

# Etterlatte ved selvmord sine erfaringer med kriseteam i primærhelsetjenesten

Kandidatnummer: 703  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Emne 14B

Antall ord: 8998  
Dato: 03.05.21



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03.05.21
<u>Tittel</u> Etterlatte ved selvmord sine erfaringer med kriseteam i primærhelsetjenesten	
<p><u>Problemstilling</u>  «Hvilke erfaringer har etterlatte ved selvmord med kriseteam i primærhelsetjenesten?»  Hensikten med denne bacheloroppgaven er å utforske hvilke erfaringer etterlatte har etter et selvmord, med et spesielt fokus på erfaringer de har gjort seg med kriseteam i primærhelsetjenesten.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u>  Selvmordsetterlatte ønsker en bredspektret og personsentrert oppfølging fra sykepleier, for å unngå langvarige og kompliserende sorgprosesser. Selvmord utgjør en krise for de etterlatte, og den svenske psykiateren Johan Cullberg omtaler en krise som et forløp, hvor sjokk- og reaksjonsfasen utgjør krisens akutte fase. Med utgangspunkt i sykepleierteoretikeren Joyce Travelbees mellommenneskelige relasjonsbygging, skal sykepleier kunne utøve en sykdomsforebyggende funksjon overfor etterlatte i stor sorg.</p> <p><u>Metode</u>  Oppgaven har en litterær metode, hvor litteratursøk etter allerede eksisterende litteratur har generert relevant fag- og forskningslitteratur som blir brukt til å belyse oppgavens problemstilling. Selvvalgt faglitteratur er funnet via Oria på Medisinsk bibliotek på Rikshospitalet, samt fra LDH sitt eget bibliotek. Pensumlitteratur er også anvendt. Forskningslitteraturen er funnet ved hjelp av systematisk søk i databasene PubMed og Cinahl. Det er også foretatt manuelle søk via Google Scholar. Kvalitetssikrede internettkilder som lovdata.no og helsedirektoratet.no blir brukt.</p> <p><u>Drøfting</u>  Selvmord påvirker de etterlatte i stor grad, og majoriteten sitter igjen med skyldfølelse som kan forverre en allerede vanskelig sorgprosess i etterkant av dødsfallet. Selvmordsetterlatte ønsker derfor personrettet og fleksibel oppfølging av sykepleier, men forskning viser at kvaliteten på helsehjelpen oppleves varierende og til dels mangelfull, noe som kan virke kompliserende på sorgprosessen.</p> <p><u>Konklusjon</u>  Ved oppfølging av etterlatte bør sykepleier sørge for å være faglig oppdatert på selvmordsproblematikk og ha inngående kunnskap om utfordringer etterlatte opplever i etterkant av selvmordet. Sykepleier bør ha kjennskap til krisehåndtering hvor medmenneskelighet og støttende kommunikasjon er et viktig verktøy i bearbeidelse av sorgprosessen.</p>	

(Totalt antall ord:300)

«I thought of how I could break both legs,  
so that I might be taken care of by someone  
in the health services»

Uttalelse fra etterlatt som mistet eksmann og sønn til selvmord (Dyregrov et al., 2002. s. 664).

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Avgrensninger .....	2
1.3.1	Kontekst.....	2
1.4	Begrepsavklaringer.....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1	Hva er selvmord .....	4
2.2	Etterreaksjoner hos etterlatte.....	4
2.2.1	Krise .....	5
2.2.2	Stigma og skam .....	6
2.2.3	Skyldfølelse .....	6
2.2.4	Normal sorg versus forlenget sorg/komplisert sorg. ....	7
2.3	Menneskers psykososiale behov .....	7
2.4	Travelbee om mellommenneskelighet og håp .....	8
2.5	Ivaretagelse av etterlatte ved selvmord .....	9
2.6	Sykepleierens funksjonsområde .....	9
2.7	Juss.....	10
2.8	Etikk.....	11
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1	Valg av faglitteratur .....	12
3.2	Valg av forskningslitteratur; database og søkeord.....	12
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriter .....	14
3.3	Kildekritikk.....	15
3.4	Etiske overveielser .....	17
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsartikler</b> .....	<b>18</b>
4.1	Artikkelmatrise .....	19
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>23</b>
5.1	Etterlattes behov for helsehjelp .....	23
5.2	Stigma og skyldfølelse som barriere for helsehjelp .....	24
5.2.1	Isolasjon.....	26
5.3	Støttegrupper som helsehjelp .....	27
5.4	Skiftende behov for helsehjelp.....	28
5.5	Oppdatert faglig kunnskap gir bedre helsehjelp .....	31
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>35</b>

# 1 Innledning

Selv mord er et alvorlig globalt folkehelseproblem, hvor nærmere 800 000 mennesker tar livet sitt hvert år, hvilket tilsvarer ett selvmord hvert 40'ende sekund (WHO, 2016). Selvmord er med dette blant de 20 ledende dødsårsakene i verden, med flere dødsfall enn malaria, brystkreft eller krig og drap (WHO, 2019). I Norge har antall årlige registrerte selvmord de senere årene ligget mellom 500-600 personer, mens 2018 endte som dystert «toppår» med 674 selvmord, det høyeste antall selvmord registrert siden 2001 (Folkehelseinstituttet, 2020). Tallet på etterlatte vil naturlig nok være adskillig høyere, og regner man 10 nære etterlatte og berørte per selvmord i Norge (Helsedirektoratet, 2011, s.3), tilsvarer dette 6740 nye etterlatte bare i 2018.

Å være pårørende til mennesker som har følt at livet er så tøft at de har besluttet å avslutte det, innebærer en uttalt livskrise, og man ser tydelig at selvmordsetterlatte opplever flere belastninger sammenlignet med etterlatte ved naturlig død (Helsedirektoratet, 2011, s.4).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, gjennomførte nylig den første store landsomfattende undersøkelsen hvor de sammenlignet personer som hadde opplevd å miste foreldre i selvmord, ulykker eller drap i barndoms- og ungdomstid, med dem som ikke hadde opplevd det, hvor de fant at etterlatte hadde betydelig høyere risiko for psykososiale problemer senere i livet, med hele 74 % høyere risiko for selv å begå selvmord (Burrell, 2021).

Etterlatte i alle aldersgrupper, føler seg ofte medansvarlige og kan bære på sterk skyldfølelse, da de bebreider seg selv for ikke å ha oppdaget faresignalene som kunne bidratt til å forhindre selvmordet. Hvis man i tillegg sto i konflikt med den avdøde, vil dette være en ytterligere belastning. Flere etterlatte kan dvele ved selvmordet i en årrekke, om ikke hele livet, og belaste seg selv med ubesvarte spørsmål knyttet til hvorfor selvmordet ble gjennomført, hvorfor det skjedde akkurat da, hvorfor på akkurat den måten, med mer (Helsedirektoratet, 2011, s. 5-4).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Da jeg selv i starten av 20- årene mistet min far til selvmord, erfarte jeg og resten av familien at tilbud om oppfølging var svært mangelfull. Dette er riktignok 15 år siden, og rutiner ved oppfølging av selvmordsetterlatte har blitt bedre, men kvaliteten på hjelpen synes likevel å variere (Underlid et al., 2016, s.110). Etterlatte ved selvmord har økt risiko for å utvikle fysiske og psykiske plager grunnet uttalte krise- og sorgreaksjoner, med dertil kortere forventet levetid. God og tett psykososial støtte vil derfor kunne være av vesentlig betydning i bearbeidelsen av tapet av sine kjære, og det kan således være av stor betydning at sykepleier har kunnskap om samhandling med mennesker i krise og sorg, samt hva som finnes av hensiktsmessige og forebyggende tiltak mot langvarige og helseskadelige sorgreaksjoner (Gavrel, 2020, s.1).

## **1.2 Problemstilling**

*Hvilke erfaringer har etterlatte ved selvmord med kriseteam i primærhelsetjenesten*

## **1.3 Avgrensninger**

- Grunnet oppgavens ordbegrensning, velger jeg å ha et overordnet fokus på etterlattes psykososiale behov. Det er likevel viktig for meg å presisere at grunnleggende behov som søvn og ernæring ligger på et lavere nivå i hierarkiet enn de psykososiale behovene, og er derfor tungtveiende for etterlatte også å få dekket, for å unngå unødvendig komplisering av normale sorgreaksjoner.
- Voksne etterlatte ved selvmord over 18 år.
- Etterlatte har stått avdøde nært, og er begrenset til nærmeste familie som foreldre, søsken og ektefeller.
- De etterlatte har ikke psykiske lidelser som schizofreni, bipolar- lidelse og psykoselidelser, og de har ingen kjent avhengighetslidelse tilknyttet rusmidler.

### **1.3.1 Kontekst**

Konteksten for denne oppgaven er primærhelsetjenesten, herunder kriseteam, også kalt psykososialt kriseteam. I Norge plikter kommunene å tilby primærhelsetjenester med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, allmennlegetjeneste, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg gjennom sykepleietjenester utenfor sykehus, og hjelp ved ulykker og andre akutte

situasjoner. Alle som oppholder seg i kommunen har krav på nødvendig helse- og omsorgstjenester i regi kommunehelsetjenesten (Braut, 2019). Ved hendelser som utløser krise, skal kommunen bistå med et beredskapsteam, kriseteam, som mobiliseres idét en krise inntreffer. Sentralt helsepersonell i et kriseteam er tverrprofesjonelt og kan bestå av lege/kommunelege, politi, prest, sykepleier/psykiatrisk sykepleier, psykolog/psykiater, helsesykepleier og sosionom. Organiseringen av kriseteam varierer mellom kommunene (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s.20, s.27).

#### **1.4 Begrepsavklaringer**

**Erfaringer:** Etterlattes reaksjoner og opplevelser i etterkant av selvmordet, inkludert kontakten med primærhelsetjenesten og kriseteamet. Erfaringene til de etterlatte begrenser seg ikke til én enkelt profesjon, og samlebetegnelser som «hjelpesystem» og «helsepersonell» er mye brukt i litteraturen jeg har anvendt, noe jeg mener er overførbart til sykepleieren.

**Etterlatte:** Har tidligere vært ensbetydende med nærmeste familie, altså menneskene som er direkte berørt av selvmordet. I dag har man en mer nyansert avgrensning, hvor etterlatte omfatter de som oppfatter at de selv har nære bånd til den avdøde; det være seg kjæreste, ektefelle, barn, søsken, foreldre, besteforeldre, annen slekt, venner, med flere. (Helsedirektoratet, 2011, s.3-4). «Etterlatte» vil bli anvendt mest, men «pårørende» vil også bli brukt.

