



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

### **Tittel**

*Hvordan best møte og ivareta nære pårørende i akutt fase etter selvmord.*

Kandidatnummer: 10154

Antall ord: 7787

# Sammendrag

## Bakgrunn

Når et menneske velger å ta sitt eget liv, sitter de etterlatte igjen med spørsmål, sorg og fortvilelse. Ambulansepersonell er ofte blant de første fra helsetjenesten som møter etterlatte etter en slik hendelse. Møtet kan være krevende og vanskelig. I denne litteraturstudien presenteres funn som beskriver hvordan etterlatte opplevde å bli møtt av helsepersonell i akutt fase etter selvmord, kommunikasjon med etterlatte og sykepleiers rolle i møte med dem. Kunnskap om funnene kan være med på å skape trygghet og forståelse for hvordan helsepersonell skal møte etterlatte i akutt fase etter selvmord. Dermed kan etterlattes sorgprosess oppleves noe bedre, slik at de opplever å få den hjelp og støtte de har behov for i en traumatisk situasjon.

## Hensikt

Litteraturstudiens hensikt er å se nærmere på kommunikasjonen mellom sykepleier og etterlatte i akutt fase ved selvmord.

## Metode

Systematisk litteraturstudie basert på åtte forskningsartikler om temaet.

## Empiri

Resultatene presenteres i tre hovedkategorier under kapitlet Empiri. Hovedkategoriene er: kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord, etterlattes behov og sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord.

## Konklusjon

Litteraturstudien viser at etterlatte ved selvmord har ulike inntrykk av møtet med helsepersonell i en slik situasjon. Noen satt igjen med en positiv opplevelse av helsevesenet, tross omstendighetene, mens andre satt igjen med traumatiske og negative opplevelser, som bidro til å komplisere en allerede utfordrende sorgprosess. I flere tilfeller i studiene manglet helsepersonell erfaring i møte med etterlatte etter selvmord. Dette vanskeliggjorde en allerede utfordrende situasjon. Litteraturstudien viser at selvmord har stor påvirkning på de etterlatte, og at opplevelsene i møtet med helsetjenesten er varierende. For å kunne utøve god sykepleie til pårørende er krisehåndtering og fokus på kommunikasjon med mennesker en viktig ting å øve på. Det er viktig å lytte til etterlatte, være et medmenneske, og støtte dem i en vanskelig situasjon. For at etterlatte skal oppleve støtte må sykepleier møte dem med kunnskap, forståelse og empati. Sykepleier spiller en svært viktig rolle, og kan være en ressurs i de etterlattes bearbeiding av sorgen.

## Nøkkelord

Etterlatte, pårørende, selvmord, akutt fase, kommunikasjon, krisehåndtering, medmenneskelighet.

# Forord

*Det er en ode  
til de gutta  
og de jentene som måtte gi tapt  
i kampen mot mørket  
for de var fine folk  
de der helt fremst i frontlinjen  
så ble det for mørkt der  
og det er for dem vi skal slåss  
med lysbrytere festet på knokene  
for vi kan ikke ha det sånn  
at svarte natta skal bare valse rundt  
og ta for seg*

- Trygve Skaug



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	10
1.1	<b>Introduksjon, sykepleiefaglig relevans og bakgrunn for valg av tema</b> .....	10
1.2	<b>Studiens hensikt og problemstilling</b> .....	10
1.3	<b>Definisjon av problemstillingens sentrale begrep</b> .....	11
1.4	<b>Avgrensninger</b> .....	11
1.5	<b>Oppgavens oppbygging</b> .....	11
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	13
2.1	<b>Datainnsamling</b> .....	13
2.2	<b>Søkehistorikk</b> .....	13
2.3	<b>Søketabell</b> .....	15
2.4	<b>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....	19
2.5	<b>Kvalitetsvurdering og etisk vurdering av inkluderte artikler</b> .....	19
<b>3</b>	<b>Empiri</b> .....	20
3.1	<b>Litteraturmatrise</b> .....	20
3.2	<b>Sammenfattet empiri</b> .....	31
3.2.1	<b>Kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord</b> .....	31
3.2.2	<b>Etterlattes behov</b> .....	31
3.2.3	<b>Sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord</b> .....	32
<b>4</b>	<b>Teori</b> .....	34
4.1	<b>Selv mord</b> .....	34
4.2	<b>Sorg</b> .....	34
4.3	<b>Menneskesyn</b> .....	34
4.4	<b>Den vanskelige samtalen</b> .....	35
4.5	<b>Kriseteori</b> .....	36
4.6	<b>Sykepleierteori</b> .....	36
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	38
5.1	<b>Metodediskusjon</b> .....	38
5.2	<b>Resultatdiskusjon</b> .....	38
5.2.1	<b>Kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord</b> .....	39
5.2.2	<b>Etterlattes behov</b> .....	41
5.2.3	<b>Sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord</b> .....	41
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	43
6.1	<b>Konsekvens for sykepleie</b> .....	43
6.2	<b>Forslag til videre forskning</b> .....	43
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	44

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon, sykepleiefaglig relevans og bakgrunn for valg av tema

I 2018 døde 674 mennesker i Norge av selvmord. Valget med å ta sitt eget liv regnes som en av de største helsemessige utfordringer i vår tid (Folkehelseinstituttet, 2019). Et selvmord har store ringvirkninger og fører til sterke påkjenninger for etterlatte, omgangskrets og samfunnet generelt. Et tema som har fått større fokus de siste årene er de etterlatte etter et selvmord (Helsedirektoratet, 2011; Wainwright et al., 2020).

I møte med etterlatte etter selvmord er det viktig å tenke at møtet skal være til støtte, være lindrende og oppleves trygt for berørte. Helsepersonell bør ha kunnskap om hvilke sorgreaksjoner som er vanlig å møte hos etterlatte, sorgmønster ved selvmord, etterlattes opplevelse av møtet og hva som kan være til hjelp i en slik situasjon. Det finnes ingen oppskrift på hvordan sykepleier skal møte de pårørende ved selvmord, men bevisstgjøring og kunnskap om temaet kan være til stor hjelp, og oppleves som en trygghet, både for sykepleier, men også for etterlatte som mottar helsehjelp (Rekdal, 2015).

Den allsidige kompetansen en sykepleier innehar kommer til nytte i mange deler av helsetjenesten. Noen sykepleiere velger å utøve sitt arbeid i ambulansetjenesten. Der møter man pasienter i ulike livssituasjoner. En fellesnevner for de fleste møtene mellom sykepleier i ambulansen og pasient, er at pasienten er på sitt mest sårbare. Dette kan være ved akutt sykdom, alvorlige hendelser eller ved eksempelvis transport fra hjem til sykehus. En sykepleiers kunnskap om mellommenneskelige forhold, og det å møte mennesker i sårbare situasjoner, kommer til syne i ambulansetjenesten og kan være til stor verdi for både kollegaer, pasienter og personell i andre profesjoner. Det vil videre i oppgaven tas utgangspunkt i utøvelse av sykepleie i ambulansetjenesten, og en sykepleiers møte med etterlatte i akutt fase etter selvmord (Helsedirektoratet, 2011; Rekdal, 2015).

Gjennom personlig erfaring fra arbeid i ambulansetjenesten har jeg opplevd å selv ivareta etterlatte etter selvmord. Etter disse hendelsene har jeg reflektert over hvordan sykepleier i ambulansetjenesten kan møte etterlatte på en hensynsfull måte, sørge for god ivaretagelse og i tillegg forsikre seg om korrekt og viktig informasjonsgiving. Finnes det nyttige hjelpemidler for helsepersonell med tanke på ivaretagelse av etterlatte i akutt fase etter selvmord? Hvilke opplevelser sitter de etterlatte igjen med etter møtet med helsetjenesten? Dette er spørsmål jeg ønsker å finne svar for å kunne utøve enda bedre sykepleie i møte med den enkelte.

## 1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan kunnskap om krisepsykologi og psykologisk førstehjelp kan styrke en sykepleiers utøvelse av helsehjelp til etterlatte i akutt fase etter selvmord. Et dypdykk i litteraturen som omhandler kommunikasjon med etterlatte i krise vil kunne føre til økt kunnskap hos sykepleiere slik at de kan utføre god omsorg og sykepleie til de etterlatte. På bakgrunn av dette lyder problemstillingen:

### **1.3 Definisjon av problemstillingens sentrale begrep**

#### **Selvmord**

I gjennomgått litteratur tas det utgangspunkt i ulike definisjoner av selvmord. Jeg tar utgangspunkt i Leenaars (Leenaars, 2010, s. 8) definisjon:

«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.»

#### **Etterlatte**

Etterlatte har tidligere blitt regnet som de menneskene som blir direkte berørt av et selvmord. Hvor man trekker grensene mellom hvem som er direkte berørt eller ikke, kan være vanskelig å definere. På bakgrunn av dette anvendes det i dag en mer nyansert avgrensning (Helsedirektoratet, 2011). Begrepet *etterlatt* blir nå anvendt om en mer omfattende krets enn kun nærmeste familie. Dette kan eksempelvis være kjæreste, barn, foreldre, søsken, ektefelle, besteforeldre, venner, klassekamerater, med-pasienter, kolleger o.l. I utgangspunktet alle som selv opplever nære bånd til den avdøde. Hvis man regner 10 etterlatte per selvmord vil man kunne si at det per 2018 var 6740 etterlatte. I oppgaven vil etterlatte være nærmeste familie som her blir avgrenset til: kjæreste/samboer/ektefelle, foreldre, søsken, besteforeldre (Helsedirektoratet, 2011).

