

Kandidatnummer: 6145 og 6288

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Ivaretagelse av etterlatte ved selvmord



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 11.05.2021

✘ *Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

«Selvmordet kommer som lyn fra klar himmel»
(Dyregrov, Plyhn, & Dieserud, 2009, s. 45.)

Det er ikke sant at tiden leger alle sår
Savnet mildnes bare,
Og minnene tåkelegges.
Fra filmen «Antonias verden»

1 SAMMENDRAG

Bakgrunn: Flere tusen blir årlig etterlatte ved selvmord til tross for det økte søkelyset.

Etterlatte vil gjennomgå en sorg og krise, som sykepleier må kunne møte.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke etterlatte ved selvmord sine opplevelser og erfaringer, og hvordan sykepleier kan bidra etter hendelsen.

Metode: Vi har i denne oppgaven brukt Fribergs metode (2017) for å utarbeide en integrativ litteraturoversikt. Innsamlingen av datamaterialet består utelukkende av vitenskapelige artikler, som har en kvalitativ tilnærming. Artiklene har blitt analysert ut ifra Fribergs (2017) tankemodell og arbeidsmåte. Videre har vi sammenstilt de ulike funnene i artiklene, og sammen med relevant faglitteratur tolket og reflektert til en ny helhet, som har blitt til vårt resultat.

Resultat: Etterlatte følte sterke følelsesmessige reaksjoner i variert tid etter at selvmordet hadde funnet sted. I etter tid beskriver de en følelse av stigma og skyld, både av familie, venner og bekjente. Dette kunne forsterke følelsen av å være alene i sorgen. Anerkjennelsen var av stor betydning for å kunne gå videre, og ta med seg den avdøde videre i livet. Underveis identifiserte etterlatte et behov for informasjon, veiledning og navigering gjennom tilgjengelige støttetilbud.

Konklusjon: Litteraturstudien viser at selvmordet har stor innvirkning på den psykologiske velværen til de etterlatte. Ved å tørre å bli berørt i møte med etterlatte ved selvmord, vil det kunne bidra til opplevelse av god sykepleie. Sykepleier kan bidra til dette ved å lytte, anerkjenne og skape åpenhet rundt selvmordet. Å gi støtte kan sykepleier gjøre ved å gi relevant og aktuell informasjon, veiledning og navigering gjennom tilgjengelige støttetilbud.

Nøkkelord: Selvmord, etterlatte, opplevelser, sorg og krise, sykepleier, ivaretagelse.

Innhold

2	Innledning	6
2.1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
2.1.2	Presentasjon av problemstilling	6
2.1.3	Hensikt med oppgaven	7
2.1.4	Begrepsavklaringer og avgrensninger	7
3	Teori.....	8
3.1.1	Selv mord og de etterlattes livslidelse	8
3.1.2	Reaksjoner etter et selvmord	8
3.1.3	Sorg og krise i faseteori.....	9
3.1.4	Mestringsstrategier for etterlatte	10
3.1.5	Sykepleiers ansvarsrolle i møte med etterlatte	111
	3.1.5.1 Yrkesetiske retningslinjer og etikk for sykepleiere i møte med etterlatte.....	12
4	Metode	144
4.1.1	Valg av database.....	144
4.1.2	Valg av søkeord.....	144
4.1.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier til valg av dokument	155
4.1.4	Valg av dokument	166
4.1.5	Analyse.....	188
5	Resultater	199
5.1.1	Sorgopplevelsen	199
	5.1.1.1 Følelsesmessige reaksjoner for etterlatte.....	19
	5.1.1.2 Stigma og sosial isolasjon.....	20
5.1.2	Å bidra til mestring for etterlatte.....	20
	5.1.2.1 Selvrefleksjon og anerkjennelse av selvmordet.....	20
	5.1.2.2 Behov for informasjon i endrende støttebehov.....	21
	5.1.2.3 Behov for initiativ fra støttetjenester.....	22

