



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårtermin 2012

Behandlares upplevelser när en patient begår suicid.

The professional caregivers experiences when a patient commits suicide.

Författare:

Elisabeth Nygårdh

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund	2
2.1	Trauma.....	2
2.2	Chock.....	3
2.3	Sorg	3
3	Tidigare forskning	4
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	4
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	5
3.3	Vårdprogram och rapport om psykisk ohälsa.....	6
4	Syfte och frågeställningar	6
4.1	Syfte.....	6
4.2	Frågeställning.....	6
5	Metod.....	6
5.1	Undersökingsdeltagare	7
5.2	Undersökningsmetod	7
5.3	Datainsamlingsmetoder.....	7
5.4	Bearbetningsmetoder.....	8
5.5	Genomförande	8
5.6	Forskningsetiska frågeställningar	9
6	Resultat	9
6.1	Den omedlebara upplevelsen av upptäckten	10
6.2	Upplevelser efter upptäckten.....	12
6.3	Upplevelser under det att livet går vidare	15
7	Diskussion	20
7.1	Metoddiskussion.....	20
7.2	Resultatdiskussion	21
7.3	Förslag till fortsatt forskning.....	26
	Referensförteckning.....	27
	Bilaga 1.....	29
	Bilaga 2.....	30

Sammanfattning/abstract

Inledning: Inom psykiatrisk verksamhet händer det att patienter tar sitt liv under pågående behandling eller i direkt anslutning till en behandlingsperiod. Enligt patientsäkerhetsförordningen måste dessa händelser rapporteras och utredas. Syftet med patientsäkerhetsförordningen är att den ska främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonal begått misstag. Fokus är således på ett patientperspektiv, därför känns det angeläget att studera upplevelser som väcks hos olika grupper av vårdgivare när en patient begår suicid.

Frågeställningar: Behandlares upplevelser när en patient gör suicid.

Metod: En kvalitativ intervju på fenomenologisk grund genomfördes med fem vårdgivare i psykiatrisk verksamhet, två sjuksköterskor med steg 1 utbildning och tre skötare.

Resultat: Upplevelser hos vårdgivare som är med om en patients suicid kännetecknas av chock, traumatisk stress och sorg. Det väcks också tankar som rör den egna professionen och i en del fall oro för följder av beslut som i efterhand kan bedömas vara felaktiga.

Diskussion: När vårdgivare intervjuas om sina upplevelser efter en patients suicid, berättas om olika reaktioner som inte uppmärksammats nämnvärt. Det känns därför angeläget att belysa de upplevelser av chock, sorg och traumatisk karaktär som är vanliga.

Nyckelord: Upplevelser, trauma, chock, sorg.

Keywords: Experience, trauma, chock, grief.

1 Inledning

Regeringen beslutade i april 2007 att tillsätta en utredare för att göra en översyn av den lagstiftning som omfattar tillsyn och ansvarssystem inom hälso- och sjukvården. Översynen skulle göras ur ett patientperspektiv, 1 januari, 2011 trädde patientsäkerhetsförordningen (SFS, Svensk författningssamling 2010:1369) i kraft. Syftet med patientsäkerhetsförordningen är att främja hög patientsäkerhet inom bland annat hälso- och sjukvården för att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna berodde på systemfel eller på att hälso- och sjukvårdspersonal hade begått ett misstag. Det innebär att vårdgivare är skyldiga att göra en utredning av händelseförloppet, så snart en händelse inträffat som medfört eller som hade kunnat medföra vårdskada. Syftet med utredningen är att ta reda på vad som kan göras för att det inträffade inte ska hända på nytt. Avvikelse inom vården har de sista åren uppmärksammats mycket i media och ansvariga ställs ofta till svars för felaktigheter eller underlåtenhet.

Inom psykiatri förekommer det att patienter tar sitt liv, ibland under pågående behandling eller i anslutning till en behandlingsperiod. Rutinmässigt anmäls dessa ärenden enligt Lex Maria för att utreda händelseförloppet. Man studerar journalanteckningar och intervjuar berörd vårdpersonal och ger förslag på åtgärder för att rätta till eventuella brister. Patientperspektivet är det viktiga och därför känns det angeläget att närmare belysa hur vårdgivare som är med om att en patient begår suicid upplever det.

McIntosh (1996) konstaterade, när han gick igenom de studier som var gjorda mellan åren 1985 – 1996 (USA och Europa) att det inte fanns så mycket publicerat om hur vårdgivare påverkas av en patients suicid. Den forskning som finns på området rapporterar främst studier av psykoterapeuter som fått muntliga besked om en patients suicid. Studierna visar att vårdpersonal ofta upplever känslor som kännetecknas av sorg och förlust när ett suicid inträffat (Gray, 1988, Hendin ”et.al.”, 2004, Kaufmann ”et.al.”, 2007, Menninger, 1991, Saito, ”et.al.”, 2001, Tillman, 2006, Wurst ”et.al.”, 2010). I de flesta fall kommer ett suicid oväntat och det väcker känslor och tankar av varierande grad. Flera av upplevelserna ger starka reaktioner och man kan ställa sig frågan om det är av sådan art att de kan leda till traumatisk stress.

I den här studien intervjuas vårdgivare som har kommit i direkt kontakt med att en patient har suiciderat och de som har fått det återberättat. Eftersom det finns få studier publicerade där personal upptäcker patienter som har suiciderat, känns det angeläget att ta vara på det material som finns. De intervjuade har därför delats in i två grupper, de som upptäcker ett suicid och de som får det återberättat. Tanken är att göra en deskriptiv studie så nära upplevelserna som möjligt för att se om resultaten kan leda vidare till förslag om nya undersökningar i detta relativt outforskade område.

2 Teoretisk bakgrund

De teoretiska begrepp som kommer att användas är trauma, chock och sorg.

2.1 Trauma

Ordet trauma kommer från grekiskan och betyder sår eller skada (Oxford Dictionaries, 2012) Psykiskt trauma beskrivs som ett öppet psykiskt sår som är aktivt och verksamt på grund av utebliven eller ofullständig läkningsprocess. Traumatiska reaktioner uppstår när det är utsiktslöst att handla, människans förvarssystem överväldigas och desorganiserar när varken flykt eller motstånd är möjliga (Wennerberg, 2011). Under de sista åren har det framkommit ett behov av att bredda traumabegreppet för att synliggöra problem och behov som upplevts traumatiska men inte uppfyller de kriterier som finns i vårt diagnosystem. Enligt DSM-IV, den amerikanska manualen för klassificering av diagnoser, ställs två grundläggande krav på traumatiska händelser, för det första ska de upplevas som livshotande eller som svåra kränkningar av den fysiska integriteten, för det andra ska de få en människa att känna sig skräckslagen och hjälplös. Många experter (exempelvis Allen, 2001) tycker att de här kraven är för stränga, eftersom de fokuserar på livshotande fysiska skador och hot mot den fysiska integriteten. Svåra hot mot den psykiska integriteten, mot självupplevelsen kan också vara traumatiska menar Rydén och Wallroth (2008).

Man har under de senaste åren börjat använda sig av begreppet *Potentiellt traumatiska händelser*, vilket bättre kan förklara det som sker när en enskild person är med om en traumatisk upplevelse (Allen, 2010). Eftersom ett psykologiskt trauma innebär att såret inte har läkt eller att läkningsprocessen är ofullständig, betonas att ett trauma inte är en enstaka händelse, utan resultatet av den. Exempel på Potentiellt traumatiska händelser kan vara naturkatastrofer, tekniska katastrofer, terrorism, krigsskador, tortyr, familjevåld och hot/våld i arbetslivet. Människor drabbas olika, alla blir inte traumatiserade av samma händelse, men intensiv skräck och hjälplöshet kan förvärra en traumatisering.

Vid ett psykiskt trauma eller posttraumatisk stress kan skillnaden mellan förfluten tid och nutid utplånas eller bli suddig och det förflutna upplevs som att det händer nu (PDM, Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006).

”Det som är traumatiserande för en individ behöver inte vara det för en annan. Vad som blir traumatiserande för den enskilda individen är beroende av hans eller hennes medfödda sårbarhet, aktuella kapacitet och tillgång till psykologiskt och socialt stöd från omgivningen” (Wennerberg, 2011).

En annan beskrivning av trauma är *traumatisk stress* som är ett resultat av ett psykiskt trauma eller ett reellt livshot, enligt Michel, Lundin och Otto (2001).

Vanliga normala symtom på dessa stressreaktioner är:

– *Affektiva symtom*, där dödsångest och minnesbilder kan finnas inpräntade, skuld känslor, självanklagelser, tomhets känsla eller oförmåga att känna något.

- *Beteendeförändringar*, som ökad irritabilitet eller aggressivitet, återupplevanden som kan utlösas av relativt små stimuli, extrem trötthet och undvikande beteende.
- *Inställning till sig själv och omgivningen*, en känsla av utanförskap och emotionella symtom som kan leda till misstänksamhet eller överklighetskänsla. Man letar efter en mening med det som har hänt.
- *Psykosociala förändringar*, som sömnstörningar, orolig eller uppbruten sömn, mardrömmar och ökad muskelspänning.
- *Förstärkande faktorer* av traumat, om traumatiseringen kommit helt utan förberedelse, plötsligt och oväntat, om man har exponerats för traumat mer än 3-4 minuter och om det har funnits en känsla av hjälplöshet och kontrollförlust är det faktorer som kan förstärka upplevelserna.