**Kriseteam:** Skal «bistå med psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer som rammer enkeltmennesker, familier og lokalsamfunn. Kriseteam bør medvirke i at etterlatte får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester (Helsedirektoratet, 2011, s.40).

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som belyser problemstillingen og som sammen med hovedfunn fra forskningsartiklene, vil danne grunnlaget for drøftetekapittelet.

### **2.1 Hva er selvmord**

«I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen» (Shneidman sitert i Vråle, 2018, s.27).

Man ser ofte at selvmord er en lengre prosess som utløses av personlig belastende livshendelser, med mestringsressurser som ikke har vært tilstrekkelige til å takle påkjenningene og livsvanskene som oppsto i kjølvannet av disse. Belastende livshendelser som føles uløselige, kan være familie- og andre relasjonsproblemer med dertil manglende nettverk, problemer med jobb og økonomi, kjærlighetssorg, sykdom, vansker med utdanning med mer (Håkonsen, 2014, s.369). Dette er faktorer som kan avstedkomme følelser som tristhet, sorg, sinne, skam og skyld, som atter nærer opp under tanker om å være mislykket, mislikt, ensom og forlatt, ha blitt sviktet og være verdiløs. Slike tyngende og devaluerende tanker om seg selv, medfører tap av kontroll og lav selvaktelse, som igjen vil kunne gi en sterk følelse av håpløshet. Mangel på håp kan føre til alvorlig depresjon og en komplisert krisetilstand, som i ytterste konsekvens leder til selvmordstanker- og adferd (Håkonsen, 2009, s.370).

### **2.2 Etterreaksjoner hos etterlatte**

Selvmord blir sett på som et unaturlig og voldsomt dødsfall, og kjennetegnes ved at det er brått og oftest uventet. Umiddelbart etter et selvmord vil sjokk, uvirkelighet og nummenhet ledsaget av sterke følelser, være vanlige reaksjoner hos de etterlatte, og sanseintrykkene for de etterlatte kan være intense (Dyregrov et. al, 2009, s.50). Sorgen til de etterlatte kompliseres grunnet selvmordets brå og unaturlige egenskap, og kan skape traumereaksjoner med utvikling av komplisert sorg. Å miste en i nær relasjon til selvmord, er for de fleste langt fra



den normale hverdagen, og etterlatte ved selvmord kan således mangle verktøy til å mestre slike hendelser. Mennesker har ofte et sett med naturlige mestringsressurser, men når disse ikke strekker til og forårsaker uhelse av den kompliserte sorten, vil det være behov for bistand i form av profesjonell hjelp og/eller sosial nettverksstøtte som likemannsstøtte og (Underlid et al., 2016, s.102).

### **2.2.1 Krise**

Selvmord oppleves som en krisesituasjon, hvor de etterlatte mangler verktøy og metoder som er gode nok til å hjelpe dem ut av situasjonen og tilstanden de befinner seg i. «Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsning på en vanskelig situasjon» (Håkonsen, 2017, s.155). Kriser kan utløse kortvarig eller langvarig svikt i menneskers grunnleggende behov. De grunnleggende behovene er av betydning for at normal menneskelig funksjon, helse og velvære kan opprettholdes, og selv om jeg i denne oppgaven fokuserer på de psykososiale behovene, presiserer jeg nok en gang at det er viktig for sykepleier at de etterlatte ikke utsetter seg for flere «farer», ved å bistå med å dekke grunnleggende behov som ernæring, søvn og ADL- funksjoner som personlig hygiene og fysisk aktivitet, der dette skulle vise seg å bli nødvendig (Haukø, 2010, s.107).

Den svenske psykiateren Johan Cullberg omtaler en krise som et forløp man kan dele i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen er den første tiden etter den traumatiske hendelsen. I sjokkfasen er ikke den rammede i stand til å ta inn over seg og bearbeide opplevelsen, da all energi går med til å prøve å forstå hva som har skjedd. Vedkommende gjennomlever sterke, gjerne ukontrollerbare reaksjoner og emosjonelle følelser, og klarer ikke fatte hensikten eller meningen med det som har skjedd. Reaksjonene kan også bære preg av forsvarsreaksjoner som fornektelse og avverging (Cullberg, 1975/2007, s.130). Neste fase er reaksjonsfasen, hvor sjokk- og reaksjonsfasen utgjør til sammen krisens akutte fase. Reaksjonsfasen igangsettes da personen som er rammet, tvinges til å åpne øynene for den tragiske hendelsen, etter at han i sjokkfasen ikke har orket å ta inn over seg hendelsen, men fornektet det som har skjedd. Nå kommer den etterlattes reaksjoner tydeligere frem; fortvilelse, tankekjør, gråt, sinne, depresjon og sorg koblet sammen med dårlig matlyst, søvnvansker og initiativløshet, er vanlige atferdsendringer ved krisehendelser. Bearbeidingsfasen er den tredje fasen hvor den etterlatte forsøker å se en

fremtid der han atter kan klare å fungere slik han pleide. Å bearbeide en krise, innebærer at man aksepterer det inntrufne for å kunne gi tilværelsen nytt innhold og ny mening. I Nyorienteringsfasen har de sterke, emosjonelle følelsene roet seg, og den etterlatte har møysommelig bygget seg opp en ny hverdag, hvor vedkommende har opparbeidet en aksept for det som har hendt. Fasene er et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp, og vil kunne veves inn i hverandre, ha ulik varighet eller være ikke-lineært og bevege seg frem og tilbake (Cullberg, 1975/2007, s.130-140).

### **2.2.2 Stigma og skam**

Fra et kristent kulturhistorisk perspektiv, har selvmord blitt betraktet som en dødssynd og moralsk forkastelig, da det er Gud som bestemmer over livstid og dødstidspunkt. I middelalderen var selvmord likestilt med mord, og avdøde etter selvmord var gjerne utsatt for likskjending før de ble dumpet sammen med drapsmenn i skogen (Retterstøl, 1995, s. 24-25). I 1865 var det forbudt ved norsk lov å avholde kirkelig begravelse for avdøde ved selvmord, og pårørende ble straffet ved at selvmorderens formue ikke tilfalt familien, men staten. I England var det fra 1745 til 1961 lovbestemt at selvmordsforsøk skulle ansees som en forbrytelse, og man risikerte å bli stilt for retten mens man var innlagt på sykehus etter et selvmordsforsøk (Retterstøl, 1995, s.30). Stigmatisering og skam, preger også holdninger til deler av befolkningen i dagens samfunn, uavhengig av religiøs tilknytning, hvor det å ta sitt eget liv blir sett på som sosialt ukorrekt ettersom man skal tåle påkjenninger (Haukø, 2010, s.116).

### **2.2.3 Skyldfølelse**

Å forsones seg med at noen som står en nær, har valgt å forlate livet, kan for de etterlatte være svært vanskelig. De leter etter årsaker hos både seg selv og andre, og ender ofte med å påføre seg stor skyldfølelse (Røkholt et al., 2018, s.55). Ofte føler etterlatte seg medansvarlige for dødsfallet, da de bebreider seg selv for ikke å ha oppdaget faresignalene som kunne bidratt til å forhindre selvmordet (Helsedirektoratet, 2011, s.5)

#### **2.2.4 Normal sorg versus forlenget sorg/komplisert sorg.**

Allmenn sorgreaksjon er naturlig når man mister personer som står en nært, men sammenlignet med etterlatte ved forventet død, er etterlatte ved brå og voldsomme dødsfall som selvmord, betraktelig mer utsatt for å utvikle fysiske og psykiske helseproblemer som forlenget sorg, depresjon, angst, selvmordstanker, sosial isolasjon og nedsatt livskvalitet i kjølvannet av dødsfallet. Imidlertid viser noen mennesker mer motstandsdyktighet overfor belastende livshendelser, også kalt resiliens, og vil lettere kunne bygge opp håp om å få igjen kontrollen og at livet blir bedre (Håkonsen, 2014, s.371). Et bevisst forhold til resiliens, robusthet og mestringssevne, gjør sykepleier bedre rustet til å forstå hvem som kan trenge ekstra bistand i møte med store utfordringer (Underlid et. al, 2016, s.107).

Forlenget sorg ser man ved unormal fokusering på den avdøde, hvor sinne, bitterhet, fornektelse og emosjonell nummenhet gjør det vanskelig å gå videre i livet (Prigerson et al., 2009, referert i Dyb & Jensen, 2019, s.58). Når sorgreaksjoner vedvarer over tid og hemmer dagliglivets funksjoner, er de å betrakte som kompliserende og uhensiktsmessige (Dyregrov et. al, 2009, s.61). Selvmordets karakter kan også påvirke reaksjonsforløpet, og de mest komplekse reaksjonene ser man hos etterlatte som fant den døde eller var vitne til selve selvmordshandlingen (Haukø, 2010, s.108).

### **2.3 Menneskers psykososiale behov**

Menneskers psykososiale behov deles i to hvor man har et emosjonelt perspektiv og et relasjonelt perspektiv. Det emosjonelle perspektivet viser til sinnsstemninger og reaksjoner, følelser og opplevelser, mens det relasjonelle perspektivet viser til behovet for felleskap og sosial kontakt med andre mennesker, anerkjennelse og følelsesmessig støtte. Relasjonen til andre mennesker påvirker oss følelsesmessig, og har innvirkning på vår forståelse og opplevelse av livet som helhet. Selvmord vil kunne true etterlattes grunnleggende psykososiale behov og røkke ved forholdet de har til seg selv og sin historie, og til omgivelsene og menneskene rundt dem (Eriksen, 2015, s.889-890).

Den emosjonelle delen	Den relasjonelle delen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for å oppleve trygghet, tilfredshet og velvære</li><li>• Behov for å være orientert og oppleve kontroll over eget liv</li><li>• Behov for å få individuell og målrettet sykepleie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for sosial kontakt og følelsesmessig støtte</li><li>• Behov for gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement</li></ul>

## 2.4 Travelbee om mellommenneskelighet og håp

Sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee, forfektet hvor viktig det var med relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient/person, og «å bruke seg selv terapeutisk» for å oppnå den gode relasjonen. Sykepleier bruker seg selv terapeutisk og styrker de medmenneskelige evnene, når hun bevisst tar i bruk opparbeidet erfaring og innsikt, og anvender sin kunnskap og kompetanse. (Travelbee, 1999, s.45-46). Travelbee opererer videre med begrepet menneske-til-menneske-forhold, hvis fremste kjennetegn er at personens/familiens behov for sykepleie blir ivaretatt, med utgangspunkt i likestilling og et ikke-paternalistisk syn mellom sykepleier og pasient. Dette innebærer at både sykepleier og person som er i behov av sykepleie, forholder seg til hverandre som unike individer hvor status og posisjon skyves til side, slik at de kan oppfatte og respondere overfor hverandre som medmennesker, og ikke som «en sykdom» eller «sykepleier på jobb». Når individene opplever hverandre som ekte mennesker, oppstår den reelle kontakten, der sykepleier viser at hun er tilgjengelig og ønsker å lytte og hjelpe personen/familien, som da vil få et nytt og forsterket håp om å mestre motgang og lidelse (Travelbee, 1966/1999, s.123, s.171-178).

