

Inger Lise Håvelsrud, Thea Marie Løvlien Nygård,
Hanne Strickert Selboe og Ingrid Steen
Kandidatnummer: 10081, 10009, 10036, 10136

Sykepleiere i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon

Hvordan kan sykepleier være en ressurs i møte
med etterlatte ved selvmord i nær relasjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aas
Mai 2022

Inger Lise Håvelsrud, Thea Marie Løvlien Nygård,
Hanne Strickert Selboe og Ingrid Steen
Kandidatnummer: 10081, 10009, 10036, 10136

Sykepleiere i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon

Hvordan kan sykepleier være en ressurs i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aas
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Naturkatastrofer:

jordskjelv

vulkanutbrudd

skogbrann

orkan flom

tørke erosjon

at du rev opp

hver eneste rot

og forsvant

(Dalsberget, 2022)

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleiere i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon	Dato:	19.05.22
Forfattere:	Inger Lise Håvelsrud, Thea Marie Løvlien Nygård, Hanne Strickert Selboe og Ingrid Steen		
Veileder:	Lisbeth Kjelsrud Aas		
Nøkkelord:	Selvmord, etterlatte, sorg, erfaringer og sykepleier		
Antall sider/ord:	37/9277	Antall vedlegg:	1
<p>Bakgrunn: I overkant av 600 mennesker begår selvmord i Norge hvert år. Selvmord er blant de største helseutfordringene i vår tid. Hvert selvmord fører til at omtrent ti personer kategoriseres som etterlatte. Som sykepleier kan man møte voksne etterlatte i de aller fleste helsetjenester.</p> <p>Hensikt: Undersøke om sykepleiere kan være en ressurs i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie basert på seks forskningsartikler, hvor av fire har en kvalitativ metode, en bruker en mixed-method og en er en systematisk litteraturstudie.</p> <p>Resultat: Etterlatte opplever en altoppslukende sorg preget av flere kompleksiteter. Stigmatisering fra nærmiljøet, men også helsepersonell, står fortsatt sterkt. De etterlatte har et stort behov for informasjon, emosjonell støtte og praktisk hjelp fra både helsepersonell og nære relasjoner i tiden etter selvmordet.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere kan være en ressurs i møte med etterlatte ved selvmord. Dette krever at sykepleiere innehar god kunnskap og kompetanse om selvmord, sorg og kriser. En sykepleier kan bidra til at etterlatte får god informasjon, tilby samtaler og ha en koordinerende rolle overfor den etterlatte. Sykepleiere kan også bidra til å bryte med stigmaet rundt selvmord ved å oppfordre til åpenhet. På bakgrunn av funn i denne oppgaven anses som tungtveiende at selvmord og etterlatte bør i større grad bli inkludert som en del av pensum i sykepleierutdanningen.</p>			

ABSTRACT

Title:	Nurses in meeting with suicide bereaved survivors	Date: 19.05.22
Authors:	Inger Lise Håvelsrud, Thea Marie Løvlien Nygård, Hanne Strickert Selboe og Ingrid Steen	
Supervisor:	Lisbeth Kjelsrud Aas	
Keywords:	Suicide, bereaved, grief, experience and nurse	
Number of pages/words:	37/9277	Number of appendix: 1
<p>Background: Suicide is a major public health concern, and each year approximately 600 Norwegians commit suicide. For every suicide, roughly 10 people grieve their death. Nurses may encounter adult suicide bereaved survivors (SBS) in all services within the health care sector.</p> <p>Purpose: Explore and investigate if the nurse can be an asset for SBS.</p> <p>Method: A literature study based on six articles, whereas four qualitative, one mixed-method and one systematic review.</p> <p>Results: Adult SBS experience an all-consuming grief, including several other factors that have a massive impact in the aftermath of suicide. Findings show that suicide bereaved still experience a great deal of social stigma from both their surroundings and in fact health care workers. The SBS need for information, emotional support and practical help from healthcare workers, peers and family in the aftermath is highlighted throughout the study.</p> <p>Conclusion: Nurses can be an asset to SBS. This implies that the nurse possesses a great deal of knowledge about suicide, grief and crises in advance. The nurse can be an asset in the aftermath in forms of giving extensive information to SBS, offer conversations and coordinate on behalf of the bereaved. In meeting with the bereaved, the nurse may help break the stigma by encouraging openness. Based on these findings, it is considered weighty that suicide and SBS are included as a part of the curriculum when educating nurses.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Bacheloroppgavens hensikt og problemstilling	5
1.3 Bacheloroppgavens avgrensninger	6
2.0 Bakgrunnsteori	6
2.1 Selvmord	6
2.2 Etterlatte ved selvmord	7
2.3 Sorgprosessen	7
2.4 Stress-sårbarhetsmodellen	9
2.5 Krisereaksjoner	9
2.6 Sykepleiers rolle overfor etterlatte til selvmord	10
3.0 Metode	12
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.2 Datainnsamling	12
3.2.1 Databaser	12
3.2.2 PICO-skjema	13
3.2.3 Fremgangsmåte i søk	13
3.2.4 Søkeshistorikk	14
3.2.5 En vurdering av kvalitet og etikk	14
3.3 Analyse	15
4.0 Resultater	16
4.1 Artikkelmatrise	16
4.2 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat	19
4.2.1 En altopplukende sorg - når alt faller fra hverandre	19
4.2.2 Stigmatisering, en stor belastning for de etterlatte	19
4.2.3 Behov for informasjon, støtte og hjelp fra helsevesenet	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Resultatdiskusjon	21
5.1.1 En altopplukende sorg - når alt faller fra hverandre	21
5.1.2 Stigmatisering, en stor belastning for de etterlatte	23
5.1.3 Behov for informasjon, støtte og hjelp fra helsevesenet	24
5.1.4 Bacheloroppgavens betydning for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling	27
5.2 Metodediskusjon	28
6.0 Konklusjon	30
Litteraturliste	32
Vedlegg	36

1.0 Innledning

I dette kapitlet blir bakgrunn for valg av tema, egeninteresse, hensikt, problemstilling og avgrensninger presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord regnes som en av de største helseutfordringene både nasjonalt og internasjonalt i vår tid (Helsedirektoratet, 2011). På verdensbasis begås det nær en million selvmord hvert år og i Norge ble det i 2020 registrert 639 selvmord (Folkehelseinstituttet, 2021). Hvert selvmord berører cirka 10 personer, totalt vil dermed mellom 6000 - 7000 innbyggere i Norge bli berørt hvert år. Det er bevist at flere av de etterlatte savner et system som kobler de opp mot en offentlig hjelpeinstans med god og rett kompetanse på selvmord og etterlatte til selvmord (Helsedirektoratet, 2011). Det finnes flere tilfeller hvor etterlatte har blitt plassert bakerst i en allerede lang helsekø og opplever at situasjonen blir forverret av dette (Skants, 2014). Selvmord i nære relasjoner er en viktig identifisert årsak til nye selvmord. Ivaretagelse av etterlatte kan derfor være selvmordsforebyggende i seg selv (Håkonsen, 2014).

Gruppen har en felles interesse for å tilegne oss mer kunnskap om temaet ved å fordype oss i valgt problemstilling. Vi har møtt både etterlatte og selvmordstruende individer gjennom praksis og arbeid, og anser derfor temaet å være svært relevant for egne opplevelser og fremtidig yrkesutøvelse. Med tanke på at man som sykepleier kan møte etterlatte i hele helsesektoren, anser vi det som nødvendig med økt kompetanse om etterlatte ved selvmord for å kunne være en ressurs. Sykepleiere må kunne møte etterlatte der de er. Vi håper derfor at denne bacheloroppgaven vil gi større forståelse for kompleksiteten rundt et selvmord og hvordan dette kan påvirke etterlatte, samt bidra til mer åpenhet rundt et stigmatisert tema.

1.2 Bacheloroppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om sykepleiere kan være en ressurs for etterlatte i etterkant av et selvmord i nær relasjon. Det er ifølge Helsedirektoratet (2011) store individuelle forskjeller i reaksjoner etter et selvmord, og det er derfor nødvendig å tilpasse tiltakene ut ifra behovene til hver enkelt etterlatt. Problemstillingen lyder derfor slik;

«Hvordan kan sykepleier være en ressurs i møte med etterlatte ved selvmord i nær relasjon?»

1.3 Bacheloroppgavens avgrensninger

For at oppgaven ikke skal bli for omfattende og upresis, er oppgaven avgrenset til å kun omhandle etterlatte over 18 år. Barn og unge mellom 0-18 år kan også være i nær relasjon til personer som har begått selvmord, men er ekskludert på bakgrunn av at de ofte har en annen type sorgreaksjon og måte å bearbeide belastende hendelser på enn voksne (Helsedirektoratet, 2011). Hovedfokuset vil være etterlatte som har hatt en nær relasjon til personen som har begått selvmord. Etterlatte ved selvmordsforsøk og hvordan hele samfunn kan bli påvirket av selvmord er ekskludert med hensikt i å begrense oppgavens omfang.

2.0 Bakgrunnsteori

I dette kapitlet presenteres aktuell og relevant teori, samt forskning som bidrar til å belyse denne oppgavens problemstilling.

2.1 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. Shneidman (1985, som sitert i Helsedirektoratet, 2011, s. 12)

Flere menn enn kvinner begår selvmord, og ratioen er noe i overkant av 3:1 (Helsedirektoratet, 2011). Impulsive selvmord skjer når overveldende negative følelser overskygger evnen til å innta andre eller mer konstruktive perspektiver i en meget utfordrende krise. Selvmord er likevel i de fleste tilfeller ikke en impulsiv handling. Det er gjerne planlagt og et resultat av en lengre og sammensatt krise (Håkonsen, 2014). Personen har ofte vært gjennom flere vanskelige faser i livet, og ser ingen annen utvei enn selvmord for å bli kvitt sine problemer. Ulike belastende hendelser kan føre personer inn i vanskelige faser i livet, og alle har ulike forutsetninger som er med på å bestemme hvordan vi håndterer disse. Dette kan for eksempel være personlighet og medfødt sårbarhet, opplevd sosial støtte og tidligere erfaringer med belastende hendelser (Håkonsen, 2014).

