



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för socialt arbete och kriminologi

Att möta personer med självmordstankar

En kvalitativ studie om professionellas arbetssätt och bemötande
gentemot personer med självmordstankar

Caroline Hedberg och Sofia Öjergren

2019

Uppsats, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Socialt arbete
Socionomprogrammet
Examensarbete i socialt arbete

Handledare: Dimitris Michailakis
Examinator: Therese von Braun

Abstract

Title: “To meet people with suicidal thoughts” - A qualitative study on working methods and approaches used by professionals on people with suicidal thoughts.

Authors: Caroline Hedberg and Sofia Öjergren

The aim of this study was to investigate the existing types of working methods and approaches used by professionals on clients with suicidal thoughts. Through interviews with five professionals who meet clients with suicidal thoughts, data were collected for a qualitative study. The result suggested that the working methods used by these professionals are mapping based on therapy talk, evaluation forms, talks and follow-ups. The professionals treat their clients by listening, having the courage to ask questions about suicide, to allow the client to narrate their story and to be there for the client. The results are expected to contribute to increasing our knowledge as social workers on working methods and approaches towards clients with suicidal thoughts. Our choice was based on the lack of specific training on that field within the study program in social work.

Keywords: Approach, professional, social worker, suicidal thoughts, working methods

Sammanfattning

Titel: “Att möta personer med självmordstankar” - en kvalitativ studie om professionellas arbetssätt och bemötande gentemot personer med självmordstankar

Författare: Caroline Hedberg och Sofia Öjergren

Syftet med denna uppsats var att ta reda på vilka arbetssätt och bemötande professionella använder gentemot klienter med självmordstankar. Uppsatsen bygger på en kvalitativ intervjustudie där fem professionella som i sitt arbete möter klienter med självmordstankar varit delaktiga. Resultat visade att professionella använder sig av kartläggande samtal, bedömningsformulär, samtal och uppföljning i arbetet med dessa klienter. De professionella uppgav att det viktigaste i bemötandet är att lyssna, våga fråga, låta klienten berätta och visa att man finns där för klienten. Resultatet förväntades bidra till ökad kunskap om arbetssätt och bemötande gentemot klienter med självmordstankar för oss socialarbetare. Detta för att vi upplevde att vi saknade specifik utbildning i ämnet inom socionomutbildningen.

Nyckelord: Arbetssätt, bemötande, professionella, självmordstankar, socialarbetare

Förord

Vi vill först och främst tacka våra informanter för att de tog sig tiden att delta i vår studie. Tack vare era berättelser och engagemang har ni gjort det möjligt för oss att kunna genomföra denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Dimitris Michailakis som med sina tips och synpunkter hjälpte oss att genomföra denna studie. Stort tack till er! Vi har varit två författare som skrivit denna uppsats tillsammans, vi har delat upp vissa delar emellan oss och skrivit vissa delar tillsammans. Vi har båda varit lika delaktiga i uppsatsen från början till slut.

Gävle, maj 2019

Caroline Hedberg och Sofia Öjergren

Innehåll

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Problemformulering.....	3
1.3	Syfte.....	3
1.4	Frågeställningar.....	4
1.5	Uppsatsens disposition.....	4
1.6	Begreppsförklaringar.....	4
1.6.1	Självordstankar.....	5
1.6.2	Bemötande.....	5
1.6.3	Professionella.....	5
2	Tidigare forskning.....	6
2.1	Redovisning av litteratursökning.....	6
2.2	Självordspreventiva arbetssätt.....	6
2.3	Vikten av professionellas bemötande.....	8
2.4	Självord och socialt arbete.....	9
2.5	Sammanfattning av samtliga studier i tidigare forskning.....	10
3	Teorier.....	11
3.1	Empowerment.....	11
3.2	Salutogenes.....	12
3.3	Anknytningsteorin.....	13
4	Metod.....	15
4.1	Forskningsdesign.....	15
4.2	Förförståelse.....	15
4.3	Tillvägagångssätt.....	16
4.3.1	Urval av informanter.....	16
4.3.2	Genomförande av studien.....	16
4.3.3	Datainsamling.....	17
4.4	Analysverktyg.....	18
4.5	Uppsatsens trovärdighet.....	18
4.5.1	Validitet.....	18
4.5.2	Reliabilitet.....	19
4.5.3	Generaliserbarhet.....	19
4.5.4	Etiska överväganden.....	20
5	Resultat.....	22
5.1	Presentation av informanter.....	22
5.2	Arbetssätt och bemötande.....	23
5.2.1	Arbetssätt.....	23
5.2.2	Bemötande.....	28
5.3	Givande för klienterna.....	31
5.3.1	Lyssna, finnas där och låta klienten berätta.....	31
5.3.2	Samtalet.....	32
5.4	Utveckling och förbättring.....	33
5.4.1	Mer utbildning.....	33
5.4.2	Bättre samarbete.....	34
5.4.3	Våga prata öppet om suicid.....	35
5.4.4	Mer fokus på samtalet.....	36
6	Analys.....	38

6.1	Vår tolkning av resultatet utifrån empowerment	38
6.2	Vår tolkning av resultatet utifrån salutogenes	39
6.4	Vår tolkning av resultatet utifrån anknytningsteorin	40
7	Diskussion	42
7.1	Resultatsammanfattning.....	42
7.2	Resultatdiskussion	43
7.3	Metoddiskussion	45
7.4	Förslag till fortsatt forskning	46
8	Referenser.....	48
9	Bilaga 1.....	55
10	Bilaga 2.....	57
11	Bilaga 3.....	59
12	Bilaga 4.....	61

1 Inledning

Enligt WHO begår en person självmord var 40 sekund. Det är ca 800 000 personer per år i världen (www.who.int). Det är främst män och äldre som tar sitt liv (Socialstyrelsen, 2018).

Psykisk ohälsa är enligt Socialstyrelsen (2017) ett ökande folkhälsoproblem, hos barn och unga, där depressioner och olika ångestsyndrom är de diagnoser som ökar mest. Orsakerna till ökningen av psykisk ohälsa är ännu okända men det tyder bland annat på ungas livsvillkor såsom skolan samt vägen till arbets- och vuxenlivet. I och med att depression och ångestsyndrom kan innebära långa sjukdomsperioder finns även en förhöjd risk för självmordsförsök (Socialstyrelsen, 2017). Det har visat sig att de allra flesta personer som begått självmord har under tiden före sin död skickat ut signaler om sina planer i form av meddelanden, hot, demonstrativa handling etcetera. Därför bör behandlare alltid ta varje signal om självmordstankar på allra största allvar (Haugsgjerd, 1999). Som framtida socialarbetare upplever vi oss ha liten till nästan ingen kunskap om att bemöta och behandla personer med självmordstankar. Vi vill därför med denna studie undersöka hur professionella beskriver deras arbetssätt och bemötande av personer med självmordstankar och vad de anser är givande för personerna i mötet med professionella. Till hjälp har vi valt begreppen salutogenes, empowerment samt anknytningsteorin som fokuserar på hälsa, styrka och vikten av relationer; det vill säga krafter som kan bidra till en väg ut ur självmordstankarna.

1.1 Bakgrund

Årligen begår cirka 1 200 människor i Sverige självmord (Socialstyrelsen, 2017). Självmord är en handling som människor har begått ända sedan antikens tid, för att bland annat slippa ifrån lidande eller förödmjukelse, för att offra sig eller ta hämnd, för att försvara sin egen eller andras ära. Den anses vara en extrem våldshandling och som inte bara är en privatsak utan även något som påverkas av sociala och strukturella faktorer

såsom ålder, kön, nationalitet, religion och så vidare. Exempelvis har självmordsfrekvensen bland tonåringar senaste decennierna ökat både i Sverige men även i många andra länder (Haugsgjerd, 1999). Durkheim (1983) definierar självmord enligt följande: “termen självmord används om alla dödsfall, som direkt eller indirekt är resultatet av en positiv eller negativ handling, utförd av den avlidne, och vilket han vet kommer att medföra detta resultat” (Durkheim, 1983, s. 22).

Självmord förklaras också som ett sista förtvivlat sätt att försöka få slut på lidandet och vid ett lyckat självmord överförs smärtan och lidandet på de närstående som ofta upplever förlust, skuldkänslor och psykiskt lidande under lång tid (Haugsgjerd, 1999). Lidande kan beskrivas som en upplevelse av inte bara fysisk smärta eller ångest utan också själsliga och andliga existentiella tankar som väcks av konkreta kroppsliga smärtor eller yttre erfarenheter (Wiklund-Gustin, 2010). Hälsa ses som motsatsen till lidande och handlar bland annat om att uppleva sig som en hel person, inte bara fysiskt men också genom att ha kontakt med sina tankar och känslor på ett sådant sätt att personen känner att världen är meningsfull och begriplig. Det är en fråga om att ha kraft att leva självständigt och utifrån sina egna värden snarare än att leva för att undvika lidande (ibid.).

Enligt Socialstyrelsen föregås självmord uppemot 90 procent av någon form av psykisk ohälsa. De förebyggande åtgärderna inom sjukvårdens verksamheter måste därför sättas in tidigt. Även om flera av de som tar sitt liv har varit i kontakt med vården före sin död, har deras självmordstankar kanske aldrig berörts i samtal med vårdpersonal. Detta är viktigt att utgå ifrån och därför sprida den kunskap om självmord som finns (Socialstyrelsen, 2006). Det är viktigt att myndigheter, kommuner, hälso- och sjukvård, socialtjänst med flera arbetar aktivt genom att öka kunskapen och följa utvecklingen av den ökande psykiska ohälsan för att förebygga självmord. Till dessa hör vi som blivande socionomer.

1.2 Problemformulering

Som socionom möter man människor som befinner sig i olika situationer i livet. Ofta är dessa människor i kris eller utsatta situationer och studier visar att socionomer ofta möter personer med självmordstankar (Osteen, Jacobson & Sharpe, 2014). En klients upplevelse av mötet och relationen till en vårdande eller hjälpande professionell spelar roll för behandlingens effekter och har en stor betydelse för den klientens välmående och tillfrisknande. Det finns några faktorer som klienten menar har betydelse för känslan av förtroende för personalens hjälpande förmågor och som möjliggör att en god relation skapas mellan klient och personal. Några av dessa faktorer är att personalen engagerar sig, tar sig tid, är medmänniskor, visar respekt samt att de finns kvar (Socialstyrelsen, 2017). Socionomutbildningarna saknar vanligtvis utbildning i bemötande och behandling av personer med självmordstankar (Osteen et al., 2014). Att förlora en klient på grund av självmord har visat sig skapa känslor av professionell inkompetens och isolering bland socialarbetare (Almeida, McManama O'Brien & Norton, 2017). Den bristande utbildningen i självmord kan vara förklaringen till varför socialarbetare kan ha dåligt självförtroende i att arbeta med klienter med självmordstankar (ibid.). Självmord är ett socialt problem och förutom den enskildes dåliga mående drabbas även många anhöriga till personer som begår självmord. Som socialarbetare kommer man i kontakt även med de anhöriga. Genom att lyfta ämnet, skriva om fenomenet självmord och fokusera på givande arbetssätt och bemötande hoppas vi därför med denna studie kunna få fram och belysa användbara faktorer som kan hjälpa i mötet med en klient som har självmordstankar.

1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur professionella beskriver sitt arbetssätt och bemötande gentemot personer med självmordstankar, vad de anser är givande i mötet för dessa personer samt vad de anser behöver utvecklas i arbetet med personer med självmordstankar.

1.4 Frågeställningar

- Hur beskriver de professionella sitt arbetssätt och bemötande gentemot klienter med självmordstankar?
- Vad anser de professionella är givande för klienter med självmordstankar?
- Vad anser de professionella behöver utvecklas när det gäller kunskap om självmord och bemötande till klienter med självmordstankar?

1.5 Uppsatsens disposition

I detta avsnitt förklarar vi hur vi har lagt upp uppsatsens disposition. I det *första kapitlet* presenterar vi bakgrund, problemformulering syfte och frågeställningar samt presenterar ämnet för vår studie. Vi förklarar även centrala begrepp som vi har använt oss av i studien. I det *andra kapitlet* redogör vi för den tidigare forskning vi har hittat om ämnet kopplat till våra frågeställningar. I det *tredje kapitlet* redogör vi för de teorier som vi har valt att använda oss av för att sedan analysera vårt empiriska material. I det *fjärde kapitlet* redogör vi för studiens metod, vi förklarar forskningsdesign, tillvägagångssätt och studiens etiska ställningstaganden. I det *femte kapitlet* redovisar vi studiens resultat och det som är vårt empiriska material. I det *sjätte kapitlet* analyserar vi vårt empiriska material med hjälp av våra valda teorier. I det sista och *sjunde kapitlet* för vi en diskussion om studiens resultat och metod samt ger förslag på fortsatt forskning om ämnet. I slutet av uppsatsen redovisas referenslista och bilagor.

1.6 Begreppsförklaringar

I detta avsnitt förklarar vi centrala begrepp som vi använder oss av i studien.

1.6.1 Självmordstankar

Begreppet självmordstankar definieras enligt Socialstyrelsen som en person med fantasier, tankar, önskningsar om och impulser att ta sitt liv. Tankar som kan utvecklas till avsikter, planer och till slut beslut om att ta sitt liv (Socialstyrelsen, 2003). Självmordstankar är vanligt hos befolkningen. Nästan var tredje person har någon gång under sitt liv haft självmordstankar och nästan var tionde person hade haft det under senaste året (ibid.).

1.6.2 Bemötande

Verbet bemöta handlar om att mer eller mindre aktivt förhålla sig till vad någon annan gör eller säger. Antingen besvarar man en invändning, säger emot ett argument, håller med eller bekämpar den andra. Bemötande kan också handla om att bli bra eller dåligt behandlad. Bemötande handlar om möten mellan människor (Hydén, 2001).