Håpet er som regel det første som brytes ned ved kriser, og beskrives gjerne som at den største frykten har skjedd. Det er derfor vesentlig at kriserammede klarer å opprettholde håpet. Håp varierer gjennom et sorgforløp, men handler om at etterlatte opplever at de kan bekjempe vanskelighetene og mestre utfordringene, slik at livet kan bli bedre igjen (Røkholt et al., 2018, s.57).

## 2.5 Ivaretagelse av etterlatte ved selvmord

I både norske og internasjonale studier uttrykker etterlatte behov for bistand fra hjelpeapparat slik som helse- og sosialtjenesten, i tillegg til sosiale nettverk- og likemannsstøtte. Det finnes ingen eksakt oppskrift på mengden og lengden på hjelpen, men man finner at de etterlatte har behov for mer hjelp fra alle de tre nevnte gruppene, men i varierende grad over tid da, de ulike formene for hjelp fyller ulike behov (Dyregrov, 2016, s.108). Behovsrettet, profesjonell hjelp fra ulike faggrupper innen helsetjenesten, beskrives av mange etterlatte å være avgjørende for bearbeidelse av sorgen, på en måte som fører dem nærmere en normalisert hverdag med god livskvalitet. Gjennom aktiv og oppsøkende tilnærming, bør helsepersonell som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord, legge vekt på å hjelpe dem med å få oversikt over situasjonen, skape struktur og sammenheng. God informasjonsflyt, emosjonell støtte, strukturerte rammer for oppfølging, kontinuitet blant hjelperne og god informasjon om mulige forventede etterreaksjoner, er noen sentrale punkter i oppfølging av etterlatte ved selvmord. Etterlatte ønsker både psykologisk og biologisk nærhet i oppfølgingen, og hjelpen baseres på kompetanse og formidles med empati (Dyregrov, 2016, s.109).

Den etterlatte har ofte behov for psykososial støtte, og sykepleier bør derfor etablere et godt tillitsforhold til dem. Sykepleier må ta seg tid til å bli kjent med den etterlatte og med en skånsom og empatisk tilnærming, invitere til å samtale om behovene den etterlatte har der og da, samt kartlegge hva som kan dukke opp av behov senere. Ved å lytte aktivt og være tilgjengelig for etterlattets verbale og nonverbale uttrykk, vil personen få hjelp til å gi uttrykk for følelser, opplevelser, behov, frustrasjon og frykt (Eriksen, 2015, s.900-901). Viktig informasjon som gis, kan gis både skriftlig og muntlig, og gjentas ved behov. Ved hjelpebehov som strekker seg utover det primærhelsetjenesten kan tilby, ønsker pårørende hjelp til å komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Videre kan sykepleier bistå i opprettelse av kontakt med likepersoner, personer som har opplevd tilsvarende, da dette kan være fremme håp og mestring for flere etterlatte (Underlid et al., 2016, s.109-110).

## 2.6 Sykepleierens funksjonsområde

Sykepleiere som følger opp selvmordsetterlatte, utøver et *sykdomsforebyggende arbeid*, for å forhindre eller utsette sykdom hos etterlatte som betraktes friske, men som står i fare for å utvikle komplikasjoner. Dette kalles primær sykdomsforebygging, hvor tiltakenes

forebyggende karakter, tilstreber å opprettholde funksjoner (Mæland, 2016, s.16; Kristoffersen et. al, 2016, s.18). Sykepleierne som bistår etterlatte, har andre oppgaver i kommunehelsetilbudet, men blir omprioritert fra dette arbeidet når kriseteamet mobiliseres.

Sykepleiere jobber etter en arbeids- og beslutningsprosess, også kalt sykepleieprosessen, som har fem faser: innsamling av data om pasienten, identifisering av behov og utforming av sykepleiediagnoser, planlegging og utarbeidelse av mål for pasienten, sykepleietiltak og til slutt evaluering av tiltakene og hvorvidt disse har hatt ønsket effekt på pasienten (Rotegård et al., 2015, s. 244-246). I oppfølging av etterlatte, bør sykepleier ha et særskilt fokus på relasjonsbygging og det mellommenneskelige, slik at hun i størst mulig grad blir betrodd korrekte data slik at hun er bedre rustet til å identifisere den etterlattes grunnleggende behov, for å utarbeide mål og tiltak. Og som nevnt i avgrensningen, vil hovedfokus ligge på de grunnleggende psykososiale behovene hos de etterlatte, hvor sykepleiers psykososiale hjelpearbeid, vil bestå av oppfølging og behandling med utgangspunkt i sosiale forhold og psykologiske reaksjoner etter en krise (Haukø, 2010, s.112).

## **2.7 Juss**

Sykepleierens profesjonslov er Helsepersonelloven (1999) hvor sykepleierfunksjonen forholder seg til de helserettslige hovedprinsippene fra denne lovens § 4: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.». Når det iverksettes tiltak for etterlatte ved selvmord, må disse ha forankring i faglige anerkjente metoder, basert på teoretisk, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Mer spesifikt skal helsepersonell ha inngående og oppdatert kunnskap om selvmord, herunder kunnskap om kriser og sorg. De skal ha god og oppdatert kunnskap om profesjonell og sosial støtte ved selvmord, de skal inneha samarbeidskompetanse, ha kjennskap til ulike instanser i kommune og helseforetak, ha kompetanse om brukermedvirkning, samt kjenne til og forvalte gjeldende lover og regler. (Helsedirektoratet, 2011, s.33).

Det er hjemlet i lover og forskrifter at norske kommuner skal sikre hjelp til mennesker i krise (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s.16), slik etterlatte etter selvmord befinner seg i. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om helsemessig og sosial beredskap, sikrer

alle norske statsborgere nødvendig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1, § 3-2; Helseberedskapsloven, 2000, § 1). Helsepersonelloven med faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, vil utøves i tråd med sistnevnte lover, hvor det vil være særlig fokus på det sykdomsforebyggende arbeidet hos kriserammede mennesker, da disse står i fare for å utvikle alvorlige negative fysiske og psykiske helseeffekter med eksistensielle og sosiale utfordringer (Underlid et al., 2016, s.102).

## **2.8 Etikk**

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet i tråd med det norske lovverk, hvor det blir beskrevet at sykepleie innebærer å ivareta menneskets grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Disse punktene fordrer omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie, hvor oppdatert kunnskap, skikkethet og respekt for menneskers autonomi og medbestemmelse er lagt til grunn (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning § 2, 2019).

De fire etiske prinsipper er et etisk rammeverk bestående av velgjørenhetsprinsippet, ikke skade- prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet, og er grunnleggende prinsipper i behandlings- og omsorgsøymed. Et sentralt element i autonomiprinsippet er personens selvbestemmelsesrett hvor sykepleier bør unngå paternalistiske holdninger. Men prinsippene kan dra i hver sin retning, og må da vektes opp mot hverandre. Autonomi er altså ikke en konstant størrelse, hvilket krever at sykepleier er ekstra bevisst balansegangen mellom autonomi, sårbarhet og integritet hos de etterlatte (Brinchmann, 2016, s.91).

### 3 Metode

Denne bacheloroppgaven anvender litterær metode for å besvare problemstilling *Hvilke erfaringer har etterlatte ved selvmord med kriseteam i primærhelsetjenesten*. Dette innebærer å finne allerede eksisterende, relevant og faglig fundamentert teori og forskning for å tilegne seg kunnskap, og omsette dette til nedfelt tekst som søker å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s.77-79). I kapitlet følger en beskrivelse av hvordan litteratursøkene har foregått, og hva som ligger til grunn for valg av teori. Jeg vil også presentere kildekritikk og komme inn på etiske overveielser.

#### 3.1 Valg av faglitteratur

Jeg har anvendt fagbøker fra Medisinsk bibliotek på Rikshospitalet, og fra biblioteket til Lovisenberg diakonale høgskole. Faglitteratur er funnet ved hjelp av egne definerte søkeord, men noen fagbøker fra høgskolens pensumlistor har også blitt benyttet. Jeg har brukt søkemotoren Oria for å lete frem egnet litteratur, hvor søkeord som «selvmord», «etterlatte», «pårørende», «krise» og «sorg» har avstedkommet relevant faglitteratur. Kari Dyregrov har over flere tiår stått seg som en av Norges fremste forskere på etterlatte ved selvmord, og flere av hennes fagbøker basert på hennes og andre fagfellers forskning, er brukt i denne oppgaven.

#### 3.2 Valg av forskningslitteratur; database og søkeord

Databasen SweMed+ gjorde det enkelt å finne relevante søkeord, da de bruker emneordsystemet MeSH, Medical Subjects headings, med direkteoversettelse fra norsk til engelsk (Thidemann, 2019, s.86). I tillegg kom det automatisk opp andre forslag til søkeord som kunne passe med eksempelvis bereavement. I databasen PubMed erfarte jeg tilsvarende, ved å taste inn eksempelvis suicide, kom det flere andre relevante søkeordene som forslag.

Jeg søkte opp forskningsartiklene via søkeordene suicide, bereaved, experiences, survivors, support, health care, primary care, stigma, grief. Jeg har brukt de boolske operatorene AND og OR i søkene mine. Jeg har også foretatt utvidet søk med kun OR for å lete etter litteratur som inneholdt søkeordene hver for seg, ettersom det er begrenset med forskning på emnet etterlatte etter selvmord, (Thidemann, 2019, s.87). I databasen Cinahl brukte jeg AND mellom søkeordene, som ga relevante treff. Databasen PubMed genererte flere relevante



artikler. PubMed valgte selv alle kombinasjoner med «AND» og «OR», i tillegg foretok den automatisk trunkering som gir flere ulike varianter av samme ord. Jeg foretok også noen manuelle søk via Google Scholar, hvor jeg søkte på artikler jeg hadde sett i referanselister som syntes relevante for oppgaven min (Thidemann, 2019, s.81, s.87). På denne måten fant og inkluderte jeg studien til Dyregrov (2002).

