



för de närmaste ibland kan behöva avstå från att avslöja vissa fakta som man fått kännedom om, t ex brott av något slag eller relationer som den döde hållit hemliga. Den anhörige har samtidigt rätt att få veta så mycket som möjligt av vad som hänt, vad som föregått självmordet, och hur det skett. För att kunna bearbeta sina reaktioner inför ett dödsfall är saklig information en väsentlig startpunkt. Ställda inför denna etiska konflikt valde vi ibland att dölja känsliga fakta som de anhöriga uppenbarligen inte kände till.

Ännu naturligare är det att skydda den dödes integritet genom att maskera eventuella beskrivningar i en rapport där fallbeskrivningar ingår. Det innebär att detaljer måste förvrängas som annars skulle kunna leda till att den döde identifieras, att utelämna mycket speciella förhållanden, att låta det gå en tid mellan rapporteringen och dödsfallet och att be om den anhörigas tillåtelse att publicera fallbeskrivningen. Bäst är kanske att konstruera typfall, där flera personers livsöden sammanfogas. Man kan alltså med försiktighet skada den dödes minne.

### Hänsyn till intervjupersonen

Efterlevande är, särskilt under den första tiden, sårbara. Många är fyllda av sorg, oro och förstämning. Därför måste flera överväganden göras som gäller hur intervjuer skall genomföras. Först gäller det tidsaspekten. Några forskningsetiska kommittéer har intagit ståndpunkten att man bör avstå från kontakt med de sörjande innan det gått åtminstone fyra veckor sedan dödsfallet, för att inte intervjuas i den första tidens chock och förtvivlan. Å andra sidan bör det inte ha förflutit för lång tid. När de anhöriga övervunnit krisen och valt hur de vill se på det inträffade, är de kanske inte heller beredda att ompröva vad som skett.

Vad sa man i de efterundersökningar som gjordes i anslutning till våra intervjuer? I undersökningen av ungas självmord var mediantiden efter dödsfallet nio veckor, en del kom dock att intervjuas avsevärt senare. Av dem som intervjuades tidigt var majoriteten nöjda eller ville ha haft intervjun ännu tidigare efter döds-

Man kan med försiktighet skada den dödes minne

.....  
*Många uttryckte att deras motiv för att ställa upp i studien var behovet för egen del, inte att tillfredsställa forskningens behov*  
.....

fallet. Av dem som kom att intervjuas senare var reaktionerna mer varierande, där fanns också en del som ville ha en ännu senare intervju. Det avgörande för flertalet var deras behov av kontakt i bearbetningsfasen av sorgereaktionen. Många uttryckte att deras motiv för att ställa upp i studien var behovet för egen del, inte att tillfredsställa forskningens behov.

Sammanfattningsvis tycks 4–8 veckor vara att rekommendera, men man måste vara flexibel med tanke på den tilltänkta intervjupersons önskemål.

Sättet att ta kontakt är avgörande. Vid en liknande undersökning som genomförts i Norge fick man bara skicka ett brev och man nekades t o m att skicka en påminnelse med motiveringen att man inte bör störa den anhörige (10). I en undersökning skickade man först ett brev och tog därefter telefonkontakt (5). I andra fall har man tagit personlig kontakt vid dörren till den anhöriges bostad, utan att förvarna om sin ankomst (1, 2). Vägran att delta var minst i det senare fallet, högst med brev skickat som enda eller första kontakt (7, 6) (Tabell 1).

Tabell 1. Vägran att delta vid intervjuer relaterat till kontaktsätt, i procent av antalet kontaktade.

Kontakt	Vägran att delta
Kontakt utan förvarning	0 – 14
Telefonsamtal, ev följt av brev	3 – 9
Brev, följt av telefonsamtal	23
Brev endast	35 – 38

För ytterligare detaljer se ref 3.