#### **Akutt fase**

Akutt fase etter et selvmord blir begrenset til de første timene og dagene etter hendelsen. I hovedsak blir det fokusert på første møtet mellom helsetjenesten og de etterlatte. Varigheten av den akutte fasen vil kunne variere fra person til person, og kan oppleves å vare i lang tid etter selve hendelsen. Det er derfor viktig å ta med seg videre at det i annen litteratur vil kunne variere hvor lenge denne fasen varer.

### **1.4 Avgrensninger**

Det blir i denne oppgaven ikke lagt vekt på etterlatte etter selvmordsforsøk. Dette på grunn av at intervensjonen fra helsetjenesten ved selvmordsforsøk skiller seg vesentlig fra intervensjonen ved selvmord (Helsedirektoratet, 2011). Brå død forårsaket av andre hendelser som eksempelvis ulykker, vil ikke bli trukket inn. Barn som pårørende omtales ikke. Den akutte fasen innebærer tiden fra beskjeden om selvmordet blir gitt til timene etter og noen få dager etter selvmordet. Begrepet *etterlatte og pårørende*, samt *sykepleier og helsepersonell* vil bli brukt. Dette er et bevisst valg for å skape variasjon i oppgaven.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i syv kapitler: innledning, metode, empiri, teori, diskusjon, konklusjon, litteraturliste og diverse vedlegg.

Kapittel 2 «Metode», beskriver metoder av datainnsamling og analyse, samt søkeprosess og hvordan materialet ble bearbeidet for videre arbeid med oppgaven. Videre kommer kapittel 3 «Empiri», som omhandler inkludert empiri. I dette kapitlet tas det utgangspunkt i analysen av artiklene og det gjøres rede for sentrale funn. I kapittel 4



«Teori» presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Teorien som presenteres her vil senere knyttes til drøftingen av resultatet. I kapittel 5 «Diskusjon» presenteres både metode- og resultatdiskusjon. Til slutt kommer kapittel 6 «Konklusjon». I dette kapitlet vil det bli presentert en konklusjon som inneholder en oppsummering av hovedfunn gjennom oppgaven, konsekvenser for praksis, samt anbefaling for videre forskning.

## 2 Metode

Metodekapitlet presenterer en redegjørelse av datainnsamlingen i forbindelse med litteraturstudien. Kapitlet inkluderer datainnsamling og søkehistorikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, valgt litteratur og kildekritikk, kvalitetsvurdering og etisk vurdering av artiklene. I tillegg presenteres analysen av det innsamlede materialet, som gir en beskrivelse av bearbeidelsen av materialet for å finne svar på problemstillingen.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51).»

### 2.1 Datainnsamling

Oppgaven baseres på en systematisk litteraturgjennomgang, der hensikten innebærer å besvare et avgrenset og formulert problemområde. De ulike trinnene i en litteraturgjennomgang kan i grove trekk deles inn i utarbeiding av problemstilling, forberedelse og gjennomgang av litteratursøk, en vurdering av litteraturens kvalitet og relevans, tolking og analysering av funnene før man til slutt presenterer en sammenfatning og konklusjon av funn og drøfting. De ulike trinnene kan da oppsummeres i å systematisk innhente og gjennomgå ulike kilder, før man til slutt sammenfatter og presenterer deler av litteraturen i en litteraturgjennomgang (Thidemann, 2019).

Spørsmål eller problemer kan angripes med ulike metoder, dette innebærer at det må gjøres valg (Dalland, 2017). Dette innebærer at litteraturgjennomgangen vil ha ulike begrensninger. En av begrensningene vil eksempelvis være utvalget av litteratur som blir undersøkt. Utvalget vil bli preget av oppgaveskrivers tolkning og drøfting, og vil ikke gi en fullstendig oversikt og fremstilling av temaet. Det er en viss fare for at betydningsfull og nylig publisert forskning kan ha blitt oversett (Dalland, 2017; Thidemann, 2019).

### 2.2 Søkehistorikk

Ofte starter et forskningsprosjekt med en litteraturgjennomgang. Forskeren planlegger en studie ved først å undersøke og finne frem til den forskningen som allerede finnes om temaet, for deretter undersøke hvilke metoder som er benyttet på feltet. Utvelgelsen av litteratur og veien frem til resultatene kan kalles en systematisk litteraturstudie (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

For å finne relevant forskningslitteratur som bidrar til å besvare problemstillingen har jeg utført et systematisk litteratursøk i anerkjente databaser. Databasene som ble benyttet var Bibsys Brage og Google Scholar. Relevante søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier ble lagt inn for å finne forskningslitteratur. Søkeordene som ble benyttet var blant annet ulike kombinasjoner av selvmord, stigma, ambulansetjeneste/first-responders, familie/foreldre, pårørende/etterlatte,

sorg/sørgende/sørgearbeid. Søket ble utført på engelsk. Via disse søkene ble det valgt åtte relevante forskningsartikler. Viser til tabell under kapittel 2.3 for fullstendig søkehistorikk.

### 2.3 Søketablell

Søkehistorikk med søketablell presenteres i oppgaven med tabellnummer og navn. Der presenteres antall søk og søkestrategi, treff, antall artikler vurdert, samt antall inkluderte artikler.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereaved	01.03.2020	Bibsys Brage	12 756	1	0	0
Suicide (and) Bereaved (and) First responders	01.03.2020	Bibsys Brage	327	4	2	2  Responding to a suicide death: The role of first responders.  Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereaved (and) Stigma	03.03.2020	Bibsys Brage	1801	2	1	0
Suicide (and) Bereaved (and) Stigma (and) Survivors	03.03.2020	Bibsys Brage	826	5	2	1 Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereavement (and) Grief (and) Complicated	08.03.2020	Bibsys Brage	2280	0	0	0
Suicide (and) Bereavement (and) Grief (and) Complicated (and) Death (and) Healing	08.03.2020	Bibsys Brage	910	3	2	0
Suicide (and) Bereavement (and) Grief (and) Complicated (and) Death (and) Healing (and) Acute	08.03.2020	Bibsys Brage	443	2	1	1 Suicide bereavement and complicated grief: <i>Dialogues in clinical neuroscience,</i>

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereavement (and) Grief and loss	03.03.2020	Google Scholar	17 800	5	3	1 Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereaved (and) Interventions	03.03.2020	Bibsys Brage	3150	2	1	0
Suicide (and) Bereaved (and) Interventions (and) Systematic review	03.03.2020	Bibsys Brage	996	2	1	1 Interventions for people bereaved through suicide: systematic review.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereaved (and) Teenager	03.03.2020	Bibsys Brage	574	3	2	0
Suicide (and) Bereaved (and) Teenager (and) Family	03.03.2020	Bibsys Brage	540	2	1	0
Suicide (and) Bereaved (and) Teenager (and) Family needs	03.03.2020	Bibsys Brage	337	2	1	1 A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Suicide (and) Bereavement (and) General practice (and)	03.03.2020	Google Scholar	1801	2	1	0
Suicide (and) Bereavement (and) General practice (and) Parents (and) Postvention	03.03.2020	Google Scholar	1710	3	1	0
Suicide (and) Bereavement (and) General practice (and) Parents (and) (and) Wainwright	03.03.2020	Google Scholar	9	1	1	1 Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study.

## 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne litteratur som kunne inkluderes i litteraturstudien var det nødvendig å avklare inklusjons- og eksklusjonskriterier i forkant av litteratursøket. Ved å lete etter relevante titler og lese ulike abstrakter/sammendrag kunne jeg gjøre en utvelgelse av hvilke studier som skulle inkluderes. Videre leste jeg de utvalgte studiene i sin helhet, for å kvalitetssikre innholdet og relevansen for oppgaven. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som jeg anvendte i litteraturstudien presenteres i tabellen nedenfor.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsk, svensk, dansk, eller engelsk språk	
	Barn som pårørende
Forskningsartikler	
Etiske hensyn er vurdert i de valgte artiklene	
Etterlatte til personer som har begått selvmord	
Fagfellevurderte artikler	
	Artikler eldre enn 2008

## 2.5 Kvalitetsvurdering og etisk vurdering av inkluderte artikler

Kvalitetsvurdering omfatter artiklenes hensikt, problemstilling, design, utvalg, mål, analyse og tolkning/resultat. Alle utvalgte artikler har en tydelig problemstilling og hensikt.

Artiklene som inkluderes i litteraturstudien er kvalitetssikret, ved at de er publisert i et fagfellevurdert tidsskrift. Fagfellevurderte artikler innebærer at artiklene er lest, vurdert og godkjent av andre forskere før publisering. Fagfellevurdering ble vurdert som en vesentlig faktor for inkludering av artiklene i litteraturstudien. Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble brukt for å undersøke om publiseringskanalene var godkjent på nivå 1, eller 2, som blir vurdert som høyeste rang. Syv av de åtte inkluderte artiklene er godkjent til nivå 1. En av artiklene ble godkjent på nivå 2 (NSD, 2020).

For å kunne gjennomføre en etisk vurdering av inkluderte artikler ble Folkehelseinstituttets sjekklister for etiske vurderinger benyttet (Folkehelseinstituttet, 2020). Sjekklisten presenterer 32 relevante spørsmål for bruk i vurdering av det etiske perspektivet i de inkluderte artiklene. Artiklene ble vurdert opp mot denne sjekklisten og alle inkluderte artikler ble etisk vurdert. Det er tydelig beskrevet at deltakerne i de aktuelle artiklene ble godt ivaretatt (Folkehelseinstituttet, 2020).



## 3 Empiri

I empiridelen bearbeides, analyseres og sammenstilles data. Resultatene blir presentert på en systematisk og presis måte, som besvarer aktuell problemstilling. Sammenfattet empiri presenteres her under følgende hovedtema: kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord, pårørendes behov og sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord.