Tabell 1. Søkehistorikk

Søk nr.	Databaser	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	CINAHL	“Grief” AND “Bereaved” AND “Support” AND “Suicide”	2000–2021 Engelskspråklig,	62	8	3	Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study  Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members.
2	CINAHL	“Stigma” AND “Grief” AND “Bereaved”	2000-2021 Engelskspråklig,	39	5	2	Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review.
3	PubMed	Health care system suicide bereaved (kombinert med AND og OR av PubMed)	2000-2021 Engelskspråklig	189	10	4	Lack of Trust in the Health-Care System After Losing a Child to Suicide. A Nationwide Population Survey
4	PubMed	Interventions bereaved suicide (kombinert med AND og OR av PubMed)	2000-2021 Engelskspråklig	391	8	3	Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes
5	PubMed	Stigma suicide survivors (kombinert med AND og OR av PubMed)	2000-2021 Engelskspråklig	64	6	3	‘People look down on you when you tell them how he died’: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors
6	Google Scholar	Assistance from local authorities versus survivors’ needs for support after suicide		1	1	1	Assistance from local authorities versus survivors’ needs for support after suicide

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriter

Før og underveis i søket, laget jeg meg inklusjons- eksklusjonskriterier for å finne mest mulig relevant forskning til problemstillingen.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Kriterier	Begrunnelse
Inklusjon	Språk på norsk, dansk, svensk eller engelsk.	Dette for å sikre best mulig forståelse i oversettelsesarbeidet.
	Søket er satt til 2000-2020.	Siden det er relativt begrenset med forskning på selvmordsetterlatte, er alder på artiklene opp til 20 år tilbake i tid
	Etterlatte/pårørende og «hjelpere»	Med dette er det de etterlattes perspektiv som i det store og hele belyses.
	Publiserende tidsskrift for de respektive artiklene er oppført i Norsk Senter for forskningsdata (NDS, 2020), som er et register over tidsskrifter som blir brukt til vitenskapelige publiseringer.	Her kvalitetssikres tidsskriftene ved blant annet å sjekke om de har en vitenskapelig redaksjon og en uavhengig fagfelleordning. Tidsskrifter kategorisert på nivå 1 (bra) og 2 (svært bra), er godkjente publiseringkanaler.
	IMRaD- struktur.	Oppbygging av vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag, følger i regelen denne strukturen, og samsvarer med forskningsprosessen og gir god oversikt over artikkelens innhold (Thidemann, 2019, s. 66, s. 67).
	Forskning fra vestlige land	Selv om primærhelsetjenestens organisering og struktur kan variere en del mellom disse landene, anser jeg helsetjenestene å være like nok til at funn fra forskningen gjort utenfor Norge, er overførbart til norske forhold. I tillegg fremstår det tydelig at de psykososiale kvalene relatert til skyldfølelse, skam og stigma hos selvmordsetterlatte, går igjen uavhengig av hvilket vestlig land man ser til, noe jeg anser styrker antagelsen om at utvalgt forskning, er overførbart til norske forhold.
Eksklusjon	Forskning fra Ikke- industrialiserte land utenfor Europa, USA, Canada og Australia.	U- land og land som Japan og Kina, kan ha fundamentale strukturforskjeller Norge, og studier fra slike land kan tenkes at til en viss grad ikke er overførbare til norske forhold (Thidemann, 2019, s. 84).
	Selvmordsetterlatte under 18	Barn som etterlatte har andre forutsetninger enn voksne, deriblant det kognitive utgangspunktet, og oppgaven måtte hensyntatt og regulert seg etter dette.

### 3.3 Kildekritikk

Ved å utøve kritisk sans ved valg av kilder, vil oppgavens faglige troverdighet, styrkes (Dalland, 2018, s.158). Jeg har tilstrebet å velge relevant og gyldig litteratur for på best mulig måte besvare oppgavens problemstilling, og selv om både Travelbee og Cullberg sine bøker er fra henholdsvis 60- 70- tallet, anser jeg dem som anvendbare i dagens sykepleie. Travelbees sykepleiefaglige relevans med fokus på omsorgsfull støtte og medmenneskelighet, er overførbar uavhengig av tid, likeledes for Cullbergs teorier om krisens forløp. Samtlige anvendte fagbøker, er skrevet av personer med solid, helsefaglig bakgrunn og utdanning, og er utgitt via anerkjente forlag som Gyldendal Akademisk, Universitetsforlaget og Fagbokforlaget. Internettkildene jeg har brukt, har jeg vurdert til å være gode og seriøse kilder med kvalitetssikret faglig tyngde (Dalland, 2018, s.152).

Jeg har brukt både primær- og sekundær litteratur i denne oppgaven. Sekundærlitteratur baserer seg på primærlitteratur, der man henter opprinnelig fagkunnskap fra opphavspersoner, til bruk i egen tekst. En fagbok er gjerne satt sammen av ulike primærkilder, og man må ta høyde for at bearbeidelse av primærlitteraturen vil kunne skje (Dalland, 2018, s.162). Jeg har også selv vært nødt til å bearbeide anvendt litteratur, hvor jeg har plassert fag- og forskningslitteratur innenfor oppgavens rammer. I tillegg er forskningsartiklene jeg har brukt, skrevet på akademisk engelsk med medisinske termer, hvor det dermed kan forekomme misforståelser i mine fortolkninger og oversettelser.

Jeg erfarte at etterlatte ved selvmord sine erfaringer med primærhelsetjenesten i Norge, ikke er gjenstand for hyppig forskning, og Norges fremste forsker på området; Kari Dyregrov, gjorde sin kjerneforskning på området for over 20 år siden. Artikkelen til Dyregrov er fra 2002, men jeg anser forskningen hennes fremdeles som relevant, ettersom selvmorsetterlatte da som nå, møter på mange av de samme utfordringer fra omverdenen og i møte med helsepersonell. Emnet jeg har valgt, baserer seg dessuten ikke på konkrete medisinske behandlingsmetoder hvor man stadig finner nye og forbedrede kliniske metoder og prosedyrer via forskningen, hvis så hadde vært tilfelle, ville det vært fornuftig å begrense søket til de siste ti årene (Dalland, 2012, s.72).

Det er heller ikke gjort utstrakt forskning på feltet i andre vestlige land. Ifølge Dalland er det er fint å påpeke hvordan tilgangen på litteraturen har vært, da kravene til kildekritikk vil være

mindre hvis feltet kandidaten undersøker, ikke er gjenstand for grundig og omfattende kartlegging (Dalland, 2012, s.72). Artikkene jeg har funnet relevante, har fenomener og funn som belyser problemstillingen min. Selv om primærhelsetjenesten kan ha strukturelle forskjeller på tvers av landegrensene, finner jeg helsehjelpen de etterlatte erfarer, overførbart til norsk primærhelsetjeneste og kriseteam. Tendenser og mønstre går gjerne igjen i de ulike studiene og faglitteraturen jeg har brukt, og drøftingen av etterlattes erfaringer blir derfor mer underbyggende og bekreftende.

De utvalgte forskningsartikkene har en kvalitativ metodetilnærming som gir nyansert kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, meninger, opplevelser og holdninger. Man kan således oppnå en dybdekunnskap som åpner opp for å se meningssammenhenger (Thidemann, 2019, s.76). Dette gjelder også studiene hvor antall deltakere er relativt få, slik tilfellet er i Peters et al., (2016a) & Peters et al. (2016b). I nevnte studier er deltakerne begrenset til et geografisk område med tilhørende helsehjelp, hvilket medfører at disse deltakernes erfaringer, ikke nødvendigvis representerer andre etterlattes erfaringer.

I forskningsartikkene jeg har brukt, er studiene foretatt over en begrenset periode, noe som gjør det vanskelig å bevisføre i hvilken grad tiltakene har hatt effekt. Dette gjelder spesielt ved sykdomsforebyggende tiltak som mangler et langtidsperspektiv, da det gjerne tar flere år før effekt av tiltak lar seg fremvise, hvis det i det hele tatt lar seg påvise. Et langtidsperspektiv er dessuten vanskelig gjennomførbart både for deltakere og forskere (Mæland, 2016, s.23). Selv om etterlatte savner et helhetlig og individuelt hjelpetilbud, er det vanskelig via forskningen å «bevise» at et fleksibelt og bredspektret oppfølgingstilbud forebygger psykiske og fysiske lidelser. Man må akseptere at effekten av de forebyggende tiltakene kommer med noe usikkerhet, og heller jobbe etter prinsippet om å være «føre-var», hvor man ser på etterlatte og fagpersoners erfaringer, synspunkter og opplevelser av behov for hjelp (Mæland, 2019, s.22; Dyregrov et al., 2009, s.163).

Jeg har gjort bruk av mine og moren min sine erfaringer som illustrasjon for enkelte poeng i drøftingen. Dette er subjektive erfaringer som gjelder for akkurat min mor og meg, samtidig som det er kilde til førstehåndserfaringer og en unik forforståelse innen tematikken. Selv om jeg finner erfaringene relevante for problemstillingen, vil de likevel ikke ha samme faglig tyngde i diskusjonen, som argumenter hentet fra teori og forskning (Thidemann, 2019, s.64).

### **3.4 Etiske overveielser**

Forskning i offentlig og privat regi skal skje i henhold til anerkjente etiske normer (Forskningsetikkloven, 2006, § 1). I all forskning må man vurdere og bedømme hvorvidt forskningsarbeidet medfører etiske betenkeligheter og/eller utfordringer (Dalland, 2018, s.236). Forskningsartiklene jeg har tatt i bruk, har vært til godkjenning hos nasjonale forskningsetiske komitéer innen sine fagområder, og deltakerne i studiene har blant annet fått tilstrekkelig informasjon om studiene og hensikten. Egne og nære relasjoners erfaringer, blir omtalt med verdighet, og er anonymisert i henhold til taushetsplikten som «skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Dalland, 2018, s.240; Helsepersonelloven, 1999, § 21).

## **4 Presentasjon av forskningsartikler**

Under følger en artikkelmatrise med utvalget av forskningsartikler brukt i denne oppgaven.

Her oppsummeres artiklernes funn, hensikt og metode, hvor fortrinnsvis funn fra artiklene blir trukket inn i drøftingen.