1.6.3 Professionella

Abbot (1988) beskriver professionaliseringsprocessen som en process där yrkesgrupper strävar efter att definiera och hävda sin jurisdiktion, och att arbetsfördelningen stöder yrkesutvecklingen. Vi använder begreppet professionell för att inkludera olika yrkesgrupper som arbetar eller kommer i kontakt med klienter eller patienter som har självmordstankar. Inom begreppet professionell inkluderas i denna studie socionomer, sjuksköterskor, psykologer, psykiatriker samt annan utbildad personal som inom sitt arbete möter personer med självmordstankar.

2 Tidigare forskning

I det här kapitlet redovisar vi den tidigare forskning som vi hittat i relation till vår studies syfte och frågeställningar.

2.1 Redovisning av litteratursökning

Vid sökning av tidigare forskning sökte vi i databaserna Discovery, SocIndex och PsycINFO genom Högskolan i Gävles bibliotek. I dessa databaser gjorde vi flera sökningar där vi kombinerade sökorden: *suicide prevention, empowerment, suicide, professionals and patients, salutogenesis or salutogenic or antonovsky or sense of coherence, social work, professionals, social workers, client, professional approach, approach, primary health care, social worker, mental illness, care givers, suicidal behavior treatment, suicidal behavior, suicidal ideation* och *client treatment*. Vi sökte efter forskning som är peer reviewed, linked full text och publicerade mellan åren 2000–2019. Vi fick mellan 5–81 träffar när vi sökte på våra sökord beroende på hur vi kombinerade sökorden. Utifrån de olika sökkombinationerna var det ca 1–3 vetenskapliga artiklar inom varje sökning som kunde relateras till vår studie. Vi valde ut 13 vetenskapliga artiklar som innefattade våra inkluderingskriterier och bäst passade in på vår studie. Dessa 13 delade vi in i tre olika teman som kopplades till studiens syfte och frågeställningar: *Självordspreventiva arbetssätt, vikten av professionellas bemötande* samt *självord och socialt arbete*.

2.2 Självordspreventiva arbetssätt

Två studier beskriver specifika metoder och behandlingar som har visats fungera bäst på just klienter med självordstankar. En av dessa är en studie av Singer, O'Brien och LeCloux (2017) som belyser hur ca 40 procent av alla unga som begår självord aldrig har fått någon behandling. Syftet med studien är att belysa hur de tre behandlingsmetoderna *attachment-based family therapy, integrated cognitive behavioral therapy* och *dialectical behavior therapy*, kan minska självordstankar och/eller självordsförsök hos unga och författarna hoppas därför att verksamheter och professionella ska inkludera dessa strategier i deras arbete. Terapiformerna behandlar och

strävar efter att förbättra interaktionen mellan familjemedlemmarna, stärka anknytningen mellan barn och föräldrar samt behandlar flera problem hos individen samtidigt istället för ett i taget. En av terapierna är en typ av kognitiv beteendeterapi för att minska självskadebeteende. (Singer et al., 2017).

En annan studie belyser hur många insatser till klienter med psykisk ohälsa, som till exempel mindfulness, KBT och terapi, ofta saknar ett kvarvarande resultat för klienten. Insatserna bidrar mer till att förbättra situationen för tillfället (Pedersen, Gorman-Ezell och Hochstetler-Mayer, 2017). Oavsett behandlingsmetod är det därför viktigt att socialarbetare uppmärksammar klientens preferenser och regelbundet bedömer självmordsrisk, samt tar alla varningstecken och riskfaktorer på allvar. Studien tar även upp att personer med kroniska osynliga sjukdomar kan vara en riskgrupp för självmord eftersom de kan lida i tystnad och isolering. Socialarbetare kan därför genom empowerment stärka, minska stigmat och isolering av denna klientgrupp (ibid.).

Följande tre vetenskapliga artiklar tar upp vikten av att professionella hjälper klienter med självmordstankar att ha ett samband med sin sociala omgivning. Pederson et al. (2017) som nämns ovan menar att för att minska risken för självmord som ökar i och med den psykiska ohälsan är det viktigt att på olika sätt bryta individens stigmatisering och isolering. Detta genom att försöka involvera klienten i ett socialt sammanhang ur ett mikro-, makro- och mesoperspektiv med hjälp av dennes familj, släkt, vänner och de samhällseliga sammanhang individen är med i. Grant, Ballard och Olson-Madden (2015) tar i en litteraturstudie upp anhörigstöd till klienter med självmordstankar eller psykisk ohälsa (istället skriva?) och med att anhöriga upplever bristande kunskap och professionellt stöd i sin vård och omsorg om den familjemedlem som mår dåligt. Samverkan mellan professionella och anhöriga har visat sig vara bra, preventivt och generera känsla av empowerment hos klienten (Grant et al. 2015). Sjøberg, Kjørven Haug, Danbolt, Lien och Sørensen (2018) tar bland annat upp vikten av bra sociala relationer för att motverka självmordstankar bland annat genom att involvera klientens familj för att bryta dennes isolering. Även samtal tillsammans med empatiska och bekräftande professionella där klienten får uttrycka sina känslor anses viktigt (Sjøberg et al. 2018).

Kelliher Rabon, Webb, Chang och Hirsch (2019) tar upp hur viktigt det är för klienten att få beröra existentiella frågor tillsammans med empatiska samtalspartners. Att hjälpa

individens till att ha förmågan till förlåtelse och förmågan till framtidsorientering ska minska en klients självmordstankar. Även den tidigare nämnda studien Søberg et al. (2018) berör detta och menar att samtal kring existentiella frågor såsom hopp, ensamhet, mening, skam och religion ska hjälpa klienten.

Sammanfattningsvis nämnde studierna hur viktigt samtalet mellan professionella och klient är. Det är viktigt att se till klientens preferenser, förstå vikten av samtalet, hur man samtalar och ställer frågor samt även beröra existentiella frågor i samtalen med klienter som upplever självmordstankar. Att inkludera anhöriga och klientens sociala kontakter benämns som en annan viktig faktor i behandling av självmordstankar.

2.3 Vikten av professionellas bemötande

Kondrat och Teater (2012) är en studie som belyser hur personal på akutmottagningar ofta möter klienter med självmordstankar och hur avgörande personalens bemötande och bedömning av klienten är för dennes liv. Det är viktigt att personalen försöker inge hopp och meningsfullhet till klienten. Studien lyfter fram hur lösningsfokuserad terapi kan hjälpa klienten med detta genom att utgå ifrån klientens egna resurser och fokusera på lösningarna istället för problemen. (Kondrat & Teater, 2012).

En studie av Lee, Osteen och Frey (2016) nämner att självmord är ett stort samhällsproblem och dödar ungefär 36 000 personer i USA varje år. Även denna studie tar upp vikten av att de professionella kan bedöma klienter med självmordstankar rätt. För att de professionella ska kunna upptäcka tidiga signaler om självmord hos klienterna krävs rätt utbildning och evidensbaserad skicklighet och träning i detta. (Lee et al. 2016)

Doherty och DeVyllder (2016) tar även upp vikten av att professionella inom sjukvården upptäcker tidiga signaler om självmord hos klienter. Studien anser att sjukvård och socialarbetare behöver bedriva förebyggande och ingripande arbete med hjälp av olika screeningmetoder för att identifiera riskfaktorerna (Doherty & DeVyllder, 2016).

Sammanfattningsvis kunde vi hitta några studier som berörde vikten av ett rätt bemötande från professionella som träffar klienter med självmordstankar. Studierna nämner hur professionella som arbetar med att möta människor, ofta möter personer med

självordstankar även om dessa tankar inte är det primära som personen i fråga söker hjälp för. Studierna tar upp att det är viktigt för professionella att kunna upptäcka, identifiera och bemöta dessa personer på rätt sätt samt i ett tidigt stadi. I många fall kan personer som söker hjälp för andra besvär må så dåligt att de tänker självmordstankar.

2.4 Självmord och socialt arbete

Tre studier lyfter bristen av rätt kunskap när det kommer till att möta klienter med självmordstankar. Almeida et al. (2017) menar att sannolikheten att en socialarbetare i sitt arbete kommer stöta på en klient med självmordstankar är stor och att det för många socionomstudenter finns en rädsla för detta. Att förlora en klient på grund av självmord har visat sig skapa känslor av professionell inkompetens och isolering bland socialarbetare. Förklaringen anses vara den bristande utbildningen i ämnet självmord inom socionomutbildningen och att det därmed gör socialarbetare oförberedda inför möten med klienter med självmordstankar (Almeida et al., 2017). En annan studie undersökte 73 socionomers kunskap och erfarenhet av arbete med suicidala klienter. Resultatet visade på bristande kunskaper och erfarenheter (Osteen et al., 2014). Levitt, Wean, Lorenzo, Miller-Solarino och Yu, (2011) bedömde en utbildning inom självmordsmedvetenhet för professionella som arbetar med bland andra psykiskt sjuka. Uppföljningen visade ökad kunskap hos de professionella samt att de var mycket nöjda med utbildningen (Levitt et al., 2011).

Två studier, Joe och Niedermaier, (2008) och Maple, Pearce, Sanford och Cerel (2017), tar upp hur det saknas forskning om självmord bedrivet av socialarbetare. Resultatet av studierna visade att trots ökning av undersökningar om självmord, har forskare inom socialt arbete bidragit med begränsad evidensbaserad kunskap om behandling eller förebyggande av självmords relaterade beteenden.

Sammanfattningsvis kunde vi se att flera studier belyste hur socialarbetare och professionella inom primärvården ofta möter personer med självmordstankar. Trots detta saknas det ofta utbildning i bemötandet och behandling av självmordsbenägna klienter inom bland annat socionomutbildningen, och professionella kan känna en osäkerhet kring att möta klienter med självmordstankar på grund av bristande kunskap. Vi kunde även se att det saknas forskning om självmord bedrivet av socialarbetare. Att öka utbildningen av

professionella socialarbetare och vårdpersonal i ämnet självmord och bemötande visar sig öka personalens känsla av kompetens och trygghet i arbetet och därmed ökar även kvaliteten på vården för dessa klienter.

2.5 Sammanfattning av samtliga studier i tidigare forskning

Det den tidigare forskningen visar är att bra och fungerande faktorer för klienter med självmordstankar är professionellt empatiskt bemötande och att de professionella inger hopp och har ett lösningsfokuserat arbetssätt gentemot klienterna. Professionella ska även vara uppmärksamma på tidiga signaler och riskfaktorer såsom kroniska smärtor, depression och missbruk. Det är bra att inkludera, stötta och utbilda familj och övrigt nätverk. Forskningen visar också att det är viktigt att hjälpa klienten involveras i olika sociala sammanhang samt föra existentiella samtal som handlar om bland annat hopp, ensamhet, skam, religion och förlåtelse. För att professionella ska kunna utföra dessa givande handlingar och arbetssätt säger även forskningen att det krävs särskild utbildning. Socialarbetare och vårdpersonal har inte denna specifika kunskap i tillräcklig utsträckning idag vilket gör att vården kan bli bristande. Tidigare forskning bekräftar således vår känsla av att utbildning om självmord och självmordspreventiva arbetssätt inom socionomutbildningar bör ökas.

Utifrån detta blir vi nyfikna på hur de professionella anser att man skulle kunna utbilda och fylla kunskapsluckorna som finns på arbetsplatser idag. Vad är det som saknas och vad är det professionella anser är viktigt i arbetssätt och bemötande mot dessa klienter.

3 Teorier

I det här kapitlet kommer vi presentera de teoretiska perspektiv vi valt att analysera vårt resultat med.

3.1 Empowerment

Ordet empowerment har sitt ursprung ur begreppet power, men ordet kopplas även till svenska begrepp som makt, styrka eller kraft (Askheim, 2009). Empowerment används ofta för att beskriva att utsatta och maktlösa personer eller grupper ska utveckla sin egen makt, styrka eller kraft för att själva kunna ta sig ur den maktlöshet som de befinner sig i. Detta genom att få igång aktiviteter som förstärker handlingskraften och tron på sig själv (ibid.). För att få utsatta personer att öka sitt inflytande över sina egna liv fokuserar perspektivet empowerment på att utveckla egenskaper såsom självtillit, socialt stöd, delaktighet, makt, egenkontroll och liknande. Detta ökar förmågan för klienten att tillfredsställa sina behov, lösa sina problem och skaffa de nödvändiga resurserna för att kunna ha kontroll över sitt liv (Askheim & Starrin, 2009). Alla typer av processer som gör det möjligt för människan att "äga" sitt eget liv kan kopplas till empowerment. Exempelvis att förstå de strukturer i samhället som människan är delaktig i så som skola, jobb, nätverk, myndigheter samt att förstå att dessa strukturer kan påverkas och förändras. Detta påverkar även människans känsla av kontroll. Även strävan efter insikt om sitt inre känsloliv; att känna sig värdefull, känslan av att ha förmågan att fullfölja en handling, ha tillit till sig själv och till andra är en viktig faktor i empowerment (Starrin, 1997).

Det finns flera olika inriktningar inom empowerment och det som alla inriktningar har gemensamt är att de delar en positiv syn på människan och ser människan som en handlande varelse som vet sitt eget bästa, så länge förutsättningen för det finns (Askheim, 2009). I socialt arbete handlar empowerment om ett gott förhållningssätt till klienten genom att visa respekt och ödmjukhet som får klienten att känna god självkänsla. Det handlar också om att uppmärksamma goda egenskaper, förtjänster och skapa god relation med klienten (Starrin, 2009). För socialarbetare finns vissa utmaningar med ett utökat användande av empowerment. Bland annat nämns de administrativa ramarna, vissa metoder som tjänstemän arbetar utifrån, värderingar om utsatta grupper som finns på

arbetsplatsen samt tjänstemäns ovilja att ge med sig av sin egen makt och auktoritet som hinder för ett ökat empowerment i arbete med utsatta klientgrupper (Askheim & Starrin, 2009). Genom att medvetandegöra denna kunskap för klienten och genom empowerment hjälpa klienten hitta sina styrkor och förmåga att skapa band och allianser med samhället bryts maktlösheten och isoleringen som den utsatta klienten ofta känner (ibid.).