2.2 Chock

När en individ utsätts för en oväntad händelse är det inte ovanligt att man försätts i ett chocktillstånd. Chockfasen varar mellan några minuter upp till några dygn. Under chockfasen håller man verkligheten ifrån sig, eftersom man varken fysiskt eller psykiskt kan ta till sig det som inträffat (Cullberg, 1975). I efterhand kan den drabbade ha svårt att minnas vad som har sagts eller vad som har skett. Chocken innehåller ofta dissociation, vilket kan innebära överklighetsupplevelser och känslomässig stumhet eller förlamning, ett typiskt försvar som uppkommer vid traumatiska upplevelser för att man ska kunna uthärda smärtan. Lennér Axelson (2010) menar att utanförstående ofta tolkar detta tillstånd som att den drabbade är lugn, samlad och duktig.

I ett flertal studier, bland annat av Parkes (1983), understryks det att ett dödsfalls plötslighet, när det inte har funnits någon förberedelsetid, kan orsaka ett psykologiskt förnekande, en psykisk tomhet. Tomhets känslan fungerar som ett skydd mot att överväldigas av de emotionella reaktionerna, både genom ett psykologiskt förnekande men också på grund av biologiska reaktioner som sker i kroppen som exempelvis ökad produktion av stresshormon.

2.3 Sorg

Tillman (2006), psykolog, intervjuade 12 psykoanalytiker/psykoterapeuter där syftet var att få en djupare förståelse för hur de påverkades när en patient gjorde suicid. Hon fann bland annat att en patients suicid ofta ledde till känslor av sorgsenhet, gråt, vrede och förtvivlan.

Cullberg (1975), skriver också att det är vanligt med upplevelser av besvikelse, kaos, meningslöshet och oförstående inför livets mening, när man drabbas av sorg.

3 Tidigare forskning

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Tillman (2006) fann i sin studie att det förutom sorg även fanns upplevelser av traumatisk art. Hon observerade också att en patients suicid ledde till känslor av förlust av kompetens och prestige hos psykoterapeuter. Behandlare som lämnades ensam med sådana känslor led svårt både av att förlora sin patient och av att förlora sin professionella identitet. Sorgearbetet kunde också bli mer komplicerat på grund av oron för eventuella rättsliga följder och organisatorisk press. Tillman menar att tystnad inom den professionella kåren om en patients suicid skapar svårigheter i det praktiska psykoterapeutiska arbetet och kan skapa motstånd till att fördjupa tänkande runt suicidala patienter och arbetet med dem. Det svåra arbetet med att etablera ett tryggt område för att kunna studera vidden av erfarenheter, kräver både mod och tålamod.

Hendin, Pollinger Haas, Maltsberger, Szanto och Rabinowics (2004) studerade olika faktorer som bidrog till psykoterapeuters sorg efter en patients suicid. 34 psykoterapeuter i USA deltog i intervjun, 13 av dem led av allvarlig sorg. Fyra faktorer identifierades som källor till den djupa sorgen; att inte lyckas övertyga patienten om att han behövde slutenvård, att ett beslut som tagits av terapeuten bidrog till patientens suicid, negativa reaktioner från arbetsledning samt rädsla för rättsliga efterspel.

Hur lång tid man påverkades av reaktionerna efter en patients suicid, fick 172 psykoterapeuter svara på i en enkät (Wurst, Mueller, Petitjean, Eulen, Thon, Wiesbacke & Wolfersdorf, 2010). Man var intresserad av psykoterapeuters reaktioner under olika tidsperioder; den omedelbara reaktionen, efter 2 veckor och efter 6 månader. Man studerade vilka faktorer som medverkade till reaktionen. Resultatet visade att en tredjedel av de svarande led av svår sorg, de starkaste reaktionerna var av förklarliga skäl direkt efter patientens suicid. Man fann ingen skillnad på reaktionerna hos de privatpraktiserande och de som var anställda. Man fann inte heller något samband mellan sorg, ålder eller yrkeserfarenhet eller mellan antalet upplevda självmord och yrkeserfarenhet. Man fann också att en tidig bearbetning oavsett orsaken till dödsfallet, var bra på längre sikt för återanpassningen. För majoriteten av de tillfrågade sjönk de känslomässiga reaktionerna över tid, medan de som från början upplevde en svårare sorg fortfarande efter 6 månader hade en högre känslomässig påverkan än de som initialt påverkades mindre. En liten minoritet fick så stark påverkan att den bedömdes ligga på en onormal nivå.

I Japan gjordes det 2001 en studie, där 6 psykoterapeuter intervjuades (Saito et al., 2001). Frågorna handlade om hur de påverkades av en patients suicid, förändringar i attityder till sina patienter och tilliten på terapi som behandlingsform. Resultatet visade på upplevelser av chock och sorg när man fick kännedom om patientens död. Man började prata mer om suicid med sina

patienter och blev mer uppmärksam på patienters dödsönskningar. Skillnaden mellan antal yrkesverksamma år och graden av upplevelser var mycket liten. Psykoterapeuter som behandlade deprimerade patienter var mer påverkade av patientens död, än de som behandlade patienter med missbruk. Känslorna avtog med tiden och diskussioner med arbetskamrater och arbetsledare hjälpte de flesta att mildra chocken och sorgen.

I Schweiz tillfrågades 275 yrkesverksamma personer, inom socialt arbete och psykiatrisk vård, om hur de påverkades av en klients/patients suicid. Svaren beskrev reaktioner av sorgsenhet, ilska och känslor av hjälplöshet. Akuta stressreaktioner, med irritabilitet, sömnsvårigheter och påträngande tankar observerades också (Kaufmann, Camus, Gulfi & Castelli Dransart, 2007).

Landers och O'Brien (2010) studerade genom en enkät (182 svar) hur en patients suicid påverkade irländska psykiatriker. Man fann att man, trots ett bra stöd från familj och vänner, dessutom hade önskat hjälp av någon professionell och objektiv person.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Waern (2003), med dr, specialistläkare, skriver om sina upplevelser när en av hennes patienter hade suiciderat. Hon berättar om sina personliga upplevelser och menar att det kan få betydande konsekvenser för läkare både på ett professionellt och privat plan. Hon ställer sig frågan varför suiciddöd är så mycket svårare att hantera än dödsfall inom somatisk sjukvård. Hur det kan komma sig att en enskild patients öde får så stora konsekvenser och varför döden på en psykiatrisk avdelning är så mycket mer skuldframkallande än döden på en somatisk avdelning. Några av hennes tänkbara förklaringar är att suicid fortfarande är ett tabuladdat ämne, döden kommer plötsligt, man tycker att man har misslyckats som hjälpare. Samtalet är ju ett av de viktigaste arbetsredskapen inom psykiatri och när samtalen misslyckats kan känslor av skuld, inkompetens, rädsla och ilska utvecklas. Hon skriver vidare om läkemedel som ett tveeggat svärd, som förutom att mildra symtom också kan användas som ett dödsredskap. Ytterligare anledningar till de starka upplevelserna menar hon kan vara att suicidfall ibland leder till anmälningar och mediebevakning som i sin tur kan förstärka reaktionerna.

Gabbard (2003) intervjuade i samband med en fallstudie, där en patient tar sitt liv, den aktuella psykoterapeuten, om hur patientens suicid påverkade henne. Han menar utifrån den intervjun och utifrån tidigare erfarenheter av kollegial handledning, att suicidala hot i en terapi kan upplevas som en direkt attack mot psykoterapeutens kompetens och person. I själva verket är suicid ”den ultimata narcissistiska skadan” som en psykoterapeut kan vara med om, skriver han. Händelsen tränger sig in i den narcissistiska sårbarheten och kan få djupa och bestående konsekvenser.

3.3 Vårdprogram och rapport om psykisk ohälsa

Abbe Schulman ”et.al.”, (1991) har utarbetat ett vårdprogram, *Psykologiskt stöd till personal på psykiatriska vårdavdelningar och retrospektiva genomgångar*. Författarna menar att det startar en process av otrygghetskänslor varje gång man möter en suicidal patient och att det är viktigt att uppmärksamma det.

De flesta landsting har idag utarbetade *vårdprogram* för vård av suicidnära patienter. I vårdprogrammen finns även rekommenderade åtgärder som är riktade mot vårdpersonal. Om ett suicid har skett ska stöd erbjudas vårdpersonal, i form av debriefing och retrospektiv genomgång av händelsen.

Yrkesmedicinska enbeten gav ut en rapport, 1999:7, om företagshälsovård och psykisk ohälsa. Femton företagsläkare intervjuades, man ville studera hur villkoren i arbetslivet kan påverka utvecklingen av psykisk ohälsa hos yrkesverksamma. De riskfaktorer i arbetsmiljön som lyftes fram var exempelvis otydliga mål för verksamheten, enkelriktad information, stress, dubbelarbete, attitydförändringar och kunskapsbrist hos arbetsledare. Man menade också att arbetsrelaterad psykisk ohälsa ofta har att göra med det psykosociala arbetsklimatet, hur arbetet är organiserat, samt hur relationerna mellan arbetstagarna i arbetsgruppen är.

4 Syfte och frågeställningar

4.1 Syfte

Syftet med uppsatsen är att fördjupa kunskaperna om behandlares reaktioner på suicid, inte enbart genom att undersöka psykoterapeuter utan även annan personal som möter den suiciderade patienten. Det finns två grupper, dels avdelningspersonal och dels personal på mottagning som har haft en terapeutisk kontakt. Medan avdelningspersonalen i sitt arbete direkt upptäcker den suiciderade patienten får den andra gruppen händelsen återberättad.

4.2 Frågeställning

Frågeställningen var:

Behandlares upplevelser när en patient begår suicid.