### 3.1 Litteratormatrise

**Litteratormatrise 1:** Behind closed doors: The stigma of suicide loss survivors

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., ... Weber, S. (2018).</p> <p>Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors. <i>Omega- Journal of Death and Dying (Westport)</i>, 77, NO (4), 330-349.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1177/0030222816674215">https://doi.org/10.1177/0030222816674215</a></p>	<p>Hensikten med studien var å finne forklaringen bak negative reaksjonene etterlatte opplevde, ved å identifisere sosialkognitive komponenter av selvmordsstigma, og kartlegge de stigmatiske rammene.</p>	<p>Family, stigma, suicide, stereotypes, prejudice</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> Et utvalgt team ble satt sammen for å diskutere forskning rundt temaet, samt utvikle spørsmål for en utvalgt fokusgruppe. Deretter ble en fokusgruppe intervjuet angående diskriminering av familier som er</p>	<p>Tematisk analyse av fokusgruppedata viste resultater på at etterlatte familier etter selvmord opplever både fordommer og diskriminering. Familiene hadde i tillegg opplevd å bli beskyldt for å bidra til deres kjæres død.</p>	<p><b>Styrke:</b> Artikkelen beskriver godt noen av opplevelsene som etterlatte sitter igjen med i etterkant av et selvmord. Kjennskap til disse opplevelsene vil kunne være til fordel for helsepersonell</p>

		<p>etterlatte ved selvmord.</p> <p><b>Utvalg:</b> Deltakerne ble delt inn i syv fokusgrupper. Deltakerne i gruppene var mennesker som hadde: mistet familiemedlem i selvmord, hadde selv forsøkt å ta sitt eget liv eller hadde ytt hjelp eller tjenester til etterlatte etter selvmord. 52% av deltakerne var menn, og 48% kvinner.</p> <p><b>Analyse:</b> Lydopptak av intervjuene ble transkribert, samt det ble tatt notater underveis, deretter ble intervjuene analysert etter tema.</p>	<p>som skal yte helsehjelp til denne pasientgruppen. Ved å være opplyst om sosiale reaksjoner kan man informere de etterlatte om hvilke reaksjoner de kan møte.</p> <p><b>Svakhet:</b> Studien er ikke direkte knyttet opp mot problemstillingen i oppgaven, da problemstillingen fokuserer på akutt fase, mens studien fokuserer i større grad på tiden etter selvmordet.</p>
--	--	--	--

**Litteraturmatrise 2:** Responding to a suicide death: the role of first responders

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Norton, K. (2017). Responding to a suicide death: The role of first responders. <i>Death Studies, 41, NO (10), 639-647.</i> <a href="https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335550">https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335550</a></p>	<p>Artikkelen vil understreke og belyse viktigheten av en koordinert og omfattende samfunnsrespons ved selvmord. Studien setter fokus på aktuelle prinsipper og ulike retningslinjer blant i annet akuttmedisinsk tjeneste.</p>	<p>First responders, suicide death.</p>	<p>Litteraturstudie som belyser og diskuterer ulike praksis som gjennomføres av akuttmedisinsk personell, medisinere samt begravesbyrå. Med hovedfokus på håndtering av pårørende.</p>	<p>Studiet viste at det er svært ulike praksis som gjennomføres både av akuttmedisinsk personell, medisinere og personell fra begravesbyrå. Ulike praksis og lite trening på slike situasjoner gjør at noe helsepersonell ikke er godt rustet til å håndtere en slik situasjon.</p>	<p><b>Styrke:</b> Studien er svært relevant for problemstillingen da den tar utgangspunkt i EMS/akuttmedisinsk personell og deres opplevelse av å være til stede for pårørende i etterkant av et selvmord. <b>Svakhet:</b> Studien beskriver ikke akuttmedisin i Norge, og det kan derfor være ulike praksis og fokus på slike situasjoner. Dette kan være med på å gi noe misvisende informasjon om hvordan situasjonen i Norge egentlig er.</p>

**Litteratormatrise 3:** Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members

Referanse  Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. &amp; Jackson, D. (2016).</p> <p>Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 25(5), 418-425.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1111/inm.12224">https://doi.org/10.1111/inm.12224</a></p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke deltakernes oppfattelse av hva som var hjelpsomt/ikke hjelpsomt i samhandling med familie, venner, og ulike tjenester i etterkant av selvmord av et familiemedlem.</p>	<p>Emergency services, first responders, suicide bereavement, support services</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> Kvalitativ narrativ design. Datainnsamlingsperioden gikk fra januar til desember 2012. Kvalitativt intervju på 60-100 minutter.</p> <p><b>Utvalg:</b> Syv kvinner og tre menn, totalt ti deltakere deltok i studien. Alle ti var etterlatte etter selvmord. De hadde hatt status som etterlatte mellom to og 20 år. Deltakerne i studiet måtte være over 18 år og snakke flytende engelsk. De måtte i tillegg ha mistet en nær slektning i selvmord for 12 måneder siden eller mer for å kunne delta.</p>	<p>Deltakerne i studien formidlet hva de oppfattet som mest støttende, samt hva som ble oppfattet som lite støttende i møtet med andre i krise. Fire tema ble avdekket i analysen av deltakernes fortellinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Søke støtte fra andre etterlatte, de opplevde at det var vanskelig for personer som ikke hadde opplevd selvmord å kunne forstå eller hjelpe i sorgprosessen.</li> <li>2. Iverksette støtte, deltakerne opplevde det som en byrde å måtte selv kontakte profesjonelle tjenester i etterkant av et selvmord.</li> </ol>	<p>Studien oppsummerer med at selv om det er viktig å ha tjenester tilgjengelig umiddelbart etter et selvmord, er det like viktig å få praktisk, emosjonell og økonomisk støtte videre i bearbeidingen av sorgen.</p> <p>Studien viser også at det er flere etterlatte som har opplevd å bli møtt med ufølsomhet av ulike tjenester (helse, politi. etc.). Deltakerne trekker frem at det hadde vært nyttig med kontakt med noen</p>

			<p><b>Analyse:</b>  Intervjuene ble transkribert ved hjelp av lydopptaker. Deltakernes fortellinger ble så analysert etter tema, av hvert medlem i forskningsteamet.</p>	<p>3. Deltakernes ulike møter med krise- og sosiale tjenester.  4. Deltakerne opplevde omsorg og medfølelse fra individuelle i ulike tjenester.</p>	<p>umiddelbart etter selvmordet, som hadde kunnskap om de spesifikke behovene til selvmordsetterlatte, og som kunne ivareta dem på en god måte.</p>
--	--	--	--	---	---

**Litteratormatrise 4:** Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study.

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>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. <i>British Journal of General Practice</i>, 70(691), e102-e110.</p> <p><a href="https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849">https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke perspektivene, opplevelsene og støtten som etterlatte foreldre etter selvmord opplevde.</p>	<p>Bereavement, general practice, parents, postvention, signposting, suicide</p>	<p>Studien inkluderte biologiske foreldre, samt steforeldre fra Nord-England og Midland. Foreldre til barn som hadde tatt selvmord for mindre enn 12 måneder siden, eller mer enn 10 år siden ble ekskludert fra studien. Deltakerne ble intervjuet, og intervjuene foregikk mellom 2012 og 2014. Intervjuer ble analysert tematisk ved bruk av konstant sammenligning. 23 intervjuer ble gjennomført.</p>	<p>Tre temaer ble trukket fram fra dataene i etterkant av intervjuene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. viktigheten av å ikke føle seg alene.</li> <li>2. behov for tilgang til støtte.</li> <li>3. ekstra støtte til de etterlatte som hadde behov for dette – noen foreldre beskrev tilstrekkelig støtte fra familie og omgangskrets, mens andre savnet et profesjonelt støtteapparat.</li> </ol> <p>Foreldre mente at det var viktig at personell innen helsetjenester hadde kunnskap og bevissthet rundt selvmord, samt forståelse og kunnskap om etterlattes behov.</p>	<p>Studien fokuserer i hovedsak på primærhelsetjenesten og etterlattes opplevelser i etterkant av et selvmord. Studien opplyser om at etterlatte ønsker større forståelse og kunnskap om liknende situasjoner hos etterlatte ved selvmord, fra helsetjenesten.</p>

**Litteratormatrise 5:** A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Miers, D., Abbott, D. &amp; Springer, P. R. (2012).  A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager. <i>Death Studies</i>, 36, NO (2), 118-133.  <a href="https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553341">https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553341</a></p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke familienes behov, fra foreldrenes perspektiv, i etterkant av selvmordet til en tenåring. I tillegg ble ulike underspørsmål utforsket i studien: «Hva var familiemedlemmets umiddelbare behov etter selvmordet til tenåringen? Hva var familiemedlemmets behov fra begravelsen og frem til nå? Hvor leter foreldre etter støtte og tjenester? Hvilken hjelp ble</p>	<p>Ingen oppførte nøkkelbegrep i abstrakt eller i artikkel.</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> Kvalitativt intervju med åpne spørsmål. Gjennomsnittlig tid per intervju var 90 minutter.  <b>Utvalg:</b> Deltakerne ble valgt ut ved hjelp av strategisk utvalg. Åtte foreldre deltok i studien. Fire individuelle, og to par foreldre som ble intervjuet sammen med partneren sin. Inklusjonskriterien var å være foreldre til en tenåring som hadde begått selvmord for minst ett år siden.</p>	<p>Resultatet viste seks hovedfunn som ble trukket frem av de intervjuede: 1. Støtte i form av lytting og respons. 2. Støtte fra andre etterlatte ved selvmord. 3. Støtte i å finne en retning. 4. Støtte i å se kroppen til den avdøde. 5. Støtte i å huske tenåringen 6. Støtte i form av å gi tilbake til andre som trenger det. Disse funnene identifiserer behovene som de etterlatte etter selvmord opplevde.</p>	<p>Studien er relevant på grunn av at den kaster lys over familiens behov i etterkant av en tenårings selvmord. Akuttmedisinsk personell og andre helsepersonell som kommer i kontakt med etterlatte etter selvmord bør holde seg oppdatert på prosedyrer og inneha kunnskap i tilknytning til å yte helsehjelp til etterlatte</p>