2.2 Etterlatte ved selvmord

Det er varierende hvor stort omfanget av etterlatte er, men det er først og fremst de som blir direkte berørt av dødsfall i nær relasjon som omtales som etterlatte (Helsedirektoratet, 2011).

Nære relasjoner blir jfr. §282 Straffeloven (2005) definert som:

- a) nåværende eller tidligere ektefelle eller samboer, b) sin eller nåværende eller tidligere ektefelles eller samboers slektning i rett nedstigende linje, c) sin slektning i rett oppstigende linje, d) noen i sin husstand, eller, e) noen i sin omsorg.

Skants (2014) skriver at storfamilien, partnere, bofellesskap og venner i omgangskrets også anses som nære relasjoner. Selvmord har tradisjonelt vært et tabubelagt tema, ofte omgitt av skam, hvor flere opplever et behov for å skjule dødsårsaken for offentligheten. Av den grunn er det vanskelig for mange etterlatte å være like åpen om selvmordet som ved naturlig død eller andre tragiske dødsfall (Skants, 2014).

Videre påpeker Skants (2014) at de fleste mangler erfaring fra lignende situasjoner, og vet derfor ikke hvordan de skal forholde seg til det som har skjedd. Mange opplever å ikke finne de rette ordene, de kjenner på skyld og skam, og trekker seg unna. Etterlatte søker ofte etter en mening eller et svar på hvorfor selvmordet ble begått. Like ofte som et avskjedsbrev kan gi svar, kan det også inneholde anklagelser som fører til økt skyldfølelse hos de etterlatte (Skants, 2014). Ifølge Helsedirektoratet (2011) er slike avskjedsbrev sjeldent ment som en hevnaksjon, men at etterlatte likevel opplever det slik grunnet selvbebreidelse.

2.3 Sorgprosessen

Sorg er en normal psykologisk reaksjon ved tap av en person en har hatt et følelsesmessig forhold til. Denne sorgen vil over tid utvikle seg gjennom forskjellige faser, og kalles da sorgprosessen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015, s. 334) beskriver sorgprosessen som «den prosessen som foregår i oss fra motgangen rammer oss og fram til vi finner tilbake til livsmot og noe å leve for». Skants (2014) peker også på at følelsen av sinne og bitterhet over å bli forlatt kan prege den etterlatte i så stor grad at det kan stagnere sorgprosessen. Samtidig må det tas hensyn til at sorg vil kunne være ulik fra et individ til et annet, da den er både privat og personlig (Dyregrov, Plyhn og Dieserud, 2009). Norsk Helseinformatikk (2021) beskriver fire klassiske sorgfaser som er

gjenkjennbare hos de fleste som opplever sorg. Rekkefølgen vil kunne avvike, på grunn av nevnte individuelle ulikheter og det er heller ikke nødvendig å inngå alle fasene.

Sjokkfasen	Skyld og sinn / Reaksjonsfasen	Reparasjonsfasen	Aksept/ Nyorienteringsfasen
I denne fasen kan fornektelse vise seg tydelig, og en klarer ikke å tenke klart. Det er vanskelig å ta innover seg virkeligheten, og sjokk og lammelse er vanlig.	Her har en akseptert at tapet er reelt. Tanker som "kunne jeg gjort noe for å forhindre dødsfallet?" og "jeg var for lite til stede" kan melde seg. Ved selvmord er slike tanker svært vanlige, og ofte kan skyldfølelsen være svært overveldende (Adriessen <i>et al.</i> , 2019). Symptomer som depresjon, angst og kroppslige reaksjoner som kvalme, hjertebank og uvelhet er vanlig.	Grublingen fra reaksjonsfasen kan tidvis erstattes av et klarere fokus på tidligere interesser og andre ting som har betydning noe for en i hverdagen.	Ved å akseptere sorgen klarer en kanskje å begynne å leve livet mer som normalt igjen. Det kan veksle mellom å finne på koselige ting, glemme sorgen for en stund, gråte og la følelsene strømme. Det viktigste her er at en klarer å se fremover, og en har god tatt tapet. Dette betyr ikke at sorgen er over, men den tyngste delen slipper taket.

Tabell 1: De fire sorgfasene

Det å miste noen til selvmord disponerer for en større risiko for utvikling av komplisert sorg, hvor traumet og sjokket kan være sterkere enn ved andre typer dødsfall (Adriessen *et al.*, 2019). Det kan innebære at det blir vanskelig å finne en mening med livet igjen og dermed kan det bli utfordrende å fungere i hverdagen. Den vanligste formen for komplisert sorg er forlenget sorg, og det er den sorgen som det er vanligst at etterlatte etter selvmord står i fare for å havne i. En klarer ikke å ta innover seg tapet eller det faktum at personen en har mistet blir borte for alltid (Dyregrov og Dyregrov, 2017).

Stigma defineres av Evans og Abrahamson, (2020) som et sett av negative og ofte urealistiske oppfatninger en del mennesker har til et tema eller en gruppe individer. Dette stigmaet som mange etterlatte opplever etter selvmordet, bidrar ofte til hemmelighold og at de unngår å snakke om det som har skjedd. Dette kan igjen kobles sammen med faren for å utvikle forlenget sorg, psykiske påkjenninger, selvskading og utvikling av egne suicidale tanker (Evans og Abrahamson, 2020).

2.4 Stress-sårbarhetsmodellen

Stress-sårbarhetsmodellen er en tankemodell som er sentral i forståelsen av psykiske lidelser og mennesker i krise. Modellen beskriver individets sårbarhet på den ene siden, og nivået av stress som individet kan hanskkes med på den andre siden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2015). Den kan beskrive hvordan to ulike individer som blir utsatt for nøyaktig samme hendelse kan reagere forskjellig. Dersom individet evner å håndtere mengden stress ut fra sin sårbarhet, foreligger det en psykisk likevekt. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015) hevder at den berørte vil kunne miste evnen til å fungere som tidligere dersom den psykiske likevekt bryter sammen. Modellen er inkludert i oppgaven, da den synes å gi en helhetlig forståelse for hvordan de ulike etterlatte evner å håndtere reaksjoner i etterkant av et selvmord. På bakgrunn av dette vil denne kunnskapen være god å ha som sykepleier i møte med etterlatte.

2.5 Krisereaksjoner

En fellesnevner for sterke reaksjoner ved ekstreme hendelser er at de er helt normale følelsetilstander. En krise kjennetegnes derimot av at mennesket ikke klarer å finne en løsning på situasjonen med kjente metoder (Håkonsen, 2014). Selv når dødsfall er uventede eller tragiske, er de fleste mennesker konstruert slik at de tåler akutte hendelser og evner å forsone seg med døden. De færreste har behov for kvalifisert hjelp ved akutte hendelser. Dette avhenger blant annet av alder, kjønn, relasjon til avdøde og den enkeltes evne til å håndtere stress. Noen vil likevel oppleve at det bryter med deres psykiske likevekt (Skants, 2014). Krisereaksjoner deles gjerne inn i to kategorier; Indre utviklingskriser ved normale hendelser og traumatiske kriser påvirket av alvorlige ytre begivenheter. Ifølge den svenske psykiateren Johan Cullberg (1999, som sitert i Håkonsen, 2014) kan traumatiske kriser igjen deles opp i fire faser. Dette er illustrert i tabellen under:

Krisereaksjoner				
	Akutte faser		Bearbeiding	
	Sjokkfasen	Reaksjonsfasen	Bearbeidingsfasen	Nyorienteringsfasen
Varighet	Fra noen sekunder til et par dager	Fra 1-8 uker	Opptil et halvt år	Livet ut
Kjennetegn	Forvirring, fjernhet, manglende evne til å fullt forstå situasjonen. Flertallet virker rolige sett utenfra.	Kaos av følelser velter frem. Forsvarsmekanismer trer i kraft; Regresjon og fortregning.	Ser situasjonen i øynene og setter ord på dem. Snakker om hendelsen om og om igjen. Kan ta pauser fra reaksjonene.	Aksepterer og tilpasser seg den nye situasjonen. Orienterer seg mot hverdagen.
Behov for ivaretagelse	Andre må ta initiativ til å hjelpe	Andre må ta initiativ til å hjelpe	Søker hjelp selv	Søker hjelp selv

Tabell 2: Traumatiske kriser

2.6 Sykepleiers rolle overfor etterlatte til selvmord

Som sykepleier innehar man en allsidig yrkeskompetanse som kan benyttes i ulike helsetjenester. Sykepleiere forplikter seg til å følge de yrkesetiske retningslinjene, og må forholde seg til Helsepersonelloven (1999). Helsepersonelloven (1999) §4 sier at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Dette innebærer at iverksatte tiltak må ha en forankring i faglige anerkjente metoder, basert på teoretisk, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Helsepersonell skal dermed ha oppdatert og bred kunnskap om selvmord, herunder kompetanse på sorg og kriser. Sykepleier skal også ha kjennskap til ulike instanser, både på kommunalt og statlig nivå. Kommunalt kriseteam er et eksempel på hvor sykepleier kan møte etterlatte ved selvmord. De kan også møtes på helsestasjon, i skolehelsetjenesten og i hjemmebaserte tjenester (Helsedirektoratet, 2011). Disse helsetjenestene er lovfestet i både Helseberedskapsloven (2000) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

Sykepleier skal inneha kunnskap om gjeldende lover og regler, herunder brukermedvirkning og etterlattes rettigheter (Helsedirektoratet, 2011). Som sykepleier må man kjenne til hvem som regnes som etterlatt og hvem som regnes som nærmeste pårørende. I henhold til

lovverket er det et klart skille mellom hvem som har rett til informasjon og opplysninger om den avdøde, jfr. §21 Helsepersonelloven (1999).