Empowerment som begrepp och teori används idag inom det sociala arbetet för att behandla klienter med respekt och belysa klientens egna resurser och styrkor. Vi har valt teorin empowerment för att analysera vårt empiriska material då vi har undersökt vad i mötet mellan klient och professionella som stärker klienten. Den klientgrupp vi har valt att undersöka är klienter med självmordstankar. Då detta är en utsatt och relativt maktlös grupp i samhället kan empowerment vara en viktig del i bemötandet från professionella.

3.2 Salutogenes

Salutogena perspektivet betyder hälsofrämjande synsätt och är motsatsen till patologi där fokus ligger på det sjuka och dess orsaker. Ur ett salutogent perspektiv ses en människas hälsa utifrån de friskfaktorer som främjar dennes hälsa. Aaron Antonovsky (2011), professor i medicinsk sociologi säger att ohälsa kan förebyggas genom att fokusera på och ta tillvara det friska och motståndskraftiga hos människan. Istället för att fråga sig varför en individ blir sjuk, frågar det salutogena perspektivet vad det är som gör att människan är frisk (Antonovsky, 2011). Människosynen är optimistisk och man ser människan som kapabel och resursstark (Eriksson, 2015). Salutogenes betyder kännedom om vilka resurser som är hälsa men även kännedom om riskerna för ohälsa. Hälsa definieras alltså inte bara som frånvaro av sjukdomar eller gör koppling till materiella saker såsom inkomst, boende, socialt skydd och så vidare. Det salutogena perspektivet går ut på att även undersöka människors välbefinnande och inkluderar livskvalitet och mental hälsa som viktiga begrepp (ibid.).

För att en individ ska få kännedom om sina motståndskrafter och vad som gör att hon håller sig frisk och kan växa menar Antonovsky (2011) att individen behöver ha sin tillvaro sammanhängande genom att den görs *begriplig, hanterlig och meningsfull*, även kallat KASAM (känsla av sammanhang). Begriplig på så sätt att individen stabilt

bedömer verkligheten och förnuftigt klarar av att ordna och förklara både det förutsägbara som händer men även det som kommer som en överraskning. Hanterbarheten handlar om den grad individen själv känner att den har resurser till att möta krav som ställs i livet. Ju högre grad av hanterbarhet en individ känner desto mindre känsla av offer för omständigheterna. Meningsfullheten är en motiverande komponent. Den betonar i vilken utsträckning individen känner att livet har en känslomässig innebörd och att de utmaningar som individen ställs inför är värda att kämpa för och investera energi i (Antonovsky, 2011). Känslan av sammanhang kan beskrivas som en livsorientering, ett sätt att se på livet som sammanhängande, strukturerat och meningsfullt (Eriksson, 2015).

Vi har valt det salutogena perspektivet som teori för att försöka hitta om de professionella har ett hälsofrämjande perspektiv med fokus på det friska i sitt bemötande och arbetssätt gentemot klienter med självmordstankar.

3.3 Anknytningsteorin

Anknytningsteorin handlar om emotionella band till andra personer och har funktionen av att stärka möjligheten till överlevnad. Att ha en förmåga att bilda och behålla emotionella relationer med andra, främst mellan barn och föräldrar eller andra omsorgspersoner gynnar den sociala och psykologiska utvecklingen hos människan och är källan till tröst (Parrish, 2012). Anknytningen innebär beteenden som utlöser positiva reaktioner från omsorgspersonerna såsom välkomnande omsorg, tröst och tillgänglighet. Exempelvis kan stress, oro och ängslan aktivera dessa anknytningsbeteenden och med bra anknytning uppfattar individen sig själv som värdefull och handlande individ, samt de andra som hjälpande och med en trygg bas att luta sig mot (ibid.). I de nära relationerna utvecklar individen sina mentala tankar om sig själv, sitt värde utifrån hur andra reagerar på dem. Detta kallas inom anknytningsteorin för *inre arbetsmodeller* och utgör en reflektion av upplevelsen av hur anknytningspersonerna finns där som skydd och uppskattning. De *inre arbetsmodellerna* har som funktion att påverka individens förväntningar på och uppfattningar om sig själva, och har sin grund om deras egen inneboende förmåga att älska och vara accepterad samt ha tillit till andras förmåga att vara emotionellt tillgängliga som individen kan ha tilltro till. Genom att utveckla

anknytningen och relationerna till andra lär sig individen att förstå dels sig själv dels även andra på ett bättre sätt (Wennerberg, 2012).

Vi har valt att använda oss av anknytningsteorin för att analysera vårt resultat gällande vikten av att skapa och bibehålla bra relationer när det kommer till behandling av personer med självmordstankar.

4 Metod

I detta kapitel beskriver vi vårt metodval, tillvägagångssätt samt de etiska övervägande vi gjort under studiens gång.

4.1 Forskningsdesign

Vi har gjort en kvalitativ forskningsstudie där vi har undersökt professionellas bemötande och arbetssätt gentemot personer med självmordstankar. Den kvalitativa forskningsintervjun söker kvalitativ kunskap och syftar därmed inte till kvantifiering. Målet är att erhålla nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter av intervjupersonernas livsvärld (Kvale & Brinkmann, 2014). Vi har använt oss av en halvstrukturerad livsvärldsintervju inspirerad av fenomenologin då vi var intresserade av att undersöka hur människorna vi intervjuade upplever sin livsvärld och få svar utifrån deras perspektiv (ibid.). Generellt är fenomenologi i kvalitativ forskning en term som syftar till ett intresse att vilja förstå sociala fenomen utifrån aktörernas egna perspektiv och deras beskrivning av världen som de uppfattar den (ibid.).

4.2 Förförståelse

Den förförståelse vi hade om självmord innan studien var att vi båda ansåg att fenomenet självmord är något vi har väldigt lite kunskap om trots att vi uppfattar det som ett folkhälsoproblem. Vi hade även en uppfattning om att vi som framtida socionomer fått begränsad utbildning och kunskap om självmord och självmordsprevention i socionomutbildningen, och kände oss därför inte förberedda på att i vårt arbete möta personer som har självmordstankar på ett professionellt och korrekt sätt.

4.3 Tillvägagångssätt

Vi har gjort en kvalitativ intervjustudie där vi har intervjuat professionella som i sitt arbete kan komma i kontakt med klienter med självmordstankar. I detta avsnitt kommer vi att redogöra för studiens tillvägagångssätt.

4.3.1 Urval av informanter

För att inkluderas i studiens undersökning skulle informanterna vara professionella som i sitt arbete möter patienter eller klienter med självmordstankar. Professionella kan till exempel vara sjuksköterskor, socionomer eller psykologer. Vi kontaktade vårdcentraler, hälsocentraler, psykiatrimottagningar och kuratorsmottagning i tre olika städer i mellersta Sverige. Vi skickade en förfrågan till 14 verksamhetschefer och informanter som vi kunde få kontaktuppgifter till. Vi fick kontaktuppgifter genom kommunens växel, kontakter och bekanta. Vi hoppades kunna genomföra ca 4–6 intervjuer. Vi fick svar ifrån fem informanter som ville delta i studien, två kuratorer och tre sjuksköterskor som antingen hade vidareutbildning inom psykiatri eller KBT.

4.3.2 Genomförande av studien

Via e-post kontaktade vi verksamhetschefer för att få tillåtelse att kontakta potentiella informanter på psykiatrimottagningar, hälsocentraler och vårdcentraler i mellersta Sverige. Vi skickade tillsammans med förfrågan ett informationsbrev om studien (se bilaga 1). I informationsbrevet önskade vi att få utföra 1–3 intervjuer på verksamheten där minst en ska vara en kurator. Detta för att studien ska ha fokus på socialt arbete och socionomer. Vi lyckades ej med detta krav då vi på vissa verksamheter bara intervjuade sjuksköterskor, dock hade samtliga sjuksköterskor vidareutbildningar inom psykiatri eller KBT. En verksamhetschef tackade nej, en verksamhetschef hade ett automatiskt svarsmejl om att personen var på semester och inte kunde svara, en verksamhetschef svarade att förfrågan vidarebefordras till en chef över personalen på den verksamheten, men vi fick aldrig något svar från den chefen. Resterande verksamhetschefer svarade aldrig vilket gjorde att vi fick ändra vår strategi och istället kontakta potentiella

informanter direkt. Sammanlagt skickade vi ut 14 förfrågningar. Vi kunde genom kontakter få tag i en del kontaktuppgifter till professionella i olika städer i mellersta Sverige. Trots att vi fått kontaktuppgifterna genom kontakter och bekanta var det ingen av oss som hade någon direkt relation till informanterna som kunde påverka studiens resultat. Informanterna kontaktades via mejl eller muntligen. Vi fick svar från fem informanter som ville delta i studien. Därefter skickades information om studien (se bilaga 2). Vi genomförde fyra intervjuer på informanternas arbetsplats och en intervju hemma hos en informant. Samtliga intervjuer spelades in. Fyra intervjuer tog mellan 30–45 minuter att genomföra. En av intervjuerna tog 11 minuter att genomföra. Vi valde ändå att inkludera denna intervju i studiens resultat då trots att informanten gav väldigt korta svar på de flesta frågor, var vissa svar längre och kunde bidra till vår studies resultat. Informanterna fick muntlig information om konfidentialitet och studiens syfte och gav muntligt samtycke till att delta i studien innan inspelningarna började. På grund av tidsbrist och vem som bodde närmast den plats som intervjun skulle ske på delade vi upp intervjuerna mellan oss. Sofia genomförde två intervjuer och Caroline genomförde tre intervjuer. Vi lyssnade igenom och transkriberade våra egna intervjuer, sedan lyssnade och läste vi igenom varandras intervjuer för att vara säkra på att allt i transkriberingen överförts korrekt. I presentation av resultatet har vi valt att ta bort vissa utfyllnadsord såsom suckar och hummande ljud från informanternas intervjuer. Inte heller har vi beskrivit eventuella sinnesstämningar (om informanterna lät bestämda, glada, arga osv.) i samtalet. Eftersom denna studie inte är en samtalsanalys anser vi att detta inte påverkar betydelsen av texten eller vårt resultat.

4.3.3 Datainsamling

Vi samlade in vår data med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Den halvstrukturerade/semistrukturerade livsvärldsintervjun är en intervjuform som fokuserar på att erhålla beskrivningar och av intervjupersonens livsvärld i syfte att tolka innebörden av det beskrivna fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2014). Vi använde oss av en intervjuguide (se bilaga 3) där vi ställde öppna frågor som vi kopplat till våra frågeställningar. Vi ställde ibland följdfrågor om vi ansåg att det behövdes för att utveckla eller förklarar något svar. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) tar upp hur intervjuaren

ibland kan behöva ställa om frågor och gärna omformulera dem om svaren inte blivit tillräckligt förklarande.

4.4 Analysverktyg

Vi började vår analys av materialet genom att koda vår data. Kvale & Brinkmann (2014) beskriver kodning eller kategorisering av intervjumaterialet som den vanligaste formen av dataanalys när det kommer till kvalitativ forskning. Vi använde kodning och kategorisering för att kunna bryta ner, jämföra och få en överblick över materialet samt identifiera vissa nyckelord (Kvale & Brinkmann, 2014). Vi började med att tillsammans läsa igenom alla intervjuer uppifrån och ner och markera ord, meningar eller stycken där vi kunde se vissa nyckelord. Därefter flyttade vi allt kodade material till ett nytt dokument där vi hittade fler gemensamma koder och kategorier i materialet och började utforma teman utifrån våra frågeställningar. Kodning leder ofta till kategorisering, vilket innebar att vi reducerade långa intervjuuttalanden till några enklare kategorier (ibid.). När vi sammanställt ett dokument med vårt empiriska material utifrån de teman vi identifierat gick vi igenom alla intervjuer igen för att se om det var något vi missat eller vill lägga in i det tematiserade dokumentet. Vi behandlade intervjuerna genom att transkribera, sammanfatta, sortera enligt teman och våra frågeställningar samt flytta och reducera informationen. Vi tittade även noga på hur vårt material svarade på våra frågeställningar (Öberg, 2015).

4.5 Uppsatsens trovärdighet

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för vår studies trovärdighet genom att diskutera validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Vi kommer även att redogöra för de etiska överväganden vi gjort genom studiens gång.

4.5.1 Validitet

Att försöka fastställa studiens validitet innebär att försöka fastställa om studien undersöker det den menas att undersöka (Kvale & Brinkmann, 2014). Validitet kan kopplas till begrepp som giltigt, sanningen och riktigheten i ett yttrande (Ibid.). För att öka studiens trovärdighet har vi under hela forskningsprocessen försökt visa transparens (Ahrne & Svensson, 2015). Detta har vi gjort genom att vara tydliga med hur vi har gått

tillväga genom hela forskningsprocessen, tydligt redogöra för studiens tillvägagångssätt så läsaren har möjlighet att följa studiens gång, samt redogjort för både motgångar och misstag. För att öka studiens trovärdighet har vi använt oss av triangulering genom att analysera vårt empiriska material med tre olika teoretiska perspektiv samt varit två författare som lyssnat och läst igenom varje intervju. Genom att göra detta hoppas vi att vi har kunnat visa en mer korrekt och objektiv analys av vårt empiriska material (ibid.). En annan del som ökar validiteten i vår studie är att vi har inkluderat flera utförliga citat från intervjupersonerna i presentationen av resultatet. Detta gör det möjligt för läsaren att själv avgöra om vår tolkning av resultatet verkar rimligt eller inte (Larsson, 2005).