5 Metod

Metoden som användes var kvalitativa intervjuer med öppen frågeställning för att ur ett fenomenologiskt perspektiv studera behandlares upplevelser när en patient gör suicid.

Den fenomenologiska forskningen syftar till att beskriva människors upplevelser av fenomen och metoden kändes därför som ett naturligt val för att studera detta. Olsson (2008) skriver att den upplevda erfarenheten ska beskrivas precis som den upplevs av individen, utan hänsyn till upplevelsens ursprung och orsak.

Reliabilitet står för grad av tillförlitlighet och att resultatet ska bli detsamma vid upprepade mätningar. Reliabiliteten påverkas av intervjuaren och förmågan till känslighet i intervjusituationen (Kvale, 1997). Intervjuerna spelades in med ett fickminne av märket Olympus, med god kvalitet. Samma frågor användes vid alla intervjuer, ibland kompletterades de med fördjupande frågor. Ur validitetssynpunkt ska händelser som beskrivs ses i sitt sammanhang, de ska vara naturliga, personen ska sätta ord på och ge sitt perspektiv på händelsen, upplevelserna ska betraktas som en helhet (Olsson, 2008). Angående validiteten i den här studien kan de förkunskaper och eventuella förväntningar som de intervjuade tror att intervjuaren har på svaren, påverkat resultatet. Man kan inte bortse från att det även kan ha funnits vissa förväntningar hos intervjuaren. Den tid som hade gått sedan händelsen som beskrevs skedde, varierade i samtliga intervjuer vilket också kan ha påverkat resultatet.

5.1 Undersökningsdeltagare

En muntlig förfrågan från kvalitetssamordnaren i vuxenpsykiatri i ett landsting i Sverige, gick ut till samtliga vårdenhetschefer i öppen och sluten vård. Frågan var om man hade någon personal som ville delta i en intervju, angående upplevelser efter en patients suicid. Namn på personer som ville delta lämnades till kvalitetssamordnaren och vidarebefordrades till intervjuaren. Intervjuer genomfördes med fem vårdgivare inom vuxenpsykiatri, som varit med om att en patient gjort suicid. Vårdgivare i den här studien var sjuksköterskor och skötare, samtliga var kvinnor mellan 25 och 65 år. Två var sjuksköterskor med en steg 1 utbildning i psykoterapi och tre personer var skötare. Två av de intervjuade arbetade på psykiatrisk mottagning och tre av personerna inom sluten vård. Antal år inom psykiatrisk verksamhet varierade mellan 2 månader och 20 år.

5.2 Undersökningsmetod

Studien är gjord utifrån ett kvalitativt fenomenologiskt perspektiv med kvalitativa intervjuer och under bearbetningens gång har tematisk analys tillämpats. För att komma så nära upplevelserna som möjligt hos de intervjuade, valdes öppen frågeställning, som fördjupades med uppföljande frågor.

5.3 Datainsamlingsmetoder

Fem behandlare inom sluten respektive öppen vård deltog i intervjun som spelades in och transkriberades i direkt anslutning till att de genomförts. De frågeställningar som intervjuaren var intresserad av var, de intervjuades upplevelser när de fick reda på att en patient hade suiciderat, hur de reagerade, vad de tänkte och vad de kände, om de tänkte annorlunda efter den här händelsen och om det var något som de saknade.

5.4 Bearbetningsmetoder

När intervjuerna genomförts transkriberades de och lästes igenom ett antal gånger för att se vilka teman som gick att få fram. Analysen av materialet påbörjades när de första två intervjuerna hade gjorts, eftersom intervjuerna gjordes under en period av tre månader. Anledningen till att analysen påbörjades innan alla intervjuer genomförts var att det kändes viktigt att hålla materialet levande och för att bli medveten om viktiga teman som kunde uppmärksammas under kommande intervjuer. Under arbetets gång blev tidsaspekten tydlig och resultatet har därför delats in i tre faser: den omedelbara upplevelsen av upptäckten, upplevelser efter upptäckten och upplevelser under det att livet går vidare. Man ser att känslor och tankar överlappar varandra och återkommer i de olika faserna. Teman som uppmärksammades var tankar och känslor, allteftersom de olika intervjuerna genomförts hittades återkommande teman. Under de tre tidsaspekterna formulerades teman som i möjligaste mån kunde sammanfatta de olika upplevelserna, det resulterade i 8 teman.

5.5 Genomförande

Första kontakten med dem som ställde upp togs via telefon och i ett fall genom mail, eftersom det var svårt att initialt nå personen på telefon. I telefonkontakten berättades om syftet med intervjun, det informerades också om att ett skriftligt tillstånd behövdes och en tid bokades för intervju.

Det var sanktionerat att intervjuerna fick göras på arbetstid, vilket innebar att alla intervjuer, utom en gjordes på den intervjuades arbetsplats. I ett fall gjordes intervjun hemma hos den intervjuade som vid tillfället för intervjun inte hade någon fast arbetsplats att tillgå.

För att det inte skulle vara några oklarheter runt intervjun, skickades några veckor innan den genomfördes ett brev med information om uppsatsen. Brevet innehöll information om vilken utbildning intervjuaren gick, anledningen till varför intervjuaren var intresserad av ämnet samt att frågeställningen var behandlares upplevelser när en patient gör suicid. I brevet fanns även ett skriftligt tillstånd om att intervjumaterialet fick användas i uppsatsen och att man hade rätt att dra sig ur om man av någon anledning skulle ångra sig. Det skriftliga tillståndet skrevs på av den intervjuade och den intervjuande i samband med att intervjun genomfördes. Deltagande personer var anonyma och även eventuella patientuppgifter förblev anonyma. Samtliga deltagande tillät att yrkesroll, antal år inom psykiatri och kön fick anges i uppsatsen. Intervjuerna bandades, transkriberades och kommer att kasseras när uppsatsen har blivit examinerad.

Intervjuerna gjordes mellan augusti och oktober 2011, på de intervjuades arbetsplatser i ett avskilt rum, en av intervjuerna genomfördes hemma hos den intervjuade. Intervjuerna beräknades ta ca en timme och blev i praktiken mellan 50 och 60 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades.

De intervjufrågor som ställdes var:

1. Vad tänkte du när du fick reda på att patienten hade suiciderat?
2. Vad kände du?
3. Tänker du annorlunda efter det som hände?
4. Är det något som du har saknat?

5.6 Forskningsetiska frågeställningar

I enlighet med forskningsetiska regler, SFS 2003:460, framgår i § 2 att etikprövning inte krävs vid arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå. Etiska riktlinjer inom psykologisk forskning i Sverige utarbetas av *Vetenskapsrådet* (2011). Riktlinjerna utgår från två grundläggande aspekter, *forskningskravet* och *individskyddskravet*. Forskningskravet innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att den forskning som bedrivs är till nytta för samhället. Individskyddskravet innebär att forskning inte får medföra att individer utsätts för psykisk eller fysisk kränkning samt otillbörlig insyn i privatlivet. Individskyddskravet finns konkretiserat i fyra huvudkrav, gällande *information*, *samtycke*, *konfidentialitet* och *nyttjande*. Undersökningen är godkänd av verksamhetschefen för vuxenpsykiatri i det aktuella landstinget, samt av kvalitetssamordnare på den vuxenpsykiatriska kliniken. De intervjuade fick information per telefon och via brev om syftet med intervjun, samt namn, adress och telefon till intervjuaren. Ett skriftligt medgivande undertecknades. Anonymitet gäller för både intervju personer och patienter.

6 Resultat

När man granskar upplevelserna hos behandlare efter en patients självmord kan man se hur dessa förändras över tid. Analysen delas upp i tre grupper utifrån tidsaspekten: den omedelbara upplevelsen, upplevelser efter upptäckten och upplevelser när livet går vidare. Tankar och känslor som aktualiserats har samlats i 8 olika teman och en sammanställning av resultaten ger följande uppställning:

Den omedelbara upplevelsen av upptäckten

Tema:

- Avsaknad av tankar och känslor: från tomhet till kaos.

Upplevelser efter upptäckten

Teman:

- Tankar om att vara liten, övergiven, hjälplös.
- Känslor av förvåning, aggression, sorg och besvikelse.
- Tankar om liv och död.

Upplevelser under det att livet går vidare

Teman:

- Att med hjälp av sina tankar försöka förstå.
- Att reparera och göra gott genom att handla.
- Att utmanas, utvecklas och mogna.
- Återupplevanden.

6.1 Den omedelbara upplevelsen av upptäckten

Man kan se en skillnad på de omedelbara reaktionerna hos behandlare efter en patients självmord beroende på om man arbetar på en psykiatrisk vårdavdelning eller på en psykiatrisk mottagning. Att arbeta på psykiatrisk vårdavdelning kan innebära att man mer konkret utsätts för ett fullbordat självmord, man upptäcker och överrumplas av att se den döda. När man arbetar på mottagning utsätts man inte på samma vis för detta utan får självmordet återberättat på olika sätt. För att tydliggöra en skillnad i reaktionerna blev det därför viktigt att dela in intervjupersonerna i två olika grupper, de som arbetar inom slutenvård och de som arbetar inom öppenvård. Beroende på var man arbetar har det efter citaten tydliggjort var behandlaren har arbetat.

De omedelbara upplevelserna, när man har fått vetskap om en patients självmord är chock, förvåning och fysiska reaktioner. Chocken domineras av tomhet och frånvaro av tankar. Förvåning upplever några av de intervjuade som sin första reaktion och man stannar upp en kort stund innan tankarna kommer igång igen. En fysisk reaktion som att hon darrade berättar en av de intervjuade om, när hon strax efter informationen om självmordet skulle meddela sitt team vad som hade hänt. De som berättar om att de överraskats av och sett den döda patienten, beskriver upplevelser som till en början är mer av traumatisk karaktär.