5.1.2.4	Behov for navigering og veiledning mellom tilgjengelige støttetjenester.....	23
6	Metodediskusjon	25
6.1.1	Integrativ litteraturoversikt.....	255
6.1.2	Kildekritikk	255
6.1.3	Studiens geografi.....	266
6.1.4	Studiens deltakere	266
7	Resultatdiskusjon	277
7.1.1	Følelsesmessige reaksjoner	277
7.1.1.1	Stigma og sosial isolasjon.....	27
7.1.2	Å bidra til mestring for etterlatte.....	288
7.1.2.1	Anerkjennelse og selvrefleksjon av selvmordet.....	28
7.1.2.2	Behov for informasjon og navigering i endrende støttebehov..	29
8	Anvendelse i praksis.....	322
9	Referanser	344
10	Vedlegg	376

Antall ord: 9017

2 INNLEDNING

Ifølge verdens helseorganisasjon er det på verdensbasis om lag 800 000 som dør av selvmord hvert år, og utallige flere forsøk (World Health Organization, 2019). Dette vil si at 91 personer tar sitt eget liv per time. I Norge er det registrert 500-600 som tar selvmord årlig. Om man regner 10 etterlatte per selvmord, vil 5000-6000 nye etterlatte bli berørt i Norge hvert år (Folkehelseinstituttet, 2020). Mange mennesker opplever da å bli etterlatt ved selvmord, og det kan innebære store endringer i livssituasjon og den psykiske helsen.

2.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Til tross for økende fokus på forebygging av selvmord de siste årene, har vi et inntrykk av at det er lite fokus på de etterlatte ved selvmord. Ivaretagelsen av etterlatte er viktig, da de har større fare for alvorlige psykiske og fysiske helseplager (Helsedirektoratet, 2011).

Gjennom praksis og erfaring har begge vært i kontakt med etterlatte ved selvmord. En tilfeldighet slo også inn på valg av tema til oppgaven. Serien «Rådebank» på NRK, publiserte sesong 2 etter julen 2020. Her tar en gutt sitt eget liv, og flere av de tilhørende episodene omhandler ulike aspekter på reaksjoner etter selvmordet fra familie, venner og berørte av dette.

Gjennom vår sykepleierutdanning opplever vi også at pensum baserer seg på forebygging av selvmord og direkte kontakt med den «suicidale». Vi sitter derfor igjen med spørsmål knyttet til ivaretagelse av de som sitter igjen.

Dette sett sammen gjorde et sterkt inntrykk på oss, og dannet et ønske om å skape en tryggere arena for etterlatte knyttet til vår rolle som sykepleiere. Vi ønsker å kunne unngå unødvendige påkjenninger for etterlatte ved selvmord, og innhente større kompetanse innenfor fagområdet.

2.1.2 Presentasjon av problemstilling

Selvmord regnes som en av våre tids største helsemessige utfordringer. Flere mennesker i Norge tar livet sitt, og etterlater seg sørgende mennesker. De etterlatte kan møte holdninger, slik som stigmatisering. Denne spesielle gruppen, har behov for ulike former psykososial støtte. Sykepleier kan møte etterlatte ved selvmord i kriseteam, hjemmesykepleie og psykososiale institusjoner, som noen eksempler. Kunnskap og kompetanse om krise og sorg er derfor viktig at en sykepleier mestrer (Helsedirektoratet, 2011, s. 3-5).

Ved å ta utgangspunkt i opplevelsene og erfaringen til etterlatte ved selvmord vil det kunne være mulig å belyse, og forbedre måten etterlatte blir møtt og hjulpet på. Slik har vi kommet fram til vår problemstilling:

- Hvordan kan sykepleier ivareta etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg?

2.1.3 Hensikt med oppgaven

Vi ønsker å fordype oss i opplevelser og erfaringer de etterlatte gjør seg etter at deres kjære, døde av selvmord. Videre vil oppgaven belyse hva en sykepleier kan bidra med etter hendelsen, med opplevelsene og erfaringene til etterlatte som utgangspunkt.

2.1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

Selvord

- Selvmord er en bevisst og ønsket handling hvor individet skader seg slik at det blir et dødelig utfall (Folkehelseinstituttet, 2020).
- Etter innhenting av erfaringer hos etterlatte, har vi valgt å bruke «tatt livet sitt», «tatt livet av seg» eller «døde av selvmord» i vår oppgave. Vi ønsker å vise hensyn og opplyse at vi kommer til å benytte oss av ulike begreper av selvmord, ut ifra hva som passer i teksten.

