
- Vetenskapsrådet (2001). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Waern, M. (2012). Missbruk och suicid. I C. Fahlke, (Red.), *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning* (s. 305-314). Malmö: Liber AB.
- Wedin, L. & Sandell, R. (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Winnicott, D.W. (1993). *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej!

Jag heter Lars-Göran Johansson och arbetar som psykiatrijuksköterska på Södra öppenvårdsmottagningen på Vuxenpsykiatriska kliniken i Kalmar.

Jag genomgår för närvarande min psykoterapeututbildning på S:t Lukas i Lund. I utbildningen ingår att skriva en uppsats och jag har valt att göra en studie kring psykoterapeuters upplevelser och erfarenheter av att bedöma risken för suicid hos patienter. Syftet med studien är att få ökad kunskap om psykoterapeuters upplevelser kring att göra suicidriskbedömningar och hur man påverkas, både professionellt och privat. Min avsikt är att under våren 2015 (februari-april) intervjua psykoterapeuter med minst fem års klinisk erfarenhet. Därför undrar jag om du kan tänka dig att medverka i en intervju. Plats och tidpunkt för intervjun bestäms gemensamt. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter och kommer att ljudinspelas. Endast jag och min handledare kommer att ha tillgång till det inspelade materialet. Det inspelade materialet kommer att förstöras efter att det skrivits ut i textformat. Resultatet kommer att redovisas i en examensuppsats vid Lukasstiftelsen och kommer inte att kunna sammankopplas med enskilda individer som deltagit i studien.

Deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan, om du så önskar, när som helst under studien avbryta ditt deltagande utan att ange skäl till detta.

Tacksam om du via mail eller telefon kan meddela mig hur du ställer dig till deltagande i studien. Du är givetvis välkommen att höra av dig om du har frågor eller önskar ytterligare information innan du lämnar ditt besked. Jag sätter stort värde på din medverkan.

Med vänliga hälsningar

Lars-Göran Johansson

Tel: 0480-815 65

Mail: lars-goran.johansson@ltkalmar.se

Bilaga 2

Samtycke till deltagande i studie

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information om studien av psykoterapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta med suicidriskbedömning.

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i studien.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

.....

Ort/Datum

.....

Namn/Namnförtydligande