Ifølge Skants (2014) anses ivaretagelse av etterlatte som en viktig del av helsepersonellens arbeid i møte med etterlatte. Ivaretagelse handler om psykososial oppfølging hvor mennesket føler seg sett, hørt og møtt i ulike situasjoner. Hensikten med ivaretagelse av etterlatte er å redusere negative tanker og følelser i etterkant av selvmord. Skants peker videre på tre begrep som kan forklare den mest hensiktsmessige måten å tilnærme seg etterlatte på: god informasjon, støtte og praktisk hjelp. Disse begrepene går igjen under samlebetegnelsen “postvention”, et ord som ble lansert i 1971 og omhandler alle tiltak rundt ivaretagelse av etterlatte (Shneidman, 1999, som sitert i Helsedirektoratet, 2011, s. 15). Helsedirektoratet ga i 2011 ut veilederen “Etter selvmordet” som en del av nasjonal retningslinje for selvmordsforebyggende arbeid. Formålet med denne veilederen var, og er fortsatt, å styrke oppfølging og tilbud til etterlatte ved synliggjøring av deres behov. Det er samtidig en oppfordring til samhandling mellom ulike aktører. Dette fordi mange etterlatte er faglig anerkjent for å havne i risikozonen for psykiske og fysiske utfordringer i etterkant av selvmord (Helsedirektoratet, 2011).

Ifølge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vil en tapsopplevelse ofte utvikle seg uavhengig av intensitet og alvor i tilstanden (Jensen, 2016). Det betyr at etterlatte vil reagere ulikt og individuelt i etterkant av selvmordet. Hun mener at det er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienter, som i denne sammenheng vil være de etterlatte, med å finne en mening etter hendelsen. Samtidig skriver Travelbee at sykepleier må utøve god dømmekraft i møte med etterlatte og ikke påvirke dem med egne meninger og holdninger. Videre sier hun at sykepleier kun har seg selv og sin kompetanse å spille på i situasjoner, samt at yrkesutøvelse bør skje med en ro og ydmykhet overfor de etterlatte. Det å skape et menneske-til-menneske-forhold blir trukket frem som et hovedfokus. Travelbee ønsker slik sett å se bort fra pasient- og sykepleierrollen for å skape tillit i relasjonsbyggingen de imellom (Jensen, 2016).

3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres litteraturstudie som metode, hvordan datainnsamlingen har blitt utført og analyse av innsamlet data. En litteraturstudie innebærer å bruke den allerede eksisterende, skriftlige litteraturen (Thidemann, 2019). Den aktuelle litteraturen for det valgte temaet i denne oppgaven vil bli beskrevet, analysert, drøftet og til slutt sammenfattet.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er viktig for å avgrense søkene i de vitenskapelige databasene, samt for å få rett søkeresultat (Thidemann, 2019). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er systematisert i en egen tabell for god oversikt:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Fagfellervurdert tidsskrift• Fagfellervurderte artikler• IMRAD-struktur• Engelsk språk• Etterlatte over 18 år	<ul style="list-style-type: none">• Artikler publisert før 2015• Etterlatte til andre dødsårsaker enn selvmord• Artikler som omhandler barn og unge• Artikler som omhandler selvmordsforsøk• Artikler som omhandler helsepersonell som etterlatte

Tabell 3: Inklusjons og eksklusjonskriterier

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Databaser

For å finne vitenskapelige forskningsartikler ble det foretatt brede litteratursøk i fire forskjellige forskningsdatabaser. Databasene Cinahl, Ovid Medline, Ovid Psych-info og The Cochrane Library ble sett på som aktuelle og relevante for vårt litteratursøk. Cinahl er en fagspesifikk database som retter seg direkte inn mot sykepleiefaget, og inneholder for det meste tidsskriftartikler med kvalitativ forskning. Ovid Medline er en mer generell database innenfor medisin og sykepleie (Thidemann, 2019). Cochrane Library er en fagspesifikk database og er kjent for å inneholde studier av høy kvalitet. Dette skyldes at de bruker en svært streng metode for sin forskning (Helsebiblioteket, u.åa). Søkene på Ovid Psych-info og Cochrane Library ga få og irrelevante treff for vår oppgave, og de ble derfor ekskludert for videre litteratursøk.

3.2.2 PICO-skjema

PICO-skjema er et verktøy for å strukturere bruk av søkeord. Hensikten med PICO-skjema er å systematisere, klargjøre og identifisere rette søkeord til problemstillingen (Thidemann, 2019). “Medical Subject Headings 2022”, også kalt MESH-termer, ble brukt for å få riktig oversettelse av søkeordene (National Library of Medicine, 2022).

Population/patient/problem (Hvem/hvilke)	Intervention (Hva)	Comparison (Alternativer)	Outcomes (Resultater)
Etterlatte til selvmord Søkeord: Bereav*	Tiltak til etterlatte etter et selvmord Søkeord: Suicid*	Ikke aktuelt for vårt søk.	Sorg eller sorgprosess hos etterlatte ved selvmord. Søkeord: Grief Tiltak som kan bidra til å redusere negative følger som etterlatte ved selvmord. Søkeord: Experience, Postvention

Tabell 4: PICO-skjema

3.2.3 Fremgangsmåte i søk

For å få en bred oversikt over tilgjengelig og relevant litteratur ble det utført et bredt søk med ulike søkeord i flere databaser. Søkeordene som ble brukt i starten var “suicide”, “nurse”, “bereavment”, “experience”, “postvention”, “stigma” og “grief”. Noen av disse søkeordene begrenset søket i stor grad, og ga ikke tilstrekkelig med relevante artikler. Dette gjorde blant annet at søkeordet “nurse” ble utelatt, selv om det er et sentralt søkeord for denne bacheloroppgaven i sykepleie. Etter flere og brede søk avgrenset vi til fire søkeord; “suicide”, “bereavment”, “experience” og “grief”. PICO-skjema og MESH ble brukt, som beskrevet i kapittel 3.2.2, for å strukturere søkeordene. Det ble også foretatt søk i databaser med norske søkeord, men dette ga ingen relevante treff.

Den boolske operatoren “OR” ble satt mellom “experience” og “postvention”, og den boolske operatoren “AND” mellom de andre søkeordene. “AND” begrenser søket ved at resultatene må inneholde begge søkeordene som er kombinert, mens “OR” utvider søket ved at artiklene i søkeresultatene kan inneholde kun det ene søkeordet. “Bereav*” og “experie*” ble trunkert med asterisk (*). Trunkeringssøk gjør at man får flere varianter av søkeordene, og derav et bredere søk (Helsebiblioteket, 2016a). Søket ble avgrenset til å inneholde artikler publisert

mellom 2015-2022. I Cinahl var det også mulig å avgrense slik at artiklene kun omhandlet voksne personer og til å kun inneholde fagfellervurderte artikler.

I Cinahl endte vi med 31 treff og i Medline endte vi med 63 treff etter å ha brukt lik kombinasjon av søkeord og tilnærmet like avgrensninger. Deretter ble overskriftene til alle treffene lest, hvorav vi også leste abstraktene på artiklene som fremsto relevante. Artiklene som fortsatt fremsto relevante etter lest abstrakt, ble videre finlest på tvers av gruppens medlemmer. Artiklene vi valgte å inkludere i denne bacheloroppgaven fremsto som relevante for å finne svar på vår problemstilling.

3.2.4 Søkeshistorikk

Litteratursøket ble utført 7. mars 2022.

Søke-nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger CINAHL	Avgrensninger i Ovid MEDLINE	Treff i CINAHL	Treff i Ovid MEDLINE
1	Suicide			35 865	70 150
2	Bereav*			11 530	11 208
3	Experienc*			134 516	128 473
4	Grief			1 653	9 589
5	3 OR 4			135 405	1 291 632
6	1 AND 2 AND 5			88	382
7		Publikasjonsår: 2015-2022 Engelsk språk Peer Reviewed All adult	Publikasjonsår: 2015-2022 Engelsk språk	31	63

Tabell 5: Søkeshistorikk

Ut ifra totalt 94 treff ble 20 abstrakter lest og 9 artikler finlest. Av disse ble 6 artikler inkludert basert på relevans for oppgaven.

3.2.5 En vurdering av kvalitet og etikk

De inkluderte vitenskapelige artiklene i denne oppgaven er alle hentet fra tidsskrifter som er rangert til nivå 1 i NSB sitt kanalregister for vitenskapelige publiseringskanaler. Nivå 1 i kanalregisteret vil si at tidsskriftet er eksternt fagfellervurdert og at de har vitenskapelige redaksjoner (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). En dobbeltkontroll av tidsskriftene i Oria, Universitetsbiblioteket til NTNU, bekreftet at de var fagfellervurdert.

Helsebiblioteket (2016b) sin sjekkliste for kritisk vurdering av forskningslitteratur ble benyttet på artiklene. Sjekklisten for vurdering av en kvalitativ studie besto av tre deler; “Innledende vurdering”, “Hva forteller resultatene?” og “Kan resultatene være til hjelp i praksis?” (Helsebiblioteket, 2016b). Etter å ha fulgt sjekklisten på de kvalitative artiklene, ble det konkludert med at artiklene var pålitelige. Se vedlegg 1 for eksempel på utfylt sjekkliste.