4.5.2 Reliabilitet

Reliabiliteten handlar om tillförlitligheten av studiens resultat (Kvale & Brinkmann, 2014). Inom intervjukunskap handlar reliabilitet om huruvida intervjupersonen kommer att förändra sitt svar under intervjun eller om intervjupersonen ger olika svar beroende på vem som intervjuar (ibid.). Reliabiliteten handlar också om vilka frågor som ställs och om forskaren ställer ledande frågor, hur tillförlitligt blir då intervjupersonens svar (ibid.). Vi följde vår intervjuguide och ställde vissa följdfrågor utöver denna beroende på vad informanterna svarade. Vi kunde inte märka att informanterna förändrade sina svar under intervjuns gång. Då vi använde en semistrukturerad intervjuguide ställde vi vissa följdfrågor och formulerade ibland frågorna annorlunda utifrån informanternas tidigare svar. Då vi var två olika författare som genomförde olika intervjuer finns en risk att reliabiliteten på studien minskar då en författare kan formulera vissa frågor annorlunda än den andra. Detta kan i slutändan påverka studiens resultat till skillnad från om samma person genomfört alla intervjuer eller att båda författarna deltagit vid alla intervjutillfällen.

4.5.3 Generaliserbarhet

En studies trovärdighet har också att göra med hur lätt det går att generalisera, att kunna säga något om en större population eller en annan miljö som liknar den som studerats, det vill säga om resultatet går att överföra på andra personer (Ahrne & Svensson, 2015). Frågan om det överhuvudtaget går att generalisera intervjustudier är en fråga som ständigt ställs till intervjustudier (Kvale & Brinkmann, 2014). Vår studie är ej statistisk

generaliserbar då den inte bygger på ett slumpmässigt urval från en population, vilket är ett krav för att en intervjustudie ska kunna försöka vara statistisk generaliserbar (ibid.).

4.5.4 Etiska överväganden

Forskarens roll i forskningsprocessen har en viktig betydelse för hur etiskt försvarbar forskningen är (Vetenskapsrådet, 2017). Det finns många krav på forskaren och de flesta av dessa krav hänger ihop med de etiska normer och värderingar som finns i dagens samhälle (ibid.). Vi har under forskningsprocessen följt vetenskapsrådets fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2012). Informationskravet innebär att författarna ska informera informanter och uppgiftslämnare om deras uppgift i deltagandet av studien, vilka villkoren är, att det är frivilligt att delta samt att de har rätt att avbryta sin medverkan (ibid.). Vi har följt denna regel genom att vi skickade med ett informationsbrev i samband med förfrågningarna som berättade om studiens syfte, informerade om studien samt om att det var helt frivilligt att delta. Vi gav även samma information muntligt till informanterna innan intervjun började samt frågade om det var okej att vi spelade in intervjun innan inspelningen påbörjades. Samtyckeskravet innebär att forskaren ska inhämta samtycke från deltagare i studien (Vetenskapsrådet, 2012). Vi följde detta krav genom att informanterna fick ge ett muntligt samtycke till att delta i studien samt till att intervjuerna fick spelas in innan vi påbörjade intervjuerna.

Konfidentialitetskravet hänger ihop med frågan om sekretess och offentlighet. Information som kan identifiera deltagare ska behandlas på ett sätt som gör att utomstående ej kan identifiera personen. Om det förekommer känsliga uppgifter under studiens genomförande ska forskare hantera dessa uppgifter med tystnadsplikt och försiktighet (Vetenskapsrådet, 2012). Våra informanter är i uppsatsen anonymiserade och vi har i redovisning av resultatet beaktat att det ej ska gå att identifiera informanten eller arbetsplatsen vi har besökt. Vi har raderat alla inspelade intervjuer efter att vi skrivit klart studien samt ej skrivit några uppgifter i skriven text som kan identifiera informanterna.

Det sista kravet är nyttjandekravet vilket innebär att uppgifter som lämnas till forskaren i samband med en undersökning, inte får användas till kommersiellt bruk eller icke

vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2012). All information som lämnats i samband med vår studies undersökning har endast använts i vår studie. All information som inte har redovisats i vår studie har raderats och kan inte komma att användas till något annat.

5 Resultat

I detta kapitel ger vi först en kort presentation av informanterna för att sedan presentera vårt resultat från intervjuerna utifrån våra frågeställningar. Resultatet presenteras i tre teman: *Arbetsätt och bemötande, givande för klienterna* samt *utveckling och förbättring*. I det första avsnittet redovisar vi resultatet från vår frågeställning om de arbetsätt och bemötande som professionella använder sig av i sitt arbete med klienter med självmordstankar. Vi har tematiserat arbetsätten i fyra olika kategorier, någon med separata underteman. De fyra kategorierna är: *upptäcka tidiga signaler, suicidbedömning, samtalsbehandling* och *uppföljning*. Bemötandet har tematiserats utifrån tre kategorier: *skapa relation genom att vara lugn, trygg och visa respekt, våga fråga om självmordstankarna* samt *att lyssna*. I det andra avsnittet redovisar vi resultatet från frågeställningen om vad som anses som givande för klienterna. Vi har tematiserat avsnittet utifrån: *Lyssna, finnas där, låta patienten berätta och samtalet*. I det sista avsnittet presenteras resultatet utifrån vår frågeställning om vad som behöver utvecklas inom ämnet. Vi har tematiserat det resultatet i fyra olika teman: *Mer utbildning, bättre samarbete, våga prata öppet om suicid* samt *mer fokus på samtalet*. Vi har valt att dela upp det på det här viset utifrån relevans till vårt syfte och våra frågeställningar, samt för att det ska bli tydligare för läsaren att hänga med. Vi har också delat upp i kategorier för att den långa texten ska bli mer lättläst.

5.1 Presentation av informanter

Vi har intervjuat socionomer och sjuksköterskor som arbetar på antingen vårdcentral, psykiatrimottagning eller kuratorsmottagning i tre olika städer i mellersta Sverige. Vissa av informanterna hade en steg-1 utbildning och hade titeln samtalsterapeuter eller hade vidareutbildning inom psykiatri men deras grundutbildning var antingen socionom eller sjuksköterska. Det var en blandning av åldrar, kön och arbetserfarenhet mellan informanterna. För en mer detaljerad presentation av informanterna, se bilaga 4.

5.2 Arbetssätt och bemötande

I det här avsnittet redovisas resultatet av en av våra frågeställningar; de arbetssätt och bemötande som professionella använder sig av i sitt arbete med klienter med självmordstankar. Vi har tematiserat arbetssätten i fyra olika kategorier: *upptäcka tidiga signaler*, *suicidbedömning*, *samtalsbehandling* och *uppföljning*. Bemötandet har tematiserats utifrån tre kategorier: *skapa relation genom att vara lugn, trygg och visa respekt*, *våga fråga om självmordstankarna* samt *att lyssna*.

5.2.1 Arbetssätt

5.2.1.1 Upptäcka tidiga signaler

Ett arbetssätt gentemot klienter med självmordstankar är enligt de flesta av informanterna att vara uppmärksam på tidiga signaler hos klienten. Två av informanterna pratade om detta och att självmordstankar ofta handlar om "samsjuklighet", det vill säga att klienten ofta kan söka sig till vården på grund av andra problem som i sin tur kan innebära en förhöjd risk för självmordstankar. Exempelvis om en klient redan har eller tidigare har haft återkommande depressioner eller har annan fysisk sjukdom som gör att klienten känner sig nedstämd.

det kan vara väldigt mycket likgiltigt, man tappar meningen, vad är meningen med att jag ska göra det här, vad är meningen med, man känner inte för någonting det finns ofta ett väldigt starkt motstånd till mycket, orkar inte eller vad är meningen med att jag ska gå upp ur sängen, varför ska jag jobba, ingen tycker om mig. Det är väldigt mycket negativa associationer till sig själv och så blir det liksom en negativ spiral. Och det här är ju rätt viktigt att uppmärksamma, för riskerna finns ju att om det går alldeles för långt att man känner att nej men jag vill inte leva längre (Informant 1).

En informant som nämnde vikten av att upptäcka tidiga signaler tog också upp omständigheter såsom missbruk, misshandel, mobbning i skolan och dysfunktionella familjeförhållanden som en förhöjd risk för självmordstankar. Även kriser, sårbarhet som

person, separation, arbetslöshet, att man blir vräkt från sin bostad, utbrändhet, social fobi och stress var andra riskfaktorer att vara uppmärksam på. Informanten menade att självmordstankar oftast inte kommer från en klarblå himmel utan istället har byggts upp utifrån andra problematiska tillstånd för klienten. Fler tillstånd att vara uppmärksam på var enligt informanten också självskadebeteenden, personlighetsstörning och olika diagnoser. Informanten betonade att majoriteten av de klienter som hade självmordstankar led av en depressionsproblematik och att depression kombinerat med hopplöshet är starkt förknippat med självmordstankar. Samsjukligheten kunde göra situationen än värre:

Det kan vara att du har depression och ADHD, du kan ha både en personlighetsstörning, missbruk och depression och dom här sakerna kan förstärka varandra och göra att impulsiviteten blir större, för självmordshandling är ju något som händer när du är väldigt impulsiv och illa däran, det är inget som är genomtänkt. Det går ganska snabbt mellan det du tänker och det du gör. Och om man till exempel är påverkad av droger så kan impulsiviteten bli mycket, mycket större. Så att, då gör man det här också stärker man i alla fall, då jobbar man litegrann också med depressionsdelen och om personen har till exempel missbruk då ska man ha kontakt med beroendevården och börja jobba på det. (Informant 2).

5.2.1.2 Suicidbedömning

Samtliga informanter nämnde suicidbedömning som ett arbetssätt. Att genomföra en suicidbedömning skedde på olika sätt, bland annat genom *kartläggande samtal* samt med hjälp av olika *skattningsformulär*.

- Kartläggande samtal

Att föra kartläggande samtal för att kunna göra en suicidbedömning sker enligt alla informanterna genom att de professionella i samtal med klienten tar reda på om klienten har självmordstankar. I sådana fall bedöms hur allvarlig denne är i sina tankar och hur tankarna påverkar klienten i sin vardag. Samtalen berör symtomen klienten har såsom likgiltighet, motstånd till det klienten tidigare uppskattat, ångest, sömnsvårigheter, svårigheter att klara av saker som tidigare varit lätta exempelvis matlagning, skolgång,

arbete, eventuella planer på tillvägagångssätt. Informant 2 tog upp att de i samtal med klienten även pratar om de skyddsfaktorer som klienten har i sitt liv; vad som är viktigt för personen att leva för, hur klientens beteendeaktivering ser ut, exempelvis om klienten kliver ur sängen om dagarna, lagar mat, tar en promenad. De kartlägger klientens basala behov som till exempel mat, motion och sömn. Samma informant uppskattade att ungefär hälften och ibland mer av patienterna på psykiatrin har självmordstankar men att inte alla gör konkreta självmordsplaner. Informanten gjorde suicidbedömning på i regel samtliga klienter denne kom i kontakt med.

Sen brukar jag tänka alltså, om man tänker, i kartläggande samtal till exempel, om patienten beskriver flera symtom som hög grad av likgiltighet, motstånd till det mesta det som man vanligtvis har tyckt om det är inte lika givande längre, ångest, sömnsvårigheter. Beskriver man flera av dom här då kan det ju vara aktuellt att man kanske gör en skattning (Informant 1).

En av informanterna som främst arbetade med klienter med lätt till måttlig psykisk ohälsa kunde inte urskilja några specifika arbetsmetoder i sitt arbete gentemot klienter med självmordstankar. Detta med motiveringen att de först gör telefonbedömningar för att bedöma vad klientens mående handlar om och att de då kan remittera vidare till rätt vårdnivå för klienten beroende på hur allvarligt det är.

- Skattningsformulär

Samtliga informanter nämner olika formulär, skattningsskalor och checklistor som används som metod för att skatta och bedöma klientens mående och om klientens självmordstankar är hög- eller låg risk. Formulären benämns bland annat som *MADRS* (termen förklaras nedan), *suicidstegen* samt en sorts *checklista*. Med hjälp av formulären ges en mer specifik bild och uppfattning om hur pass allvarlig självmordsrisken är.

Vi har ett vårdprogram för suicidnära patienter. I det vårdprogrammet har vi dels börjat med strukturell suicidriskbedömning enligt en checklista vi har som är evidensbaserad där vi tittar på riskfaktorer, i gruppnivå, skyddsfaktorer runt den här patienten, om det finns några individspecifika, åtgärder bli kopplade till det som är problematiskt. Då gör vi en suicidriskbedömning där vi kan bestämma nivån om

personen ligger på en låg nivå eller om personen ligger på en hög nivå, hög risk för suicid, eller svårbedömd (Informant 2).

MADRS-testet beskrivs som ett test som ringar in problem hos klienten. Den mäter bland annat oro, depressioner, ångest, graden av livslust och om klienten haft tankar om självmord och i sådana fall i vilken utsträckning. Klienten får även fylla i frågor om dennes sömn och aktiviteter. Utifrån svaren om graden av livslust kan en första indikation ges om klienten har allvarliga självmordstankar. Då finns en manual med suicidsteg som används.

I mötet med klient med självmordstankar sker även kartläggning av eventuella mediciner som klienten tar eller som klienten skulle behöva.

Det finns ju medicinsk behandling för det kan ju ligga en depression i botten så man får börja med det. Man kartlägger... dom blir ju inlagda så att säga när det är suicid och då börjar man redan på avdelningarna att dom får landa, man tar reda på mer om patienten, patienten får berätta, får fylla i skattningsskalor för att skatta måndet också brukar man börja med att göra en utredning för det kan ju ligga någon diagnos bakom och då lär man ju också behandla den (Informant 3).