Etterlatte

- Tradisjonelt sett har begrepet etterlatte blitt brukt om de i nærmeste familie til den avdøde. I dag inkluderer begrepet flere sørgende, slik som større deler av slekten, venner, kollegaer og medstudenter. De etterlatte vil være pårørende til noen som har valgt å ta sitt eget liv. Det er denne betydningen av etterlatte ved selvmord vi vil ha i vår oppgave.

Avgrensning ved bruk av etterlatte

- De som tidligere har gjort et selvmordsforsøk er tydelig avgrenset fra vår oppgave. Vi omtaler ikke opplevelsene og erfaringen til barn, og dermed vil begrepet etterlatte ikke sette lys på barn og ungdoms opplevelser ved selvmord.

Sorg og krise

- Sorg og krise vil bli mer omtalt i teori punktet, med utgangspunkt i Johan Cullbergs krise, sorg og fase-teori.

3 TEORI

3.1.1 Selvmord og de etterlattes livslidelse

Dyregrov et. al. (2009) omtaler selvmord som endepunktet i et dødelig samspill mellom ytre og indre hendelser, og at en enkelt hendelse ikke kan forklare det. Hvert enkelt selvmord er unikt, og vil aldri oppleves likt. Etterlatte uttrykker et behov for å forstå hvorfor deres nære tok sitt eget liv. Det vil aldri være et tydelig svar som kan passe alle etterlatte (Dyregrov et. al., 2009, s. 17-20).

Ifølge Katie Eriksson er lidelse en del av livet, en kamp mellom det gode og onde. Lidelsen kan være grenseløs, og den kan snu livet til et menneske opp ned, med tap av både livsinnhold og verdier. Eriksson beskriver dette som livslidelse. Livslidelse er relatert til alt som innebærer å leve (Eriksson, 1995, s. 74). Under lidelsen står sorgprosessen og mestringsstrategier sentralt.

3.1.2 Reaksjoner etter et selvmord

Etter tapet av en som har stått en nær, vil sorg være en naturlig reaksjon. Hva som er «normale» og «unormale» reaksjoner, er det ikke noe fasit på, da sorgen kan ha mange forløp og ansikter. Tapet til den sørgende berører mange sider av livet, og kan gi et mangfold av reaksjoner innen det emosjonelle, intellektuelle, somatiske og atferdsmessige sidene ved et menneske (Mathisen, 2016, s. 433).

Johan Cullberg (1994, s. 136) beskriver universelle sorgreaksjoner som en viktig og naturlig del som oppstår i den akutte krisen. Sørgende uttrykker ofte et sterkt behov for bekreftelse på det de opplever. Det kan sette i gang tanker om egen dødelighet, bekymringer om fremtiden og spørsmål etter mening, kontroll og trygghet i tilværelsen (Cullberg, 1994, s. 137). Det som de engang så på som sant, riktig og innlysende, er ikke så opplagt lenger. Opplevelsen av tapet vil variere, derfor kan en ikke tidfeste eller fastsette sorg reaksjonen. En utbredt reaksjon er dermed skyldfølelse, som kan komme til uttrykk som sinne, sosial tilbaketrekning, smerte, gjenopplevelse av det som skjedde og mørke tanker.

Til tross for et vidt aspekt for uttrykk og reaksjoner på sorg, har sorgen noen andre hovedtrekk. Sorg er ikke sykdom. Likevel kan den psykiske belastningen av sorg medføre at den sørgende er økt mottakelig for somatisk sykdom (Helsedirektoratet, 2011, s. 19-21).

Kroppens immunforsvar er nedsatt på grunn av de emosjonelle aspektene sorgen medfører. De emosjonelle reaksjonene beskrives som tristhet, sinne, angst, skam, lengsel, lettelse og savn. Kroppen kan da bli mottakelig for kroppslige plager som anspenhet, hodepine, kvalme, svimmelhet, nedsatt matlyst og energi (Helsedirektoratet, 2011, s. 19-21). For de etterlatte vil det være viktig at sykepleieren legger til rette, for å kunne gi uttrykk for symptomene sorg og krisen medbringer. Dermed kan de oppfattes som mindre unaturlig, syke eller farlige, og mer forståelig med tanke på livshendelsen. (Cullberg, 1994, s. 143).