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, er sykepleieren personlig ansvarlig for at egen praksis bygger på etisk forsvarlig forskning (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Grunnet oppgavens ømfintlige tema ble det naturlig nok lagt stor vekt på at artiklene hadde gjennomgått en etisk godkjenning før publisering. Tre av våre artikler er godkjent av Helsinkideklarasjonen. Helsebiblioteket (u.åb) beskriver Helsinkideklarasjonen som en rekke etiske retningslinjer som brukes internasjonalt og inneholder prinsipper for all helsefaglig forskning. De resterende artiklene er etisk godkjente av etikkomitéer i de respektive landene. Deltakerne i alle artiklene har gitt skriftlig samtykke for deltakelse og publisering av resultater, med mulighet til å trekke seg når som helst.

3.3 Analyse

Ifølge Thidemann (2019) er det å analysere en tekst å granske og tolke hva teksten forteller mellom linjene. Analyse innebærer å dele opp tekstene, og sette de sammen på nytt for å gi det en sammenfattet mening. Evans (2002) deler opp analyseprosessen i fire steg.

Anvendelse av Evans (2002) analysemodell	
Steg 1	Samle inn vitenskapelige artikler for analyse <ul style="list-style-type: none"> • Se kap. 3.2 Datainnsamling.
Steg 2	Identifisere nøkkelord i artikkelen <ul style="list-style-type: none"> • Artikler ble grundig lest med fokus på finne nøkkelord og forstå innholdet. Dette ble utført på tvers av gruppens medlemmer. Nøkkelord ble nedskrevet i et separat dokument.
Steg 3	Identifisere gjentakende tema på tvers av artiklene <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført på lik linje som i steg 2, men fokuset var her å finne gjentakende tematikk, samt likheter og ulikheter på tvers av artiklene.
Steg 4	Beskrive funn opp mot den aktuelle problemstillingen <ul style="list-style-type: none"> • Se kap. 4.2 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat

Tabell 6: Evans analysemodell

4.0 Resultater

4.1 Artikkelmatrikse

I dette kapitlet presenteres de utvalgte artiklene sammen med deres hovedfunn.

Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming.	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	Brazilian Journal of Nursing Brazil Cinahl 2018
Forfattere	Dutra, K., Preis, L. C., Caetano, J., Santos, J. L. G. og Lessa, G.
Metode	Kvalitativ metode
Hensikt	Å forstå familienes opplevelse av å miste et familiemedlem til selvmord.
Hovedfunn	Funnene i studien gjorde at tiden etter å ha opplevd selvmord i nær relasjon kunne deles i tre faser: “Å være i sjokkfasen”, “Leve med smerten og tapet av familiemedlemmet” og “Gjenoppta hverdagen”. Sjokkfasen var preget av sjokk, sorg og vanskeligheter med å akseptere dødsfallet. De etterlatte forsøkte i denne fasen å lete etter en mening med selvmordet. Fasen “Leve med smerten og tapet av familiemedlemmet” ble preget av sorg og traumer for de som fant den som hadde tatt sitt eget liv. De etterlatte opplevde også skam og stigmatisering, samt at egen psykisk helse ble dårlig. I fasen “Gjenoppta livet” søkte flere de etterlatte til religion og til det sosiale nettverket for å få støtte.

Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal.	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	BMC Public Health Canada Cinahl 2020
Forfattere	Ligier, F., Rassy, J., Fortin, G., van Haaster, I., Doyon, C., Brouillard, C., Séguin, M. og Lesage, A.
Metode	Mixed-method. Kvalitativ metode med innhenting av data. Kvantitative resultater satt i tabeller for tallfestede funn.
Hensikt	Beskrive behov hos etterlatte. Undersøke om eksisterende tiltak fungerer. Foreslå nye tiltak for ivaretagelse av etterlatte.
Hovedfunn	Halvparten av etterlatte fikk hjelp med sorgprosessen, 40% av disse fant tilbudet tilfredsstillende. Ord og uttrykk som går igjen hos etterlatte er; Sjokk, depresjon og sinne. Ytre faktorer; Stigmatisering fra andre i samfunnet, skam og belastende effekt i tiden etter selvmordet. Konklusjonen er at proaktivitet i intervaller kan være den mest effektive metoden, da de etterlatte har ulike individuelle behov i løpet av ulike faser. Etterlatte savner å bli satt i kontakt med rett instans.

Peer support services for bereaved survivors: a systematic review.	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	OMEGA - Journal of Death and Dying USA Cinahl 2019
Forfattere	Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M. og Gileno, Z. M
Metode	Systematisk kunnskapsoversikt
Hensikt	Undersøke om likesinnet støtte kan gi flere eller færre fordeler for etterlatte enn annen behandling.
Hovedfunn	Gjennomgående for etterlatte: stigma, skam, å bli forlatt og selvbebreidelse. Likesinnet støtte viser seg å gi fordeler ved å; <i>Redusere</i> symptomer på sorg som ensomhet, depresjon og isolasjon. <i>Øke</i> personlig vekst og følelse av velvære. I tillegg får de som gir støtte en følelse av å gi noe tilbake etter eget tap. Etterlatte har manglende tillit til helsevesenet. Etterlatte ønsker mer fokus på trening og opplæring fra de som skal utøve støtten. Viktig med god relasjon mellom giver og mottaker av støtte.

Addressing psychological distress in people bereaved through suicide: from care to cure.	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	Journal of Psychiatry Research Italia Ovid Medline 2021
Forfattere	Scocco, P., Idotta, C., Stefano, T. og Preti, A.
Metode	Kvalitativ metode
Hensikt	Studien omhandler et prosjekt, SOPROXI, som ble startet opp som et tilbud til de etterlatte etter selvmord. De så at de etterlatte ikke fikk den hjelpen og veiledningen de hadde behov for. Studien hadde som hensikt å kartlegge hva de etterlatte, som tok kontakt med SOPROXI, hadde behov for i etterkant av et selvmord. Hovedmålet var å kartlegge: 1. Årsaken til at deltakerne ønsket hjelp 2. Demografiske, kliniske og følelsesmessige egenskaper hos deltakerne
Hovedfunn	Deltakerne ønsket informasjon om selvmord, søkte hjelp for symptomer, ville komme i kontakt med andre i samme situasjon og dele erfaringer. De fleste som tok kontakt med SOPROXI, uttrykte ofte en følelse av håpløshet, ensomhet og skyldfølelse. Studien understreker viktigheten av et tilbud til de etterlatte, for å kunne kartlegge og sette i gang tiltak ift. behovene.

The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	Journal of Clinical Psychology Tyskland Ovid Medline 2021
Forfattere	Wagner, B., Hoffmann, L. og Grafiadeli, R.
Metode	Kvalitativ studie
Hensikt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undersøke sammenhengen mellom skyldfølelse og psykiske lidelser som er sorg relaterte hos etterlatte ved selvmord. Her har de tatt for seg depresjon, posttraumatisk stresslidelse og langvarig sorg lidelse. 2. Undersøke om skyldfølelse har noen innvirkning på hvordan de sorg relaterte psykiske symptomene utvikler seg over tid.
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Studien viser at det er en klar, signifikant sammenheng mellom skyldfølelse og utvikling av psykiske lidelser. Skyldfølelse viste seg også å ha en sentral rolle i alvorlighetsgraden av de psykiske lidelsene. 2. De patopsykologiske symptomene på sorg avtok med økende tid siden selvmordet. Når det hadde gått mellom 3-5 år siden selvmordet så opplevde de fleste en bedring av de psykiske lidelsene som var sorg relaterte. <p>Det understrekes viktigheten av intervensjoner som spesifikt retter seg mot skyldfølelse hos etterlatte, å både psykoedukasjon og eksponeringsterapi trekkes frem som gode alternativer.</p>

Suicide risk after suicide bereavement: The role of loss-related characteristics, mental health and hopelessness	
Tidsskrift Opprinnelsesland Database Årstall	Journal of Psychiatric Research Tyskland Ovid Medline 2021
Forfattere	Grafiadeli, R., Glaesmer, H., Hofman, L., Scäfer, T. og Wagner, B.
Metode	Randomisert kontrollert undersøkelse
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om det er noen sammenhenger mellom rapporterte psykiske helseutfordringer og suicidalitet blant de etterlatte.
Hovedfunn	<p>Analysene viste at deltakerne hadde varierende grad av disse symptomene: langvarige sorgsymptomer, PTSD, en følelse av håpløshet og depressive symptomer. Totalt skåret 30,6% av deltakerne over en forhåndsstemt grenseverdi for selvmordstanker, mens 69,4% var under denne grenseverdien.</p> <p>Kartlegging av håpløshet, sorg og depresjon vil være avgjørende for selvmordsforebygging, da disse symptomene var sterkt representert hos de etterlatte med selvmordstanker.</p>

4.2 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat

Det sammenfattende resultatet av de vitenskapelige artiklene presenteres her under tre hovedtemaer.

4.2.1 En altoppslukende sorg - når alt faller fra hverandre

Etterlatte til selvmord har en høyere risiko for å utvikle en forlenget sorg og depressive symptomer (Wagner, Hoffmann og Grafiadeli, 2021; Grafiadeli, *et al.*, 2021). Grafiadeli *et al.* (2021) skriver at altoppslukende sorg er en naturlig reaksjon for etterlatte til selvmord.

Survivors of death by suicide are believed to experience grief reactions that are in some ways different and perhaps more difficult than those of nonsuicide death survivors. (Bartone et al., 2019, s. 157)

En av deltakerne i studien til Dutra *et al.* (2018, s. 2150) beskriver sorgen slik:

When I'm home I hardly talk, I'm quiet, I don't like speaking. I've changed a lot after this [suicide] happened, I'm not living. It seems I'm wandering.

Wagner, Hofmann og Grafiadeli (2020) beskriver at de etterlatte er redd for at de har oversett faresignaler som den avdøde har gitt i forkant av et selvmord, og de kjenner derfor på en skyldfølelse. En av de etterlatte i studien til Dutra *et al.* (2018, s. 2150) sa:

I could have done more for him. Because I didn't realize he was in a situation like this.