	<p>mottatt, og hva var til hjelp og ikke til hjelp?</p>		<p><b>Analyse:</b>  Intervjuene ble transkribert ved hjelp av lydopptak. Forskerne fulgte en streng verifikasjonsprosess for å være sikre på at dataene stemte. Tema som ble identifisert i intervjuene ble returnert til hver deltaker hvor de ble spurt om temaene var korrekt gjengitt, og bedt om å sende epost tilbake med kommentar eller tilbakemelding. Tre av seks intervjuer med deltakere responderte med endringer som ble lagt til i studien.</p>		<p>ved selvmord. Ved å øke kunnskapen om ivaretagelse av pårørende etter selvmord kan etterlatte få nødvendig helsehjelp.</p>
--	---	--	--	--	---



**Litteratormatrise 6:** Interventions for people bereaved through suicide: systematic review

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K. &amp; Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 193, NO (6), 438-443.  <a href="https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040824">https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040824</a></p>	<p>Å evaluere effekten av intervensjoner for å støtte etterlatte etter selvmord.</p>	<p>Ingen oppførte nøkkelbegrep i abstrakt eller i artikkel.</p>	<p>Systematisk datagjennomgang fra kontrollerte studier, av intervensjoner for etterlatte etter selvmord. Det ble gjennomført systematiske, metodiske søk, som identifiserte aktuelle studier. Studiene ble grundig vurdert før de ble inkludert i studien.</p>	<p>Åtte studier ble inkludert. Litteraturgjennomgangen så grundig på forskjellen mellom ingen intervensjon for de etterlatte og tilbud om ulike tjenester og profesjonelle tilbud til de etterlatte. Konklusjonen var at selv om noen etterlatte etter selvmord hadde hatt nytte av intervensjoner fra helsetjenesten, var det ikke slik for alle. Forskerne understreket at ytterligere fokus på temaet var nødvendig for å bekrefte om intervensjoner er nyttige, og i så fall for hvem?</p>	<p>Det kan være av nytte for oppgaven å se på etterlattes ulike opplevelser av helsetjenester i etterkant av et selvmord. For noen er det nok med bistand og støtte fra familie og venner, mens andre savner et mer profesjonelt tilbud. De ulike opplevelsene og erfaringene kan kaste lys over pårørendes situasjoner.</p>

### Litteratormatrise 7: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Botha, K.-J., Guilfoyle, A. &amp; Botha, D. (2009).</p> <p>Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health</i>, 8, NO (1), 37-47.</p> <p><a href="https://doi.org/10.5172/jamh.8.1.37">https://doi.org/10.5172/jamh.8.1.37</a></p>	<p>Studien fokuserer på hvordan sorg oppleves hos de etterlatte i etterkant av et selvmord. Studien gjennomgår tidligere publisert litteratur, for å skape større forståelse for sorg knyttet direkte opp mot etterlatte etter selvmord.</p>	<p>Grief and loss, suicide, suicide bereavement, resilience, risk and protective factors.</p>	<p>Litteraturgjennomgang. I hovedsak har forskerne fokusert på artikler fra vestlig kultur, og etterlattes opplevelser i etterkant av et selvmord.</p>	<p>Litteraturgjennomgangen konkluderte med at helsepersonell bør i større grad øke sin kunnskap om sorg direkte knyttet opp mot etterlatte etter selvmord. Forskerne fant også ut at det er gjort lite granskning på etterlattes opplevelse av sosial, kommunal og generell oppfølging i direkte tid etter et selvmord.</p>	<p>I studien trekkes den kritiske tiden i akutt fase etter et selvmord fram i et eget avsnitt. Dette belyser de ulike behov etterlatte har for direkte og korrekt kommunikasjon i en slik situasjon.</p>

### Litteratormatrise 8: Suicide bereavement and complicated grief

Referanse Kvalitetsvurdering	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegrep	Metode	Hovedfunn/ resultater/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. &amp; Zisook, S. (2012).</p> <p>Suicide bereavement and complicated grief. <i>Dialogues in clinical neuroscience, 14, NO</i> (2), 177-186.</p> <p>Hentet fra <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754290">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754290</a></p>	<p>Studien ser nærmere på etterlattes følelser av tap, tristhet og ensomhet i etterkant av et selvmord. I tillegg blir det sett grundigere på hvilken støtte og ressurser som oppleves som nødvendig.</p>	<p>Suicide bereavement, complicated grief, grief, bereavement, suicide.</p>	<p>Studien beskriver epidemiologien og omstendigheter i etterkant av selvmord. I tillegg ble den daværende forskningen på selvmord, sorgbehandling og komplisert sorg hos etterlatte ved selvmord.</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at overlevende i etterkant av selvmord står overfor ulike utfordringer som virker inn på sorgprosessen. Dette fører videre til at etterlatte har større risiko for å utvikle komplisert sorg, depresjon, PTSD og selvmordstanker. Ubehandlet kan disse faktorene føre til langvarig lidelse, nedsatt funksjon, redusert helse og i verste fall være dødelig. På grunn av dette er det ekstra viktig for helsepersonell å være oppmerksom på disse faktorene og ta opp problematiske symptomer hvis de skulle komme til syne.</p>	<p>Studien gjennomgår gjeldende forskning på tidspunktet det ble publisert, og kan direkte benyttes i oppgaven og knyttes opp mot problemstillingen.</p>

## 3.2 Sammenfattet empiri

### 3.2.1 Kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord

Ivaretagelse av, og kommunikasjon med, etterlatte kan være et direkte tiltak mot å forhindre selvmord blant pårørende. "Helping those who have been bereaved by suicide is a direct form of suicide prevention with a population known to be at risk" (Norton, 2017, s. 642). Forskning viser at etterlatte etter selvmord, har høyere risiko for å ta sitt eget liv. Smerten av å miste en av sine kjære, i kombinasjon med skam, sinne, følelsen overveldende ansvar og andre risikofaktorer kan for noen bli en for stor bær og bæ. For noen etterlatte sees da selvmord som eneste måten å få slutt på smertene (Tal Young et al., 2012; Wainwright et al., 2020).

Helsepersonell er i tillegg til politi og begravelserbyrå ofte de første instanser til stede etter et selvmord. Etterlattes opplevelser av instansenes håndtering av situasjonen kan sette varige spor (Botha, Guilfoyle & Botha, 2009). Slik det trekkes fram i Nortons studie fra 2017, er det viktig å ha i minnet at selv om det er en «vanlig dag på jobben» for ansatte i nevnte instanser, er det alt annet enn en vanlig dag for pårørende. Derfor er betydningen av *rett type og mengde* omtanke, medfølelse og empati viktige nøkkelerord for helsepersonell å merke seg i kommunikasjonen med etterlatte i akutt fase etter selvmord (Norton, 2017).

Flere av studiene konkluderte med at sorgen knyttet til selvmord skiller seg klart fra sorgen som oppleves ved annen type brå død, og kommunikasjonen med de etterlatte etter selvmord skiller seg da også klart fra kommunikasjonen med etterlatte ved annen type brå død. Det er mange ulike faktorer som trekkes frem som grunner til hvorfor kommunikasjonen er annerledes, blant annet det faktum at dette er pårørende til et menneske har *valgt* å ta sitt eget liv, i stedet for å være offer for en ulykke eller annen hendelse. I tillegg trekkes sjokkmomentet inn som en av faktorene; selvmordet kan komme som en brå, utenkelig hendelse, eller en hendelse som har vært fryktet over lengre tid. Likevel kommer dødsbudskapet brått på, og reaksjonene i etterkant er uventet og ukjente (Botha et al., 2009; Norton, 2017; Tal Young et al., 2012).

### 3.2.2 Etterlattes behov

Etterlattes behov for bistand og støtte i etterkant av et selvmord vil i stor grad variere fra person til person. Likevel ser man fellestrekk som går igjen blant de etterlatte, i form av behov for å forstå hvorfor en av deres kjære valgte å ta sitt eget liv, behov for støtte blant familie og nære, og behov for informasjon og bistand i akutt fase (Tal Young et al., 2012).

I tillegg til praktiske gjøremål som må gjennomføres i tiden etter et selvmord, kommer også etterlattes følelser godt til syne. De sitter ofte igjen med spørsmål om hvorfor deres kjærlighet og forhold til den avdøde ikke var nok til å holde vedkommende i live (Botha et al., 2009; McDaid, Trowman, Golder, Hawton & Sowden, 2008). I tillegg til sorg og savn, kan mange etterlatte kjenne på følelser som sinne og frustrasjon overfor den avdøde. I studien til Tal Young m.fl. (2012) trekkes sinne og frustrasjon frem som følelser som kan bidra til å komplisere sorgen ytterligere.

I ettertid av et selvmord har etterlatte gitt uttrykk for et behov for støtte og et ønske om kontakt med profesjonelle innenfor temaet. Likemenn, støttegrupper og profesjonell hjelp, eksempelvis psykolog, ble trukket frem (Peters, Cunningham, Murphy & Jackson, 2016). Det belyses også i studien til Miers m.fl. (Miers, Abbott & Springer, 2012), at etterlatte hadde problemer med selv å opprette kontakt med støttegrupper og søke profesjonell hjelp, og at dette videre bidro til å vanskeliggjøre en allerede krevende situasjon. Det nevnes at de etterlatte skulle ønske at noen fra støttegrupper eller den profesjonelle hjelpen kunne tatt kontakt først. McDaid m.fl. (McDaid et al., 2008) trekker likevel i sin studie frem at det var ingen tydelig gunstig bedring i sorgreaksjonen hos etterlatte som deltok i familiebasert kognitiv atferdsterapi, kontra etterlatte som ikke deltok. Imidlertid opplevde de færre unormale sorgreaksjoner, og mindre skyldfølelse i etterkant av selvmordet.