Formuläret med suicidstegen används för att gradera och placera klientens tankar om självmord och i vilken grad av risk klienten befinner sig i. Två av informanterna nämner formulären i deras arbetssätt.

...och så finns det med just om livslust, så det är ju en sån här första indikation på om nån har skattat högt på den då, och gör dom det, och jag läser det, då finns det en suicidsteg som vi har som en manual. Där man går liksom mer in i det här med dödstankar, dödsönskan, om man har tänkt ta livet av sig, om man har varit nära, om man har försökt förut, om, ja, om man har planer, om man har gjort förberedelser så där, jag tycker den är bra att följa också, får då kan man, man behöver ju inte följa hela, om livet är helt hopplöst, så. Så den har jag mycket som underlag (Informant 5).

Vi har ju rutiner och som vi går efter. Vi har ju någonting som heter suicidstegen där man graderar just lite det som jag var inne på tidigare. Är det bara tankar? Hur allvarligt är det? Finns det en högriskpatient och där kan ju patienterna se olika ut.

Är jag ensamstående? Jag har ett missbruksproblem, då blir det högre risk.
(Informant 3).

5.2.1.3 Samtal och skapa relation

De flesta informanterna tar upp samtal som ett givande sätt att hjälpa klienter som har självmordstankar. Vissa av dem säger att samsjuklighet är väldigt vanligt hos klienter med självmordstankar så därför anser de att samtal som behandlar bakomliggande orsaker är ett viktigt inslag i behandlingen.

Att i samtalen skapa relation med klienterna och på så sätt komma i kontakt med klientens tankar och känslor var viktigt enligt informanterna. De betonade vikten av att inte förlora mötet med klienten i förhållande till den medicinska behandlingen med exempelvis tabletter eller andra specifika metoder. Två av informanterna (1 och 2) betonar att de existentiella frågorna är viktiga i samtalet. Frågor som berör vad meningen med livet är och varför vi är här. Två andra informanter beskrev relations skapandet enligt följande citat:

Men jag tror, egentligen att oavsett metod, om personen får förtroende för dig, ehh, och får lov att jobba med dom här känslorna, jobba med vad det är som har hänt, så kan egentligen allt fungera (Informant 1).

Jag tror ju att det allra bästa när det gäller behandlingar, jag faller tillbaka på det igen, det är att vara empatisk, inlyssnande, få patienten också att förstå. För många gånger kan det vara utifrån kriser som patienterna får de här reaktionerna att liksom nu orkar jag inte mer, nu tar jag livet av mig och att försöka normalisera. Jag tror ju mer på samtalets styrka och kanske gå i någon terapi och få någon att prata med, det är väl det som jag ser och tålamod och liksom få patienten att hitta livsgnistan. Samtal tror jag mest på (Informant 3).

5.2.1.4 Uppföljning

Samtliga informanter anser att uppföljningar av klienter som uttrycker självmordstankar är viktigt. Att skatta hur klienten mår efter eventuell behandling och de kontakter som gjorts, samt tillsammans med klienten gör någon form av utvärdering av kontakterna. En

informant menar också att uppföljning är ett sätt att visa klienten att det är någon som bryr sig om denne, skulle det vara att klienten ska byta instans är det bra med uppföljning för att säkerställa att klienten har kvar den första kontakten tills kontakten på den andra instansen är etablerad.

Så att uppföljning tror jag är bland det viktigaste vid suicidtankar att det finns någon som verkligen bryr sig och vill en väl, och vill erbjuda hjälp oavsett om det inte är jag som blir en som kommer behandla, eller, men att det finns någon som vill en väl. Och det är liksom grundläggande i mänskliga relationer generellt. Det ger oss välbefinnande, det ger oss trygghet och det, och många människor idag är väldigt ensamma, även om man inte tror det (skrattar lite) med sociala medier och allt vad det är så är man liksom känslomässigt ensam (Informant 1).

Enligt en informant har en del klienter kontakt med vården under lång tid och i dessa fall bokas alltid läkarkontakter minst en gång per år, ibland även 2–3 gånger per år. Är självmordstankarna mer allvarliga bokas uppföljningar in tättare, antingen genom fysiska träffar eller via telefon.

5.2.2 Bemötande

Gällande vad som är ett bra bemötande kunde vi i resultat urskilja tre tydliga teman som återkommande togs upp av nästan alla informanter. Att *skapa relation genom att vara lugn, trygg och visa respekt, våga fråga om självmordstankarna* samt *att lyssna*.

5.2.2.1 Skapa relation genom att vara lugn, trygg och visa respekt

Patienter inom psykiatri har inte så lätt att uttrycka nu är det bra eller nu är det dåligt. Ibland är det en torktumlare av alla känslor, dom vet inte liksom inte, då är det viktigt att någon finns, hjälp, skapar någon sorts trygghet, lyssnar, tar in, stärker dom lite grann, lite av varje helt enkelt. Men samtidigt kan man inte veta med säkerhet. Ibland kan det vara att man säger, börjar, jamen kanske man ser att personen är blek, har du ätit något idag, kan jag hämta lite kaffe, några skorpor, hårdmackor. Det kan vara jättebra så att de får något i magen. Vanlig omvårdnad,

klappa på axeln, hålla om lite grann när du går när du träffat personen. Det kan vara små saker som betyder jättemycket (Informant 2).

Genom att finnas där, visa vanlig omvårdnad och vara en person som hjälper klienten i det den är i just i situationen är ett sätt att hjälpa klienten, enligt ovanstående informant. Även att skapa allians med klienten är viktigt som gör att klienten får förtroende för den professionella. Om en klient är i det allvarliga läget att denne vill avsluta sitt liv tänker informanten att det är viktigt för klienten att bli sedd just då, att man visar respekt och engagemang för klienten och visar att man är en pålitlig person. Det är viktigt att validera klientens känslor och tankar om självmord, stärka det man ser fungerar hos klienten och förmedla att det finns hjälp att få.

För ofta dom här smärtsamma känslor som gör att dom inte vill leva. Och då har man inte heller inte någon problemlösningsförmåga. I stunden är det begripligt att personen befinner sig i kontext där de ser suicid eller självmord som enda väg som finns, då är det viktigt att man bemöter dom med engagemang och respekt och att man inte behöver vara rädd för att ställa frågor om deras ångest och självmordstankar (Informant 2).

Att visa förståelse för klientens situation är något som fler informanter tar upp som viktigt. Förståelse för livsledan och förståelsen för att klienten hamnat i det läge den hamnat i. Annars riskerar man att klienten inte vågar prata om hur den känner. Samtidigt kan det vara bra att även vara tydlig i samtalet med klienten:

Ja men det är ju liksom, respekten då, och tydlighet tänker jag. Jag brukar vara tydlig på så vis att jag, man får, man kan ha det jobbigt, man kan ha det svårt men man får inte ta livet av sig (Informant 5).

En viktig del för patienten är att ha ett perspektiv där fokuset ligger på vad vi kan ge patienten och vad patienten behöver istället för att ha ett perspektiv där fokuset ligger på vad som måste försvinna eller vad som ska tas bort från patienten.

En person som har gjort ett försök och så där, då vill man ta reda på, har de mediciner hemma som kan vara farliga för dig så att du kan samla på, har du rep i bilen eller så här. Vi ska ta bort saker istället för att göra tvärtom: vad är det vi kan ge dig, vad kan

vi göra för dig att du skulle vilja leva istället för att ha det perspektivet ”vad ska vi göra för att hindra dig?”. Alltså det är två helt olika perspektiv. Så fokus på det man kan ge patienten för att patienten faktiskt skulle vilja leva istället för att hindra dom att du inte ska dö (Informant 2).

5.2.2.2 Våga fråga om självmord

Utifrån att det anses viktigt att visa respekt och ta det klienten säger och känner på allvar bör den professionella också ha modet att fråga om klientens självmordstankar så att klienten ges möjlighet att prata om det. Detta tar flera av informanterna upp. Att den professionella sedan vågar bemöta det klienten berättar är också viktigt. Om det är obehag för den professionella märker klienten det vilket gör att klienten kan undvika att prata om vissa saker. Till hjälp att våga fråga nämnde en informant att specifika formulär användes.

Mm, jag försöker att vara lugn, eh, och fråga, försöka få dom att berätta, våga berätta, hur dom tänker, hur tankarna ser ut, och om dom har planer på hur dom skulle kunna gå till väga för att göra sig själva illa på något sätt om dom har liksom tänkt steget längre, och i sådana fall kanske, vad är det som hindrar dig. Eller skulle du kunna göra något eller varför gör du det inte just nu, eller, så då. Att våga fråga, och inte undvika det (Informant 4).

5.2.2.3 Lyssna

Som nämnts ovan följer att fråga frågor även att lyssna, vilket ett par av informanterna betonade. Vikten av att vara lugn, lyssna, inte döma och låta klienten berätta var väldigt viktigt. Utifrån det klienten berättar får den professionella kunskap om klientens självmordstankar och kan utifrån det gradera dessa men att lyssna hjälper även klienten att få sätta ord på sina känslor, tankar och sitt mående. Man ska låta klienten få berätta och man ska inte vara dömande, det finns inga rätt eller fel.

Jag börjar med att lyssna, för det är ju väldigt viktigt tänker jag, att patienten får berätta hur de mår. Så får jag börja utifrån den kunskap jag har och de utbildningar jag har gått i just suicidkunskapen, så får jag börja gradera om det verkligen är rena självmordstankar eller det kan faktiskt vara ”jag orkar inte ha det så som jag har det,

jag orkar inte må som jag mår nu”. Också säger jag att ”jag orkar inte mer”. Att lyssna är det viktigaste och ett stillsamt bemötande, lugnt bemötande (Informant 3).

5.3 Givande för klienterna

Vår nästa frågeställning i studien är vad de professionella anser är givande i mötet med klienter med självmordstankar. Utifrån det informanterna berättade i intervjuerna kunde vi urskilja två olika teman i frågan vad som är givande för klienterna vilket var: *Lyssna, finnas där, låta klienten berätta och samtalet.*

5.3.1 Lyssna, finnas där och låta klienten berätta

Det som tidigare har benämnts är att *lyssna* är en komponent i de professionellas bemötande och arbetssätt gentemot klienterna. Flera informanter anser att just lyssna, finnas där och låta klienterna berätta är något av det de upplever är givande för klienterna. Det är viktigt att låta tankarna om självmord få uttryckas och verkligen låta klienten få berätta och ta dessa tankar på högsta allvar. Ibland är det just tankar och då är det viktigt att man som professionell möter det de står för. Både informant 1 och 5 nämnde att det är viktigt att kanske ha en snabbare uppföljning än vanligt när en klient har uttryckt självmordstankar.

att inte vara rädd att dom här tankarna uttrycks, väldigt ofta så är det ju tankar just, som står för väldigt mycket såklart, och att man då möter det står för, det är ju ingen som vill ta sitt liv för att det är ett bättre alternativ, utan man lider ju på grund av någonting, så att ta det på allra högsta allvar, lyssna och finnas kvar (Informant 1).

Några informanter uppgav att det som de tror är mest givande för klienter i mötet med dem är att de vågar fråga om det som är jobbigt och vara lugn och empatisk.

...signalera att jag tar dig på allvar och det du berättar, det är jätteviktigt. Det klassiska som alla säger och som även jag trodde när jag var ny inom psykiatrin, det var att jag trodde att pratar jag inte om det då kommer dom inte att tänka på det. Men det är precis tvärtom. För då signalerar jag inte att jag lyssnar heller. Man ska våga fråga, det är ju det (Informant 3).

5.3.2 Samtalet

Det var flera informanter som uppgav att samtalet i sig upplevs väldigt givande för klienter med suicidtankar. Några faktorer i samtalen som informanter uppgav som givande var relations sökandet, kunna ha humor, att inte fokusera för mycket på samtalsmetoder, samt respekten gentemot klienten under samtalets gång.

Jag tror ju mer på samtalets styrka och kanske gå in någon terapi och få någon att prata med, det är väl det som jag ser och tålmod och liksom få patienten att hitta livsgnistan. Samtal tror jag mest på (Informant 3).

Informant 5 försöker vara så tydlig som möjligt i samtalet för att visa respekt för klienten. Den professionella är då tydlig genom att visa att man kan ha det jobbigt och man får må dåligt, men man får inte ta livet av sig. En annan viktig del i att visa respekt för klienten är att vara lyhörd och våga prata om allt. En professionell bör inte vara rädd för att prata om vissa saker, utan det är viktigt att visa att allt är okej att känna, så att klienten vågar berätta. En informant uppgav att det är viktigt att våga fråga klienten om självmord, inte vara rädd för att ställa frågorna.

Om jag frågar mer och får svar märker jag ju också att dom behöver, kan och vill prata om det så, att det kan vara lättande. Men det är klart att det skulle kunna hända att någon blir skitförbannad och går ut härifrån och slå igen dörren (Informant 5).

Två av informanterna nämnde en viktig del i samtalet med suicidklienterna är att försöka ge en känsla av hopp. Genom att samtala och låta klienten berätta om sin ångest går det även att försöka ge klienten hopp, då självmord är en sista utväg när klienten inte känner något hopp

Plus att det är hopplösheten som är en av de viktigaste sakerna bakom suicid, att man kan inge hopp att alla, även dom som är väldigt väldigt suicidala, dom är inte konstant det, det kan vara att idag har jag väldigt kraftiga tankar men det innebär inte att det är samma sak på kvällen eller dagen efter för det.. för vi människor är i grunden ändå.. vi letar efter någonting som hjälper oss att vilja leva. Så de flesta människor som faktiskt har klarat och överlevt suicidförsök ser att dom är ambivalenta till precis några sekunder före till och med och dom vill gärna att någon ska rädda dom. Men när alla människor inte kopplar det här och inte tar tecken, inte frågar, då tänker man ”nej nu finns det ingen, nu kan jag göra det”. Dom principerna är otroligt viktiga (Informant 2).