Atferdsmessige reaksjoner kan komme til uttrykk som gråt, uro, rastløshet, unngåelse av minner om den avdøde og økt bruk av røyk, alkohol og andre rusmidler (Dyregrov et. al., 2009). Sorg er en tidskrevende prosess hvor en må gjennom ulike stadier. Målet for all krise og sorgopplevelser er å støtte pasientens egne ressurser. For at krisen kan få et naturlig forløp til bearbeiding og nyorientering (Cullberg, 1994, s. 143).

3.1.3 Sorg og krise i faseteori

Etter en ekstrem hendelse, slik som selvmord, vil sterke reaksjoner i utgangspunktet være normale reaksjoner. Grunnlinjen i vår eksistens blir utfordret, og en innser raskt hvor tynn linjen er mellom liv og død (Helsedirektoratet, 2011, s.19). «Livet byr sjelden på hardere slag enn når en av dine nærmeste dør i selvmord» (Dyregrov et al., 2009, s. 17).

Cullberg (1994) beskriver en traumatisk krise som “*Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet*” (Cullberg, 1994, s. 100). De etterlatte inngår i denne definisjonen, da selvmordet kan oppleves som en traumatisk krise. Cullberg (1994) presenterer de traumatiske kriser’s forløp i fire naturlige faser. Disse fasene har hver sine egenskaper og terapeutiske problemer. Det er vanskelig å se fasene hver for seg, da de ofte er innvevd i hverandre.

1) **Sjokkfasen** varer som regel fra et kort øyeblikk til noen døgn. Gjennom sjokkfasen kan individet ha problemer med å bearbeide og “ta inn” det som har skjedd. Personen kan ha problemer med å huske hva som hendte, hva som ble sagt, og alt kan virke kaos under overflaten (Cullberg, 1994, s. 130). I sjokkfasen er det viktig å komme i gang med god allmenn omsorg. Cullberg beskriver at det er viktig å ikke være alene når sjokket er for sterkt (Cullberg, 1994, s. 149).

2) Reaksjonsfasen: Sjokk og reaksjonsfasen har en glidende overgang. Denne fasen utgjør krisens akutte fase som kan ha et handlingspekter mellom fire og seks uker. En voldsom innstilling og reaksjon vil inntre når individet evner å “åpne øynene” for situasjonen som har oppstått (Cullberg, 1994, s. 136). Ofte vil en kunne se at den kriserammende forsøker å finne mening i den kaotiske situasjonen, og gjenta spørsmål om “hvorfors dette skulle ramme akkurat meg” (Cullberg, 1994, s. 124-125).

3) Bearbeidingsfasen: Tidsperspektivet på dette kan variere, men oftest varer denne fasen mellom et halvt eller et år etter det opprinnelige traumatiske sjokket. I denne fasen begynner pasienten å bli mer fremtidsrettet igjen, mens han tidligere var besatt av sjokket og fortiden. Gamle aktiviteter kan bli gjenopptatt og individet kan bli mer åpen for nye erfaringer i takt med tidsavstanden som naturlig skjer. Et tegn på at vedkommende kan ha behov for fagkyndig hjelp er når en mer mildere og mer utadvendt holdning ikke har funnet sted innen rimelig tid gjennom bearbeidingsfasen (Cullberg, 1994, s. 138).

4) Nyorienteringsfasen: Denne siste fasen har ingen avslutning. Individet lever med et arr som ikke forsvinner, men som ikke hindrer vanlige livskontakter. Den sviktende selvfølelsen er blitt gjenopprettet, og de uoppfylte håpene er blitt bearbeidet. En krise blir en del av livet, ikke noe som skal glemmes. Mange opplever at hendelsen også har fått ny betydning i senere livsperioder (Cullberg, 1994, s. 140).

3.1.4 Mestringsstrategier for etterlatte

Det er ingen oppskrift på hvordan en skal håndtere en krise når den inntreffer. Alle mennesker vil ha ulike forutsetninger for hvordan de håndterer livshendelsen. De viktigste betingelsene for å kunne mestre regnes uansett som erfaringer, trygge og stabile tilknytninger og ytre forhold som bidrar til støtte og mestring (Dyregrov et al., 2009, 97 - 98).