Mange etterlatte har et sterkt behov for å snakke om den avdøde, både i akutt fase, men også i tiden etter selvmordet. Gode samtaler og opplevelsen av at medmennesker har tid til å lytte kan være til god hjelp for de etterlatte for å komme seg i gang med, eller arbeide seg videre i sorgarbeidet (Tal Young et al., 2012). Behovet for å ikke føle seg alene ble også trukket frem som en viktig faktor i Wainwright m.fl. (2020) studie. Foreldre hadde et behov for å snakke om den avdøde, men følte også de måtte velge hvem de henvendte seg til, i frykt for at de skulle møte negative reaksjoner. Foreldrene i studien fortalte om vanskeligheter med å snakke om selvmord med mennesker som ikke hadde opplevd det i nær relasjon selv. Deltakelse i støttegrupper, og samtaler med profesjonelle helsearbeidere ga mange av foreldrene en bekreftelse på at de ikke var alene, og de fikk møte andre som hadde opplevd hendelser lik deres (Wainwright et al., 2020).

For mange etterlatte virker opplevelsen av sosiale traumer og stigmatisering i etterkant av et selvmord inn på sorgprosessen. Slektninger og venner av mennesker som har mistet livet som følge av selvmord opplever i større grad stigmatisering, skam, skyld og ansvar, enn slektninger og venner av mennesker som døde av andre årsaker (Wainwright et al., 2020). Sheehan m.fl. viser i sin kvalitative studie at etterlatte som opplevde dømmende holdninger, enten til avdøde eller til seg selv, var sjeldent hvis dødsfallet skyldes *naturlig død*. I deres studie oppsto dette kun hos intervjuobjekter som var etterlatte ved selvmord eller ved annen brå død. Det de derimot trakk frem som vanlig hos etterlatte ved selvmord, var sosiale vanskeligheter, forstyrrede interaksjoner med andre mennesker og at andre mennesker unngikk å snakke om hendelsen eller den avdøde (Sheehan et al., 2018). Dette ble beskrevet som tyngende for den etterlatte, og opplevdes for noen som hensynsløst. «People don't know what to say, and I understand that, but at the same time, it is awkward, and it feels sort of, you know, rude nearly, when people don't say... "I was sorry for your loss.", or "How are you", even, or anything" (Sheehan et al., 2018, s. 10).

### **3.2.3 Sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord**

Et viktig funn i litteraturstudien er opplevelsene etterlatte etter selvmord sitter igjen med, etter første møte med helsetjenesten. Flere beskriver varierende kvalitet i samtaler med sykepleiere, ambulansarbeidere, leger, eller andre fra helsetjenesten som var tilstede de første timene etter de ble informert om selvmordet. Måten beskjedne ble formidlet på, og helsepersonellens evne til å vise empati og medfølelse ble trukket frem som viktige faktorer som var med å påvirke opplevelsen av situasjonen i lang tid framover (Norton, 2017; Peters et al., 2016; Wainwright et al., 2020).

Studien til Peters, m.fl. (2016) viser at selv om ambulansearbeidere, politi og annet akuttmedisinsk personell ofte er de første som ankommer etter et selvmord, er det beskrevet signifikante variasjoner i måten etterlatte blir møtt på. Det varierer fra svært hjelpsomt og imøtekommende personell, til dømmende og avvisende personell (Peters et al., 2016). Dette belyser enda en gang viktigheten av kunnskap og forståelse hos helsepersonell om hvordan å ivareta etterlatte på en god måte.

Et av hovedpunktene som trekkes frem i flere av studiene er viktigheten av korrekt, tidlig og forståelig informasjon til etterlatte. Noen etterlatte beskriver å sitte igjen med opplevelsen av å bli holdt utenfor, og dette har satt dype spor (Norton, 2017; Peters et al., 2016). En av sykepleierens hovedfunksjon er å ta ansvar for å være den informerende og tryggende i en slik situasjon.

## 4 Teori

I dette kapitlet presenteres teori som vil bli brukt i resultatdiskusjonen. Teorien er valgt for å belyse problemstillingen sammen med hovedfunn fra forskningsartiklene.

### 4.1 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 (Leenaars, 2010, s. 8).»

Definisjoner på selvmord er blitt publisert i ulike versjoner gjennom årenes løp. Noen har et sterkt fokus på selve handlingen og intensjonen, mens andre igjen tar et større perspektiv i betraktning og forsøker å forklare årsakene forut for handlingen. 674 mennesker i Norge valgte i 2018 å ta sitt eget liv. 472 menn og 202 kvinner (Folkehelseinstituttet, 2019). Livet ble uutholdelig å leve og det endte i selvmord.

Følelser som håpløshet og emosjonell smerte vil for mange regnes som relativt vanlige opplevelser. For de fleste vil disse følelsene prege hverdagen i større eller mindre grad i perioder. For noen mennesker blir disse følelsene overveldende, men vil likevel i mange tilfeller ikke føre til handlinger som selvmordsforsøk eller gjennomførelse av selvmord. Risikoen for utførelsen av selvmord øker derimot når disse følelsene kombineres med opplevelsen av at man er fremmedgjort fra andre, og samtidig en belastning for miljøet rundt (Thomas E. Joiner, 2005).

### 4.2 Sorg

«Det finnes kanskje ikke noe sterkere uttrykk for kjærlighet enn sorg» (K. Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2011, s. 59). De etterlatte etter selvmord vil ofte kunne oppleve en følelse av uvirkelighet når de får vite om dødsfallet. Oppfatningen av å stå utenfor og skue inn, nesten som å drømme, eller som om alt skjer på film er opplevelser beskrevet av etterlatte som mottok beskjeden om at en av deres nærmeste hadde tatt sitt eget liv. Det kan være vanskelig å ta inn over seg at en virkelig opplever det en gjør (Peters et al., 2016).

Sorg og reaksjoner vil utartes forskjellig og variere i intensitet og varighet, og mennesker reagerer ulikt. For noen kan sorgprosessen begynne med en gang etter at de har fått informasjon om dødsfallet, mens hos andre kan det ta tid før prosessen kommer i gang. Det er svært viktig at omgivelsene har respekt og forståelse for ulike måter å sørge på. For de fleste etterlatte vil sorgen endres over tid, savnet kan være sterkt og gråten kommer lett, men tankene om selve hendelsen og følelsene rundt kan ha blitt endret (K. Dyregrov et al., 2011).

### 4.3 Menneskesyn

«Synet på mennesker ligger som en uttalt forutsetning for våre handlinger som personer og yrkesutøvere. (...). Det er derfor viktig at vi bevisst reflekterer over hva menneskesynet betyr for utøvelsen av sykepleie» (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 98).

I et hvert møte med mennesker ligger vårt eget menneskesyn til grunn, både bevisst og ubevisst. Dette er viktig å være klar over i møtet med etterlatte etter selvmord. Menneskesynet innebærer vår forståelse for et annet menneskes opplevelser og tanker i en situasjon. Det vil komme til syne gjennom handlinger vi utfører, og formes gjennom kunnskap, erfaringer, livssituasjon og hendelser. Ut fra dette kan man si at menneskesynet vårt er i stadig endring. (Kristoffersen & Nortvedt, 2016; Travelbee, 2001).

Menneskesyn, livssyn og etikk er tett knyttet sammen. I møte med andre mennesker har man med seg alle tre, og de spiller inn på hvordan opplevelsen blir. Som helsepersonell i møte med mennesker må man kunne sette sitt eget livs- og menneskesyn til side. Respekten for ulike menneskesyn, og menneskeverdet er en sentral verdi i yrkesetiske retningslinjer for helsepersonell (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Våre holdninger, oppfatninger og egne meninger vil virke inn på hvordan vi ser på et menneske som har valgt å ta sitt eget liv, og dermed videre virke inn på hvordan vi møter de etterlatte. Det er da viktig å være seg bevisst på at dette vil kunne påvirke møtet, og i hvor stor grad det virker inn (Eide & Eide, 2017; Travelbee, 2001).

#### **4.4 Den vanskelige samtalen**

Ivaretagelse av pårørende i etterkant av et selvmord stiller store krav til sykepleier. Mange følelser kommer til syne, og sykepleier står i en situasjon der man ikke aner hvordan de etterlatte vil reagere. En god samtale i akutt fase etter et selvmord vil ikke nødvendigvis basere seg på hvilke ord som blir sagt. Tomme fraser og ord for å fylle stillheten bør unngås, og er ofte mer til trøst for hjelpende personell enn det er for de etterlatte (Norton, 2017; Wainwright et al., 2020). Det å vise at man har tid, er tilstede sammen med og har muligheten til å lytte vil kunne være den beste hjelpen man kan gi et menneske i krise (Håkonsen, 2017). Mennesker i krise vil ofte ha behov for å bruke tid på å finne ord for å beskrive deres følelser og opplevelse av situasjonen. Derfor vil ro og trygghet kunne være til stor hjelp (A. Dyregrov, 2008).