6.1.1 Avsaknad av tankar och känslor: från tomhet till kaos

De första reaktionerna beskrivs på olika sätt, man berättar om chock, tomhet, förvåning, upprördhet, brist på tankar, att bli överrumplad:

”Jag var mest chockad... tom... liksom” (slutenvård)

”Just då tänkte jag väl ingenting... äh... jag tänkte att det var kört... det var ju ingenting... man kunde göra... så jag tänkte väl att jag måste kalla på hjälp...” (slutenvård)

”Nej... jag var inte i chock... nej... mer att man var... upprörd...” (slutenvård)

”Jag var riktigt chockad... för jag har inte ens, jag hade inte ens sett en död människa... innan heller å... det var väl det i efterhand som jag tyckte var jobbigast, det var ju den här chocken... att liksom bli överrumplad kan man säga” (slutenvård)

"Så öppnade jag dörren då så äh... så... liksom så här nära fem centimeter... så hängde han... han kom liksom farande emot mig... så det var en väldig chock för mig... han var ju i ögonhöjd..." (slutenvård)

Vid de livräddande insatserna tvingas man skjuta upp sina egna reaktioner eftersom man måste prioritera det viktigaste. Det kopplas på en slags autopilot och de tankar som finns under denna fas är inte kopplade till den egna reflektionsförmågan, man gör det som man har lärt sig att göra vid akuta insatser. Det kan vara insatser som handlar om återupplivning, att larma, snabbt informera övrig personal och vid behov skydda andra patienter.

Några tankar som fanns under de livräddande insatserna som är i gränslandet till kaos var:

"Då var det ju liksom det akuta, ta loss och börja hjärt- och lungräddning... jäkla skit... fan... rent ut sagt... å sen var det ju, sen blir man ju bara blockerad och bara... går in och jobbar... jag vet att jag kände... gör jag rätt... så kände jag och vart liksom osäker på mig själv..." (slutenvård)

"Alltså allt gick ju så fort det här med att man skulle... få ... få liv i honom." (slutenvård)

En av de intervjuade beskriver hur hon blev överrumplad när en patients anhörig plötsligt dyker upp i korridoren och vill prata med någon behandlare. Personen berättar att en nära anhörig till honom har tagit livet av sig. Det visar sig vara en patient som den här behandlaren har träffat i samtal under en tid. Överrumplad och utan någon förberedelse får behandlaren som själv hamnar i ett chocktillstånd, ta hand om den anhörige som är i kris. När hon beskriver sin upplevelse förstår man att hon är upptagen med sina egna reaktioner, det är svårt att tänka, eftersom hon ännu inte har kommit in i nästa fas och börjat reflektera:

"Oj vad är det här, vad ska jag göra, hur ska jag ta hand om honom på bästa sätt. Så ... vi satte oss ner en stund och han fick prata... lite grand och jag var nog lite chockad jag också för att det var svårt för mig att ta in det här just då, jag kände att tårarna rann på mig... / ... / ... det är klart att jag blev chockad och då satt jag här och visste liksom inte var jag skulle ta vägen". (mottagning)

Under detta tema kommer flertalet av kommentarerna från personal som arbetat inom slutenvården.

Tecken på chock som man ser i citaten är att man har svårt att tänka, det känns tomt och man har svårt att känslomässigt ta in det som har hänt.

Tecken på traumatisk stress är tomhets känsla, oförmåga att känna något, händelsen är oväntad och plötslig och det finns en känsla av hjälplöshet.

6.2 Upplevelser efter upptäckten

När den första reaktionen, som domineras av icke reflekterande och tomhet, klingat av och tankarna började komma tillbaka beskrivs bland annat tankar som att det var kört, det var inget man kunde göra och jag måste kalla på hjälp.

6.2.1 Tankar om att vara liten, övergiven, hjälplös

Tankar som kommer är att känna sig liten, övergiven och hjälplös och det uttrycks en önskan om att kunna lämna över till någon annan, att få hjälp och stöd i den aktuella situationen, att veta var man skulle ringa när något sådant här har hänt.

"Jag tyckte att det var lite, lite jobbigt faktiskt å sen hade jag önskat just då att jag bara kunnat ... tagit min chef på något sätt, gått in till henne å säga, vad gör jag nu.../.../... just när det hände, då hade jag önskat att jag skulle veta, ring, dit ska jag ringa, det saknade jag. Då kände jag mig väldigt ensam och liten, det gjorde jag." (mottagning)

"Oj vad är det här, vad ska jag göra, hur ska jag ta hand om honom på bästa sätt.../.../...jag var nog lite chockad jag också för det var svårt för mig att ta in det här just då, jag kände att tårarna rann på mig." (mottagning)

"Jag visste liksom inte var jag skulle ta vägen..." (mottagning)

Det här är kommentarer som kommer från behandlare som arbetar på en mottagning.

Tecken på traumatisk stress visar sig här i hjälplöshet och kontrollförlust.

6.2.2 Känslor av förvåning, aggression, sorg och besvikelse.

När chocken har släppt taget och tankarna kommer igång igen, börjar man reflektera och det berättas om känslor av lättnad, aggression, sorg och återigen förvåning. En av intervjupersonerna uttrycker en lättnad mot den avlidne, parallellt som det också fanns känslor av lättnad riktade till de anhöriga.

"Jag blev faktiskt förvånad men ändå inte... och jag kände mig faktiskt lite snopen." (mottagning)

"Vad skönt för henne.../.../...jag var lite uppgiven det måste jag säga äh för vi kom ju ingen vart..." (mottagning)

"Nu får de lugn och ro också stackars barn, stackars barn.../.../...jag tyckte jättesynd om dom." (mottagning)

En intervjuperson berättar att det fanns en god allians mellan henne och patienten. Det hade etablerats en bra kontakt med familjen och man hade på olika

sätt byggt upp ett massivt stöd runt patienten för att förhindra att hon skulle ta livet av sig. I den aktuella situationen fanns också ett återbesök avtalat och man hade bestämt att höras av på telefonen dagen därpå. Trots dessa skyddande åtgärder tar patienten sitt liv. Intervjupersonen berättar att det under den sista tiden av kontakten hade funnits något av en uppgivenhet hos henne som behandlare.

"Jag blev nog lite förbannad.../.../...men jag tänkte också kunde jag ha gjort annorlunda, vad skulle jag ha gjort äh ..." (mottagning)

Beskedet om att patienten hade tagit livet av sig väcker aggression men också reflektioner av lugnare karaktär.

"Ja alltså jag kände ju, jag kände mig ju ... lite irriterad för jag tänkte att jag skulle ha vetat om det här... jag var så oförberedd..." (mottagning)

Nedan beskrivs känslor av aggression och sorg och i några av citaten kan man se en tydlig närhet till sitt engagemang, känslan uttrycks på ett starkt och känslomässigt sätt och reaktionerna är kraftigare.

"Jag var jättearg... när... för det var ju jag som bittade honom på plats då... han hade varit på permission å det först... min tanke var att han hade kunnat göra det hemma.../.../...att det skulle vara jag då som måste uppleva det här.../.../...man satt ju och tänkte, man ältade det där samtalet å ... var det någonting som jag missade ändå... som han försökte säga..." (slutenvård)

"Då... vart jag jätteledsen.../.../...att det var just han... jag tror att det just var ... så nära också alltså väldigt nära... liksom syn... synen" (slutenvård) (det som beskrivs här är när den intervjuade oväntat fick se den döda).

"Alltså då gick jag nog in i nå't försvar... det här kan jag inte ta på mig... då blev jag arg" (mottagning)

En av intervjupersonerna berättar också om anhörigas missnöje och aggression mot vården, något som också uppmärksammades i pressen, detta väcker starka reaktioner.

"Då vart jag arg alltså... när jag läste om det i tidningen så tänkte jag, ja, ja, du skulle bara veta vad jag vet... du vet ju ingenting, du skyller på vården.../.../...ni skulle bara veta vad jag vet och du skulle veta vad jag har gjort..." (mottagning)

Förvåning nämns också.

"Dels trodde jag ju inte att hon skulle göra något sånt, det fanns inga signaler som hon hade gett mig..." (mottagning)

"Han sa till mig så här, ta livet av mig, det gör jag inte jag vill inte göra mina anhörig illa... så jag vart lite förvånad att han hade gjort det..." (mottagning)

I förvåningen har man en något mer distanserad känsla till det som har hänt, man håller ifrån sig det svåra och förnekar allvaret, vilket kan ses som en överlevnadsreaktion. I förvåningen ligger möjligen också frågan att man vill veta varför patienten valde alternativet att ta livet av sig och reaktionerna är lugnare.

Flera beskriver också besvikelse, en blandning av olika känslor.