Dyregrov et.al. (2009) presenterer tre gode strategier for mestring; 1) åpenhet 2) Uttrykksformer og aktivitet 3) Friminutt i sorgen.

1) Åpenhet vil bety at man legger «alle kortene på bordet». Den etterlatte forteller hvordan den egentlig har det og hva den trenger hjelp til, og dødsårsaken vil ikke skjules for de rundt. Åpenhet kan gi en terapeutisk effekt, siden det gir en måte å uttrykke smerten en føler på. Etterlatte kan også redusere andres redsel og hjelpeløshet ved å uttrykke sine behov og hvordan en tar imot støtten. På lengre sikt kan en redusere følelsen av skyld og skam (Dyregrov et al., 2009, s, 100 – 106).

Å dele erfaringer og opplevelser i felleskap er også en kjent mestringsmetode innenfor åpenhet. Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, LEVE, arbeider etter denne metoden. Det er mange triste og sterke historier, og for noen etterlatte kan det medføre en større opplevelse av engstelse og nedstemthet i møte med andre etterlatte (Dyregrov et. al., 2009).

2) Uttrykksformer og aktiviteter vil omhandle det man fyller hverdagen med, og som til slutt fører til at man går videre i livet. Det kan være ulike ritualer og seremonier, informasjon og veiledning, musikk og skriving, religiøse -, fysiske- og yrkesaktiviteter (Dyregrov et. al., 2009, s. 106-114). Noen eksempler kan være begravelse, lystenning og minnegjenstander av den avdøde.

3) Å skape friminutt er å tillate pauser i sorgen. Det er en overlevelsesstrategi, slik at sorgen ikke skal være altopplukende. Mestringsstrategien vil kunne oppleves som utfordrende, for å tvinge bort sorg og savn er vanskelig (Dyregrov et. al., 2009, s. 115-116). Dyregrov et. al. (2009) skriver at en burde planlegge dagen, hvor en har tidspunkter en gjør eller tenker på noe annet.

3.1.5 Sykepleiers ansvarsrolle i møte med etterlatte

Etterlatte ved selvmord er en gruppe med spesielle behov, og det er viktig at de blir møtt på en riktig måte. Sykepleiere og etterlatte kan møtes på flere arenaer, slik som ved kriseteam, hjemmesykepleien, psykososiale oppfølginger, somatiske og psykisk helse institusjoner (Helsedirektoratet, 2011, s.38-41).

Lov om *kommunale helse- og omsorgstjenester* omfatter både personer med somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse og «.. skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Begrepet nødvendige er ikke entydig definert, men krav om forsvarlighet og kvalitet er en bærebjelke i norsk helserett. Helsepersonelloven §4, formulerer det slik:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

Livet medfører sorg, lidelse og tap som ingen kommer helt unna. Helsepersonell, herunder sykepleiere, skal i slike situasjoner utføre helsefremmende og forebyggende arbeid i

kommunen og gi mulighet for selvrealisering i slike situasjoner. Med selvrealisering mener Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø (2016) at uansett om livet er varig endret skal sykepleier gi muligheten for opplevelse, mening og sammenheng i tilværelsen. Dette stiller krav til sykepleierens kunnskap og kompetanse om sorg, krise og mestring.

De nasjonale retningene for forebygging av selvmord forteller:

«Det bør finnes prosedyrer for ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. Pårørende og etterlatte bør få korrekt og rask informasjon, tilbud om samtale og bistand til videre oppfølging etter behov, samt informasjon om sine rettigheter» (Helsedirektoratet, 2008, s. 27).

Det vil være en glidende overgang mellom juss og etikk. Helseretten handler om lovverk og de rettsregler som gjelder innenfor ulike deler av Helse- og omsorgstjenesten. Helseretten har en mer direkte styring, men faglig skjønn og etikk er en nødvendighet ved tolkning av loven. Sammen vil de ivareta og verne verdiene til sykepleie og samtidig sikre en rettslig og etisk minstestandard (Lunde, 2016, s. 162-164).