Å skulle fortelle en vanskelig nyhet er en dynamisk prosess som kan deles opp i seks ulike faser (Eide & Eide, 2017, s. 224-225):

- forberede seg selv
- forberede den andre
- formidle nyheten
- gi emosjonell støtte
- gi praktisk hjelp
- oppsummere og avslutte

Det å forberede seg selv er noe av det viktigste man gjør før vanskelige nyheter skal formidles. Forberedelsene sykepleier gjør kan være avgjørende for forløpet av samtalen. Ved å selv være trygg, samlet og rolig i situasjonen, kan man skape trygghet for den mottakende part. I forkant av samtalen må sykepleier skaffe seg presis informasjon, finne et egnet sted til å formidle nyheten og til sist finne ut hvordan man skal formulere seg. Hovedprinsippet er å skape en situasjon der mottakeren er best mulig i stand til å motta beskjeden (Eide & Eide, 2017).

Det er ikke til å unngå at det kan oppleves som svært belastende for sykepleier å stå i en slik situasjon der man må yte helsehjelp til pårørende, men også håndtere sine egne følelser og inntrykk. Vi mennesker er ulike når det gjelder å skille mellom jobb og privatliv, men for å kunne stå i yrket over tid er det viktig å danne seg strategier for å



håndtere inntrykkene. Man kan ikke ta inn over seg sorgene til alle mennesker man møter gjennom arbeid, for så i tillegg ha overskudd til å kunne være til hjelp (K. Dyregrov & Dyregrov, 2008).

#### **4.5 Kriseteori**

Etterlatte opplever en krise i forbindelse med selvmord. Det er derfor sentralt å inkludere kriseteori i dette kapitlet. En krise kjennetegnes av at mennesket ikke kan benytte seg av kjente og vanlige metoder for å løse situasjonen en står i. «Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon» (Håkonsen, 2017, s. 255). Alle mennesker vil i løpet av livet oppleve situasjoner der kravene til mestring overstiger deres egen mestringsevne.

Et kriseforløp kan beskrives på ulike måter, men den svenske psykiateren Johan Cullberg (Cullberg, 2007) presenterer forløpet i fire faser: *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. Sjokkfasen beskrives som den første tiden, alt fra minutter til dager, etter hendelsen. De etterlatte er da preget av sterke, avvergende reaksjoner og er ikke i stand til å bearbeide opplevelsen, men bruker all energi på å prøve å forstå. De opplever et emosjonelt kaos. Reaksjonsfasen er den tiden der de etterlattes reaksjoner kommer tydeligere frem. Krisereaksjoner som fortvilelse, gråt, sinne, depresjon og sorg er i litteraturen beskrevet som vanlige. I bearbeidingsfasen forsøker de etterlatte å se fremover og finne tilbake til det grunnleggende som var tilstede før selvmordet skjedde. Man søker stabilitet og trygghet i hverdagen. Bearbeidningen av en krise innebærer en aksept av hendelsen, og man ønsker å gi tilværelsen et nytt innhold. Den siste av fasene beskrives som nyorienteringsfasen. I denne perioden vil de sterke emosjonelle reaksjonene være roet. Tiden har gått og etterlatte har lagt et grunnlag for en ny hverdag. Det vil ikke dermed si at sorgen er over, eller at fortvilelsen over situasjonen har forsvunnet, men opplevelsen av selvmordet er ikke lenger dominerende i de etterlattes oppmerksomhet (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2017; Håkonsen, 2017).

Det er viktig å ha i minne at presentasjonen av disse fasene er organisert og systematisk framstilt. I realiteten vil disse fasene være preget av å være mer psykologiske tilstander, enn faser i kronologisk forstand (Eide & Eide, 2017).

#### **4.6 Sykepleierteori**

Joyce Travelbee trekker i sin sykepleietenkning og sykepleiefilosofi frem viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk for å kunne oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Ved å bruke seg selv terapeutisk byr man på innarbeidet erfaring og kompetanse, samtidig som man nytter seg av sine medmenneskelige evner, for å oppnå en hensiktsmessig relasjon (Travelbee, 2001).

Å kunne bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke personligheten sin bevisst og målrettet, for å forsøke å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleier bør dermed ha en dyp innsikt i det å være et medmenneske. Dette krever selvinnsikt, evne til å tolke egen og andres atferd, selvforståelse og evne til å sette innlært teori ut i praksis. «Å bruke seg selv terapeutisk er en kunst og en vitenskap, det krever disiplin så vel som selvinnsikt, fornuft så vel som empati, logikk så vel som medfølelse» (Travelbee, 2001, s. 44-45). En sykepleier i møte med etterlatte etter selvmord bør med andre ord kunne benytte både tillært teori og kunnskap, i kombinasjon med erfaring og egne

egenskaper (Travelbee, 2001). Ved å bruke seg selv terapeutisk for å skape en relasjon til en pasient eller pårørende, vil man som sykepleier oppleve å påvirkes følelsesmessig. Det er i disse relasjonene man bør være observant på å være profesjonelt personlig, og skille mellom profesjonelle og private relasjoner (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Grensene for personlig involvering i pasient eller pårørendes situasjon kan sies i å være bestemt av hendelsens art. I enkelte situasjoner er det behov for at sykepleier gir mer av seg selv, sin omsorg og sin kunnskap. Det kan eksempelvis være i møte med pårørende etter selvmord, der pårørende i mange tilfeller vil ha stort behov for en sykepleiers tilstedeværelse. I andre situasjoner kan det være større behov for ulike deler av en sykepleiers utøvelse av faget.

# 5 Diskusjon

Kapitlet innledes med en metodediskusjon. Deretter drøftes resultatene i anvendt litteratur opp mot teoribakgrunn, artikkelresultater og egne erfaringer.

## 5.1 Metodediskusjon

Retningslinjene til NTNU Trondheim ble benyttet som rettesnor i arbeidet med oppgaven. Litteraturen i denne systematiske litteraturstudien består av åtte forskningsartikler, som følger aktuelle retningslinjer og formelle krav for skriftlig arbeid, samt pensumlitteratur og annen litteratur som ble vurdert som aktuell. Tema for litteraturstudien ble presentert i begynnelsen av arbeidet med oppgaven, og det ble ut fra valgt tema utarbeidet en prosjektplan.

Prosjektplanen hadde et spesielt fokus på metode og litteratursøk, og den viste fremgangen i litteraturstudien, samt planen for å oppnå fastsatt mål. Problemstillingen er blitt noe endret underveis, for å passe best mulig til inkludert litteratur, men likevel beholdt ganske nært opp mot utgangspunktet. Perspektivet i oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiefaget.

Studiene som inkluderes er fra Storbritannia, USA og Australia. En styrke i å inkludere studier fra andre land er at man kan få belyst flere sider av problemstillingen, og se på temaet i et større perspektiv. En av svakhetene kan være at det gjennomføres ulik praksis i helsetjenesten i Norge/Norden, kontra de landene som er inkludert i studien. Det skulle da gjerne vært inkludert artikler fra Norden for å se om vesentlige forskjeller kommer til syne. Dessverre var det vanskelig å finne artikler som omhandlet kommunikasjon med etterlatte etter selvmord fra dette området.

Selv om to av de inkluderte artiklene er over ti år gamle, inkluderes de likevel i litteraturstudien på grunn av sin relevans for å belyse problemstillingen. McDaid m.fl. (McDaid et al., 2008) ser i sin studie på etterlattes behov for intervensjoner fra helsetjenesten, og trekker frem det faktum at det ikke er alle etterlatte som opplever et stort behov for bistand i etterkant av et selvmord i nær relasjon. I studien til Botha m.fl. (Botha et al., 2009) ser de nærmere på den akutte tiden etter et selvmord, og hvordan denne kan virke inn på sorgprosessen til de etterlatte. Denne artikkelen er direkte knyttet opp mot problemstillingen, og sees på som svært relevant.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I diskusjonen i denne systematiske litteraturstudien skal resultatene diskuteres i lys av teoribakgrunn, relevant sykepleieteori, egne erfaringer og konsekvens for sykepleie, for å belyse problemstillingen:

*Hvordan best møte og ivareta nære pårørende i akutt fase etter selvmord?*

### **5.2.1 Kommunikasjon med de etterlatte i akutt fase etter selvmord**

Å skulle fortelle sjokkerende nyheter kan oppleves av helsepersonell som svært vanskelig (Helsedirektoratet, 2011; Norton, 2017). Ulike faktorer vil kunne komplisere situasjonen. Opplever man som uerfaren sykepleier å stå i en slik situasjon, vil det kunne føles som en tilnærmet umulig oppgave å skulle være tilstede for noen som har fått beskjed om at en av sine nære har tatt sitt eget liv (Norton, 2017). En forklaring på hvorfor det oppleves som umulig kan tenkes å være at det er en ekstrem situasjon. Både for de etterlatte, men også for sykepleier som har mange ansvarsoppgaver å forholde seg til. Likevel kan man anta at det å møte mottakerens emosjonelle reaksjon og speile mottakerens følelser på en profesjonell måte, vil være vel så viktig som hvilke ord man velger å bruke i samtalen, eller hvilke handlinger man velger å utføre (Eide & Eide, 2017; Rekdal, 2015). Personlige erfaringer tilsier at mange etterlatte har behov for å oppleve at noen er tilstede, og at noen har tid til å sitte sammen med dem etter at de har mottatt beskjeden om at en av deres nære har tatt sitt eget liv. Den første samtalen vil i mange tilfeller kunne danne grunnlaget for de etterlattes videre opplevelse av første møte med helsetjenesten i denne situasjonen. «Det er fortellingen om, hvordan smertefulde opplevelser, der ikke udsættes for opmærksom og nysgerrig undersøgelse kan stivne og fastlåses i en bestemt form» (Holmgren, 2010, s. 273).