"Nej naturligtvis väcker det ju, det gör det ju... någon sorts besvikelse... att vad var det vi missade nu... vad var det vi inte gjorde" (slutenvård)

"Det är väl det mesta jag känner en sådan gång att det ska, det ska måsta gå så långt så de väljer att ta sitt liv... och att man inte... kan hjälpa då..." (slutenvård)

"Jag frågade vid varje samtal om hon hade haft tankar, ja förr, men inte nu. Sista samtalet vi hade handlade det endast om hennes barnbarn hon var så lycklig för det.../.../... å själv skulle hon börja måla..." (mottagning)

"Jag tyckte ju de sista samtalen var så bra" (mottagning)

"Vi hade jättebra kontakt... vi hade familjerådslag... hur som helst var det ju massivt stöd runt patienten... och vi bolstra och försökte..." (mottagning)

"Så det var ju sånt här som inte stämde då... som han satt och berättade, att han hade köpt nya kläder och allting å så sen... kunna och sitta och skriva brev till oss personal och även hade gjort det hemma och satt... ändå kunna hålla sig... men det var väl det, han var lugn, det var hans beslut... han hade redan bestämt sig antagligen" (slutenvård)

Besvikelsen kan innehålla både sorg och ilska men också tankar om att det inte blev som man hade hoppats, det är svårt att förstå varför patienten handlade som han gjorde. Patienten var ju på väg att bli utskriven, det hade signalerats hopp, han hade köpt nya kläder inför en kommande fest. Det beskrivs hur svårt det är att verkligen se och vara lyhörd och det upplevs skrämmande att man trots sina ansträngningar inte såg.

Tecken på sorg är upplevelser av meningslöshet, det är svårt att förstå, det som man tidigare har hållit för sant stämmer inte längre och det finns tankar som handlar om makt och begränsningar.

Tecken på traumatisk stress, att händelsen är oväntad och plötslig, det finns en ökad aggressivitet, självanklagelser och kontrollförlust.

6.2.3 Tankar om liv och död

Någon beskriver sina tankar om liv och död som ligger nära existentiella tankar, att arbeta med självmordsnära patienter innebär att det finns ett allvar i det uttalade eller outtalade självmordshotet och det finns en tyngd i att arbeta med människor som vill ta livet av sig. Man ställs inför fakta att det inte alltid räcker med god omvårdnad, medicinering och samtal för att nå det innersta hos en självmordsnära patient.

"Det är som ett skört, skört liv man lever, man lever nära... man förstår vad det är man jobbar med... om man säger så då.../.../...man förstår inte innan... tror jag... vad det är man håller på med... om dagarna... man jobbar så nära döden, hela tiden.../.../...folk är ju där för att de vill dö..." (slutenvård)

En annan beskriver sina tankar om att arbeta med självmordsnära patienter så här:

"Det är ju en tyngd... vi på något sätt... ska hela tiden stå för hoppet å ljuset å framtiden..." (slutenvård)

6.3 Upplevelser under det att livet går vidare

6.3.1 Att med hjälp av sina tankar försöka förstå.

Det väcks tankar om att vilja förstå när ett självmord har inträffat och det är också viktigt att gå igenom den fasen för att kunna integrera det som har hänt och gå vidare. Man läser igenom journalanteckningarna och en person uttrycker det som att hon rannsokade sig. Ingen av de intervjuade uttrycker att man har haft någon skuldkänsla, men i detta skede aktualiseras ändå skuldfrågan och man arbetar aktivt med den på ett omedvetet plan i och med att man funderar, läser journalen, tänker på den sista tiden, det sista samtalet och hur man själv agerade.

"Jag skuldbelägger mig inte å det tycker jag är ganska skönt" (mottagning)

"Att det var mitt fel det kände jag faktiskt inte... men jag funderade... om... jag skulle ha agerat mer..." (mottagning)

"Jag kanske inte var den som agerade helt rätt, men jag kan inte känna att... att jag kunde ha räddat henne." (mottagning)

"Så kände jag efteråt... när jag tittade och läste igenom journalen, vet du, rannsokade mig... å så vidare." (mottagning)

Tecken på sorg visar sig i att det är svårt att förstå och att det finns begränsningar i vad man kan göra.

”Han sa till mig så här, ta livet av mig, det gör jag inte, jag vill inte göra mina anhöriga illa... så jag tänkte, kanske att han har tagit någonting (droger).” (mottagning)

I försöken att förstå inträder också olika försvar och det kommer tankar om att det kanske fanns droger som en möjlig orsak till självmordet, att det var ett misstag eller att patienten sedan en tid tillbaka redan hade bestämt sig.

En av de intervjuade berättar att hon under de första timmarna efter att patienten hade hittats död, var jättearg på patienten. I sitt försök att förstå berättar hon att hon senare på kvällen kunde se det som hade hänt ur en annan synvinkel, hon började tänka att patienten kanske hade valt att ta livet av sig på vårdavdelningen eftersom han hade känt sig trygg där.

En av behandlarna får efteråt tankar om att patienten de sista gångerna som de träffats redan hade bestämt sig för att ta livet av sig och att terapeuten blev ”förledd” i den positiva anda som rådde, det kändes så bra och det framkommer känslor av att känna sig lurad. Hon beskriver det så här:

”Jag tyckte ju att de sista samtalen var så bra... men... det här är min fantasi... det här vet ju inte jag, men jag tänkte så här, tänk om det var så ändå att... att hon hade bestämt sig.../.../...och så sa hon så här att det hade känts bra... att få gå här och prata med mig, att det känns så hon, att du kan ju inte hjälpa mig, men det är ändå skönt att jag får prata av mig...” (mottagning)

För att kunna gå vidare finns det behov av att på något sätt trösta sig genom att komma ihåg hur patienten tyckte det var skönt att få gå i samtal eller att patienten har det bättre nu.

”Jag fortsatte väl ändå att jobba lite tror jag och det jag kunde och pratade lite med folk och det jag kunde göra, men det var konstigt, det var jättekonstigt, jag gick mest och pratade med... kollegor... vi pratade ju faktiskt om att... det här låter kanske konstigt, men att... vi förstod ... varför han hade gjort som han hade gjort... han var så pass sjuk.../.../...vi såg ju hur han försämrades under hela tiden.../.../... han visste att han inte skulle bli bra då, man måste väl tänka lite så, annars vet jag inte vad man ska tänka...att han...fick det bättre...” (slutenvård)

Tecken på traumatisk stress, man letar efter en mening med det som har hänt, skuld-känslor, överklighetskänsla.

6.3.2 Att reparera och göra gott genom att handla

Det finns ett behov av att reparera och göra gott och en av de intervjuade säger att hon i efterhand tyckte att allt blev så bra, trots att händelsen i sig var tråkig. Hon hade suttit och pratat med patienten kvällen innan självmordet och efteråt

hade man åkt hem till de anhöriga och berättat om det som hänt. Man hade senare haft flera uppföljande samtal med de anhöriga och med det kändes det som att man fått ett bra avslut.

En av de intervjuade berättar att hon senare vid andra tillfällen har varit med om och tagit hand om döda patienter och hade reflekterat över hur annorlunda omvårdnaden blev i just den här händelsen. Man hade av oklar anledning frångått en del av de rutiner som man vanligtvis har vid dödsfall.

"För det första var det ingen värdig död, för det andra så var det ingen värdig... omvårdnad... efteråt.../.../...nej jag vet inte varför... men det var väl... chock för allihop..."
(slutenvård)

Samma person berättar att hon tillsammans med en kollega följde med den avlidne, hela vägen till den plats där han tillfälligt skulle förvaras, man fick också träffa personal från begravningsbyrån. Man kan tänka sig det som en önskan om att i efterhand göra något gott för att man inte lyckades hjälpa patienten eller hindrat honom från att göra suicid. Möjligen också ett försök att återupprätta den värdighet som den intervjuade tyckte sänkades i omvårdnaden, direkt efter händelsen.

En av de intervjuade som arbetade på vårdavdelning beskriver hur man som vårdpersonal ganska snart efter händelsen gick in en fas av att reparera och göra gott, man ser över och ändrar sina rutiner för att händelsen inte ska upprepas.

"Vi personal satt ju oss direkt då och gick liksom igenom... vi var nöjda med vår insats i alla fall för vi hade ju inte kunnat göra något annat... sen drog ju liksom allt det här igång (en översyn av rutiner) ... att vi måste säkerställa att vi, att det här inte inträffar någon mer gång"
(slutenvård)

Den sista händelsen som beskrivs ovan ledde till att man införde nya rutiner på avdelningen som rörde övervakningsgrader på självmordsnära patienter.

Alla som intervjuats berättar att man efter de här händelserna har blivit ännu mer observant och frågar mera om suicidtankar och planer, man är också mer noggrann med dokumentation, konsultationer med annan vårdpersonal och att skriva behandlingsplaner.

"Jag gick inte på begravningen, det hade jag nästan kunnat tänka mig på hennes, för jag hade haft så mycket med henne att göra och inte skickade jag några blommor heller, jag vet inte, men det är väl ytterst sällan man gör det också när man jobbar så här... man är ju ändå en professionell person som jobbar." (mottagning)

Att tänka över om man ska delta vid begravningen, kan ses som ett sätt att göra gott och att visa respekt både gentemot den avlidne och anhöriga.

En av intervjupersonerna berättar att hon hade pratat med ansvarig läkare och sin chef flera gånger för att se om de kunde ha gjort annorlunda. I och med det hade

hon känt sig ganska nöjd, det fanns en känsla av att ha gjort så gott hon kunde, ett accepterande och en slags försoning med det som hade hänt.

6.3.3 Att utmanas, utvecklas och mogna

En av intervjupersonerna berättar om hur hon fått starka reaktioner från andra, när hon har berättat om händelsen. Hon förstod på så sätt att det hon har varit med om var något svårt och på det viset blev hennes upplevelser mer tillåtna också för henne.

”Jag kan prata om det med vem som helst, å... medan de reagerar väldigt starkt, vissa... då förstår man att det är väl kanske någonting bemsket man har varit med om...” (slutenvård)

Två av de intervjuade framhåller hur viktigt de trodde att det var att de hade arbetat en längre tid inom yrket och säger att de var mycket oroligare för att göra fel och ta på sig skuld när de var yngre, de uttrycker en trygghet med både sig själva och sin yrkesroll.