## 4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016a).	Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members.	International Journal of Mental Health Nursing (2016) 25(5), 418- 425.	Undersøke hva deltakerne syntes var hjelpsomt og mindre hjelpsomt av kontakt med familie og venner og forskjellige tjenester etter selvmordet.	<p>Datainnsamling: kvalitativ narrativ design. Intervjuene varte mellom 60- 100 minutter og ble gjort gjennom hele 2012.</p> <p>Intervjuene ble transkribert ved hjelp av lydopptak. Opptakene ble analysert av forskerne.</p> <p>Utvalget besto av totalt 10 deltakere, syv kvinner og tre menn. Alle var etterlatte etter selvmord og over 18 år. Deltakerne var nær familie til den avdøde.</p> <p>Det var mellom to og 20 år siden de mistet sin kjære til selvmord.</p>	<p>Deltakerne ytret hvilke tiltak de følte som mest støttende, i tillegg til hva de følte som lite støttende i møtet med ulike tjenester samt andre i krise. Deltakernes beretninger avdekker følgende:</p> <p>Opplevelse av at det var vanskelig for personer som ikke hadde opplevd selvmord, å kunne forstå eller hjelpe i sorgprosessen. Søke støtte fra andre etterlatte vil være et godt alternativ</p> <p>Det var en byrde for deltakerne å selv måtte kontakte profesjonelle tjenester i etterkant av et selvmord, og skulle ønske dette var støtte som rutinemessig ble iverksatt. Deltakerne påpeker videre at det hadde vært ønskelig med kontakt med noen rett etter selvmordet, noen med kompetanse om de spesifikke behovene til selvmordsetterlatte, og som da kunne ivareta dem på best mulig måte.</p> <p>Deltakernes erfarte ulike møter med krise- og sosiale tjenester. Flere etterlatte opplevde å bli møtt med ufølsomhet av forskjellige tjenesteapparat som politi og helsetjeneste Men de opplevde også omsorg og medfølelse fra individuelle i de ulike tjenester.</p> <p>Til slutt oppsummeres det med viktigheten av å ha tjenester tilgjengelig umiddelbart etter et selvmord på det emosjonelle plan, men også praktisk og økonomisk støtte er av betydning for videre bearbeidelse av sorgen</p>

2	Bartone, T.,P., Bartone, V.,J., Violanti, M., J. & Gileno, M., Z. (2017).	Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review.	OMEGA- Journal of Death and dying, 0(0), 1- 30.	Å få oversikt over samt vurdere fordelene med støttetjenester med likepersoner for etterlatte etter plutselig eller uventet død.	Systematisk litteraturgjennomgang av 32 studier.  Oppsummerer og sammenstiller resultatene av flere relevante studier fra ulike land innen et forskningsfelt (Thidemann, 2019, s. 70)	I de fleste studiene så forskerne at støttegrupper var nyttig for etterlatte ved plutselig død ved å redusere ved å redusere symptomer på sorg, gi livet positiv mening og styrke personlig utvikling.  Studien finner at støttegrupper med likepersoner er spesielt nyttig for etterlatte ved selvmord, noe som kan være relatert til stigma og manglende støtte fra venner og familie som flere etterlatte ved selvmord oplever.  Flere av studiene som sammenlignes, viser at støttegrupper har like god eller bedre effekt en profesjonell helsehjelp.
3	Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., McDonnell, S. (2020)	Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study	British Journal of General Practice, February 2020	Målet med studien er å utforske perspektiver, erfaringer og støttebehovet for selvmordsetterlatte foreldre.  Selvmordsetterlatte er en sårbar gruppe, med forhøyet risiko for å begå selvmord.  Viktigheten av intervensjoner etter selvmord har nylig blitt fremhevet; men støttebehovet, og hvilken rolle allmennpraksisen spiller, for selvmordsetterlatte foreldre i Storbritannia er imidlertid lite kjent.	Dette er en kvalitativ studie, hvor det ble gjennomført 23 intervjuer semistrukturerte intervjuer av selvmordsetterlatte foreldre, som ble gjort mellom 2012 og 2014 i midtlandet og nord- England.  Intervjuene utforsket foreldrenes opplevelse, inkludert sorg, etter bortgangen av sønn eller datter, med fokus på erfaringen med hjelp fra primærhelsetjenesten.  Intervjuene ble analysert tematisk med systematisk sammenlignende metode.	Fra dataene ble det funnet tre temaer: viktigheten av å ikke føle seg alene, opplevde barrierer for å motta støtte, og behov for veiledning/henvisning til ytterligere og tilpasset hjelp.  Foreldre mente det var viktig at de som jobber i primærhelsetjenesten var oppmerksomme på de sørgende etter selvmord sine behov, og har kunnskap om hvor de kan henvise for ytterligere støtte.  De fleste foreldrene ønsket å bli kontaktet for å bli gitt støtte. At primærhelsetjenesten visste om dødsfallet og «strakk ut hånden» for å hjelpe, var nok for å vite at det fantes tilgjengelig hjelp.



4	Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., Jackson, D. (2016b)	'People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors	International Journal of Mental Health Nursing 25, 251-257	<p>Selv mord har gjennom historien blitt sett på som både en syndig og kriminell handling, som resulterte i at de etterlatte opplevde sosial avvisning og økonomisk motgang.</p> <p>Studien har som mål å presentere funn om hvordan selvmordsetterlatte følte seg stigmatisert.</p>	<p>Det ble foretatt intervjuer av ti selvmordsetterlatte personer. Lyddoptak av intervjuene ble transkribert av et profesjonelt transkripsjonsfirma og tematisk analysert.</p> <p>Deltakerne måtte ha sørget over å ha mistet en nær slektning i minimum 12 måneder, være over 18 år gamle, og snakke flytende engelsk.</p> <p>Mens deltakerne formidlet sine erfaringer med å være etterlatt, ble de stilt en rekke åpne spørsmål for å fremme dialog. Alle intervjuene varte i en time, eller mer.</p>	<p>Av de ti deltakerne var det syv kvinner og tre menn. Alle de avdøde var menn. Fem ektemenn, tre sønner, en stesønn og en onkel. Deltakerne følte at de ble holdt ansvarlige for deres kjæres bortgang.</p> <p>Følelsen av stigmatisering fra andre ble beskrevet som komplekst og altopplukkende, og det virket hemmende på tilhelingsprosessen. Noen av deltakerne følte at de ble beskyldt av andre familiemedlemmer.</p> <p>Ytterligere utdanning og trening/praksis er nødvendig for at helsepersonell bedre skal forstå de selvmordsetterlattes spesielle behov.</p>
5	Kari Dyregrov (2002)	Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide	Death Studies, 26: 647-668, 2002	<p>Denne artikkelen beskriver lokale myndigheter i Norge sitt hjelpetilbud, og hvordan sørgende benytter seg av hjelpen etter tapet av et ungt (under 30 år) familiemedlem, i 83 familier.</p> <p>Formålet med artikkelen er femdelt; (1) å beskrive hva slags hjelp de nærmeste etterlatte etter selvmord sier de har mottatt, (2) undersøke hva slags hjelp de helst ville få, (3) å beskrive hva kommuner og tettsteder sier de tilbyr, (4) å se hvordan den offentlig administrerte hjelpen samsvarer med forventningene til de etterlatte, (5) å</p>	<p>Et spørreskjema utviklet for denne studien kartlegger omfanget av profesjonell hjelp i kommunene, ifølge etterlatte foreldres rapportering. 128 selvmordsetterlatte foreldre deltok. Det ble i tillegg gjort dybdeintervju av ytterligere 41 etterlatte.</p> <p>Et annet spørreskjema ble brukt for å vurdere forsørgelsen og organiseringen av sorgintervensjoner i lokalsamfunnene. Personell i 321 av Norges (daværende) 481 kommuner deltok.</p>	<p>88% av de etterlatte foreldrene sa at de hadde behov for profesjonell hjelp. 85% rapporterte om at de på en eller annen måte hadde blitt kontaktet av profesjonell hjelp fra kommunen.</p> <p>Kommunene rapporterte om at leger, psykiatriske sykepleiere og helsesykepleiere er vanligere hjelpere enn hva de etterlatte opplevde.</p> <p>De etterlatte ønsket profesjonell hjelp over lenger tid. Nære familiemedlemmer av den avdøde sliter ofte med alvorlige problemer i en mye lengre periode enn hva helsetjenesten og det sosiale nettverket tror.</p>

				komme med anbefalinger til hvordan forbedre behandlingen for selvmordsetterlatte		
--	--	--	--	--	--	--

## 5 Drøfting

I dette kapittelet søker jeg å besvare problemstillingen *Hvilke erfaringer har etterlatte ved selvmord med kriseteam i primærhelsetjenesten*. Jeg sammenstiller og drøfter det teoretiske kunnskapsgrunnlaget med funn fra forskningsartiklene, og ser på hva sykepleier kan og bør bistå med på bakgrunn av dette. Erfaringer fra moren min og meg, vil fungere som illustrasjoner for enkelte poenger.

### 5.1 Etterlattes behov for helsehjelp

Både norske og internasjonale studier viser at opp til 80-90 % av etterlatte ved selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. (Helsedirektoratet, 2011, s.5). God og profesjonell oppfølging av helsevesenet kan bidra til at etterlatte unngår å utvikle komplisert sorg. Isolasjon, skyld, skam, selvbepreidelse, forvirring, posttraumatisk stress, angst, depresjon, selvmordstanker og selvmordsatferd, ses ofte hos etterlatte ved selvmord (Groos & Shakespeare-Finch, 2013; Hunt & Hertlein, 2015, referert i Peters et. al, 2016a, s.418), og Peters et. al (2016a, s.418) støtter opp under annen tilgjengelig kunnskap som sier at tilgang til intervensjoner vil kunne minimere de langsiktige og svekkende effektene som følge av komplisert sorg. Likevel viser flere studier at etterlatte føler seg nedprioritert og tilsidesatt av helsevesenet, noe også Dyregrov fant i sin studie at deltakerne erfarte, slik den ene moren etter å ha mistet både eksmannen og sønnen til selvmord, desperat uttrykte det: «Jeg lurte på hvordan jeg kunne brette begge beina, så jeg kanskje kunne blitt tatt vare på av noen i helsevesenet» (Dyregrov, 2002, s.664).

Samtidig varierer etterlattes behov for profesjonell bistand, avhengig av relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for og den enkeltes beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2011, s.5). Forskning viser at opp i mot 20 % av etterlatte har mindre behov for oppfølging (Dyregrov et. al, 2009, s.185). Til tross for tunge reaksjoner og utfordringer, klarer flere etterlatte å mobilisere mestresressurser de ikke ante de hadde i seg før krisen inntraff (Underlid et al, 2016, s.107). Likevel må sykepleier huske på at etterlatte enkelte ganger kan fremstå mer robuste og motstandsdyktige enn hva som faktisk er tilfelle, og med dette kan man hevde at sykepleieren bør ha hovedfokus på menneske-til menneske-forhold og relasjonsbygging, for å bygge opp nok tillit til å komme bak en eventuell fasade, og dermed avdekke det reelle hjelpebehovet. Sykepleier bør derfor også sørge for tett oppfølging slik at hun har empiri til å kunne skille komplisert sorg fra normal sorg, og på et tidlig tidspunkt

avdekke symptomer på mer kompliserte sorgreaksjoner hvor høyt og vedvarende symptomtrykk som sterk angst, depresjoner, selvmordstanker, psykosomatiske plager, sterk aggresjon eller sterk skyld leder til betydelig funksjonsfall. Ved slike tilstander, bør sykepleier og den etterlatte foreta en felles avveining hvorvidt henvisning til spesialisthelsetjenesten, vil kunne dekke det stadig økende hjelpebehovet (Helsedirektoratet, 2011, s.55, s.61). Samtidig er det viktig at sykepleier er klar over at slike reaksjoner er vanlig tidlig i sorgfasen, og kort tid etter dødsfallet bør derfor dette vurderes som normale reaksjoner (Røkholt et al., 2018, s. 128). Her krever det at sykepleier utøver en god balansegang mellom velgjørhetsprinsippet og ønsket om å gjøre godt, og den etterlattes integritet med retten til å foreta autonome beslutninger (Brinchmann, 2016, s.89). Sykepleier vil dermed unngå å overbehandle eller sykeliggjøre den etterlatte, og heller spille på brukermedvirkning og den etterlattes egne ressurser (Dyregrov et al., 2009, s.184).