Vi har tyckt att en första kontakt per telefon är att föredra även om det ökar bortfallet något (3). Ett brev från en myndighet eller ett sjukhus där man dessutom avslöjar att man känner till den anhöriges dödsfall kan upplevas negativt. När vi ringde upp gav det oss möjlighet att bli personliga, vi kunde omedelbart bemöta reaktioner inför undersökningen. Vi presenterade oss

noggrant, gav möjlighet att kontrollringa till sjukhuset. Vi motiverade behovet av mer kunskap, men undvek initialt ordet forskning. Om de anhöriga var tveksamma accepterade vi det och visade förståelse för det. Ibland frågade vi om vi kunde återkomma senare eller öppnade för dem att återkomma om de ändrade sig. Det senare skedde vid några tillfällen flera månader längre fram. I efterundersökningarna varierade attityden till att vi primärt tog telefonkontakt, i flera fall önskade man att man fått ett brev dessförinnan, för att känna sig förberedd inför en telefonkontakt.

Den halvstrukturerade intervjun gav god möjlighet till flexibilitet. Ibland föredrog man att beskriva den dödes hela liv, ibland ville man börja med det som skett och med det som var mest laddat. Efter huvudintervjun sa sig den stora majoriteten vara nöjda, många tyckte sig ha fått nytt ljus över det som skett, att de fått svar på en del frågor. Man beskrev hur man kunat börja tala om självmordet i familjekretsen.

Många var nöjda med att ha fått formulera sin besvikelse över vad man upplevt vara bristfällig vård i psykiatrin. Någon tyckte tvärtom att han fått en bättre förståelse för sonens läkare efter vårt samtal.

Det var alltså viktigt att, under samtalet anpassa sig till den efterlevandes krisreaktion. I något enstaka fall avbröts intervjun. Det var alltid väsentligt att låta de intervjuade avgöra vad de ville berätta och också att låta dem behålla det osagt som de tydligt inte ville tala om. Endast 4 respektive 12 procent i de båda studierna upplevde att de lämnat ut för mycket av sig själva eller den döde.

Intervjun avslutades oftast med att vi talade om annat än den döde, för att minska den emotionella laddningen före vårt avsked. Vi kom t ex att tala om deras bostad eller dagsaktualiteter.

Hur reagerade de intervjuade direkt efter samtalet? Av *tabell 2* framgår att många tyckte att samtalet rörde upp känslor och att de kände sig sämre direkt efter. Man hade hämtat sig 1–2 veckor senare och 58 procent ansåg då att man t o m mådde bättre än tidigare.

.....  
*Vi har tyckt att en första kontakt per telefon är att föredra även om det ökar bortfallet något*  
 .....

.....  
*Det visade sig vid intervjuerna att bandinspelning inte upplevdes så främmande som vi hade trott innan*  
 .....

*Tabell 2. Intervjupersonernas reaktion efter intervjun, % (N=58).*

	Omedelbart jfirt med föreg. vecka	Efter 2 veckor jfirt med efter intervjun	Efter 2 veckor jfirt med före intervjun
Förbättrad	14	83	58
Opåverkad	40	17	42
Försämrad	47	0	0

Ref 9.

Det visade sig vid intervjuerna att bandinspelning inte upplevdes så främmande som vi hade trott innan. Vi motiverade vårt behov av inspelning med att vi slapp anteckna löpande så att vi kunde koncentrera oss. Bandinspelning visade också på betydelsen av deras information. 85 respektive 91 procent var positiva eller neutrala, i de fall man angav en negativ inställning avstod vi självfallet från bandspelare. Vi tyckte oss dock märka att de anhöriga kände sig lättade när bandinspelningen avslutades. Ofta fortsatte därför samtalen med något ämne som kanske kändes angeläget att få ta upp utan den anspänning som medvetenheten om bandspelare kunde medföra.

### Hänsyn till forskningen

När vetenskapens krav konfronteras med den kliniska verkligheten kan etiska hänsyn faktiskt påverka slutsatsernas bärighet. Detta är ett problem som finns i all klinisk medicinsk forskning men blir kanske särskilt tydligt i våra undersökningar. Vårt tillvägagångssätt varierade beroende på intervjupersonens ålder, deras kunskap om händelsen och den döda. Vidare hade de olika grad av krisreaktion som nödvändiggjorde flexibilitet.