Wagner, Hofman og Grafiadeli (2021) trekker frem at det er sentralt å sette inn tiltak som retter seg direkte mot skyldfølelsen de pårørende opplever. De har også erfart at pårørende ofte leter etter en forklaring på hvorfor selvmordet fant sted. Psykoedukasjon viste seg å ha en god effekt for mange av etterlatte, ved at de da kunne få en forklaring på det uforklarlige.

4.2.2 Stigmatisering, en stor belastning for de etterlatte

Scocco *et al.* (2021) oppgir at de etterlatte opplever høye nivåer av skyld, skam, stigma, samt ansvar og avvisning. Bartone *et al.* (2019) skriver at et møte med likesinnede ofte kan være

mer hensiktsmessig enn tradisjonell støtte, da etterlatte ofte opplever sosial stigmatisering fra andre venner og familiemedlemmer. Venner og familie kan unngå å snakke om det som har skjedd siden de i mange tilfeller plasserer skylden hos den nærmeste etterlatte som ikke har klart å avverge dødsfallet (Bartone *et al.*, 2019).

Bartone *et al.* (2019, s. 159):

Suicide survivors also reported that responses of family and friends were frequently not helpful and were sometimes even harmful.

Dutra *et al.* (2018) og Wagner, Hofmann og Grafiadeli (2021) beskriver at de etterlatte opplever fordommer og stigmatisering rundt selvmord fra samfunnet. Dette i tillegg til at de befinner seg midt i en tung sorgprosess. En av sykepleierne som deltok i studien til Dutra *et al.*, (2018, s. 2149) sa det slik:

And the family suffers prejudice. Why did the person do it? Why hasn't anybody from the family cared for him?

4.2.3 Behov for informasjon, støtte og hjelp fra helsevesenet

Ifølge Scocco *et al.* (2021) forteller de etterlatte at de opplevde redusert sosial støtte etter selvmordet. Dutra *et al.* (2018) beskriver at de etterlatte mottok stor støtte av det sosiale nettverket. Det står også at flere av de etterlatte mottok hjelp fra helsevesenet med god effekt, men at det ikke overgikk den sosiale støtten som ble opplevd.

*As they passed through this moment of disruption, all family members felt fragile and needed to support each other to rebuild the family structure and continue with their life. (Dutra *et al.*, 2018, s. 2150)*

Scocco *et al.* (2021) understreker viktigheten av et tilbud til de etterlatte for å få dekket deres ulike behov i etterkant av selvmordet. Deltakerne i studien ønsket informasjon om selvmord, hvordan søke hjelp og hvordan komme i kontakt med andre i samme situasjon, for å kunne dele erfaringer. Grafiadeli *et al.* (2021) fremhever at riktig fokus og tilnærming til etterlatte som opplever sterke følelser av skyld, skam, stigmatisering og avvisning vil kunne redusere følelsen av håpløshet. Det vil være sentralt å ha fokus på aksept rundt selvmordet, finne

mening med livet, samt å forsøke å opparbeide et positivt syn på fremtiden. Dutra *et al.* (2018) skriver at mange etterlatte i bearbeiding- og nyorienteringsfasen selv søkte hjelp fra helsevesenet for å overkomme tapet og finne en ny mening.

Ligier *et al.* (2020) skriver at mange etterlatte har svekket tillit til helsevesenet fordi de føler at helsevesenet burde ha avverget selvmordet. De skriver også at omtrent halvparten av etterlatte fikk hjelp med sin sorg, og at kun 40% av disse fant tilbudet tilfredsstillende. I følge Bartone *et al.* (2019) anser ikke de etterlatte at helsehjelp alene er det mest effektive etter dødsfallet, men at dette er individuelt ut fra hvilke behov de etterlatte har. Det trekkes fram to behandlingsmetoder som etterlatte har fått lite utbytte av i det lange løp, herunder medikamenter for å dempe symptomer på sorg og korte samtaler med helsepersonell.

Dutra *et al.* (2018) påstår at resultatene av studien vil være til hjelp for sykepleiere i møte med etterlatte til selvmord.

In this context, the importance of the nurse's role as a professional committed to the integral care of the human being is highlighted, in the development of action and care strategies aimed at the prevention of mental health promotion and mainly, postvention. (Dutra et al., 2018, s. 2152)

Bartone, P. T. *et al.* (2019) skriver at det er sentralt med fokus på kompetanse og god opplæring til de profesjonelle som skal støtte de etterlatte. Det er også en viktig forutsetning for god behandling at giver og mottaker av støtte oppnår en god relasjon.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres først en diskusjon av resultatene satt opp imot faglitteratur, deretter diskuteres oppgavens metode.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 En altopplukende sorg - når alt faller fra hverandre

Ligier *et al.* (2020) skriver at kompleksiteten rundt et selvmord kan føre etterlatte inn i en forlenget sorg. Dette støttes opp av Wagner, Hoffmann og Grafiadeli (2021) og Grafiadeli *et*

al. (2021) som skriver at etterlatte har en høyere risiko for å utvikle forlenget sorg og depressive symptomer. Forlenget sorgreaksjon ble i 2018 ble klassifisert som en egen diagnose i ICD-11 (UiO, 2021). Helsedirektoratet (2011) beskriver i sin veileder "Etter selvmordet" at det er normalt med sterke reaksjoner hos de etterlatte ved selvmord. Helsedirektoratet (2011) poengterer at etterlatte bør informeres om slike normale reaksjoner, jfr. tabell 1. Dette for å forhindre at reaksjonene sykeliggjøres, da de vanligvis avtar i løpet av de første månedene. "En sykepleier bør kunne gi den etterlatte mulighet til å uttrykke sin sorg og legge vekt på anerkjennelse, normalisering og validering av følelser" (Nyseter, Røv og Eines, 2020, s.7). Imidlertid poengterer Skants (2014) at mennesker som opplever traumatiske hendelser, som for eksempel et selvmord, vil finne tilbake til hverdagen forholdsvis raskt. Dette vil avhenge av hvilken sårbarhet den etterlatte har med seg, men også uavhengig av den etterlattes tapsopplevelse ifølge Travelbee (Jensen, 2016). En psykisk likevekt er når individet håndterer mengden stress ut ifra sin sårbarhet (Skårderud, Haugsgjerdet og Stänicke, 2015). Psykisk likevekt vil derfor føre til at de etterlattes liv normaliseres raskere.

En av de etterlatte i studien til Dutra *et al.* (2018, s. 2151) beskrev sorgen slik:

Thus, mourning represents an exit from the state of health and well-being, resulting in an important psychosocial transition, whose impact spreads in all human areas, such as: cognitive, emotional, physical, religious, family and cultural, fruit of a painful experience manifested by the breaking of a sentimental bond.

Ifølge Skants (2014) er sorgprosessen en del av å bearbeide et tap (se tabell 1). Det er vanlig at denne prosessen tar tid, alt fra måneder til år. Samtidig skriver Helsedirektoratet (2011) at flere etterlatte forteller at den tyngste tiden er når andre forventer at de begynner å se fremover og omgivelsene ikke lengre vier de like mye oppmerksomhet. Faktisk skriver Landsforeningen for Etterlatte ved Selvmord, heretter omtalt som LEVE (u.åb), at det vil kunne komme sterke reaksjoner fra de etterlatte etter begravelsen når det verste sjokket har lagt seg.

Ifølge Wagner, Hofmann og Grafiadeli (2020) og Bartone *et al.* (2019) opplever de fleste etterlatte en stor skyldfølelse etter selvmordet, og den er ofte rettet mot det å være redd for å ha oversett faresignaler i forkant. Dette samsvarer med hva Helsedirektoratet (2011) skriver. Samtidig er dette motsigende til klinisk erfaring og forskning, som viser til at de fleste

selvmord har hatt et forvarsel (Helsedirektoratet, 2021). På grunnlag av dette er det derfor viktig at denne skyldfølelsen bearbeides i etterkant av et selvmord (Ligier, 2020). Dette kommer godt frem i funnene til Wagner, Hoffmann og Grafiadeli (2020) hvor de ser viktigheten av at intervensjonene rettes spesifikt mot skyldfølelsen de etterlatte føler på, og at tiltakene settes inn på rett tid i sorgprosessen. De trekker frem psykoedukasjon som en nyttig intervensjon, noe som støttes opp av Dyregrov og Dyregrov (2017).

5.1.2 Stigmatisering, en stor belastning for de etterlatte

Opplevd sosialt stigma er et gjennomgående problem for de aller fleste etterlatte etter et selvmord (Bartone *et al.* 2019). De i nær omkrets plasserer ofte skyld hos den nærmeste etterlatte som ikke har klart å hjelpe den avdøde (Wagner, Hoffmann og Grafiadeli (2020) og Bartone *et al.* (2019). Til sammenligning beskriver Dutra *et al.* (2018) at etterlatte opplever at de blir beskyldt for å ikke ha evnet å avverge selvmordet. Som et resultat av dette unngår mange å snakke om det som har skjedd og mange isolerer seg fra omverdenen (Wagner, Hofmann og Grafiadeli, 2020). Nyseter, Røv og Eines (2020, s. 2) skriver at “Sosial stigmatisering er en vedvarende del av sorgerfaringen til de etterlatte”, og at stigmatisering er en viktig årsak til at etterlatte velger å ikke snakke med venner og bekjente om dødsfallet.