3.1.5.1 Yrkesetiske retningslinjer og etikk for sykepleiere i møte med etterlatte

Norsk sykepleierforbund (2019) presenterer *Yrkesetiske retningslinjer* i utøvelse av sykepleie:

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Disse retningslinjene er nødvendige å ta utgangspunkt i, for å kunne bidra til god praksis og gode moralske handlinger i sykepleieutøvelse. Felles for retningslinjene er at de ikke forteller hvordan en skal gjøre dette, og det er sykepleierens ansvar å tolke og forstå dette ut ifra egen kunnskap og kompetanse.

De yrkesetiske retningslinjene pålegger sykepleier et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). Dette handler om å være sanselig tilstedeværende for den etterlatte. Sanselig tilstedeværelse vil si at sykepleieren har en evne til å være tilgjengelig,

åpen, behjelpelig og anerkjennende. Det handler om å være involvert med hele seg (Kristoffersen, 2016, s. 63).

Vi finner grunnleggende etiske prinsipper som autonomi-, ikke skade, velgjørenhet- og rettferdighetsprinsippet igjen i helselovgivningen. Autonomi prinsippet handler om selvbestemmelse. Ved at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens og brukerens egne meninger i sine vurderinger, vil selvbestemmelsen kunne være intakt. Velgjørenhetsprinsippet handler om å gjøre godt mot andre. Ikke-skade prinsippet handler om at man aldri skal skade noen, det vil ikke være rom for tolkning av prinsippet. Rettferdighetsprinsippet skal bidra til at alle har tilgang på likeverdige helsetjenester, og at det skjer en rettferdig fordeling av disse (Brinchmann, 2016, s. 84-89). Vi velger å ikke vektlegge disse i resultatdiskusjonen, men vi velger å beskrive prinsippene da de legger det praktisk- etiske grunnlaget for utøvelsen av sykepleie (Brinchmann, 2016, s. 84).

4 METODE

Metode karakteriseres ofte som en framgangsmåte, eller et redskap for å løse problemer og komme fram til ny kunnskap (Aubert, 1985, s. 196). Kvantitativ og kvalitativ metode er to hovedformer for metodisk tilnærming, som begge har sine fellestrekk, men også sine særegenheter. Hvilken metode som brukes avhenger av hvilke data som skal samles inn og undersøkes. Kvantitativ metode samler inn data som lar seg måle og tallfeste. Det gir muligheten til å få oversikt over data på generelle forhold. Kvalitativ metode omtaler opplevelsene og meningene, som ikke lar seg tallfeste (Friberg, 2017, s. 105-107).

Det finnes forskjellige metoder å gjøre en litteraturoversikt på, deriblant integrativ litteraturoversikt. I utførelsen av en integrativ litteraturoversikt dannes det en oversikt over tidligere forskning gjort på et avgrenset fagområde. Forskningsmetodene benytter i hovedsak empirisk forskning, som vil si kunnskap som er bygd på erfaring, med utgangspunkt i grunnleggende normer. Resultatene fra de analyserte artiklene vurderes og sammenliknes for å kunne trekke egne konklusjoner fra resultatene (Friberg, s. 150- 151).

Den systematiske tankemodellen og arbeidsmåten Friberg (2017) har utarbeidet ligger til grunne for vår metodiske tilnærming i denne oppgaven. Vi valgte å bruke artikler med kvalitative tilnærminger siden det legger vekt på opplevelser og erfaringer. De publiserte vitenskapelige forskningsartiklene blir analysert og sammenstilt til en ny helhet. Dette vil gi utgangspunkt i våre refleksjoner, drøftninger og resultatdiskusjon videre i oppgaven.

4.1.1 Valg av database

De vitenskapelige forskningsartiklene ble funnet ved hjelp av anerkjente forskningsdatabaser. Databasene var tilgjengelige gjennom Universitetets nett bibliotek. Vi benyttet oss av systematiske litteratursøk ved hjelp av Swemed+ og CINAHL, disse inneholder relevant forskning for helsefag. Når vi benyttet oss av Swemed+, som består av skandinaviske artikler, oppfylte de ikke kriteriene vi hadde til forskningsartiklene. Dermed er alle våre vitenskapelige forskningsartikler hentet fra CINAHL.