5.4 Utveckling och förbättring

Utifrån frågeställningen vad de professionella anser behöver utvecklas kunde vi i informanternas utsagor urskilja fyra olika teman: *Mer utbildning, bättre samarbete, våga prata öppet om suicid samt mer fokus på samtalet.*

5.4.1 Mer utbildning

Informant 1 uppgav att internutbildningar och handledning från terapeuter från arbetsplatser har hjälpt att ge mer kunskap och trygghet i arbetet med klienter som upplever självmordstankar.

Det är ju den rädslan man har som professionell att tänk om jag inte tog det här tillräckligt seriöst och dom faktiskt gjorde något, eller att personen avslutade sitt liv. Så det är lite därför som jag, hur allvarligt det än är så tar jag det väldigt seriöst om det kommer upp i samtalet (Informant 1).

Flera informanter tog upp hur viktigt det är med utbildning om ämnet självmord. En informant tar upp hur viktigt vetenskap och metoder är i ämnet självmord och detta

särskilt redan under socionomutbildningen. Även utbildning i samtalsmetodik anses vara viktigt eftersom man som socionom ofta arbetar med samtal oavsett arbetsplats.

Jag tror att det är viktigt att man har föreläsningar och utbildningar i det här ämnet, redan innan man börjar jobba, jätteviktigt. är att det är ju, det kan ju vara en utmaning, jag kan ju uppleva generellt att socionomutbildningen har varit väldigt fokuserad på socialtjänsten, och så är det ju, jag menar merparten av alla som jobbar tillhör ju kommunen. Men man tappar en grupp som möter väldigt många olika individer med psykiska sjukdomar, suicidtankar och att komma ut som nyexaminerad och inte riktigt ha mött det tidigare så kan det ju bli en jättekrock (Informant 1).

En informant tog upp att det bland annat är viktigt att all sjukvårdspersonal och socialarbetare känner till suicidstegen och hur en ska bedöma om det är en högriskpatient eller inte eller ett rop på hjälp. En annan informant uppgav också hur viktigt det är med mer kunskap för att professionella ska kunna använda sin egen intuition i bedömningen av självmordsrisk. Flera informanter uppger sig sakna utbildning om självmord från sin högskoleutbildning och från sin arbetsplats.

...ja mer utbildning, för även socialtjänsten och sjukvård. Man ska veta, man ska ha lite hum. Det är så laddat och det kan beröra så mycket om en person kommer fram och säger till mig jag orkar inte leva, jag vill ta mitt liv också får jag det i knät, då vet jag inte, hur ska... har jag inte kunskap då är det lätt att jag reagerar, jag hjälper inte patienten så att säga, på lång sikt (Informant 3).

5.4.2 Bättre samarbete

Det var flera informanter som lyfte önskan om bättre samarbete och samverkan mellan olika instanser och professioner inom sjukvården när det kommer till självmordsklienter. En informant uttryckte att det skulle kännas som en större trygghet i arbetet med klienter med självmordstankar om samarbetet mellan kuratorer och läkare på vårdcentraler var bättre, att det skulle kännas som att man har någon bakom sig, och att det finns någon att vända sig till när man som kurator träffar en klient med självmordsrisk (Informant 5). En annan informant uttryckte en önskan om att arbetet med självmordsbenägna klienter

skulle ske i mer av ett team omhändertagen, att alla instanser arbetar tillsammans och har bra samarbete så att självmordsbenägna klienter snabbt fångas upp av sjukvården och får den hjälp som personen behöver (Informant 1). Flera informanter uttryckte att sjukvården idag saknar ett tätare samarbete mellan den somatiska vården och psykiatrin när det kommer till självmordsbenägna klienter.

Att man har ett tätare samarbete. Jag skulle vilja se att vi, och liksom den somatiska vården har ett nära samarbete till psykiatrin i vissa frågor i vissa patientgrupper till exempel (Informant 5).

Informant 4 skulle vilja ha någon form av uppföljning från psykiatrin, för att få veta hur det går för klienten som remitterats vidare. Flera informanter nämnde att uppföljning är viktigt för klienten, att patienten känner att någon finns där och då krävs det ett bra samarbete mellan instanser så att den professionella kan försäkra sig om att patienten följs upp på rätt sätt.

Är det så att man skriver en remiss till psyk och det liksom är väntetid och sådär då tycker jag att det ligger på mitt ansvar att ändå följa upp, jag lämnar ingen som nu är han remitterad till något annat som jag inte vet. Så uppföljning är ju viktigt som får personerna att ändå känna sig trygga, det är någon som ser, någon som vet någon som bryr sig. Mm, och samarbete det gäller väl många problematiker men just det här där känns det extra viktigt att man inte blir ensam i sina bedömningar, det känns ju inte så bra (Informant 5).

5.4.3 Våga prata öppet om suicid

Flera informanter berättade om att en av de viktigaste sakerna är att våga prata öppet om självmord. Informanterna nämnde att ju mer man pratar om det ju lättare blir det också för klienter att våga prata och våga berätta.

Sen tror jag också att, en annan del i det att man, att vi som professionella vågar prata om det, vågar vara öppna. Upplever jag något som är utmanande att man lyfter det, är man osäker att man frågar om hjälp. Det är ju bättre att fråga en patient en gång för mycket än att inte fråga alls (Informant 1).

Flera informanter nämnde att det har skett en förbättring i samhället när det kommer till öppenheten om självmord. Till exempel pratas det mer om det i media i och med de kändisar som tagit sitt liv. Informanterna tyckte dock att det behöver förbättras ännu mer och vi måste våga prata ännu mer öppet om självmord både inom media och inom sjukvården då det förhoppningsvis kan leda till bättre arbetssätt.

Ja, alltså jag tycker att det har skett en viss utveckling det senaste, eller ja senaste åren egentligen att man pratar om psykisk ohälsa på ett annat sätt än man gjorde när jag läste till exempel. Det började väl lite då men nu är det liksom, det finns fler olika grupper, frivilligorganisationer, liksom, där man, man kan ha armband, liksom aldrig ensam, det är liksom förs på tal på ett helt annat sätt. Och det kan ju göra att människor faktiskt vågar prat om eller söka hjälp (Informant 5).

5.4.4 Mer fokus på samtalet

En informant nämnde att en stor utmaning inom vården är att när en självmordsbenägen klient blir remitterad till läkare eller psykiatri kan det ofta bara mynna ut i en medicinering. I det långa loppet behövs även samtal. Det är även viktigt att informera klienten om att vissa antidepressiva mediciner kan förvärra symptomen i några veckor. Det krävs mycket kännedom om suicid för att kunna skriva ut rätt mediciner. Att bara medicinera kan se ut som den enklaste åtgärden i stunden när det handlar om ångest eller suicidtankar. Det behöver kompletteras med samtal, vilket behöver förbättras i dagens sjukvård enligt informanten.

En annan informant nämnde också att psykiatrin idag har kommit längre bort från samtal, prata och lyssna och att det är vanligare att medicinera än att ha samtal. Det är viktigt att professionella blir bättre på att prata, våga fråga och lyssna mer, speciellt för dagens ungdomar.

För dåligt får man må, det gör vi alla och vi reagerar på olika sätt och man är olika känslig för olika saker och det finns inget rätt eller fel, men att våga prata om det och

just det här att veta... man ska prata om det, man ska fråga, man ska inte låtsas som det regnar och prata annat för jag orkar inte, utan... så, det tänker jag (Informant 3).

6 Analys

I detta kapitel kommer vi att analysera vårt empiriska material utifrån begreppen empowerment, salutogenes och anknytningsteorin.

6.1 Vår tolkning av resultatet utifrån empowerment

I resultatet framkommer det hur viktigt det är för klienter med självmordstankar att bli stärkta i sig själva, få respekt från professionella de möter samt vikten av att professionella verkligen lyssnar på det som klienten berättar (Informant 5, s.32). För att beskriva meningen med det som professionella gör här använder vi begreppet empowerment som syftar till att klienten kan ta sig ur den maktlöshet den befinner sig i genom att tro på sig själv och sin egen handlingskraft (Askheim 2009). Vårt resultat visar att de professionella visar respekt gentemot klienten genom att lyssna, ta det som klienten säger på allvar och försöka stärka klienten. Belysande i detta avseende är uttalandena från flera informanter (se t. ex. Informant 1, 3 och 5, s. 31). Genom att den professionella låter klienten berätta och tar det klienten säger på allvar kan man jämföra det med att den professionella låter klienten ta kontroll över sin egen situation och tar inte över makten från klienten genom att berätta för klienten vad den känner eller bör göra (Askheim, 2009). De professionella belyser vikten av att lyssna och signalera att det som klienten berättar är viktigt (Informant 3 s. 31). Vi tolkar det som att de professionella därmed hjälper klienterna att tro på sig själva, det vill säga att stärka sitt självförtroende och som en följd av det sin egen handlingskraft även i ett så uppgett möte som det där klienterna berättar om självmordstankar (Askheim, 2009).

De professionella berättade om hur viktigt just relationsskapandet är i mötet med klienter med självmordstankar, och att ofta är relationsskapandet och själva samtalet viktigare för klienter med självmordstankar än medicinering och specifika samtalsmetoder (Informant 1 och 3, s. 27). En professionell tror mest på samtalets styrka och att genom tålamod få klienten att hitta livsgnistan, genom att ha någon att prata med (Informant 3 s. 32). Detta vill vi tolka som att professionella visar att genom att de har ett gott förhållningssätt till klienten de möter så de visar respekt och ödmjukhet, vilket i sin tur kan leda till att

klienten känner en god självkänsla (Starrin, 2009). Om de professionella lyckas stärka klientens självkänsla och känsla av egenmakt genom att skapa en relation till klienten med respekt och ödmjukhet, kan vi se att det går att tolka resultatet som att empowerment har positiva effekter på klienter med självmordstankar i mötet med den professionella.

6.2 Vår tolkning av resultatet utifrån salutogenes

Det salutogena synsättet lägger fokus på fungerande faktorer hos människan som främjar dennes hälsa (Antonovsky, 2011). Utifrån vårt resultat har vi genom att använda teorin om salutogenes försökt hitta om de professionella har ett hälsofrämjande perspektiv med fokus på det friska i sitt bemötande och arbetssätt gentemot klienter med självmordstankar. De kartläggande samtal som informanterna berättade om som arbetssätt innefattade förutom att identifiera individens negativa tankar och symtom, även samtal om vad som var klientens skyddsfaktorer (Informant 2, s. 24–25). Det vill säga vad i klientens liv är viktig för denne att leva för och vad i klientens basala behov som fungerar, såsom mat, motion och sömn (ibid.). Vi tolkar detta som att den professionella hjälper klienten att själv se sina styrkor i livet som klienten då kan lägga fokus på. Detta i sin tur resulterar i att klientens fokus på det som brister och som gör att denne vill ta livet av sig istället tillfälligt skiftar till att handla om faktorer som klienten lever för, vilket ur ett salutogent perspektiv är hälsofrämjande.

Det salutogena perspektivet innefattar även kännedom om riskerna för ohälsa (Antonovsky, 2011). I resultatet framkom det att i samtal med klient uppmärksammas ibland riskerna i klientens miljö. Istället för att därefter fokusera på att eliminera riskerna såsom minska antalet vassa knivar hemma eller ta bort rep i bilen identifierades även faktorer som är givande för klienten (Informant 2, s. 29). Ännu en gång kan vi se ett hälsofrämjande perspektiv med fokus på det friska men detta i kombination med att även uppmärksamma riskerna. Detta kan tänkas ge mer kontroll till klienten att själv kunna se alternativa val till riskerna och därmed kunna skifta fokus till att välja det som är hälsofrämjande. Detta innebar enligt informanten att fokus låg på det man kan hjälpa patienten att vilja leva för istället för att hindra dem ifrån att dö (ibid.). I och med detta tolkar vi det utifrån teorin om salutogenes att de professionella har inslag av hälsofrämjande perspektiv. Ohälsa kan förebyggas genom att fokusera på och ta tillvara

det friska och motståndskraftiga hos människan, det salutogena perspektivet frågar vad det är som gör att människan kan upprätthålla hälsa (Antonovsky, 2011).

Ett annat inslag där vi kunde identifiera ett salutogent perspektiv i vårt resultat är att informanter uppger att det är viktigt i samtal med klienter med självmordstankar att också beröra existentiella frågor som till exempel vad som är meningen med livet och varför vi är här (Informant 1 och 2, s. 27). Att hjälpa klienten själv förstå sin situation och att normalisera att det kan vara reaktioner på klientens kriser är också viktigt enligt informanterna (Informant 3, sid. 27). Detta kan tolkas som att klienten får hjälp att få sin tillvaro begriplig och hanterbar utifrån det salutogena begreppet KASAM, som står för känslan av sammanhang. Att få sin tillvaro begriplig handlar om att individen kan bedöma sin verklighet och förnuftigt kan förklara det som händer. Hanterbarheten handlar om hur pass resursstark individen själv känner sig för att möta det som händer (Antonovsky, 2011). Genom att normalisera klientens känslor och tankar tolkar vi det som att den professionella hjälper klienten att förminska känslan av offer för sina omständigheter vilket i sin tur även kan tänkas minska känslan av att vilja fly ifrån de jobbiga känslorna genom att ta sitt liv. Att dessutom få hjälp att se sig själv i ett större sammanhang genom att förstå sin situation ur ett metaperspektiv kan tänkas ge individen kraft att hålla ut när det känns som värst och kanske själv också se att denne kan handla och välja alternativ som främjar hälsa istället.