I tillegg til å befinne seg midt i en sorg, opplever de etterlatte å måtte hankses med sosialt stigma fra nærmiljøet (Dutra, 2018). Skants (2014) peker på viktigheten av at etterlatte må forsøke å være åpne og tydelige rundt selvmordet, og derfor forebygge og forhindre at selvmord får fortsette å være et sosialt stigma. Skants (2014, s. 196) skriver det slik: “Fantasier er så godt som alltid verre enn virkeligheten”. Dessuten kan denne sosiale stigmatiseringen føre til at de etterlatte selv begynner å tro på de negative tingene som blir sagt. Videre skriver Evans og Abrahamson (2020) at en slik opplevelse av stigmatisering kan resultere i selvmordstanker og forsøk på selvmord hos de etterlatte. På en side kan sykepleier her være til stor hjelp for etterlatte, dersom de går foran og avvæpner situasjonen med åpenhet rundt stigmatisering. Faktisk trekker Evans og Abrahamson (2020) frem sykepleieren som den viktigste profesjonen i frontlinjen i kampen mot stigmatisering. Dersom etterlatte evner å snakke høyt om hva som faktisk har skjedd, slipper de ofte å bli utsatt for antagelser fra nærmiljøet rundt dødsfallet. På en annen side kan det tenkes at etterlatte vil ha utfordringer med å angripe stigma med åpenhet når de befinner seg i en akutfase (se tabell 2) (Nyseter, Røv og Eines, 2020).

Bartone *et al.* (2019) har funnet ut at likemannsstøtte og sorggrupper vil være spesielt verdifull for etterlatte etter selvmord, da det vil være lettere å forholde seg til andre som ikke har disse stigmatiserende holdningene. Dette kan ha en sammenheng med det Nyseter, Røv og Eines (2020) forteller, det at flere etterlatte også opplever stigmatiserende holdninger fra helsepersonell. Dette vil ha en motsatt effekt enn hva som er ønskelig, da etterlatte kan føle at de ikke fortjener hjelpen de har krav på. Travelbee (Jensen, 2016) påpeker at sykepleier må vike fra egne fordommer og stigmatiserende holdninger om selvmord i møte med etterlatte. Ved å få likemannsstøtte eller delta på sorggrupper vil de etterlatte møte mennesker som validerer følelsene de kjenner på og normalisere tankene de har, samtidig som at de selv også fungerer som en likemannsstøtte for andre etterlatte (LEVE, u.åa). LEVE (u.åa) har god erfaring med slik likemannsstøtte, og mener det kan være til god hjelp for de etterlatte å få snakke med noen som har opplevd og erfart det samme som de. Til tross for dette er det ifølge Dyregrov og Dyregrov (2017) ikke anbefalt med sorggrupper dersom etterlatte har en forlenget sorg. I slike tilfeller kan deltagelse i en sorggruppe forverre problemene, og det kan bidra til en slags "dyrkning av sorgen". Samtidig kan det også være vanskelig for noen etterlatte å forholde seg til andres sorg i tillegg til sin egen. Med andre ord så kan ikke likemannsstøtte erstatte profesjonell hjelp der det er behov for det, da likemenn som oftest ikke har kompetansen til å avdekke sykelige tegn og iverksette intervensjoner (Bartone *et al.* 2019).

5.1.3 Behov for informasjon, støtte og hjelp fra helsevesenet

Ifølge Scocco *et al.* (2021) ønsket de etterlatte i studien informasjon i etterkant av selvmordet. De ønsket generell informasjon om selvmord, hvor og hvordan søke riktig hjelp, samt hvordan komme i kontakt med andre i samme situasjon. Etter selvmordet kan de etterlatte oppleve en fase med usikkerhet. Denne fasen kan vare fra noen minutter til dager og uker, og behovet for informasjon og sosial kontakt er stort (Skants, 2014). Etterlatte bør derfor få god informasjon i den akutte fasen, tilbud om samtaler og praktisk hjelp etter behov. Samtidig er det også viktig at etterlatte får informasjon om sine rettigheter (Helsedirektoratet, 2011).

Ligier *et al.* (2020) påpeker fraværet av et tilfredsstillende tilbud om informasjon, emosjonell og praktisk støtte fra helsevesenet i etterkant av selvmordet. Mange etterlatte opplever å få lite til ingen informasjon om hvilken type oppfølging som er tilgjengelig. Det kan sies at dette er i strid med loven dersom helsepersonell ikke evner å følge opp etterlatte i henhold til deres krav. Kommunene skal, ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), sørge for at det blir

tilbudt helse- og omsorgstjenester der det er nødvendig, uansett tid på døgnet. Alle som oppholder seg i kommunen har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester i regi kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at etterlatte har et lovfestet krav på oppfølging etter selvmordet i inntil ett år etter selvmordet (LEVE, u.åc). For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen derfor tilby psykososial beredskap og oppfølging innen 24 timer ved slike akutte hendelser som selvmord. Denne beredskapen blir opprettholdt av et kriseteam i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kriseteam har som hensikt å kartlegge behov for psykososial oppfølging og deretter iverksette tiltak, varsle eller henvise videre slik at de etterlatte får støtten de har behov for (Universitetet i Bergen, 2018). På grunn av dette må kommunen ha tilknytning til blant annet lege, psykolog og sykepleier (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Etterlatte forteller at de ikke erfarte hjelpen fra profesjonelle som effektivt i bearbeidelsen av selvmordet (Bartone *et al.*, 2019). Dette understøttes av Nyseter, Røv og Eines (2020) som skriver at de etterlatte forventet mye mer støtte fra helsepersonell enn hva de faktisk fikk. Sykepleieren blir dog omtalt som en god og omsorgsfull støtteperson. På tross av de etterlattes erfaringer, skriver Dyregrov og Dyregrov (2017) at hjelp fra profesjonelle helse- og sosialtjenester, som for eksempel sykepleier, lege og sosionom, er viktig for mange etterlatte, men ønskes i varierende grad i de ulike delene av sorgprosessen. Hjelp fra profesjonelle avhenger av om de ønsker og evner å ta imot tilbudet, noe som vil variere i en sorgprosess. LEVE (u.åb) skriver i tillegg at selv om det offentlige tilbyr hjelp og etterlatte oppfordres til å ta kontakt, så gjør de færreste det.

Det trekkes spesielt frem at flere etterlatte har svekket tillit til helsevesenet, da de mener at helsevesenet burde ha avverget selvmordet. Det kan derfor være mer naturlig for de etterlatte å legge hele eller deler av skylden på helsevesenet dersom avdøde var i kontakt med helsevesenet kort tid før dødsfallet (Ligier *et al.*, 2020). Dersom dette er tilfellet, kan det være vanskelig for etterlatte å ha tillit til at helsevesenet har de rette forutsetningene for å hjelpe dem i etterkant av dødsfallet. Det å oppsøke hjelp kan for de fleste være altfor krevende. Det vil derfor være viktig at helsevesenet utøver oppsøkende virksomhet i en periode etter selvmordet, og at forventningen om at etterlatte selv oppsøker hjelp ved behov ikke er absolutt (LEVE, u.åb). Dyregrov og Dyregrov (2017) påpeker at de etterlatte har behov for tre ulike typer støtte og hjelp. De mener at dersom de etterlatte får dekket disse behovene

gjennom sosiale nettverk, profesjonelle yrkesutøvere og likemenn, vil de ha best mulig forutsetninger for å håndtere sorg og komme seg tilbake til hverdagen.

Scocco *et al.* (2021) beskriver at de etterlatte opplever redusert eller fraværende sosial støtte i tiden etter selvmordet. I kontrast til dette påpeker Dyregrov og Dyregrov (2017) at de etterlatte som har et godt sosialt nettverk og god støtte rundt seg har mindre risiko for å utvikle psykisk sykdom, forlenget sorg og at de håndterer sorgprosessen bedre. Eksempelvis beskriver de etterlatte i Dutra *et al.* (2018) en opplevelse av god støtte fra det sosiale nettverket, som igjen har bidratt positivt i bearbeidelsen av selvmordet. Minnene etter den avdøde vil være i omgivelsene i lang tid etter selvmordet, og i løpet av det første året vil etterlatte oppleve alle høytider og fødselsdager uten den avdøde for første gang (Helsedirektoratet, 2011).

De etterlatte har ofte ikke kapasitet til å forholde seg til omverdenen, da det å forholde seg til dødsfallet er overveldende i seg selv (Scocco *et al.*, 2021). Det sosiale nettverket til de etterlatte kan oppleve situasjonen rundt selvmordet som vanskelig. Som et resultat av dette vil mange bli usikre på hva de skal si, og dermed trekke seg unna de etterlatte. Dette kan oppleves som sårende for de etterlatte (Helsedirektoratet, 2011). Nyseter, Røv og Eines (2020) trekker her frem sykepleiere som en god ressurs. Sykepleiere kan bidra til at venner og bekjente får riktig og tilgjengelig informasjon om både selvmord og normale sorgreaksjoner, slik at nærmiljøet lettere kan tilnærme seg de etterlatte på en skånsom og god måte. Sykepleiere bør også ha kunnskap om vanlige sorgreaksjoner og om viktigheten av å kunne snakke åpent om sine egne tanker og følelser. På den måten kan de etterlattes reaksjoner valideres og normaliseres (Nyseter, Røv og Eines, 2020). Travelbee mener her at sykepleier bør bruke seg selv terapeutisk i samtale med etterlatte, ved å bruke aktiv lytting og støtte som verktøy. På en slik måte vil det mellommenneskelige forholdet synliggjøres (Jensen, 2016).

Grafiadeli *et al.* (2021) fremhever viktigheten av en kombinasjon av fokus på aksept for selvmordet, finne igjen en mening med livet og å gjenvinne et positivt syn. Travelbee mener at det skal være rom for lidelse, men at det med små forandringer kan bedre hverdagen på sikt (Jensen, 2016). Stroebe og Schut (1999, som sitert i Dyregrov og Dyregrov, 2017) underbygger at det gjelder å finne en balanse mellom å møte realiteten med tapet og å ta avstand til det, for å kunne komme tilbake til hverdagen. Skants (2014) understreker i tillegg

at det å bli sett og hørt, og ha en tilhørighet til et fellesskap også er viktige nøkkelord i god bearbeidelse av et selvmord.