De ulike følelsene som vil kunne komme til syne i løpet av, og i etterkant av, en slik samtale er mange og varierte. Som nevnt tidligere er forskjellige reaksjoner like vanlig som vi mennesker er forskjellige (Botha et al., 2009). På den ene siden kan det tenkes at hvis helsepersonell aksepterer og møter disse reaksjonene på en god måte, vil de etterlatte kunne føle seg trygge på å tillate seg selv å vise følelser (A. Dyregrov, 2008; Eide & Eide, 2017). På en annen side kan det likevel tenkes at noen etterlatte har vanskeligheter for å vise følelsene sine i møte med sykepleier de ikke har en relasjon til (Travelbee, 2001). Det å vise seg sårbar og hjelpetrengende kan muligens gi en opplevelse av kontrolltap i en allerede kaotisk situasjon. I møte med andre etterlatte kan det tenkes at følelsene kommer bedre til syne. Det er en av grunnene for at sykepleier bør etterstrebe og sørge for tidlig sosial støtte for de etterlatte. I tidlig del av samtalen bør en etterspørre om det er noen de ønsker man skal kontakte. Dette er for å mobilisere sosial støtte, og for å bidra til at de etterlatte har noen nære og kjære sammen med seg i en tung stund (Håkonsen, 2017).

Reaksjoner på en traumatisk beskjed vil variere fra menneske til menneske. Ifølge Botha m.fl. (Botha et al., 2009) er en beskjed om et uventet dødsfall et stort sjokk, og igangsetter en krisereaksjon hos de pårørende. Krisereaksjonen som oppstår kan medføre aktivering av det autonome nervesystemet. Reaksjoner som hjertebank, skjelvinger, munntørrhet, pusteproblemer, kvalme og brekninger er alle et resultat av det autonome nervesystemets aktivering. Disse reaksjonene styres av reflekser og er uavhengige av viljen (Tal Young et al., 2012; Wyller, 2014). Å møte mennesker i krise krever både faglig innsikt og personlige egenskaper hos en sykepleier. Man kan på bakgrunn av dette mene at det stilles krav til bred kunnskap og kompetanse fra sykepleierens side for å møte de ulike reaksjonene som kan komme. Ut fra dette kan man videre spørre seg; hvordan kan sykepleier håndtere de varierende reaksjonene man møter hos etterlatte? Et mulig svar på dette kan være at terapeutisk tilnærming i slike situasjoner er ofte viktig, men den nære og personlige kontakten mellom mennesker trekkes frem som noe av det viktigste bidraget til at man kan hjelpe mennesker i krise (Travelbee, 2001). Sett i lys av dette er det viktig å forstå og vite at et menneske er i krise, og at mennesker i krise kan reagere på ulike måter. Mennesker som opplever

alvorlige traumer eller vanskelige livssituasjoner vil ofte endre atferd – eksempelvis i form av manglende eller reduserte følelsesmessige reaksjoner, eller tydelige reaksjoner som gråt og fortvilelse (Håkonsen, 2017; Travelbee, 2001). Egne erfaringer fra helsetjenesten tilsier at helsepersonell kan observere ulike reaksjoner hos kvinner og menn, unge og eldre. Eksempelvis kan det trekkes frem at eldre menn ofte trekker seg bort fra situasjonen og oppleves som tilbaketrukkne, mens unge kvinner kan vise et vidt følelsesspekter og ha et tydelig reaksjonsutbrudd. Det er viktig å nevne at disse observasjonene ikke vil stemme overens med ethvert møte med etterlatte, og at variasjonene er mange.

Ut fra egne erfaringer møter ambulanspersonell ofte etterlatte etter selvmord i pårørendes hjem. Rammene rundt den vanskelige samtalen vil i mange tilfeller kunne være utfordrende for sykepleier å innvirke på. Likevel bør sykepleier legge til rette for at samtalen skal kunne gjennomføres i trygge og rolige omgivelser. Man kan reflektere over om rammene rundt samtalen er det viktigste i møte med etterlatte, eller om det er andre faktorer som også trekkes frem? For mange etterlatte oppleves måten de blir informert om dødsfallet på, som det viktigste i forbindelse med meddelelsen av hendelsen. I tillegg trekkes holdningen til budbringer, klarheten i beskjedene, muligheten til å gjennomføre samtalen uforstyrret samt den kunnskapen budbringer innehar om situasjonen, som viktige i samtalen med helsepersonell i en krisesituasjon (A. Dyregrov, 2008; Peters et al., 2016). Det kan på bakgrunn av dette tenkes at det er flere viktige faktorer som bør tas hensyn til i en slik situasjon. Gjennom praksis og arbeid i ambulansetjenesten har jeg opplevd at noen etterlatte har problemer med å følge med på informasjonen som blir gitt fra helsepersonell, på grunn av forstyrrende elementer i omgivelsene rundt samtalen. Ut fra dette kan det tenkes at å finne et egnet sted for å overbringe beskjedene, bør prioriteres.

Usikkerhet hos helsepersonell om når informasjon skal gis, kan føre til ulik praksis i akuttsituasjoner (Norton, 2017). Noen sykepleiere kan være usikre på seg selv og sin egen utførelse av sykepleie til etterlatte etter selvmord. Det vil også være individuelt for de etterlatte hvor mye informasjon de er mottakelige for. Dette kan tenkes å vanskeliggjøre en allerede utfordrende situasjon. Likevel kan man se for seg at en av de viktigste delene av utførelsen av sykepleie i en slik situasjon, er å sørge for nok informasjon til etterlatte slik at en legger til rette for at de kan ta gode beslutninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Mangel på informasjon kan skape utrygghet og uvisshet for etterlatte. Derfor kan det på et tidlig tidspunkt være riktig å gi informasjon om:

- vanlige emosjonelle, kognitive og atferdsmessige reaksjoner etter et tap
- forskjeller i reaksjoner innen familien, (familiedynamikk) og eventuelle kjønns- og aldersforskjeller i reaksjoner
- barns reaksjoner
- håndteringsråd i forhold til traumatiske minnebilder, søvnvansker m.m.
- reaksjoner og ulike forløp over tid, og forberedelse på passering av årstider og høytider
- sosiale nettverksreaksjoner som kan forventes
- forberedelse på ritualer, retur til hendelses- eller ulykkessted, eller sykehusavdelingen
- offentlige hjelpetilbud, økonomiske støtteordninger og juridisk hjelp, sorggrupper og støtteorganisasjoner som Stine Sofies Stiftelse, Landsforeningen for etterlatte

ved selvmord, Landsforeningen uventet barnedød og Vi som har et barn for lite (K. Dyregrov & Dyregrov, 2006, s. 216).

Erfaringsmessig har de etterlatte god nytte av informasjonen som blir gitt i en akutt situasjon, hvis sykepleier klarer å vurdere om de etterlatte er mottakelig for dette. Å overøse de etterlatte med informasjon kan oppleves som overveldende. Sett i lys av dette stilles det krav til sykepleiers vurderingsevne for å ta en god beslutning omkring hvilken informasjon som skal gis til hvilket tidspunkt.

### **5.2.2 Etterlattes behov**

Etterlatte ved selvmord vil oppleve hendelsen som traumatisk, selv om det kan ha vært faresignaler i forkant slik som varsler eller selvmordsforsøk. Et selvmord skjer alltid brått, og som regel uventet (Tal Young et al., 2012). En slik hendelse vil skape uro og opplevelse av uforutsigbarhet. Det kan dermed tenkes at det oppleves trygt for etterlatte å bli ivaretatt av helsepersonell. På hvilken måte kan sykepleier i ambulansetjenesten anvende tilegnet teori om mellommenneskelige møter for å ivareta etterlatte på en god måte? En mulighet er å benytte psykologisk førstehjelp og den kunnskapen dette omhandler. Psykologisk førstehjelp fra et sykepleieperspektiv kan komme til syne i form av god ivaretagelse, omsorg, respekt og forståelse. Man sørger for å skape et trygt klima for noen som har opplevd et traume, og man tilstreber ro og orden for å minimere sanseintrykkene. Et viktig aspekt innen psykologisk førstehjelp er å sørge for at den informasjonen man gir er tilpasset mottakeren. For de fleste vil rask og korrekt informasjon, kombinert med god omsorg være den viktigste formen for ivaretagelse i en akutt fase (Helsedirektoratet, 2011; Heltne & Dyregrov, 2008). «Den profesjonelle sykepleierens oppgaven i denne fasen er å omsette medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger» (Travelbee, 2001, s. 211). Sykepleier må med andre ord ha kunnskap og ferdigheter forankret i sine handlinger, slik at de ikke er utført kun på grunnlag av medfølelse og sympati. Det er ikke nok å inneha ønske om å hjelpe, sykepleier må også vite hva som er hensiktsmessig hjelp, og hva det innebærer. Som nevnt tidligere i avsnittet kan dette innebære rask og korrekt informasjon kombinert med god omsorg, for å gi pårørende en opplevelse av god ivaretagelse.

Helsehjelpen som tilbys de etterlatte i akutt fase etter et selvmord vil kunne tenkes å være avgjørende for hvordan situasjonen oppleves i ettertid. Dette kan være i form av positive opplevelser, til tross for situasjonen, eller negative opplevelser som uforstand, hjelpeløshet og manglende informasjon (K. Dyregrov et al., 2011). Dette kan dermed stemme godt overens med studien til Peters m.fl. (Peters et al., 2016) som trekker frem at etterlatte etter selvmord beskriver mangel på konkret informasjon fra helsepersonell i akutt fase, bevissthet rundt tilgjengelige tjenester, manglende støtte innenfor kritiske tidsrammer, økonomiske belastninger, samt utilfredsstillende møte med fagfolk som var redde eller dårlig forberedt på å gi god psykologisk støtte, som noen av hindringene for å oppnå tilstrekkelig støtte i en traumatisk situasjon. Man kan ut fra dette hevde at et ansvar for å utøve forsvarlig og god faglig helsehjelp, hviler på skuldrene til helsepersonell i møte med etterlatte etter selvmord.