## **5.2 Stigma og skyldfølelse som barriere for helsehjelp**

Selv mord oppleves ofte som lyn fra klar himmel, men forskning og klinisk erfaring viser at 70-80 prosent av selvmord er varslet på forhånd, det vil si at to av tre som begår selvmord har gitt uttrykk eller hintet om det til noen, før de avsluttet livet (Helsedirektoratet, 2011, s.28; Hummelvoll, 2012, s.214). Min mor hadde tatt ut separasjon fra min far, og opplevde i etterkant av dette, utsagn fra ham om at han «ikke orket å leve mer», men det slo henne aldri som noe annet enn tomme trusler. I slike tilfeller er det desto mer naturlig at selvmordsetterlatte sliter med skyldfølelse og selvbebreidelse for ikke å ha sett og forstått at selvmordet ville komme. De sitter igjen med spørsmål som «Hvis jeg bare hadde gjort ...», «Hva kunne jeg gjort for å hindre dette ...», «Hvordan klarte jeg å overse de signalene som var så tydelige ...?» (Dyregrov et al., 2009, s.72).

I en studie av Dyregrov savnet etterlatte ved selvmord rutinemessig oppfølging av helsetjenesten, og det følte urettferdig og fornærmende da andre som mistet sine nærmeste til eksempelvis bilulykker, ble tilbudt kontinuerlig og utvidet støtte, mens de selv fikk lite bistand (Dyregrov, 2002). Helsedirektoratet hevder at helsepersonell som tilbyr samtaler med de etterlatte om det som har skjedd, kan bidra til å redusere følelsen av skam og skyld (Helsedirektoratet, 2018). Etter min fars død, ble moren min tilbudt kun én samtale med sykepleier, før hun ble hun overlatt til seg selv, og det skulle gå 15 år før hun orket å fortelle noen om hva som egentlig var faren min sin dødsårsak. Således er det nærliggende å tenke at

et mangelfullt tilbud med oppfølging fra sykepleier, slik min mor erfarte, kan resultere i at de etterlatte får forsterket skyldfølelsen de allerede bærer på, ved at de ikke får hjelp til å bearbeide og sortere ut destruktive tankesett, som atter komplisere sorgprosessen. Dette kan sies å stride mot loven om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., hvor kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester ved akutte situasjoner, herunder psykososial beredskap og oppfølging (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Manglende hjelpetilbud fra sykepleier, kan også føles som en ytterligere bekreftelse på at selvmordet var deres feil og at de dermed ikke fortjener noe hjelp. Stigmatiseringen etterlatte tynges av, handler gjerne om følelsen av at andre har tanker som «det må jo være noe galt i den familien når han/hun velger å ta sitt eget liv» (Røkholt et al., s.55). I studien til Peters et al., defineres stigma som en sosial prosess hvor det forventes eller oppleves fordømmende og nedsettende holdninger overfor etterlatte som enkeltpersoner eller familie, hvilket kan resultere i sosial ekskludering, avvisning og nedbrytning av individer (Weiss et al. 2006 referert i Peters et al., 2016b, s.251).

Etterlatte forteller ofte at de er usikre på hva som blir sagt om dem, og hvilke rykter som går på bakgrunn av at den avdøde tok sitt eget liv. Følelsen av å bli oversett og unngått i samvær med andre, forsterker skamfølelsen og resulterer i at flere forsøker å skjule det som har hendt. Dette kan påvirke sorgprosessen i negativ forstand, ved at de etterlatte ikke ønsker eller tør snakke om problemene (Dyregrov et. al, 2009, s.67). Peters et al. beskriver tilsvarende funn, hvor deltakerne kunne fortelle at de ble behandlet dårlig, til forskjell fra de som hadde mistet sine kjære til naturlig eller utilsiktet død. Samme studie refererer også til annen litteratur hvor opplevelser som skam, skyld, svekkede relasjoner, sosial isolasjon og sosial eksklusjon er tilleggsbelastninger som kommer på toppen av selvmordet (McMenamy et al., 2008; Aguirre & Slater, 2010 referert i Peters et al 2016b, s.252). Negativ respons fra andre, inkludert familiemedlemmene til de sørgende, førte til at de etterlatte følte seg dømt og klandret for dødsfallet. Dette resulterte i at flere av de etterlatte holdt dødsårsaken skjult, noe som hindret dem i å oppsøke eller følge opp avtaler fra støtteinstanser som kunne hjulpet dem med bearbeidelse av tapet deres, hvilket forlenget og kompliserte sorgprosessen og forsinket reetablering av en normal hverdag (Peters et al., 2016b, s. 253; Bailey et al., 2015, referert i Peters et al, 2016b, s. 251).

I begravelsen til min far, opplevde min mor å bli beskyldt fra en i nærmeste familie for indirekte ha forårsaket faren min sitt dødsfall, ettersom hun nylig hadde tatt ut separasjon.

Dette bidro til en forsterket skyldfølelse og et behov for å holde dødsårsaken skjult for nettverket, som ble til hinder for den nødvendige bearbeidelsen hun hadde behov for, og dermed forlenget sorgprosessen hennes. Travelbees menneske-til-menneske- forhold, med sykepleiers medmenneskelighet, empati og kunnskap, vil her kunne bidra til at den etterlatte føler seg ivaretatt på en ektefølt måte, og får tillit til sykepleier slik at hun/han tør åpne seg og får satt ord på det som har skjedd og hvilke tanker og følelser vedkommende strever med. Når et tillitsforhold er etablert, vil det være fordelaktig med kontinuitet i personalet (Kirkevold, 2016, s.211). Man bør tilstrebe å ha en eller to faste sykepleiere som følger opp den etterlatte, da det vil kunne bli en belastning å skulle åpne seg for stadig nye sykepleiere. Videre vil sykepleier med oppdatert kunnskap om selvmord og potensielle etterreaksjoner hos pårørende samt deres sosiale nettverk, kunne samtale om fenomener som stigma og skam relatert til selvmord, og hva dette kan utløse av ulike fordømmende holdninger hos eksempelvis familiemedlemmer. Dermed vil sykepleier kunne utvide forståelsen hos den etterlatte, noe som vil avhjelpe skyldfølelsen, samt redusere følelsen av å være mislikt. En dypere forståelse om selvmord og utfordringer relatert til dette, vil kunne bidra til å gjenvinne tapt kontroll de etterlatte opplever (Røkholt et al., 2018, s.56). Dessuten vil en solid og ekte relasjon mellom sykepleier og etterlatt, kunne fungere som en påminnelse om at den etterlatte ikke er mislykket og alene, og at andre vil rekke ut hånden. I sum vil dette kunne bidra til å gjenopprette og forsterke håpet (Travelbee, 1966/1999, s.119-120), hvilket vil være av stor betydning da formidling av håp er den innerste kjernen i alt krisearbeid (Haukø, 2010, s.105).

### **5.2.1 Isolasjon**

Selvordsetterlatte som føler ansvarlighet for dødsfallet og sliter med skyldfølelse, har ofte verken kapasitet eller lyst til å omgås andre (Helsedirektoratet, 2011, s.34). Isolasjon forsterker risikoen for generelle fysiske og psykiske helseplager; herunder komplisert sorg, hvilket kan medføre manglende energi til å henvende seg til hjelpeapparatet (Underlid, et al., 2016, s.107-109). Hvordan mennesker har det med seg selv og andre, påvirker det biologiske og psykologiske samspillet i kroppen (Eriksen, 2015, s.892). Sykepleier bør derfor inneha kunnskap om dette, samt kartlegge hvorvidt den etterlatte isolerer seg, og hva årsakene kan være.

Dyregrov finner i flere av sine studier at god og omsorgsfull oppfølging fra venner og familie, oppleves betydningsfullt for de etterlatte. Samtidig opplever flere etterlatte manglende

forståelse fra nettverket, gjerne forbundet med intensitet og varighet av sorgen. Nettverket opplever ofte en usikkerhet på hvordan og hvor ofte de bør ta initiativ til å gi støtte og trøst, da etterlatte gjerne har kraftige krisereaksjoner med spesielle omsorgsbehov (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s.68-72). I studien til Peters et al. (2016b, s.255), forteller en deltaker hvordan det ble en ekstra byrde å føle på nettverkets ubehag rundt selvmordet til sønnen, og at hun følte hun måtte berolige og forklare flere at det var OK å prate med henne. Sykepleier kan her vurdere behov for kartlegging av den etterlattes sosiale nettverk, og eventuelt veilede nettverket på hva de kan forvente av eksempelvis styrke og varighet på sorgreaksjoner etter et selvmord, slik at de lettere kan opprettholde kontakt med den etterlatte på en god og balansert måte, og dermed forebygge skadelig isolasjon. Det er samtidig viktig at sykepleier påser at hun ikke opptrer for invaderende, og innretter seg etter sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, herunder punkt 2, hvor sykepleier respekterer den etterlattes rett til brukermedvirkning og å foreta autonome valg, samt retten til vern om fortrolige opplysninger (NSF, 2019).