Ifølge Bartone *et al.* (2019) er kompetanse og god opplæring av profesjonelle utøvere viktig. Det vil også være viktig for sykepleier å være bevisst på egne holdninger til selvmord for å kunne være en god mottaker for vanskelige følelser og reaksjoner fra etterlatte. Travelbee fremhever her at sykepleieren må bruke sine erfaringer i møte med etterlatte ved selvmord (Jensen, 2016). På en annen side kan det tenkes at uerfarne og nyutdannede sykepleiere ikke innehar den tryggheten og kompetansen som ønskes i krisesituasjoner, og etterlattes tillit til helsehjelp blir svekket (Eide og Eide, 2017). Til sammenligning skriver Tjøstølsen *et al.* (2021) at forventningene mennesker har til helsetjenesten bare i begrenset grad samsvarer med hva en nyutdannet sykepleier kan etter endt utdanning, og at de derfor møter store utfordringer i starten av sin karriere. Dette kan videre føre til at situasjonen blir enda mer utfordrende å stå i, både for sykepleier og etterlatte. Dyregrov og Dyregrov (2017) påpeker nemlig viktigheten av at sykepleiere må ha god kunnskap om reaksjonsmønstre, sorg og sorgprosessen i møte med etterlatte. Slik vil sykepleiere være bedre rustet til å ivareta de etterlatte og deres grunnleggende behov, herunder psykososiale og fysiologiske behov. Dette vil også bidra til at sykepleieren lettere kan fange opp etterlatte som er i ferd med å utvikle forlenget sorg (Helsedirektoratet, 2011). Dyregrov og Dyregrov (2017) beskriver at det kan være vanskelig for de etterlatte å selv skille på forventet sorg og forlenget sorg, og at det derfor vil være hensiktsmessig å rådføre seg med helsepersonell.

5.1.4 Bacheloroppgavens betydning for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Gjennom arbeidet med denne oppgaven kommer det tydelig frem at det er behov for et mer systematisert tilbud til de etterlatte. Det vil derfor være hensiktsmessig å forske ytterligere på systematisert oppfølging med intervaller, da etterlattes behov vil variere i tiden etter selvmordet. Per nå er det lite forskning som strekker seg lengre enn to år etter dødsfallet. Da det ikke finnes en tydelig fasit på når de ulike behovene melder seg, kan det derfor være gunstig å kartlegge effektiviteten av oppfølging i faste intervaller over en lengre periode. En slik forskning kan bidra til å øke sykepleiers kompetanse og mulighet til å være en ressurs overfor etterlatte.

Et viktig funn i denne bacheloroppgaven er at sykepleier kan bidra til å minske stigmatisering av selvmord ved å vise åpenhet rundt tematikken i samtale med etterlatte. Funnet i oppgaven

viser også at det å ha tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og erfaring i møte med de etterlatte vil være svært sentralt for deres opplevelse av møtet med helsepersonell.

Jfr. §4 i Helsepersonelloven (1999) skal sykepleiere ha oppdatert og god kunnskap om sorg og kriser for å kunne utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Medlemmene i bachelorgruppen har erfart manglende undervisning på dette området gjennom utdanningsløpet. Det er derfor tungtveiende at temaet bør belyses i større grad under utdanningen av sykepleiere.

5.2 Metodediskusjon

Denne bacheloroppgaven bygger på seks vitenskapelige forskningsartikler funnet i anerkjente databaser med bred dekningssevne innen helsefaglige forskningsartikler, hovedsakelig på engelsk (Thidemann, 2019). Valg av metode og analysemodell er gjort med bakgrunn i retningslinjer og pensumlitteratur anbefalt av NTNU. Temaet for bacheloroppgaven ble tidlig valgt, og det ble deretter levert inn en prosjektskisse og en foreløpig plan. Problemstillingen ble noe endret underveis, da funnene pekte oppgaven i en litt annen retning, men likevel ganske nært utgangspunktet. Seminar med medstudenter og veiledere ga konstruktive og målrettede tilbakemeldinger for videre arbeid med oppgaven.

De utvalgte vitenskapelige artiklene inneholder ulike forskningsmetoder, hvorav fire av seks artikler har en kvalitativ forskningsmetode. Dette er et naturlig resultat, da denne metoden har til hensikt å undersøke fenomener basert på erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019). På en side kan en kvalitativ metode gi utbroderende svar for et spesifikt utvalg mennesker, særlig hvis metoden inneholder semistrukturerte intervjuer som gir rom for å avlede og dele mer. På en annen side vil en kvantitativ metode treffe bredere og flere. Særlig hvis standardiserte intervju er benyttet og data kan vise til et mønster eller generalisert kunnskap (Thidemann, 2019). Artikkelen til Ligier *et al.* (2020) har brukt en kombinasjonsmetode med en parallell undersøkelse, som anses å være en styrke for oppgaven da den gir et mer variert datamateriale enn kvalitativ metode alene. Det anses likevel å være en svakhet at rene kvantitative studier ikke kom frem under resultat i søk, da det var ønskelig å sammenligne harde og myke data. Artikkelen til Bartone *et al.* (2019) er en systematisk kunnskapsoversikt. En slik studie over eksisterende og relevant forskning kan gi oppgaven mer tyngde til å sette samtlige av artiklenes resultater opp mot hverandre.

Tre av de valgte artiklene er fra europeiske land, herunder Tyskland og Italia. De resterende tre er fra USA, Canada og Brasil. I arbeidet med å inkludere data fra andre land, ble informasjon om landets psykiske helsevesen innhentet og vurdert. En kritikkverdig faktor i forbindelse med denne innhentingen, er at fysisk helse anses av befolkningen i Brasil å bli prioritert høyere enn psykisk helse (Atkinson og Pearson, 2021, avsnitt 4). Sykepleier Sissel Jansen (2020, som sitert i Hærnes, 2020, avsnitt 7) beskriver Italia som et land med et godt helsevesen, og som er sammenlignbart med det norske helsevesenet. Kongsmo (2012, avsnitt 2) underbygger dette med å vise til det regionale samarbeidet innen psykisk helse, hvor pårørende, etterlatte og erfarne brukere er ansatt og inkludert for å øke kvalitet og tilfredshet i tjenestene. Derfor anses den italienske artikkelen til Scocco *et al.* (2021) å ha høy overføringsverdi for oppgaven. De resterende artiklene ble kritisk vurdert på tilsvarende måte. Selv om flere av studiene er gjennomført i andre land, er de inkludert i datamaterialet uavhengig av likheter og ulikheter i landenes helsevesen. Dette fordi erfaringene og opplevelsene ved traumatiske hendelser ikke følger landegrenser, men det er tatt høyde for at helsevesenet opererer ulikt fra land til land.

Alle inkluderte artikler er publisert fra og med 2015. Det meste av litteraturen som blir anvendt ellers i oppgaven er eldre enn 2015, og det var derfor ønskelig å finne nyere forskning for å styrke oppgaven. Samtidig gjorde ikke avgrensningen særlig utslag under søk, da de mest relevante artiklene var tilgjengelige både før og etter justering av publiseringsdato. Dersom dette ikke var tilfelle, kunne en slik begrensning av utgivelsesår vært en svakhet, i den forstand at gode og relevante artikler eldre enn 2015 hadde blitt oversett.

Tidlige søk i databaser med norske søkeord resulterte i tre irrelevante funn, og dette var en av årsakene til at engelskspråklige artikler ble satt som inklusjonskriteriet i tidlig fase. Dette i forsøk på å begrense antall artikler som benyttet fremmedspråk som spansk, tysk eller italiensk o.l. På en annen side er det brukt relevante fag- og forskningsartikler fra andre norske kilder som blir benyttet i drøftingen for sammenligning.

Et av inklusjonskriteriene for de vitenskapelige artiklene var at de etterlatte skulle være i nær relasjon til den avdøde. Som følge av dette ble helsepersonell som etterlatte ekskludert. Artikkelen til Dutra *et al.* (2018) inkluderer både pårørende og helsepersonell som etterlatt,

men ble likevel inkludert i oppgaven. Dette fordi artikkelen skiller godt mellom hvilke funn som er fra helsepersonell og pårørende.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke om sykepleiere kan være en ressurs for etterlatte ved selvmord i nær relasjon. Resultatene av oppgaven viser at sykepleier i varierende grad kan være en ressurs for etterlatte, avhengig av individuelle behov og hvor de befinner seg i sorgprosessen. Det er ingen tvil om at etterlatte opplever en altopplukende sorg preget av flere kompleksiteter. Reaksjonene varierer i intensitet og varighet. Flere opplever så intense reaksjoner og en så stor sorg i etterkant at de selv ønsket å ta sitt eget liv.

Det er viktig at en normal sorgreaksjon ikke sykliggjøres. Samtidig kan sorg bli sykelig dersom det utvikler seg til å bli en forlenget sorg. Ifølge stress-sårbarhetsmodellen kan for mye stress ødelegge den psykiske likevekt. Etterlatte som ikke opplever et brudd på likevekt, vil oppleve at livet normaliseres raskere i etterkant. Noen av de som var i en stor sorg opplevde møte med sykepleier som svært positivt og følte at det var til god hjelp i bearbeidelsen. Andre hadde lite til ingen effekt av møte med sykepleier. Dette viser at etterlatte har ulike behov for helsehjelp i sin sorgprosess.