### **5.2.3 Sykepleiers rolle i møte med etterlatte etter selvmord**

Selv om helsepersonellet spiller en avgjørende rolle er det ifølge Norton, få som har gjennomført kurs eller utdanning knyttet til håndtering av etterlatte etter selvmord (Norton, 2017). Til tross for dette ser man at det stilles store krav til en sykepleiers utøvelse av helsehjelp ved første møte med pårørende i akutt fase etter et selvmord. Dette kan tenkes å skape utfordringer for praktisk gjennomførelse av sykepleie for

uerfarne sykepleiere i møte med etterlatte etter selvmord (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Tryggheten og erfaringen man ønsker å inneha er kanskje ikke til stede i like stor grad som man skulle ønske. Krisepsykologi og psykologisk førstehjelp er på grunn av dette viktige temaer en sykepleier bør ha kunnskap om for å kunne hjelpe og forstå reaksjonsmønstre til etterlatte på en god måte (Cullberg, 2007; K. Dyregrov et al., 2011). Det kan tenkes at ved manglende kompetanse i å støtte etterlatte i akutt fase etter selvmord, kan en vanskelig situasjon bli enda mer krevende for sykepleier å være til stede i. Man kan da videre se for seg at ved mangel på kunnskap om krisepsykologi og psykologisk førstehjelp vil det kunne være vanskelig for sykepleiere å forstå etterreaksjoner som kan oppstå hos etterlatte. Dette kan videre føre til at problemer ikke registreres av helsevesenet og andre aktører, og dermed vokser til større utfordringer. I denne sammenheng kommer det enda en gang tydelig til syne at sykepleiere har behov for et bredt kunnskapsgrunnlag for å kunne ivareta etterlatte i akutt krise (Helsedirektoratet, 2011; McDaid et al., 2008; Peters et al., 2016).

Etterlatte ved selvmord har, i motsetning til etterlatte ved naturlig død, spesielle behov som bør tas hensyn til (Botha et al., 2009; Norton, 2017; Tal Young et al., 2012). Dette vil i mange tilfeller innebære en lik symptombelastning som etterlatte ved annen brå død opplever, men de vil i tillegg også oppleve å være pårørende til mennesker som har *valgt* å ta sitt eget liv. De blir etterlatte til et menneske som har opplevd hverdagen som så uutholdelig at vedkommende ikke så annen utvei enn å avslutte livet. Etterlatte sitter da ofte igjen med mange ubesvarte spørsmål, noen med skyldfølelse og andre med en opplevelse av medansvar for at de ikke avverget hendelsen (Peters et al., 2016; Sheehan et al., 2018). I lys av dette vil man kunne se viktigheten av at sykepleiefagets innhold omfatter fagkunnskaper og verdier som er tilstede i enhver utøvelse av helsehjelp til pasienter. Fremme helse, lindre smerte, støtte ressurser og veilede fortløpende beskriver i mange tilfeller faktorer som tydeliggjør områder av sykepleierens funksjon (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Grunnleggende for utøvelsen av sykepleie er verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet, men likeledes må en sykepleiers handlinger være forankret i aktuell og anerkjent fagkunnskap, samt fagets verdigrunnlag (Travelbee, 2001). En sykepleier må praktisere sykepleie til pasienter og pårørende ut fra et kunnskapsfaglig perspektiv, men også inneha evnen til å vise empati, lese mennesket og dets kroppsspråk, og være oppmerksom. I løpet av sykepleiestudiet og gjennom erfaring fra arbeid i ambulansetjenesten vil personlige erfaringer kunne tilsi at utførelsen av sykepleie til pasienter og pårørende gjennomføres på svært ulike måter. Det kan tenkes at en fortløpende vurdering av situasjonen gjøres ut fra sykepleiers erfaring og kunnskapsgrunnlag, og refleksjoner i ettertid kan være av stor betydning for videre faglig og personlig utvikling som sykepleier. I sammenheng med dette kan man si at i situasjoner når krise, sorg og sykdom rammer kan etterlatte ha et behov for en trygg og solid støtte. Denne støtten kan godt tenkes å være en sykepleier.

## 6 Konklusjon

Litteraturstudiets hensikt var å se nærmere på kommunikasjonen og interaksjonene i det første møtet mellom helsepersonell og etterlatte i akutt fase ved selvmord. Resultatene viste at etterlatte hadde mange ulike opplevelser av første møte med helsetjenesten i etterkant av selvmordet. Noen opplevde møtet som positivt, tross omstendighetene, og til hjelp for videre bearbeiding av sorgen. Andre etterlatte satt igjen med opplevelsen av at møtet hadde vært traumatiserende, og kompliserte sorgarbeidet deres i stor grad. Funn viser også at måten helsepersonell har møtt etterlatte på, har spilt en stor rolle i hvordan sorgen bearbeides.

Inkluderte studier viste at etterlatte etter selvmord satt igjen med sterke reaksjoner og sorg i etterkant av hendelsen. Reaksjonene varierte fra person til person i intensitet og varighet. Det trekkes frem i studiene at det er viktig at sykepleier ser hele mennesket og dets reaksjonsmønster i situasjonen, og har kunnskap til å kunne utøve hensiktsmessig sykepleie til en sårbar gruppe. En sykepleier kan være tilstede og fremstå som en trygghet og en støtte i en vanskelig tid, ved å inneha kunnskap om psykologisk førstehjelp og mellommenneskelige forhold.

Behovet for å bli sett, hørt og støttet var sentralt. Mange etterlatte trakk frem at de fikk god støtte av familie og venner i tiden etter selvmordet, men at de ønsket bistand fra helsetjenesten til å få profesjonell hjelp. I noen av studiene trekkes det frem at etterlatte har blitt møtt på svært ulike måter i ettertid av selvmordet, da i hovedsak fra samfunnet rundt. Gjennomgående faktorer var upassende kommentarer, press om å bearbeide sorgen raskt og en opplevelse av at bekjente trakk seg unna.

### 6.1 Konsekvens for sykepleie

Manglende opplæring og kurs for helsepersonell trekkes frem som kompliserende faktorer i møtet med etterlatte ved selvmord. Usikkerhet rundt egen opptreden og hvordan kommunisere med etterlatte kan vanskeliggjøre utøvelsen av sykepleie. Det er et behov for økt kompetanse innenfor temaet slik at de etterlatte kan bli møtt av helsetjenesten på best mulig måte.

### 6.2 Forslag til videre forskning

I arbeidet med studien var det tydelig at det fantes mange publiserte studier som tok for seg etterlattes opplevelser og behov i etterkant av selvmord i nær relasjon. Det var likevel få studier som hadde sett grundigere på det første møtet mellom helsetjenesten og de etterlatte, altså den akutte fasen. Det vil derfor kunne være nyttig med ytterligere forskning som ser nærmere på kommunikasjonen med de etterlatte, og det første møtet generelt etter et selvmord. Gjennom litteratursøkene ble det tydelig at det var lite forskning fra Norden på helsetjenestens møte med pårørende. Både kvalitativ og kvantitativ forskning fra dette området ville vært til god hjelp for å belyse hvordan hjelp og støtte til etterlatte praktiseres.



## 7 Litteraturliste

- Botha, K.-J., Guilfoyle, A. & Botha, D. (2009). Beyond normal grief: A critical reflection on Botha, K.-J., Guilfoyle, A. & Botha, D. (2009). Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(1), 37-47.  
<https://doi.org/10.5172/jamh.8.1.37>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, A. (2008). Å gi dødsbudskap - rammer og fremgangsmåte. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (s. 31-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2006). *Sosial nettverksstøtte ved brå død- hvordan kan vi hjelpe*. Bergen: Fagbokforlaget A/S.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). Korleis påverkar det oss å arbeide med kriser og katastrofar? I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (s. 217-228). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2011). Etter selvmordet. I K. Dyregrov, E. Plyhn & G. Dieserud (Red.), *Etter selvmordet- veien videre* (1. utg., s. 33-45). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk: Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Dødsårsaksregisteret. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). Sjekkliste for etiske vurderinger. Hentet 18.03.2020 fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklistor.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf)
- Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet- veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (978-82-8081-234-6 ). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/\\_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-)

a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf

- Heltne, U. & Dyregrov, K. (2008). Oppbygging av kriseberedskap i kommunal regi. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (1. utg., s. 15-30). Bergen: Fagbokforlaget.
- Holmgren, A. (2010). Alle kan tale om traumer -- Hvorom der ej kan tales, bør der ikke ties. *Fokus på familien*, (04), 273-295.
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., s. 16). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leenaars, A. A. (2010). Review: Edwin S. Shneidman on Scuidice. *Suicidology Online* 1(1), 5-18. Hentet fra <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K. & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 438-443. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040824>
- Miers, D., Abbott, D. & Springer, P. R. (2012). A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager. *Death Studies*, 36(2), 118-133. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553341>
- Norton, K. (2017). Responding to a suicide death: The role of first responders. *Death Studies*, 41(10), 639-647. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335550>
- NSD. (2020). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 18.03.2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016). 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>
- Rekdal, K. W. (2015). Ivaretagelse av pårørende og etterlatte ved selvmord: Kan de nye nasjonale retningslinjene ha betydning? *Suicidologi*, 14(1). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1984>

- Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., ... Weber, S. (2018). Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors. *Omega (Westport)*, 77(4), 330-349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754290>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384446/>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomas E. Joiner, J. (2005). Why People die by Suicide: Further Development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Florida State University*, 1(1), 1-19. Hentet fra <http://portal.idc.ac.il/en/symposium/hspsp/2011/documents/cjoiner11.pdf>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: 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>
- Wyller, V. B. (2014). *FRISK - cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.