6.4 Vår tolkning av resultatet utifrån anknytningsteorin

Informanterna berättade att genom att finnas där, visa vanlig omvårdnad såsom en klapp på axeln, hålla om personen eller erbjuda kaffe och macka och vara en person som visar respekt och engagemang och hjälper klienten där och då, kan betyda jättemycket och bidrar till att skapa relation till klienten (Informant 2, s. 28–29). Det informanterna beskriver är hur viktigt emotionella band mellan personer är, vilket vi anser går att förklara med anknytningsteorin. Genom att skapa en allians med klienten får de professionella klienten att känna förtroende och kunna skapa en relation vilket hjälper klienten och har funktionen att stärka möjligheten till sin överlevnad (Parrish, 2012). Genom att skapa bra relationer med klienterna ger de professionella klienterna en sorts trygg bas att luta sig mot (ibid.).

Informanterna tog upp vikten av samtal för relationsskapande samt för att komma i kontakt med klientens tankar, känslor samt existentiella frågor. Detta för att kunna jobba med den kris klienten ofta gått igenom som många gånger kan föranleda självmordstankarna och hjälpa klienten förstå detta samband (Informant 1 och 3, s. 27). Utifrån anknytningsteorin tänker vi att detta utvecklar klientens tankar om sig själv genom nära relationer med andra som finns där som skydd och uppskattning. Klienternas så kallade *inre arbetsmodeller* reflekterar upplevelsen av relationerna och påverkar således förmågan att älska, vara accepterad, ha tillit till andras förmåga att vara emotionellt tillgänglig och förstå sig själv bättre (Wennerberg, 2012).

7 Diskussion

I detta kapitel redovisas först en sammanfattning av studiens resultat följt av en diskussion om resultatet kopplat till våra valda teorier och tidigare forskning. Därefter diskuteras för- och nackdelar med vår valda metod. Kapitlet avslutas med våra förslag på fortsatt forskning om ämnet.

7.1 Resultatsammanfattning

Syftet med vår studie var att undersöka professionellas arbetssätt och bemötande gentemot personer med självmordstankar, vad de anser är givande för personerna samt vad de anser behöver utvecklas i arbetet med personer som har självmordstankar. De frågeställningar vi ville besvara var hur de professionella beskriver sitt arbetssätt och bemötande gentemot klienter med självmordstankar, vad de anser är givande för klienterna samt vad de professionella anser behöver utvecklas när det gäller kunskap och bemötande gentemot klienter med självmordstankar. Vi genomförde en kvalitativ intervjustudie där vi intervjuade fem professionella som i sitt arbete möter klienter med självmordstankar. Informanterna uppgav att de arbetssätt de använder sig av är kartläggningssamtal, skattningsformulär, samtal och täta uppföljningar. De berättade att de bemöter patienter genom att försöka skapa en relation, vara lugn, trygg, lyssna och visa respekt genom att våga fråga patienten om självmordstankar. Att våga fråga om självmord var något som de professionella uppgav som väldigt viktigt i arbetet med dessa klienter. Informanterna ansåg att det som var mest givande för klienter med självmordstankar var att som professionell lyssna på klienten, finnas där och låta klienten få berätta. På frågan vad som behöver utvecklas och förbättras när det kommer till arbetet med klienter med självmordstankar svarade informanterna att viktigast av allt är: bättre samarbete, mer utbildning, att våga prata mer öppet om självmord samt att fokusera mer på själva samtalet istället för till exempel medicinering.

7.2 Resultatdiskussion

Något som samtliga informanter nämnde saknades i deras arbete med klienter som upplever självmordstankar var utbildning om ämnet självmord och självmordsprevention. Vissa informanter uppgav utbildning som något de tyckte det behövdes mer av, medan några nämnde utbildning som något som de inte fått och helt saknat i sin utbildning och från sin arbetsplats. Vi fick även fram detta resultat från tidigare forskning om ämnet. Osteen et al., (2014) visar genom sin studie hur kunskapen om självmordsprevention behöver ökas på socionomutbildningar samt att socionomstudenter behöver förberedas för att kunna identifiera och bemöta klienter med självmordsrisk på ett bra sätt. En annan studie av Almeida et al., (2017) tar upp samma problematik och menar på att sannolikheten är stor att som socialarbetare möta en klient som har självmordstankar eller är självmordsbenägen någon gång under sin karriär. Studien visar att socialarbetare får begränsad utbildning om självmord och självmordsprevention. Utifrån att vi fick liknande resultat från både tidigare forskning och våra intervjuer kan vi från resultatet dra slutsatser om att socionomutbildningen samt andra utbildningar behöver inkludera kunskap om självmordsprevention.

Vårt resultat visar att flera informanter uppgav att samtalet är ett av de viktigaste arbetssätten för klienter med självmordstankar. Att fokusera mer på själva samtalet och relationsskapandet och inte lika mycket på metoder och medicinering var något som informanterna kunde identifiera som givande för denna klientgrupp. Pedersen et al. (2017) tar i sin studie upp att oavsett behandlingsmetod är det viktigt att klientens preferenser uppmärksammas och prioriteras i behandlingen av klienter med självmordstankar. Att använda empowerment på detta sätt och låta klienten välja den behandling som de vill ha kan förhoppningsvis stärka klienten att få styrka att ta sig ur den livsleda de lever i. Utifrån dessa resultat kan vi se hur professionella använder empowerment i sitt bemötande gentemot klienter med självmordstankar och hur viktigt detta är för att kunna ge klienten egen styrka att ta sig ur sin situation. Vi kunde identifiera en problematik i detta då vårt resultat visade att professionella anser att samtalet är en av de viktigaste arbetsmetoderna för denna grupp. Samtidigt visade även vårt resultat att informanterna ansåg att något som behöver utvecklas är att fokusera mer på samtalet och mindre på metoder och medicinering. En informant uppgav att psykiatrin fokuserar mer och mer på medicinering och mindre på samtalet med klienten. Vi kan därmed anta att

professionella måste få mer utrymme till att fokusera på samtal och att klientens preferenser får påverka behandlingsmetoderna samt att professionella har empowerment i åtanke vid val av behandlingsmetod då detta stärker klienterna att själva kunna påverka deras situation.

Flera informanter uppgav att de har en tät uppföljning med klienter som uttrycker självmordstankar även efter att de remitterat klienterna vidare. Informanterna uppgav att det är grunden i den mänskliga relationen att visa att man finns där och att någon bryr sig. Genom att göra detta uppgav informanterna att det ger klienten en känsla av välbefinnande. Detta kan kopplas till Antonovskys (2011) begrepp KASAM, som innebär att klienten upplever sin tillvaro som hanterbar och begriplig. Vi kan dock se en problematik i detta då det blir en behandlare som inte kommer att finnas kvar i klientens tillvaro som blir den som följer upp och ger klienten den känslan av välbefinnande. En informant uppgav att de gör detta på grund av att väntetiderna kan vara långa och det inte går att veta när klienten etablerat en kontakt på den instans som klienten remitterats till. Om vårdköerna istället varit kortare och klienter med självmordstankar får träffa den vårdkontakt som den ska bli behandlad av direkt bör känslan av välbefinnande bli större om relationen skapas till den professionella som ska ha en fortsatt kontakt med klienten och inte genom en tillfällig kontakt i väntan på att få rätt vård.

I tidigare forskning kunde vi identifiera att artiklarna Singer et al. (2017), Pederson et al. (2017) och Grant et al. (2015) belyste hur en klients familj och nätverk var givande att involvera i klientens behandling. Detta för att stärka anknytningen till föräldrarna, skapa positiva rutiner i familjen samt bryta isolering. Anhöriga bör därför erbjudas stöttning, kunskap och hjälp i sin roll som stärkande faktor för klienten. Den tidigare forskningen tog upp mer inom detta ämne än våra informanter som bara nämnde vikten av en anhörigs närvaro hemma vid klients hemgång från inskrivning på avdelning. En annan informant betonade en önskan om att vi människor borde prata mer och dela livsleda med varandra. Vi kunde se hur de professionella betonade just anknytning och relationsskapande som en viktig del i bemötandet mot klienter med självmordstankar, men anknytning till föräldrar eller anhöriga var inget som informanterna fokuserade på, till skillnad från resultat från tidigare forskning. Denna skillnad mellan tidigare forskning och vårt resultat tänker vi kan bero på att vi i vårt svenska samhälle har ett individfokus och att vårt välfärdssamhälles sociala skydd utgår från myndigheter framför anhöriga och nätverket.

Det är inte heller lika vanligt med grupp- eller familjebehandling vid psykisk ohälsa som det är med enskilda samtal.

För att sammanfatta ovanstående diskussion går det att se att vårt resultat visar på hur professionella har flera tankar om hur de vill bemöta och arbeta med klienter som upplever självmordstankar. Dock finns det faktorer i de förutsättningar de professionella har som stoppar dem från att kunna fullfölja deras idéer fullt ut. De professionella saknar bland annat ett tätare samarbete mellan instanser där klienterna får en snabb etablerad kontakt vid remittering. Utifrån hur dagens psykiatri är uppbyggd ligger det ett större fokus på medicinering och metoder än på samtal och relationsskapande vilket informanterna ansåg var dåligt för dessa klienter. Trots att socionomer och andra människobehandlande professioner möter klienter med självmordstankar saknar de ofta rätt utbildning för att kunna bemöta och arbeta med självmord på rätt sätt. Slutligen kunde vi se hur vissa informanter nämnde anhöriga och klientens nätverk som viktiga delar i klientens tillvaro och tillfrisknande. Det var dock ingen av informanterna som uppgav att de arbetade tillsammans med klientens nätverk i samband med självmordstankar.

7.3 Metoddiskussion

Eftersom vi ville undersöka professionellas arbetssätt och bemötande gentemot klienter med självmordstankar utifrån de professionellas perspektiv anser vi att en kvalitativ intervjustudie var det bästa metodvalet för oss. Genom att använda oss av semistrukturerade intervjuer kunde vi försöka få informanternas egna beskrivningar och få informanternas egen berättelse utifrån deras perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2014). Eftersom fenomenologi i kvalitativa studier vill förstå sociala fenomen utifrån personens egna perspektiv och beskrivningar av ett ämne så som den uppfattar den, anser vi att en fenomenologisk ansats har passat syftet med studien (ibid.).

Något som kan ha påverkat resultatet är vår roll som forskare och intervjuare. Det finns många olika delar kopplat till intervjuaren som kan påverka en intervju, ofta går det inte att säga exakt vad det kan vara då flera olika faktorer kan påverka varandra (Bryman, 2018). Faktorer som kan påverka intervjun och därmed resultatet kan vara intervjuarens egenskaper, kön, etnicitet samt samspelet mellan intervjuaren och informantens

egenskaper (ibid.). Vad informanterna väljer att berätta, hur de berättar det och vilka frågor vi väljer att fokusera på eller fråga vidare om kan påverka det resultat vi fått. Eftersom informanten berättar efter att intervjuaren har ställt en fråga eller uppmanat informanten till att berätta, är intervjuarens påverkan uppenbar (Öberg, 2015). En god intervjuare går att jämföra med en guide eller en handledare som aldrig tar kontroll över historien som berättas (ibid.). Det är viktigt att intervjuaren vet vad den är ute efter i intervjun, vad den frågar efter och hur den frågar sina frågor (ibid.). Vi var två olika intervjuare som intervjuade olika informanter vilket också kan ha påverkat informanterna olika beroende på vilka vi är, våra egenskaper, hur vi ställde frågorna samt relationen mellan intervjuare och informant. Om vi hade genomfört alla intervjuer tillsammans kanske det hade gått att säga att det finns en mindre risk att resultatet påverkats av oss som intervjuare. En reflektion vi hade var om våra ordval i intervjuguiden på något vis påverkade eller begränsade vårt resultat. Vissa ord som till exempel metoder och bemötande kunde få vissa informanter att bli osäkra på hur de själva arbetade med detta. En av informanterna, vars intervju endast var 11 minuter lång, hade inte mycket att säga om ämnet trots att personen ibland träffade klienter som uttrycker självmordstankar. Om vi valt att omformulera frågorna till ett mer vardagligt språk kanske informanterna hade kunnat ge mer utförliga svar eller kommit på andra sätt som de arbetar på men som de själva kanske inte ser som en metod.

Ett inkluderingskrav i urval av informanter som vi ville genomföra men som vi misslyckades med var att intervjua minst en kurator på varje arbetsplats. Vi önskade detta för att studien skulle behålla fokuset på socialt arbete och inte gå för mycket åt hälso- och sjukvårds hållet då vi även inkluderade andra professioner i studien. Vi märkte dock att det var svårare än vi trodde att få tag på informanter vilket gjorde att vi på de flesta arbetsplatser bara kunde intervjua en professionell vilket då ibland blev en sjuksköterska.

7.4 Förslag till fortsatt forskning

I vårt resultat kunde vi se att professionella ofta saknar utbildning om att bemöta och arbeta med personer med självmordstankar. Ett förslag till fortsatt forskning om detta ämne skulle därför kunna vara vad socionomprogrammet och sjuksköterskeprogrammet lär ut om självmord och självmordsprevention samt vad som både studenterna och mer

erfarna socionomer och sjuksköterskor saknar och skulle vilja ha mer av i utbildningen. Ett annat förslag till forskning om ämnet skulle kunna handla om samarbetet mellan olika instanser när det kommer till klienter med självmordstankar då detta var något som våra informanter ansåg var viktigt men som också behövde förbättras.

8 Referenser

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, G., & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 17-31). 2:a uppl. Stockholm: Liber.