De fleste etterlatte sitter igjen med skyldfølelse etter selvmord i nær relasjon. Skyldfølelsen kommer ofte på grunn av en redsel for at det er blitt oversett faresignaler i forkant. I møte med etterlatte bør sykepleier ha fokus på skyldfølelse. Tiltak bør rettes direkte mot skyldfølelsen i bearbeidelsesprosessen for at den enkelte kan komme seg videre i prosessen. I tillegg til dette er stigma er et gjennomgående funn i artiklene, og er en utløsende årsak til sosial isolasjon. Sykepleier bør forsøke å motivere etterlatte til å være åpne og snakke med de rundt seg som en del av bearbeidelsen og for å forhindre stigma.

Det har gjennom arbeidet med oppgaven blitt identifisert et behov for tydelige retningslinjer for sykepleieren i møte med etterlatte. Dette på grunnlag av få funn angående hva som er sykepleierens oppgave. For å utøve god sykepleie er det viktig å se den enkelte og lytte til hvilke behov de har i de ulike fasene av sorgprosessen. Gjennomgående i oppgaven er at etterlatte ofte sitter igjen med en del spørsmål. Det vil derfor være viktig at sykepleier kan gi

god informasjon, tilby samtaler og inneha en koordinerende rolle for de etterlatte. En sykepleier bør være tilstedeværende, lytte til behov og fremstå som en trygg støtte overfor etterlatte i en vanskelig tid. Kunnskap om følelser og reaksjoner i etterkant, hvilke instanser som kan kontaktes og aktiv lytting er her viktige nøkkelord. Manglende opplæring og erfaring hos helsepersonell trekkes frem som kompliserende faktorer i møte med etterlatte. Usikkerhet rundt kommunikasjon og sykepleiers egne holdninger til selvmord kan vanskeliggjøre god utøvelse av sykepleie. Som nyutdannet sykepleier, uten noen særlig erfaring, vil kunne oppleve det som utfordrende å møte de høye kravene som stilles til helsepersonell i krisesituasjoner.

Litteraturliste

- Adriessen, K. *et al.* (2019) Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes, *BMC psychiatry*, 19(1). Doi: 10.1186/s12888-019-2020-z
- Atkinson, S. & Pearson, N. (2021) *World Mental Health Day 2021*. Tilgjengelig fra: <https://www.ipsos.com/en/world-mental-health-day-2021> (Hentet: 25. april 2022)
- Aubert, K. E. (2020) *Relasjon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/relasjon> (Hentet: 30. mars 2022)
- Bartone, P. T. *et al.* (2019) Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review, *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(1), s. 137-166. Doi: 10.1177/0030222817728204
- Dalsberget, V. (2022). *Naturkatastrofer*. Tilgjengelig fra: <https://www.instagram.com/p/CZXY16LrO8/> (Hentet: 12. mai 2022)
- Dutra, K. *et al.* (2018) Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming, *The Brazilian Journal of Nursing*, 71(5), s. 2146-2153. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0679
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2017) *Mestring av sorg*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Dyregrov, K. Plyhn, E. & Dieserud, G. (2009) *Etter selvmordet - veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Evans, A. & Abrahamson, K. (2020) The influence of stigma on suicide bereavement: A systematic review, *Journal of Psychosocial nursing & mental health services*, 58(4), s. 21-27. Doi: 10.3928/02793695-20200127-02
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 23 - 26. Tilgjengelig fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (Hentet: 20. april 2022)
- Folkhelseinstituttet (2021) *Selv mord i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/> (Hentet: 25. mars 2022)
- Grafiadeli, R. *et al.* (2021) Suicide risk after suicide bereavement. The role of loss-related characteristics, mental health, and hopelessness, *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), s. 2545-2558. Doi: 10.1002/jclp.23192
- Helseberedskapsloven (2000) *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=helseberedskapsloven> (Hentet: 29. mars 2022)

Helsebiblioteket (u.åa) *Alle databaser*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser> (Hentet: 31. mars 2022)

Helsebiblioteket (u.åb) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/legemiddeletikk/helsinki-deklarasjonen>
(Hentet: 20. april 2022)

Helsebiblioteket (2016a) *Søketeknikker*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
(Hentet: 4. mars 2022)

Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
(Hentet 4. mars 2022)

Helsedirektoratet (2011) *Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved*

selvmord. Tilgjengelig 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-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20-%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf>
(Hentet: 25. mars 2022)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20helse%20og%20omsorgstjenester> (Hentet: 29. mars 2022)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (Hentet 15. april 2022)

Hernæs, N. (2020) *Norske sykepleiere på vei til Italia: - Det vil bli tøft*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/2020/04/norske-sykepleiere-pa-vei-til-italia-det-vil-bli-toft>
(Hentet: 26. april 2022)

Håkonsen, K. M (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jenssen, L. B. S (2016) *Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kronisk lungesykdom*, i Heggstad, A. K. T og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 220-243.

- Konsmo, T. (2012) *Forbilledlig samhandling med brukere og pårørende i Italia*. Tilgjengelig fra: <https://ogbedreskalvibli.files.wordpress.com/2012/01/forbilledlig-samhandling-med-brukere-og-pc3a5rc3b8rende-i-italia-120104.pdf> (Hentet: 25. april 2022)
- LEVE (u.åa) *Få hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://leve.no/fa-hjelp-nar-livet-er-vanskelig/> (Hentet: 27. april 2022)
- LEVE (u.åb) *Venn, kollega, arbeidsgiver*. Tilgjengelig fra: <https://leve.no/kjenner-du-noen-som-har-mistet-noen/> (Hentet: 27. april. 2022)
- LEVE (u.åc) *Til deg som har mistet noen i selvmord*. Tilgjengelig fra: <https://leve.no/wp-content/uploads/2017/11/til-deg-som-har-mistet-noen-i-selvmord-versjon-2.pdf> (Hentet 3. mai 2022)
- Ligier, F. *et al.* (2020) Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal, *BMC Public Health*, 20, s.1534. Doi: 10.1186/s12889-020-09636-y
- National Library of Medicine (2022) *Medical Subject Headings*. Tilgjengelig fra: <https://meshb.nlm.nih.gov/> (Hentet: 7. mars 2022)
- Norsk Helseinformatikk (2021) *Sorgreaksjon*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/sorgreaksjon/> (Hentet: 30. mars 2022)
- Norsk senter for forskningsdata (u.å.) *Vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 4. mars 2022)
- Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 20. april 2022)
- Nyseter, C. Røv, I. & Eines, T. F. (2021) *Etterlatte etter selvmord har behov for profesjonell hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/01/etterlatte-etter-selvmord-har-behov-profesjonell-hjelp> (Hentet: 4. april 2022)
- Scocco, P. *et al.* (2021) Addressing psychological distress in people bereaved through suicide: From care to cure, *Journal of Psychiatry Research*, 300, s. 1-7. Doi: 10.1016/j.psychres.2021.113869
- Skants, P. (2014) *Omsorg i kriser*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skårderud, F. Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015) *Psykiatriboken Sinn - kropp - samfunn*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Straffeloven (2005) *Lov om straff*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> (Hentet: 29. mars 2022)
- Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo:

Universitetsforlaget.

Tjøstolsen, I. M. *et al.* (2021) *Veiledning gjør nyutdannede sykepleiere bedre rustet for utfordringer*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/09/veiledning-gjor-nyutdannede-sykepleiere-bedre-rustet-utfordringer> (Hentet: 4. mai 2022)

Universitetet i Bergen (2018) *Selv mord*. Tilgjengelig fra: <https://www.kriser.no/selv-mord-1> (Hentet: 28. mars 2022)

Universitetet i Oslo (2018) *Den fastlåste sorgen – nå en diagnose*. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/aktuelt/aktuelle-saker/2018/den-fastlaste-sorgen-na-en-diagnose.html> (Hentet: 4. mars 2022)

Wagner, B., Hoffmann, L. & Grafiadeli, R. (2021) The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement, *Journal of clinical psychology*, 77(11), s. 2545-2558. Doi: 10.1002/jclp.23192

Vedlegg

Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2016b)

Del A - innledende vurdering	JA	NEI	UKLART
1. Er formålet med studien klart formulert? <ul style="list-style-type: none">Målet med studien er å beskrive oppfylte og udekkede behov hos etterlatte ved selvmord, samt komme med forslag til tiltak.	X		
1. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <ul style="list-style-type: none">Studien har samlet inn kvalitativ data gjennom et semistrukturert intervju og verktøy som kartlegger psykisk og somatisk helse. Håndfaste funn er deretter satt inn i tabeller for kvantitative resultater.	X		
1. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? <ul style="list-style-type: none">Semistrukturerte intervju åpner for at etterlatte kan avlede fra selve spørsmålet og dele tilleggsinformasjon eller erfaringer rundt andre temaer som ikke blir tatt opp gjennom intervjuet.	X		
1. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <ul style="list-style-type: none">Deltakerne i studien er 29 etterlatte etter 39 selvmord som ble begått i 2016. Dette er nærmeste pårørende til de avdøde, og de som sitter på best informasjon om erfaringer etter selvmordet. Det kunne gjerne ha vært flere deltakere i studien.			X
1. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <ul style="list-style-type: none">Ja, se tidligere svar.	X		
1. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? <ul style="list-style-type: none">Det var en overvekt av kvinner som deltok i intervjuene. Et høyere antall mannlige deltakere ville vært å foretrekke for et mer kjønnsnøytralt resultat.	X		
1. Er etiske forhold vurdert? <ul style="list-style-type: none">Samtykke til deltakelse var frivillig og skjema for samtykke ble underskrevet. Studien er godkjent av etisk komité.	X		
1. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? <ul style="list-style-type: none">Studien forklarer detaljert fremgangsmåte og gjennomføring.	X		
1. Basert på svarene dine på punkt 1-8, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	X		

Del B - Hva er resultatene?	JA	NEI	UKLART
1. Er funnene klart presentert?	X		

Del C - Kan resultatene være til hjelp i praksis?	JA	NEI	UKLART
1. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	X		