”Jag är glad att... det inte var någon yngre... person som råkade ut för det här... som behandlare... då kanske det skulle vara ännu värre... att man tar på sig mera.../.../...jag tänker på hur jag var som behandlare när jag var ung, jag var så rädd för att göra fel och tänk om det går på tok. Om någon skadar sig då är det mitt fel, jag tänker inte så längre och jag tror att det beror på att jag vet att jag i samtal gör mitt bästa...” (mottagning)

En annan behandlare beskriver liknande tankar:

”Jag var ängsligare när jag började här, jag har jobbat i 10 år här nu, jag var mycket ängsligare då ... ja, men jag måste ju hjälpa... oj nu har de ringt mig, nu måste jag ringa upp... jag kunde inte vänta till nästa dag... jag har blivit tryggare med mig själv.” (mottagning)

”Hade jag kunnat förhindra det här, nej... någonstans går livet vidare för en som personal här, det kommer nya patienter hela tiden.” (mottagning)

”Sån't här kan hända, jag har ju haft några arbetskamrater också som har stöttat mig bra... folk tar livet av sig, man måste räkna med att det kan hända när man jobbar inom psykiatin.” (mottagning)

Man har accepterat det som man varit med om, man vet att det kan hända saker utanför ens egen kontroll och man har på olika sätt hanterat det och gått vidare.

”Jag tycker nästan att det är en utmaning att kunna få jobba med de här lite svårare patienterna.” (mottagning)

”Det har gjort mig starkare på något sätt.../.../...jag tycker ju att det är jobbigt fortfarande, det är ju inte så roligt att prata om det... men det... det är okey.” (slutenvård)

En person uttrycker att hon efter den här händelsen har lite mer kontroll och att hon ligger steget före när exempelvis anhöriga kommer för att besöka, för att försäkra sig om att inget har hänt med patienten.

När ett självmord inträffar görs alltid en Lex Maria anmälan och med det följer att en händelseanalys görs där man granskar det som har inträffat. De som stått ansvariga för behandlingen får skriva en redogörelse för behandlingen och sin bedömning av patienten och det görs intervjuer med de inblandade. När analysen är färdig lämnas det förslag på eventuella åtgärder. Detta beskrivs så här av en person.

”Jag tycker att det blir så kallt när man gör en händelseanalys... jag blev nästan lite kränkt när jag läste igenom åtgärderna... men jag skulle vilja ha från socialstyrelsen någonting ... jag har inte blivit prickad eller fått någon anmärkning eller inget sån't, men det är så kallt på något sätt... jag är en i högen... på något sätt... man är ju friad... man skulle vilja ha haft någonting mer från dom som håller på med Lex Maria.” (mottagning)

Angående frågan om man har saknat något säger en av de intervjuade att hon skulle vilja ha mer kunskap om suicid.

”Jag skulle vilja ha mer, mer inom det här området... kunskap, ja... vi har haft föreläsningar här om vårdprogrammet och... så det är väl så att man har blivit mer uppdaterad då, men det har ju varit för lite runt det här med suicid...” (slutenvård)

En av de intervjuade önskar att det skulle finnas en handlingsplan som man direkt kan gå till när en sådan här händelse inträffar.

6.3.4 Återupplevanden

Samtliga personer som har intervjuats berättar om återupplevanden av varierande grad. Bilder kan dyka upp, vissa situationer kan väcka minnen eller synintryck och den första tiden berättar flera personer om mardrömmar. Man kan känna en obehagskänsla när en patient uteblir eller när man hör om andra suicid.

Fortfarande 10 år efteråt, väcks känslor när man pratar om det, även om man noterar att det har bleknat och inträffar mer sällan.

”Det väcker en massa känslor nu när man pratar om det... man ser liksom det där när han hängde där... det kan komma upp... för jag vet ju exakt datumet... ansiktet dyker upp” (slutenvård)

”En natt... två dagar efter, skulle jag jobba, men då orkade jag inte, för jag hade haft någon dröm, det var liksom den scenen, å då vart jag ledsen och sen orkade jag inte jobba...” (slutenvård)

"Att öppna låsta dörrar är fortfarande jobbigt, för jag vet inte vad jag bittar där."
(slutenvård)

"Se 'n kan man se den där bilden... framför sig... där hon ligger... när hon ligger blå i ansiktet." (slutenvård)

"Jag har inte blivit rädd... men... äh det finns en annan obehagskänsla inom mig nu, än det fanns förut." (mottagning)

Tecken på traumatisk stress: minnesbilder, återupplevanden och mardrömmar.

7 Diskussion

Ett självmord är en skrämmande och oväntad händelse och drabbar alla i dess närhet, naturligtvis främst de anhöriga men även vårdpersonal påverkas och reagerar på det som har hänt. Upplevelser som chock, tomhet, hopplöshet, sorg, ilska och övergivenhet är vanliga. Hos vårdpersonal aktualiseras också tankar som rör den egna professionen och huruvida man har gjort rätt bedömning. Man kan även ha tankar om hur tillåtet det är att som personal reagera vid en sådan här händelse. Finns det en kultur inom vården med förväntningar på att man ska reagera på ett visst sätt och kunna hantera sådana här händelser professionellt?

7.1 Metoddiskussion

Valet av metod känns relevant med tanke på de frågeställningar som fanns. Intervjuarens ovana av forskningsmetoden kan ha påverkat resultatet och möjligen kunde flera fördjupande frågor kunnat ge ytterligare information till materialet. Resultatet kan också ha påverkats av var intervjuerna genomfördes, i fyra fall på arbetsplatsen och i ett fall hemma hos den intervjuade. Intervjuaren hade genom sin yrkesverksamhet och tidigare erfarenheter en förförståelse och föreställning om hur en behandlare kan påverkas av en patients suicid. På grund av urvalet av intervjupersoner som kom från både slutenvård och mottagning nyanserades förförståelsen under arbetets gång och vidgades tack vare intervjupersonernas olika arbetssituation, erfarenhet och beskrivning av sina enskilda upplevelser (Olsson, 2008). Resultatet hade med stor sannolikhet sett annorlunda ut om intervjuerna hade riktats enbart mot personal i slutenvård eller personal på mottagning. Eftersom intervjuerna gjordes under en period av flera månader påbörjades analysarbetet innan alla intervjuer var klara. Det innebär att intervjuaren kunde vara mer uppmärksam på om teman som hade uppmärksammats vid de första analyserna, återkom under kommande intervjuer.

7.2 Resultatdiskussion

DEN OMEDELBARA UPPLEVELSEN AV UPPTÄCKTEN

Tema:

Avsaknad av tankar och känslor: från tomhet till kaos

Under detta tema beskrivs reaktioner som är vanliga vid chocktillstånd, man håller verkligheten ifrån sig eftersom man inte har möjlighet att ta in det som har hänt. Utåt sett kan man vara välordnad medan det inre befinner sig i ett mer kaosliknande tillstånd (Lennér Axelson, 2010). Gemensamt för de intervjuade är att det är övergående och att tillståndet varar under en kortare tid. I de fall där vårdgivare är med och upptäcker att en patient har tagit livet av sig tillkommer det en faktor och det är synintrycket. Det är den här bilden som några av de intervjuade säger kunde återkomma i återupplevanden (flashbacks) i nära anslutning till händelsen eller när man senare pratade om det. Några av dem som påträffat den döda beskriver mer traumatiska upplevelser, medan tonvikten hos dem som fick det återberättat främst handlar om chock, förvåning och tomhet. Man ser tydligt i de intervjuades svar hur de egna reaktionerna skjuts upp i den första fasen, vid den omedelbara upplevelsen, man handlar utan att reflektera över sina egna upplevelser. Beskrivningar som nämns här är att man är chockad, tom, överrumplad och upprörd. Det berättas också om fysiska reaktioner, som att tårarna rinner och att man darrar, kopplingen till egna reflektioner skjuter man i den stunden ifrån sig, eftersom det är andra saker som måste prioriteras. Att man är oförberedd och att suicidet kom så plötsligt är det flera som beskriver är svårt att hantera, man har inte fått någon förberedelse tid utan måste på olika sätt agera i den uppkomna situationen. Samtliga behandlare är kvar på sin arbetsplats och fortsätter att arbeta trots att man befinner sig i någon slags chock eller upprördhet (Cullberg, 1975). De flesta beskriver att det var svårt att vara närvarande i det man gjorde, att arbetsuppgifterna sköttes rutinmässigt men att det trots det kändes viktigt att vara kvar, att få tillfälle att prata med arbetskamrater och smälta det som hänt. Samtliga trodde att det annars kanske hade varit svårare att komma tillbaka efteråt. Parallellt med att man utförde sina arbetsuppgifter pågick dock en inre monolog om vad man inte hade sett och om man hade kunnat göra något annorlunda. Det är också något som Waern (2003) beskriver i sin artikel, hon är närvarande och registrerar, parallellt med att hon brottas med egna reflektioner.

UPPLEVELSER EFTER UPPTÄCKTEN

Hos samtliga behandlare väcker ett självmord starka känslor. Flera upplevelser stämmer in på det som Michel "et.al." (2001) beskriver som en traumatisk stressreaktion. Det berättas om minnesbilder, ökad irritabilitet och aggressivitet, återupplevanden, letande efter mening, sömnstörningar, mardrömmar och en känsla av hjälplöshet, samma upplevelser som Kaufmann "et.al." (2007) observerade i sin studie. Man kan ställa sig frågan om upplevelser av den här

typen kan vara en händelse som kan ligga till grund för en potentiellt traumatisk händelse (Lennér Axelson, 2010) och aktualiseras senare i livet.