### **5.3 Støttegrupper som helsehjelp**

«Likemannsstøtte» er sorggrupper eller pårørendeorganisasjoner, hvor medlemmene har opplevd sammenlignbare tap av nære personer, og «vet hvor skoen trykker» (Dyregrov, 2007, s.65). Oversiktsstudien til Bartone et al. (2016, s.21-22), forteller at støttegrupper med likepersoner kan bidra til å redusere symptomer på sorg og depresjon, samt øke velvære og personlig vekst. Forskerne fant at støttegrupper med likepersoner egnest seg spesielt godt for selvmordsetterlatte som opplevde stigmatiserende holdninger fra utenforstående, i tillegg til manglende støtte fra familie og venner. Flere av studiene Bartone et al. så på, viser til at støttegrupper med likepersoner kan være like effektive, om ikke mer effektive enn profesjonelt drevne tjenester. I studien til Wainwright et al. (2020, s.107), sa deltakerne at det var vanskelig å snakke med helsepersonell da disse ikke hadde mistet noen til selvmord selv, derimot var det veldig nyttig å snakke med noen som visste hvordan det var å være sørgende selvmordsetterlatt. Flere av deltakerne påpekte at de i samtaler med likepersoner, kunne gi uttrykk for sterke reaksjoner og grublerier, uten å være redd for hvordan motparten ville reagere. Å utveksle felles erfaringer bidro til normalisering av sorgen, og reduserte trangen til å isolere seg fra omverdenen. Ved å prate med etterlatte som hadde kommet seg forbi den akutte fasen, fikk deltakerne styrket håpet om at også de ville oppleve en slik mestring.

Etterlatte savnet helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap om støttegrupper og hensikten med disse (Dyregrov et al., 2012, s.45). Bartone et al. (2017) og Wainwright et al. (2020) er samstemte i at helsepersonell som en integrert del av oppfølgingen av etterlatte, bør bistå med å etablere kontakt med støttegrupper, da selvmordsetterlatte ofte mangler overskudd til selv å lete opp og initiere kontakt med støttegrupper. Min mor kunne fortelle at hun ikke fikk informasjon om at det fantes støttegrupper, noe hun i ettertid har tenkt kunne hjulpet henne i sorgen, da hun ikke turte å snakke med sine nærmeste om dødsfallet. Sykepleier bør derfor være oppdatert på støttegrupper, videreformidle denne kunnskapen og henvise til konkrete grupper som LEVE (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, u.å.). Videre kan hun vurdere om det er behov for parallelle løp, hvor etterlatte mottar jevnlig bistand fra sykepleier, samtidig som de har kontakt med støttegruppe. Sykepleier bør også informere etterlatte om at et mindretall ikke finner støttegrupper nyttig, da de ikke orket å bli belastet med andres sorg i tillegg til sin egen (Nyseter et al., 2021).

Bartone et al. (2017, s.23), finner en voksende trend med internettbaserte støttegrupper, noe som kan tenkes å være fordelaktig i små kommuner der innbyggerne har kjennskap til hverandre fra før. Min mor fortalte meg at kommunens eneste sykepleier som fulgte opp kriserammede, også var kollega av henne. Å avkle seg den profesjonelle rollen og blottlegge seg overfor en kollega, gjorde det vanskelig å ta imot hjelp. I en støttegruppe har ikke likepersonene et etablert forhold til hverandre fra før, og slipper dermed unødvendige motforestillinger mot å åpne seg. Sykepleier kan også vurdere å jobbe tverretattlig, ved å se til nabokommuner om muligheten til å innhente bistand fra en uavhengig sykepleier uten bånd til den etterlatte. På den måten utviser sykepleier fleksibilitet og finner løsninger som passer individet. Helsedirektoratet påpeker viktigheten av samarbeid om oppfølging til etterlatte mellom små kommuner, da etterlatte kan ha roller som vanskeliggjør å motta hjelp fra lokale hjelpearbeidere (Helsedirektoratet, 2011, s.38).

#### **5.4 Skiftende behov for helsehjelp**

I Studien til Dyregrov (2002, s.656), rapporterte 88 % av foreldrene som hadde mistet et barn til selvmord, at de trengte profesjonell hjelp, og man så en klar sammenheng mellom behovet for hjelp og omfanget av psykososiale plager, traumatiske etterreaksjoner og kompliserte sorgreaksjoner. De etterlatte fortalte om skiftende behov for hjelp i sorgprosessen, der kontakt fra hjelpeapparatet burde initieres regelmessig, hvor man starter med den umiddelbare



kriseintervensjonen, og fortsetter med tilpasset oppfølgingen uten fastsatt sluttdato. En stor andel av de etterlatte fortalte også at de ønsket mer eller annen type hjelp enn hva de hadde fått (Dyregrov, 2002, s.657). En av deltakerne i studien, moren til en 13 år gammel gutt som hadde hengt seg, beskrev sitt sterke behov for mer hjelp med følgende utsagn: «Når du opplever en slik katastrofe, er du ikke i stand til å be noen om noe. Du er hélt fortapt i denne verdenen og føler du drukner, og du må holdes oppe av noen». Samtlige etterlatte var samstemte i at idéelt sett burde profesjonelle fra kommunen oppsøke de sørgende familiene for å vurdere hjelpebehovet, da de selv ikke var i stand til å ta initiativ til å kontakte hjelpeapparatet på grunn av sjokk, traume og sorg etter selvmordet. Studien fremhever også at det tidlig etter et selvmord, ikke holder at hjelpeapparatet sier «det er bare å kontakte oss ved behov», da de etterlatte ikke visste hva de trengte av hjelp, eller hva som var anbefalt eller tilgjengelig. Dette underbygges av Cullbergs sjokkfase, hvor de etterlatte er okkupert av sterke og ukontrollerbare reaksjoner og emosjonelle følelser, og senere kan ha vanskeligheter med å huske hva som hendte eller hva som ble sagt (Cullberg, 1975/2007, s.130).

Umiddelbart etter selvmordet, kan etterlatte også takke nei til profesjonell hjelp da de ikke orker ta situasjonen fullt inn over seg. Flere etterlatte opplever dessuten de sterkeste reaksjonene og de største behovene for hjelp og støtte, først mange uker etter selvmordet, i forbindelse med at oppmerksomheten fra venner og familie avtar. (Underlid et. al, 2016, s.112). Det er heller ikke uvanlig at etterlatte unnlater å ta kontakt med hjelpeapparatet, da de skammer seg over å ikke tåle påkjeningen og ikke vil fremstå som svake ved å be om hjelp. Sykepleier bør derfor sørge for å opprette konkrete avtaler om oppfølging med støttesamtaler, gjerne med en fast ukedag og et bestemt klokkeslett (Haukø. 2010, s.112).

Cullberg poengterer at i starten av sjokkfasen bør ikke den etterlatte være alene, men bli tatt hånd om på en «moderlig» og tilstedeværende måte som føles tryggende, slik at den etterlatte kan klare å samle krefter til å etterhvert se virkeligheten i øynene på et senere tidspunkt (Cullberg, 1975/2007, s.149). Her kan sykepleier bidra med raskt å etablere en omsorgsfull tilstedeværelse, enten ved selv å legge opp til jevnlige besøk, og/eller forsikre seg om at den etterlatte har tillitspersoner som kan yte stedlig omsorg. Etterlatte vil ofte ha behov for psykisk førstehjelp i form av støttesamtaler, hvor hensikten er å gi informasjon, emosjonell støtte og vurdere psykososiale hjelpebehov. Dette vil være en del av den emosjonelle førstehjelpen hvor sykepleier skaper et tryggest mulig klima rundt de etterlatte den første tiden etter selvmordet. Å skape en rolig ramme, basert på omsorg, forståelse og respekt, er en

forutsetning for å kunne gjennomføre emosjonell førstehjelp (Dyregrov et al, 2009, s.164). Ved å vise forståelse overfor reaksjoner den etterlatte har, hvor sykepleier lytter aktivt, stiller åpne spørsmål og er lydhør for hva den etterlatte oppfatter som viktig, imøtekommer hun også behovet for selvbestemmelse og stimulerer mestringsfølelsen (Eide & Eide, 2017, s.82-83). Klarer sykepleier å oppnå tillit, vil den etterlatte kunne klare å verbalisere katastrofetankene sine slik at det emosjonelle trykket synker og bearbeidelsen av det vonde kan starte raskere (Haukø, 2010, s.114).

De fleste etterlatte har stort behov for å få informasjon i kombinasjon med god omsorg i tidlig fase. Dette er essensielt for ivaretagelse av etterlatte. Tidlig etter selvmordet bør sykepleier gi informasjon om hendelsesforløpet, og forklare at ulike etterreaksjoner vil oppstå, men at disse både er forståelige og normale, samtidig som hun understreker at reaksjonsmønstre varierer fra person til person. Dette vil ofte være lindrende for etterlatte å høre, ved å dempe uro og gi økt følelse av kontroll (Dyregrov et al., 2009, s.165-166). Informasjon må videre være individtilpasset og gis basert på hvilken fase det er sannsynlig at de etterlatte befinner seg i. Informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig, og sykepleier vurderer fortløpende om informasjon bør gjentas, samtidig som hun påser at hun ikke fremstår masende og fordummende.

Praktiske fokus kommer gjerne frem i støttesamtaler, da selvmordsetterlatte ofte opplever kontrolltap. Det kan derfor oppstå behov for sykepleiers støtte til å foreta konkrete valg, og hva som bør prioriteres av daglige gjøremål. Blant annet er forberedelse til begravelse og syning, vanlige spørsmål som kommer opp i støttesamtaler (Dyregrov et al., 2009. s.165). Da jeg selv ble forespurt om å se min far, skulle jeg gjerne god tid i forveien, fått skånsom og tilpasset informasjon av sykepleier om hva jeg kunne forvente meg av endringer i hans utseende, og at ikke alle nødvendigvis drar nytte av å se den avdøde. Jeg fikk sjokk da jeg så min far, ettersom hudfargen var tydelig endret fra hans opprinnelige solbrune farge. Hadde jeg fått tilstrekkelig informasjon om hva en syning innebærer, ville jeg valgt å ikke se ham, da synet den gangen fremkalte så sterke reaksjoner hos meg, at jeg den dag i dag opplever ubehag hvis jeg tillater meg å hente frem minnene.

Etterlatte har flere forsvarsmekanismer i sjokk- og reaksjonsfasen, det være seg fornektelse hvor den etterlatte skyver vekk det som har hendt og nekter å bearbeide det, undertrykkelse av følelser for å ikke vise svakhet eller utløse «dårlig stemning», selvdestruktivt alkoholmisbruk

og pillemisbruk for å lette tankekjøret, og/eller projeksjon av skyldfølelse over på sine nærmeste for å lette på egen samvittighet (Cullberg, 2007, s.132-134). Slik adferd sees på som stressreaksjoner utløst av selvmordet, og kommer i tillegg til de normale sorgreaksjonene. Unngåelsesadferd er en stressreaksjon hvor den etterlatte unngår såkalte påminnere, eksempelvis å prate om dødsfallet/åstedet, besøke graven, eller rydde bort den avdødes eiendeler, da dette er smertefullt og opprivende. Unngåelsesadferd kan være naturlig den første tiden etter dødsfallet, men hvis den vedvarer, kan det være til hinder for et mer naturlig sorgforløp (Haukø, 2010, s.108). Nevnte forsvarsmekanismer taler for jevnlig oppfølging fra sykepleier, hvor hun etablerer trygge, forutsigbare rom, med takhøyde for et vidt spenn av stressreaksjoner som den etterlatte får hjelp til å håndtere, før arbeidet med de normale sorgreaksjonene starter.