Det finns belägg för att betydelsen av olikheter i intervjusituationen inte nödvändigtvis påverkar validitet och reliabilitet (4). Möjligen är det t o m så att hänsynstagande till intervjupersonernas behov ökade

Att genomföra undersökningar av denna art innebär en betydande emotionell ansträngning och kräver att forskaren är övertygad om värdet av dem

deras motivation att ge information och därmed höjde undersökningens kvalitet.

### Hänsyn till forskaren

Att genomföra undersökningar av denna art innebär en betydande emotionell ansträngning och kräver att forskaren är övertygad om värdet av dem. Det var ibland ytterst energikrävande att dagligen och stundligen konfronteras med de dödas och de efterlevandes livsöden. Den initiala telefonkontakten med de efterlevande krävde lång koncentration och anspänning, ibland upplöst i intet då vi inte fick kontakt med den anhörige vi valt ut. Samtalen hade varierande emotionell temperatur men oftast berördes ju mycket sorgsamma händelser och upplevelser. Det fleråriga efterarbetet medförde tidvis djup koncentration kring livets värsta avigsidor. Ingen går oberörd genom en sådan upplevelse och vi uppfattade att det fanns uppenbara risker att man som forskare kunde påverkas starkt. Genom handledning, som inte bara handlade om forskningsetiska ting, kunde en del emotionella reaktioner avledas. Genom att vi aktivt sökte upp detta livets goda i form av familj, fritidsintressen, vänskaper kunde i hög grad negativa reaktioner motverkas eller göras begripliga och hanterliga. Genom att parallellt arbeta kliniskt, följa klinikens vardagsliv och genomföra andra utbildningar blev koncentrationen kring död och självmord inte så total. För kollegor som planerat liknande undersökningar har vi starkt understrukt vikten av att forskaren tas om hand på ett medvetet sätt men också att han själv planerar sin tillvaro på ett genomtänkt sätt.

### Sammanfattning

Denna typ av forskning, på gränsen till intervention i en kritisk livssituation, bjuder på en mångfald av etiska problem som dock går att lösa genom en medveten och fortlöpande diskussion i forskargruppen. Trots vår

upplevelse av svåra problem och komplicerade situationer anser vi att våra undersökningar givit nya kunskaper till ett rimligt pris för alla inblandade pater. Det har även givit något positivt på det personliga planet för forskarna och förhoppningsvis för de avlidnas anhöriga.

### REFERENSER

1. Bagley C, Jacobson S, Rehin A: Completed suicide: a taxonomic analysis of clinical and social data. *Psychological Medicine*. 1976;6:429-438.
2. Barraclough B M, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P: A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry*. 1974;125:355-373.
3. Beskow J, Runeson B, Åsgård U: Psychological Autopsies: Methods and Ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1990;20:307-323.
4. Brent D A, Perper J A, Kolko D J, Zelenak J P.: The Psychological Autopsy: Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988;27:362-366.
5. Brent D A, Perper J A, Goldstein C E, Kolko D J, Allan M J, Allman C J, Zelenak J P: Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims With Suicidal Inpatients. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45:581-588.
6. Michel K: Suicide Risk Factors: A Comparison of Suicide Attempters with Suicide Completers. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150:78-82.
7. Mitterauer B: Mehrdimensionale Diagnostik von 121 Suiziden im Bundesland Salzburg im Jahre 1978. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 1981;131:229-234.
8. Runeson B: Mental disorder in youth suicide. *DSM-III-R Axes I and II*. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1989;79:490-497.
9. Runeson B, Beskow J: Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1991;83:169-173.
10. Rygnestad T: A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1988;77:328-331.
11. Åsgård U: A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1990;82:115-124.
12. Åsgård U, Carlsson-Bergström M: Interviews with Survivors of Suicides: Procedures and Follow-Up of Interview Subjects. *Crisis*. 1991;12:21-33.