Tema:

Tankar om att vara liten, övergiven, hjälplös.

När man kommer in i nästa steg, berättas om upplevelser av att känna sig liten, övergiven och hjälplös. Detta beskrivs enbart av personal på mottagning. Man vet inte var man ska ta vägen eller vad man ska göra och tårarna rinner. I den här röran av olika upplevelser framhåller en av de intervjuade hur viktigt det är att det finns en handlingsplan eller riktlinjer som ett stöd i den första fasen, man ska direkt veta vad man ska göra och vem man ska ta kontakt med. Hon uttrycker också en önskan om att någon annan skulle ha tagit över de praktiska rutinerna som rörde självmordet eftersom hon hade fullt upp med sina egna reaktioner. Yrkesmedicinska enheten (1999) lyfte bland annat fram i sin rapport, att stress och arbetets organisation, är en riskfaktor för utveckling av psykisk ohälsa. Dessa upplevelser visar tecken på sorg, men är också ett uttryck för en traumatisk stressreaktion i form av kontrollförlust.

Tema:

Känslor av förvåning, aggression, sorg och besvikelse.

Man översköls av känslor, på flera nivåer, dels de egna inre upplevelserna men det finns också en yttre verklighet att förhålla sig till i sin arbetsmiljö med patienter och kollegor och man förväntas att handla på olika sätt i den uppkomna situationen.

Det berättas om känslor av lättnad, aggression, sorg och förvåning och olika försvarsmekanismer aktiveras både medvetet och omedvetet.

Pendlingar mellan aggressivitet och skuld gentemot den som tagit sitt liv är en vanlig reaktion och syns också i de intervjuades svar. Det uttrycks ilska över att patienten tagit livet av sig på avdelningen och i samma mening uttrycks funderingar över om det var något man missade. En del känslor ligger närmare den egna sårbarheten, som sorg och aggression, medan andra beskrivs mer distanserat, i exempelvis förvåningen.

En viss rädsla eller oro för att bli utsatt för anhörigas missnöje och aggression nämns här också. Hendin "et.al." (2004) fann i sin studie att i de fall där psykioterapeuter anklagades av anhöriga för en patients suicid, ledde till starkare reaktioner av oro och sorg. En av de intervjuade uttrycker att hon nog medvetet gick in i en slags försvar, eftersom det kändes orimligt att ta på sig någon skuld, det väcktes en ilska och tankar om att de anhöriga skulle veta vad hon visste och vad hon hade gjort, de visste ju ingenting och skyllde allt på vården. Sjöbäck (1984) skriver att försvarsmekanismernas syfte är att befria oss från psykisk smärta och behovet av att förvränga eller täcka över den smärtsamma sanningen. Man skjuter ifrån sig, jag hade inte kunnat förhindra det, det fanns ett erbjudande om

att höra av sig men hon gjorde det inte. Man måste släppa det, eftersom det kommer nya patienter.

En av de intervjuade nämner i förbigående att hon rannsokade sig när hon blev informerad om självmordet, ytterligare ord som nämns är anklagad, kritik, prickad, anmärkning och friad. Samtliga ord är starka och kan beskriva den känsla som möjligen finns hos vårdgivare, man har gjort något fel och riskerar att anklagas. Wurst "et.al." (2010), Hendin "et.al." (2004) och Menninger, (1991) såg i sina studier att skuld var en vanlig känsla som aktualiserades efter en patients suicid. I den här studien är det ingen som uttrycker att man har några skuldkänslor, men skuldfrågan bearbetas ändå på ett omedvetet plan, när man studerar anteckningar, tänker på det sista samtalet och funderar på om man skulle ha gjort annorlunda. Man kan fundera över varför frågan om skuld inte berörs, när man trots allt funderar över om man har gjort något fel eller inte, kanske det är så att det är för outhärdligt att närma sig det på en mer medveten nivå. Här finns förmodligen också aspekter på att det är en överlevnadsstrategi för att orka fortsätta arbeta med självmordsnära patienter.

Man kan se att en del av de intervjuade brottas med många tankar, man undrar vad det är man har missat eller om man har missat något, vilka känslor är tillåtna att känna, borde man känna på något annat sätt och det finns något tabubelagt över en händelse som självmord. Upplevelser av sorg är en vanlig reaktion efter en patients suicid och beskrivs av exempelvis Tillman (2006), Hendin "et.al." (2004), Wurst "et.al." (2010) och Kaufmann "et.al." (2007). Sorg uttrycks också tydligt av några intervjuade, man är ledsen, man inser sina begränsningar och man undrar om man gjort rätt bedömning. Främst verkar dock sorgen finnas som en slags underton i upplevelsen och uttrycks inte lika tydligt som exempelvis aggressionen och besvikelsen. Det visar på vikten av ett öppet och tillåtande klimat på arbetsplatsen, där det är tillåtet att prata om de upplevelser man har varit med om utan omskrivningar. Inom speciellt psykiatrisk verksamhet är man van att möta patienter med traumatiska och svåra upplevelser, när det gäller den egna personen, som behandlare ställs man i en annan situation.

Besvikelsen är en återkommande upplevelse som beskrivs, här finns det inslag av sorg och ilska men det är också något som berör den egna yrkesrollen, med frågor som, vad var det vi missade och de sista samtalen var ju så bra.

Tecken på traumatiska stressreaktioner finns då skulden aktualiseras, det berättas om ökad aggressivitet och sorg, då det som man i det senaste samtalet uppfattade som hopp och framtidsplaner plötsligt inte visar sig stämma och man undrar över sin förmåga att göra rätta bedömningar. Den egna världsbilden blir omkullkastad och även om det inte uttalas klart av någon av de intervjuade börjar man möjligen ifrågasätta sin kompetens och i och med det får sig den egna osårbarheten en törn. De här tankarna ligger nära det som Gabbard (2003) kallar "den ultimata narcissistiska skadan", där han menar att händelsen tränger in i den narcissistiska sårbarheten.

Tema:

Tankar om liv och död

Man kan inte helt lämna de existentiella tankarna när man berör det här ämnet, även om frågeställningen inte direkt har riktats mot det. Några av de intervjuade uttrycker spontant tankar om att arbeta med patienter som ser döden som det enda alternativet. Risken att någon tar livet av sig finns inom psykiatrin, man får räkna med att det kan hända säger en av de intervjuade och en annan uttrycker att livet är så skört, man arbetar ju med människor som faktiskt vill dö.

Några beskriver också att det finns ett allvar och en tyngd i att arbeta med patienter med självmordsnära tankar och det blir extra tydligt när man ställs inför faktum att en patient har tagit livet av sig. Det är svårt att förstå vad det är man arbetar med innan man har varit med om det, säger en av de intervjuade och det finns begränsningar i hur man kan hjälpa. Här uttrycks sorgen både hos behandlare som arbetar på avdelning och mottagning.

UPPLEVELSER UNDER DET ATT LIVET GÅR VIDARE

Tema:

Att med hjälp av sina tankar försöka förstå

Under detta tema beskrivs de bearbetande reaktionerna, önskan att vilja förstå. Rydén och Wallroth (2008) skriver att det är viktigt att kunna reglera och kontrollera känslor och menar att man för att kunna uppleva det behöver ha en känsla av mening. Man behöver hitta ett sätt som binder ihop händelser, känslor och tankar. Att ge mening åt det som har skett innebär att man knyter ihop alla upplevelser och kan integrera det, vilket är nödvändigt för att man ska kunna gå vidare. Gemensamt för alla de intervjuade är att man går igenom patientens sista tid på avdelningen eller det sista samtalet om och om igen, för att kunna förstå. Tillman (2006) observerade också att det var viktigt, att tillsammans med kollegor gå igenom de sista kontakterna, vad man hade talat om, vad patient/behandlare hade sagt, för att göra det mer förståeligt.

Landers och O'Brien (2010) fann utifrån sin studie att det, förutom stöd från anhöriga och arbetskamrater, fanns önskemål om ytterligare hjälp och stöd, av någon professionell person, utanför den närmaste kretsen. I den här studien uppfattades kollegor som viktiga och var ett stort stöd för samtliga. I ett fall utgjordes stödet främst av den närmaste chefen och en läkare och det uppfattades som tillräckligt. I ett annat fall utgjordes stödet främst av kollegorna och i ett tredje, både av kollegor och överordnade. I kontakten med kollegorna kan man tänka sig att skulden i ett första steg bearbetas, där man gemensamt går igenom vilka åtgärder som tagits och funderar över alternativ.

De personer som arbetade på mottagning berättar mer om tankar som berör om man missade något, om man hade gjort en felaktig bedömning eller om man skulle ha gjort annorlunda, medan de som arbetar på vårdavdelning har mer tankar om möjliga anledningar till varför patienten tog sitt liv.

Tema:

Att reparera och göra gott genom att handla

Under detta tema kommer man in i ett steg av något som jag beskriver som reparation och ett behov av att göra gott, det uttrycks på något sätt av samtliga intervjuade. Man ser över nuvarande rutiner, man är mer vaksam på patienters signaler, man blir mer noga med att fråga om suicidtankar och man dokumenterar. Det finns också andra typer av att göra gott i kontakt med anhöriga eller att ta hand om den avlidne efteråt och man beskriver det som något positivt som man trots den svåra händelsen kan känna sig nöjd med.

Tema:

Att utmanas, utvecklas och mogna.