Almeida, J., McManama O'Brien, K. H., & Norton, K. (2017). Social Work's Ethical Responsibility to Train MSW Students to Work with Suicidal Clients. *Social Work*, 62(2), 181–183. <https://doi.org/10.1093/sw/swx011>

Antonovsky, A. (2011). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Askheim, O.P, (2009). Empowerment - Olika infallsvinklar. I Askheim, O.P, & Starrin, B.(Red), *Empowerment i teori och praktik* (s. 18-32), 1:a uppl. Gleerups.

Askheim, O.P, & Starrin, B. (2009). Empowerment - ett modeord?. I Askheim, O.P, & Starrin, B.(Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s. 9-17), 1:a uppl. Gleerups.

Askheim, O.P, & Starrin, B. (2009). Utmaningar inom socialt arbete. I Askheim, O.P, & Starrin, B.(Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s. 206-217), 1:a uppl. Gleerups.

- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3:e uppl. Stockholm: Liber.
- Doherty, T., & DeVylder, J. (2016). Identifying Risk for Suicide. *Health & Social Work*, 41(3), 205–207. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw033>
- Da Silva, Tali (2018). *Aviciis familj i öppet brev: ”Tim var inte gjord för det maskineri han hamnade i”*. Hämtad 2019-05-07, från <https://www.svt.se/kultur/aviciis-familj-i-oppet-brev-han-orkade-inte-langre>
- Durkheim, É., & Johansson, M. (1983). *Själv mordet*. Lund : Argos.
- Eriksson, M (2015). Teorin om hälsans ursprung - En systematisk forskningsöversikt. I Eriksson, M. (Red.) *Salutogenes : Om hälsans ursprung : Från forskning till praktisk tillämpning* (s. 14-46). Stockholm : Liber.
- Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I Ahrne, G., & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 34-54). 2:a uppl. Stockholm: Liber.
- Grant, C., Ballard, E. D., & Olson-Madden, J. H. (2015). An Empowerment Approach to Family Caregiver Involvement in Suicide Prevention: Implications for Practice. *Family Journal*, 23(3), 295–304. <https://doi.org/10.1177/1066480715572962>
- Haugsgjerd, S., (1999). *Psykiskt lidande - Psykodynamisk bakgrund och diagnostik*, Stockholm: Natur och Kultur.

Hydén, L-C., (2001) Att bemöta och bemötas, I *Utan fast punkt - om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. ISBN 91-7201-566-7. Artikelnr 2001-123-52. Socialstyrelsen (2001).

Hämtad 2019-05-17, från

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11468/2001-123-52_200112353.pdf

Joe, S., & Niedermeier, D. (2008). Preventing Suicide: A Neglected Social Work Research Agenda. *The British Journal of Social Work*, 38(3), 507.

<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl353>

Kelliher Rabon, J., Webb, J. R., Chang, E. C., & Hirsch, J. K. (2019). Forgiveness and suicidal behavior in primary care: Mediating role of future orientation. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1469454>

Kondrat, D. C., & Teater, B. (2012). Solution-focused therapy in an Emergency Room setting: Increasing hope in persons presenting with suicidal ideation. *Journal of Social Work*, 12(1), 3–15. <https://doi.org/10.1177/1468017310379756>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod - en introduktion. I Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (Red), *Forskningsmetoder i socialt arbete*, (s. 91–129) Lund: Studentlitteratur.

- Lee, S. J., Osteen, P. J., & Frey, J. J. (2016). Predicting changes in behavioral health professionals' clinical practice skills for Recognizing and Responding to Suicide Risk. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(1), 23–41. <https://doi.org/10.1086/685037>
- Levitt, A. J., Wean, C., Lorenzo, J., Miller-Solarino, S., & Yu, V. (2011). Teaching Note—Suicide awareness and prevention workshop for social workers and paraprofessionals. *Journal of Social Work Education*, 47(3), 607–613. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2011.200900108>
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R. L., & Cerel, J. (2017). The Role of Social Work in Suicide Prevention, Intervention, and Postvention: A Scoping Review. *Australian Social Work*, 70(3), 289–301. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2016.1213871>
- Osteen, P. J., Jacobson, J. M., & Sharpe, T. L. (2014). Suicide Prevention in Social Work Education: How Prepared Are Social Work Students? *Journal of Social Work Education*, 50(2), 349–364. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.885272>
- Parrish, M. (2012). *Mänskligt beteende. Perspektiv inom social arbete*. Malmö: Liber.
- Pederson, C. L., Gorman-Ezell, K., & Hochstetler-Mayer, G. (2017). Invisible Illness Increases Risk of Suicidal Ideation: The Role of Social Workers in Preventing Suicide. *Health & Social Work*, 42(3), 183–185. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx029>
- Singer, J., O'Brien, K., & LeCloux, M. (2017). Three Psychotherapies for Suicidal Adolescents: Overview of Conceptual Frameworks and Intervention Techniques.

Child & Adolescent Social Work Journal, 34(2), 95–106.

<https://doi.org/10.1007/s10560-016-0453-5>

Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter - En kunskapsöversikt.*

Hämtad 2019-05-17, från

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – Befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*

Hämtad 2019-05-17, från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_200610723.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna.*

Hämtad 2019-05-17, från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Att mötas i hälso- och sjukvård - Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor.*

Hämtad 2019-05-17, från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre - Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.*

Hämtad 2019-05-17, från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21073/2018-9-12.pdf>

Starrin, B. (1997). Empowerment som tankemodell. I Starrin, B. & Forsberg, E. (Red.), *Frigörande kraft - Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv* (s. 9-32), Förlagshuset Gothia AB, Stockholm.

Starrin, B. (2009). Empowerment som förhållningssätt. I Askheim, O.P. & Starrin, B.(Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s. 62-75), 1:a uppl. Gleerups.

Søberg, A. I. B., Kjørven Haug, S. H., Danbolt, L. J., Lien, L., & Sørensen, T. (2018). Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals. *Mental Health, Religion and Culture*. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1524860>

Vetenskapsrådet. (2012). *Forskningsetiska principer- Inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wennerberg, T. (2012). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wiklund-Gustin, L. (2014). Att närma sig det svårförståeliga. I Wiklund-Gustin, L. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundläggande nivå* (s. 21-37), 2:1 uppl. Studentlitteratur AB, Lund.

World Health Organization (u.å). *Suicide data*.

Hämtad 2019-05-18, från

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

Öberg, P., (2015). Livshistorieintervjuer. I Ahrne, G., & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 55-67). 2:a uppl. Stockholm: Liber.

9 Bilaga 1

Brev till verksamhetschef

Förfrågan om tillåtelse att söka information genom semistrukturerade intervjuer med professionella som kommer i kontakt med klienter med självmordstankar.

Hej!

Vi är två socionomstudenter som just nu skriver vår c-uppsats vid Högskolan i Gävle med syfte att studera hur professionella bemöter och hjälper klienter som har självmordstankar. Detta för att öka kunskaperna och medvetenhet om fenomenet självmord och professionellas arbete med dessa klienter men också för att förhoppningsvis få ett resultat som kan spridas och därmed fungera förebyggande.

Vi skulle vilja intervjua professionella som i sitt yrke kommer i kontakt med klienter i behov av hjälp/vård utifrån deras psykiska ohälsa och tankar om att ta sitt liv. Förslagsvis kuratorer, sjuksköterskor eller psykologer. 1–3 personer från er arbetsplats skulle vara bra, varav gärna minst en kurator. Vi behöver genomföra intervjuerna under vecka 17–18.

Intervjun kommer bestå av ca 20 frågor som berör arbetsrutiner, strategier, behandlingar, förhållningssätt, bemötande utifrån att klient uttrycker tankar om självmord. Det vill säga, vad gör ni i ert professionella möte med klient som uttrycker att denne inte vill leva? Intervjun tar ca 1h. Vi kommer att utföra semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide.

Under hela studiens gång följs de forskningsetiska principer. Alla personuppgifter och information som kan identifiera arbetsplats eller person som deltar i studien kommer att tas bort och allt kommer att vara konfidentiellt. Intervjupersonerna kommer att få information om studien och de etiska aspekter som vi följer i ett skriftligt brev samt muntligt innan intervjun genomförs.

Om vi får ditt godkännande att kontakta personal på din verksamhet för att delta i studien svarar gärna på detta mejl eller kontakta någon av oss per telefon, med kontaktinformation till de informanter som ställer upp. Hör gärna av dig om du har några funderingar.

Tack!

Caroline Hedberg

Sofia Öjergren

10 Bilaga 2

Brev till informanter

Förfrågan om intervjuer med professionella som kommer i kontakt med klienter/patienter med självmordstankar.

Hej!

Vi är två socionomstudenter som just nu skriver vår c-uppsats vid Högskolan i Gävle med syfte att studera hur professionella bemöter och hjälper klienter som har självmordstankar. Detta för att öka kunskaperna och medvetenhet om fenomenet självmord och professionellas arbete med dessa klienter men också för att förhoppningsvis få ett resultat som kan spridas och därmed fungera förebyggande.

Vi skulle vilja intervjua professionella som i sitt yrke kommer i kontakt med klienter i behov av hjälp/vård utifrån deras psykiska ohälsa och tankar om att ta sitt liv. Förslagsvis kuratorer, sjuksköterskor eller psykologer, vi vill intervjua 1–3 personer på er arbetsplats, varav gärna minst en kurator.

Intervjun kommer bestå av ca 20 frågor som berör arbetsrutiner, strategier, behandlingar, förhållningssätt, bemötande utifrån att klient uttrycker tankar om självmord. Det vill säga, vad gör ni i ert professionella möte med klient som uttrycker att denne inte vill leva? Intervjun tar ca 1h. Vi kommer att utföra semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide.

Om du vill delta i studien kommer vi att genomföra en intervju med dig på en plats du själv väljer, förslagsvis din arbetsplats men vi kan också ses på någon annan plats som passar dig.

Intervjuerna kommer att spelas in och inspelningarna raderas efter att de skrivits ut. Som intervjuperson kan du när som helst under intervjun välja att låta bli att besvara en fråga, eller välja att avbryta intervjun. Väljer du att medverka, får du gärna kontakta oss innan intervjun om du har några frågor eller funderingar.

Vi kommer under hela studiens gång att följa forskningsetiska principer. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Alla utskrifter av intervjuerna kommer att avidentifieras. Inga uppgifter som kan kopplas till dig som informant kommer att framgå i publikationer från studien. Alla personuppgifter, som telefonnummer och namn till intervjupersonerna, kommer att förvaras säkert av oss författare, och kommer att raderas när studien är genomförd. Du kan när som helst vända dig till oss om du skulle ha några frågor eller klagomål på hanteringen av dina personuppgifter. Om du vill kan du ta del av intervjun genom att begära en avidentifierad utskrift.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du har när som helst, även efter att intervjun är genomförd, rätt att dra tillbaka din medverkan. All data om dig kommer då att raderas. För att dra tillbaka din medverkan kontakta någon av oss författare.

Du är välkommen att ställa frågor om studien till någon av oss författare:

Caroline Hedberg

Sofia Öjergren

11 Bilaga 3

Intervjuguide

Bakgrund

- Vad har du för utbildning och vad arbetar du som?
- Vilka är dina arbetsuppgifter?
- Hur länge har du arbetat inom ditt yrke?
- Vilken är din målgrupp?

Bemötandet

- Hur ofta möter du patienter med självmordstankar?
- Hur kan ett sådant möte se ut?
- Kan du beskriva hur du bemöter dessa patienter?
- Vad är viktigt som professionell i mötet med patienter med självmordstankar?
- Vad upplever du är bra och hjälpande för patienterna i mötet med dig?
- Hur märker du att det hjälper patienterna?

Arbetsätt/metoder

- Vill du beskriva era arbetsätt eller metoder för patienter med självmordstankar?
- Finns speciella behandlingar och i sådana fall vilka?
- Hur gör ni för att utföra dessa metoder?
- Finns det något speciellt arbetsätt, metod eller behandling som du anser har passat bättre för just patienter med självmordstankar.
- Vill du förklara hur ni följer upp patienter som uttrycker självmordstankar?

Kunskap och utbildning

- Vad har du fått för utbildning om arbetsätt och bemötande av just patienter med självmordstankar?
- Har du fått någon utbildning om arbetsätt och bemötande av patienter med självmordstankar från din högskoleutbildning?

-Har du fått någon utbildning om arbetsätt och bemötande av patienter med självmordstankar genom ditt arbete?

-Vad anser du behöver förbättras eller utvecklas när det kommer till utbildning, arbetsätt och bemötande av personer som har självmordstankar?

-Är det något annat som vi inte har tagit upp som du vill berätta eller lägga till?

12 Bilaga 4

Presentation av informanterna

Informant 1: Kvinna som arbetar som kurator på en kuratorsmottagning. Hon är utbildad socionom, har en masterutbildning samt är utbildad sexolog. Hon har arbetat inom sitt yrke i sex år.

Informant 2: Kvinna, arbetar som legitimerad psykoterapeut på en psykiatrimottagning. Hon är även utbildad sjuksköterska samt har specialistutbildning inom psykiatri. 20 års arbetslivserfarenhet. Hon arbetar med terapi individuellt och även i grupp.

Informant 3: Man, arbetar som psykiatrisjukskötare på en psykiatrimottagning. Utbildad sjukskötare samt specialistutbildning psykiatri. 19 års arbetslivserfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och missbruksvård.

Informant 4: Kvinna som arbetar som samtalsterapeut på en vårdcentral. Hon är utbildad sjuksköterska och har en steg-1 utbildning i KBT. Hon har arbetat som sjuksköterska i 24 år där 19 år var som sjuksköterska inom psykiatrin. Hon har arbetat som samtalsterapeut på vårdcentral i ca 3 år.

Informant 5: Kvinna som arbetar som KBT-terapeut på en vårdcentral. Hon är utbildad socionom samt har en grundutbildning i psykoterapi steg-1. Hon har arbetat som socionom i 28 år och som psykoterapeut i ca ett halvår.