## **5.5 Oppdatert faglig kunnskap gir bedre helsehjelp**

Tiltak for etterlatte ved selvmord forutsetter som tidligere beskrevet, at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse om selvmord, kriser og sorg, herunder holdnings- og handlingskompetanse (Helsedirektoratet, 2011, s.33). Uten spesifikk kunnskap om etterreaksjoner ved selvmord, vil det også være utfordrende for helsevesenet å avdekke ulike problemer hos selvmordsetterlatte (Helsedirektoratet, 2011, s.5). I studien til Wainwright et al. (2020, s.106-108), uttalte flere av deltakerne at helsepersonellet virket ukomfortable, usikre og uforberedte når de forsøkte å snakke om selvmordet, og at de ikke alltid visste hvordan eller hvor de etterlatte kunne få bedre tilpasset hjelp og støtte. Videre viser Wainwright et al. til andre studier som belyser viktigheten av primærhelsetjenestens støttende funksjon for etterlatte, samtidig skal primærhelsetjenesten vite hvordan de kan sette etterlatte i kontakt med annen og mer hensiktsmessig hjelp som eksempelvis støttegrupper eller spesialisthelsetjenesten. Dette i tråd med Helsepersonellovens § 4 (1999) og dets rundskriv, hvor faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp bedømmes ut fra hva en kan forvente av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig, hvor det med kvalifikasjoner menes helsefaglig utdanning, tilleggstudanning og erfaring (Helsedirektoratet, 2018).

Wainwright et al. viser også til deltakere som opplevde ufølsomt helsepersonell som ytret upassende meninger, hvilket førte til at de etterlatte som allerede mottok hjelp fra helsetjenesten, mistet enhver form for tillit og avbrøt denne hjelpen (Wainwright et al. 2020,

s.101). Å holde seg faglig oppdatert, vil kunne hjelpe sykepleiere som måtte ha behov for det, å ta et oppgjør med egne, uavklarte holdninger til selvmord. Travelbee skriver at man må være i stand til å drøfte egne oppfatninger om sykdom, lidelse og død, og hvordan disse oppfatningene former sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk. Eget livssyn, menneskesyn og syn på sykdom og død, vil kunne lede til «sterk» eller «svak» utøvelse av helsehjelp til den som lider (Travelbee, 1966/1999, s.45), og selv om sykepleiers positive grunnfølelse overfor et menneske i krise, er at hun ønsker å hjelpe, kan denne følelsen kompliseres av mer eller mindre ubevisste negative følelser som vekker ulyst og trang til å forlate den terapeutiske relasjonen (Cullberg, 1975/2007, s.157). Sykepleier bør således inneha en dyp selvinnsikt og innsikt i det å være menneske, for å kunne «stå i det», og utøve sin omsorgsfulle og sykdomsforebyggende hjelp.

## 6 Avslutning

Flertallet av etterlatte ønsker tilpasset helsehjelp fra tidlig fase etter selvmordet, og de ønsker at hjelpeapparatet tar initiativ til å kontakte dem. Likevel tilsier anvendt litteratur, at kvaliteten på helsehjelpen varierer. Dette kan ha å gjøre med samfunnets holdninger relatert til selvmord, hvor stigmatisering fører til økt skam i tillegg til den allerede etablerte skyldfølelse etterlatte erfarer etter et selvmord. Stigma, skam og skyldfølelse kan påvirke både hvordan sykepleier gir helsehjelp og hvordan den etterlatte klarer å motta helsehjelpen.

Det er derfor viktig at sykepleier tilegner seg mer kompetanse om selvmordsproblematikk og hva etterlatte strever med i etterkant av å ha mistet en i nær relasjon til selvmord. Dette vil de kunne ta med seg i oppfølgingen av etterlatte, og dermed bidra til en utvidet forståelse for stigma og skam.

Empatisk tilstedeværelse med fokus på relasjonsbygging for å oppnå tillit, er viktig i oppfølgingen av de etterlatte for å avdekke hjelpebehov. Dette vil bidra til å skape et trygt klima rundt den etterlatte, og tilrettelegge for god emosjonell førstehjelp med gode støttesamtaler, som vil bidra til en skånsom og hensiktsmessig sorgprosess. Etterlatte erfarer likevel at helsepersonell kan virke usikre og ufølsomme i samtaler om selvmord, og det vil derfor være viktig at sykepleier innehar en utvidet innsikt i det å være menneske, samt har et avklart forhold til egne holdninger rundt selvmord, slik at hun er forberedt med god takhøyde for ulike reaksjoner hos etterlatte ved selvmordet.

Basert på litteraturen og egne erfaringer som etterlatt, mener jeg at det er viktig å satse på mer kunnskap innenfor dette temaet, da selvmordsetterlatte er en sårbar og sammensatt gruppe med forhøyet risiko for psykiske og fysiske lidelser, med dertil forhøyet selvmordsrisiko. Det kunne vært ønskelige med større fokus på selvmord og selvmordsetterlatte i grunnutdannelsen til sykepleiere, da dette vil styrket hvordan sykepleiere møter selvmordsetterlatte etter utdannelsen, med større åpenhet og aksept rundt temaet.

Det er heller ikke gjort nyere omfattende forskning innen tematikken, og det kunne vært ønskelig med flere og større studier som spenner seg over lengre perioder av et liv, for å med større sikkerhet kunne konkludere med hvilke intervensjoner for selvmordsetterlatte, som

forebygger komplisert sorg og mental uhelse. Norske og nordiske studier av nyere dato, som omhandler erfaringer og effekt av kriseintervensjoner til selvmordsetterlatte, hadde også vært svært nyttig for sykepleier i kriseteam som skal holde seg faglig oppdatert for å gi best mulig hjelp til selvmordsetterlatte.

## 7 Referanseliste

- Bartone, T.,P., Bartone, V.,J., Violanti, M., J. & Gileno, M., Z. (2017). Peer Support Services for Bereaved Survivors: A systematic review. *OMEGA- Journal of Death and dying*, 0(0), 1-30. <https://doi.org/10.1177/0030222817728204>
- Braut, S., G. (2019, 4. april). Kommunehelsetjenesten. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>
- Burrell, L., V. (2021, 9. mars). *Hvordan går det med barn som brått mister mor eller far?* Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/M3E1A5/hvordan-gaar-det-med-barn-som-braatt-mister-mor-eller-far>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. (C. Hambro, Overs.) Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1975)
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal forlag.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal forlag.
- Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26: 647-668. <https://doi.org/10.1080/07481180290088356>
- Dyregrov, A. (2008). Oppbygging av kriseberedskap i kommunal regi. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (s. 15-30). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte etter brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Dyregrov, A., Johnsen, I., & Dyregrov, K. (2012). *Hvordan lede sorggrupper? -En håndbok for sorggruppeveiledere*. Abstrakt forlag
- Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2011). Etter selvmordet. I K. Dyregrov, E. Plyhn & G. Dieserud (Red.), *Etter selvmordet- veien videre* (1. utg., s. 185-203). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-905). Cappelen Damm akademisk.

Folkehelseinstituttet (2020). Selvmord i Norge. Hentet 03.12.20 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). (FOR-2019-03-15-412).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Gavrel, L. G. (2020). Hvordan kan kommuner ivareta etterlatte ved selvmord? *Sykepleien*, 20 (108), 1. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82325>

Haukø, W. (2010). Psykososial støtte ved kriser. I Almik, A. & Borge, L. (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 104-120). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet- Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (978-82-8081-234-6). Hentet 03.12.20 fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/\\_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf)

[a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/\\_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf)

[a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf)

[a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf)

Helseberedskapsloven (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. (LOV-2000-06-23-56). Hentet 29.11.20:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>

Helsedirektoratet (2018). Hentet 28.11.20 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/stotte-familie-og-andre-parende/stotte-til-parende-ved-livets-slutt/ivareta-de-etterlatte-ved-bra-dod#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet (2018). § 4. Forsvarlighet. (sist faglig oppdatert 28. juni 2018). Hentet 21.03.21 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>

Helsenorge (2018). Hentet 13.03.21 fra:

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/dodsfall-sorg-og-sorgreaksjoner/>

Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-1982-11-19-66). Hentet 29.11.20 fra:



- <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-1982-11-19-66). Hentet 02.05.21 fra:  
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 03.12.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K.M. (2017). *Psykologiske og psykiske lidelser* (5. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Kristensen, A., Dyregrov, K & Dyregrov, A. (2019). Helsemessige konsekvenser for etterlatte etter terror. Dyb, G. & Jensen, K. T. (Red.), *Å leve videre etter katastrofen*. (1. utg., s. 57-68). Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal juridisk.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 17.03.20 fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk senter for forskningsdata (2020), Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 27.03.21 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nyseter, C., Røv, I. & Eines, F. R. (2021), Etterlatte etter selvmord har behov for profesjonell hjelp. *Sykepleien*, 109, Artikkel e83411.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83411>
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016a). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 418-425.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12224>
- Peters, K., Cunningham, C., & Murphy, G., Jackson, D. (2016b). People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25. 251-257.  
<http://dx.doi.org/10.1111/inm.12210>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra 03.12.20 fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2016). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg, s. 244-270). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M (2016). Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg, s. 193-208). Cappelen Damm Akademisk.
- Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (u.å.). *Om leve*. Hentet 3. mai 2021 fra <https://leve.no/om-leve/>
- Retterstøl, N. (1995). *Selvord*. Universitetsforlaget
- Røkholt, G. E, Bugge, E. K., Sandanger, H., Sandvik, O. & Hansson, K. (2018). Forhold som påvirker sorg. I Røkholt, G., Bugge, K., Sandvik, O., Sandanger, H. (Red.), *Sorg* (2. utg., s. 53-73). Fagbokforlaget
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1.utg., s. 13-41). Gyldendal Norsk Forlag
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skrivning*. (2. utg). Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk (Opprinnelig utgitt 1972).
- Underlid, K., Dyregrov, K. & Thuen, F. (2016). Krevende liv og krevende livserfaringer. Underlid, K., Dyregrov, K. & Thuen, F (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (1. utg., s 11-19). Cappelen Damm Akademisk.
- Vråle, G.B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. (4. Utg). Gyldendal Akademisk.
- Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., ... McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 70(691), e102-e110. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849>
- World health organization (2016). Hentet 26.11.20 fra <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
- World health organization (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Hentet 26.11.20 fra: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>