En annan fråga som ställdes vid intervjuerna var om man tänkte annorlunda efter en patients självmord, angående vilka patienter man tog emot. En person beskriver att det snarare är en utmaning att ta emot de lite svårare patienterna och ingen av de intervjuade har lämnat psykiatrin eller ändrat sig vad det gäller vilka patienter man träffar.

Inom slutenvård är det naturligt att man tar mer gemensamma beslut angående patienter och rutiner och flera vårdgivare är inblandade i behandlingen. På en mottagning står man mer ensam som behandlare, med den individuella kontakten och den fortgående bedömningen av patientens mående. Man ser också här en skillnad i svaren, i slutenvård beskrivs hur man ser över rutiner och samarbetar konkret i sitt arbete med patientarbetet. Behandlare på mottagning berättar mer om reflektioner över om man har gjort rätt bedömning. Samtidigt finns tankar om att man har mognat under den tid som man har arbetat inom psykiatri och ett accepterande av att saker utanför ens kontroll kan hända. Anledningen till att det finns mer tankar på om man gjort rätt bedömning kan ha flera orsaker. Kontakten har kanske varit lång och man har lärt känna patienten väl, det kan också finnas en upplevelse av att vara mer ensam i det dagliga patientarbetet, med beslut och bedömning av patientens tillstånd. Hendin "et.al." (2004) såg i en studie att personal under utbildning som gick på en slutenvårdsavdelning och var medlemmar i ett team där gemensamma beslut togs, kände mer stöd, mindre anklagade, skuldyngda eller allvarligt påverkade.

Tema:

Återupplevanden

Något som intervjuaren uppmärksammade under några intervjuer var att flödet i talet förändrades när den traumatiska händelsen beskrevs. Man letade ord, rättade sig, det uppstod flera pauser och berättelsen blev mer osammanhängande. Vid något tillfälle var det också som om den intervjuade drabbades av upplevelsorna när händelsen beskrevs. I PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006) ges exempel på symptom som kan noteras efter en traumatisk upplevelse, bland annat

nämns upplevelsen av att förfluten tid och nutid kan flyta ihop. Flera av de intervjuade säger också att det väcks minnen med synintryck, när man tänker och pratar om händelsen (Michel et al., 2001). Flera av de intervjuade berättar om återupplevande av varierande grad, ingen av dem beskriver något fobiskt undvikande men det finns en stark obehagskänsla hos några.

Studien är begränsad och det går inte att dra några slutsatser, men det som framkommit är att ingen av de intervjuade beskriver så allvarliga men att man har behövt bli sjukskriven eller byta arbete. Det överensstämmer med en tidigare studie gjord av Wurst "et.al." (2010), där man såg att det är en liten minoritet som får långvariga men, när man är med om att en patient gör suicid. Det är dock tydligt att behandlare påverkas på olika sätt, av varierande grad och precis som en stor satsning görs på att förebygga suicid kan det finnas anledning att också våga tala om de upplevelser som är vanliga vid en upplevelse som denna. Eftersom de flesta hanterar sina upplevelser med hjälp av arbetskamrater, chefer och i viss mån anhöriga, finns det en risk att de personer som skulle behöva mer professionell hjälp inte uppmärksammas i tillräckligt hög grad. Man kan fundera över om det i vissa fall finns anledning till att uppmärksamma och erbjuda ytterligare bearbetning med någon av de terapeutiska metoder där det finns evidens, exempelvis EMDR och traumafokuserad KBT.

På frågan om det var något man saknade efter en patients självmord svarade några nej, medan någon önskade en tydlig handlingsplan när något sådant här inträffar. En av de intervjuade önskade ytterligare kunskap om suicid och ytterligare en person hade önskemål om en återkoppling från socialstyrelsen vad det gäller Lex Maria anmälan.

7.3 Förslag till fortsatt forskning

Det vore önskvärt med ytterligare forskning inom det här området, om hur behandlare upplever en patients suicid. Hur kan man på bästa sätt ta hand om de behandlare som är med om en sådan här händelse? Vilka faktorer är viktiga för att bearbetning och återhämtning ska vara på en optimal nivå? Räcker de handlingsplaner och planer på omhändertaganden som är utarbetade eller behöver det utvecklas ytterligare?

Referensförteckning

Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cullberg J. (1975). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gabbard G. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *International Journal of Psycho-Analysis*. 2003; 84:249-261.

Gitlin, M. (1999.) A Psychiatrist's Reaction to a Patient's Suicide. *American Journal of Psychiatry*, October 1999; 156:1630-1634.

Gray, S.H. (1988). On the Suicide of One's Patient. *Psychoanalytic Quarterly*. 1988; 57: 462.

Hendin H, Pollinger Haas A, Maltzberger J, Szanto K, Rabinowicz H. (2004). Factors Contribution to Therapist's Distress After the Suicide of a Patient. *The American Journal of Psychiatry*; Aug 2004; 161:1442-1446.

Klave, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kaufmann, D, Camus, D, Gulfi, A, Castelli Dransart, A (2007). Professionals's reactions to patient's suicide. *Rev Med Suisse*. 2007 Sept 19; 3(125):2092-4.

Menninger, WW. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin Of The Menninger Clinic*. 1991; Vol. 55 (2), pp. 216-27.

Lagen om etikprovning, SFS 2003:460.
Tillgänglig via www.riksdagen.se

Landers, A, O'Brien, S. (2010). Impact of patient on consultant psychiatrists in Ireland. *The Psychiatrist*. 2010; 34:136-140.

Lennér Axelson, B. (2010). *Förluster. Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur & Kultur.

McIntosh, J. L. (1996). Survivors of suicide: A comprehensive bibliography update, 1986-1995. *Omega*, 33, 147-175.

Michel, P-O, Lundin T, Otto, U. (2001). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur

Olsson, H, Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Oxfords Dictionary, 2012.

Parkes C.M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.

PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1999:7. ISSN: 1401-0550

Rydén, R, Wallroth, P. (2008). *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.

Saito, Yoko; Nakao, Tomohiro; Takeda, Yasuhiko; Fujioka, Koutaro; Kimura, Mitsuo; et., al. (2001). *Clinical Psychiatry*, 43.4, April 2001: 377-384.

Schulman A, Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G. (1999). Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården, 1999:6. *Rapport från Yrkesmedicinska enheten*.

Sjöbäck, H. (1984). *Psykoanalytisk försvarsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Patientsäkerhetsförordningen. SFS:2010:1369

Tillgänglig via www.lagrummet.se

Tillman J. (2006). When a Patient Commits Suicide: An Empirical Study of Psychoanalytic Clinicians. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87:159-177.

Waern, M. (2003). När patienten väljer döden. *Läkartidningen* nr 24 2003, volym 100.

Wennerberg, T. (2011). *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

www.vr.se

Wurst F, Mueller S, Petitjean S, Euler S, Thon N, Wiesbeck G, Wolfersdorf M. (2010). Patient Suicide: A Survey of Therapists' Reactions. *The American Association of Suicidology*.

Bilaga 1

Ersta Sköndal Högskola
S:t Lukas utbildningsinstitut

2011-07-15

Hej

Jag heter Elisabeth Nygårdh och arbetar på psykiatriska mottagningen i Bollnäs. Jag går sista året på psykoterapeututbildningen S:t Lukas utbildningsinstitut i Stockholm och under det sista året ingår det att skriva en uppsats. Som underlag till min uppsats behöver jag intervjua ett antal personer, därför får du detta brev.

Det har väckts ett intresse hos mig för behandlares upplevelser när en patient begär suicid och skulle därför vilja intervjua fem personer om hur de har upplevt en patients suicid. Behandlingen kan ha bestått av kontakt med läkare, psykoterapeutiskt samtal, stödsamtal eller annan kontakt med behandlare.

Intervjuerna spelas in och kommer sedan att skrivas ut i text för att en analys ska kunna göras. Efter godkänd examination kommer detta material att förstöras. De intervjuade och eventuella patientuppgifter förblir anonyma.

Intervjuerna kommer att genomföras juli-september och jag räknar med att intervjun kommer att ta ca en timme. Genomförandet av intervjun kan lämpligen göras på den egna arbetsplatsen.

Jag kommer att behöva ett skriftligt medgivande från den som deltar i intervjun, deltagandet kan dock avbrytas när som helst om man av någon anledning skulle ändra sig.

Om du är intresserad av att delta, eller har några frågor, kontakt mig antingen via mail, telefon eller brev.

Det är bra om du meddelar mig så snart som möjligt om du vill delta.

Med vänlig hälsning

Elisabeth Nygårdh
Telefon arbetet 0278-380 64 eller mobil 073-817 17 71
elnyg@spray.se
Skräddarbacken 13 Myra
820 40 Järvsö

Handledare: Björn Elwin, prefekt
S:t Lukas utbildningsinstitut
bjorn.elwin@esh.se

Bilaga 2

Skriftligt medgivande

2011-07-15

Deltagandet i undersökningen är frivillig och du kan avstå från deltagandet när som helst under studiens genomförande. Inkommet material kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter godkänd examination, ingen kommer att kunna identifieras i samband med rapportskrivningen.

Jag medverkar i en intervju som spelas in och tillåter att materialet får användas som underlag till den uppsats som kommer att handla om behandlares upplevelser när en patient begår suicid.

Jag ger min tillåtelse att under studiens gång, bli kontaktad om eventuella klargöranden eller kompletteringar behöver göras.

Underskrift deltagare

Datum

Underskrift intervjuare

Datum

Elisabeth Nygårdh
073-817 17 71
elnyg@spray.se

Handledare: Björn Elwin, prefekt
S: t Lukas utbildningsinstitut
bjorn.elwin@esh.se