4.1.2 Valg av søkeord

Valg av søkeord baserte seg først og fremst på relevant litteratur vi har søkt opp om temaet og erfaringer gjennom praksis. Underveis «Brain-stormet» vi søkeord, og begynte å prøve oss

frem på å søke etter artikler. Søket startet med følgende ord som vi «lekte» oss litt med; etterlatte, selvmord og sykepleier. Andre søkeord som ble valgt presenteres i vedlegg nr. 1. I starten av søket, søkte vi mye i databasen Swemed+. Da vi anvende norske ord. Etter litt tid forsto vi at vi måtte begynne å avansere og styrke søket vårt, og vi benyttet oss av søkemetoder fra Friberg (2017).

- Trunkering; skriver deler av et ord med stjerne(*) bak for å få opp alle mulige bøyninger av et ord.
- AND: muligheten for å sette sammen flere søkeord.

Vi begynte så å søke i CINAHL, og dermed ble søkeordene oversatt til engelsk. Vi startet med et enkelt søk slik som «suicide» på CINAHL. Her fikk vi et treff på over 20 000 artikler, og identifiserte vi raskt behovet for å begrense søket. Ved bruk av trunkering og AND, kunne vi eliminere og granske søket vårt. Vi spisset søket, slik at vi fikk opp flere relevante vitenskapelige forsknings artikler. For eksempel oppdaget vi to av våre empiriske studier ved å søke; «experience*» AND “suicide” AND “grief” AND “support”. Dette var en tidskrevende prosess, som skapte grunnlaget for vår oppgave.

4.1.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier til valg av dokument

For å avansere og begrense datasøket vårt, inneholdte søkeprosessen eksklusjons- og inklusjonskriterier. De skulle hjelpe oss i søket etter vitenskapelige forskning artikler.

Kriteriene kan ses i tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert - Artikler nyere enn 2011 - Etisk vurdert og godkjent - Etterlatt ved selvmord var eldre enn 18år - Etterlatte ved selvmords perspektiv - Kvalitativ tilnærming - Land med helsevesen som har likheter i det norske helsevesenet. - Nordisk eller engelsk skriftspråk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eldre artikler enn 2011 - Ikke etisk vurdert - Barn og ungdom under 18år - Alle artikler som ikke hadde kvalitativ tilnærming. - Artikler fra Afrika og Sør-Amerika

Tabell 1

4.1.4 Valg av dokument

Skriveprosessen startet ustrukturert, da ingen av oss har skrevet en slik oppgave før. Etter hvert formet søkingen seg til, en strukturert litteratursøking. Søkeprosessen tok utgangspunkt i eksklusjons- og inklusjonskriterier (tabell 1), søkeord (vedlegg nr. 1) og nevnte databaser. Dette kunne hjelpe oss i søket etter vitenskapelige forskning artikler.

I all hovedsak ble forsknings artikler som inneholdt andre perspektiver enn pårørende perspektivet, ekskludert. Ved å benytte artikler som setter lyst på de etterlattes opplevelser ved selvmord, mener vi at perspektivet fra de pårørende, vil kunne svare best på vår problemformulering. Ved funn av vår siste artikkel, blir de etterlattes og helsepersonellens perspektiv presentert. Etersom et av våre eksklusjonskriterier handler om å ta utgangspunkt i de etterlattes perspektiv, ville artikkelen i utgangspunktet blitt ekskludert. Artikkelen kan beskrives som todelt, der resultatene tar utgangspunkt i de etterlattes opplevelser og erfaringer. Som en bonus er det beskrevet helsepersonellens opplevelser og erfaringer knyttet til det å møte de etterlatte ved selvmord. Til tross for dette valgte vi å ta i bruk denne artikkelen.

Forskningen i våre fire empiriske forskningsartikler har funnet sted i Australia, Irland, England og Canada, og produsert mellom 2014 – 2021. Vi fant disse troverdig da helsevesenet i de ulike landene, kan være overførbart med det norske helsevesenet. To av artiklene er fra samme forlag; *British journal of General practice*, som er en tilfeldighet. Alle artiklene er engelske, da det offisielle forskningsspråket er engelsk. Deltakerne innen den empiriske forskningen måtte være over 18år, begrunnet i at barn som etterlatte krever en annen tilnærming.

Vi tok stilling til at forskningen var fagfellevurdert og etiske hensyn var tatt med i gjennomføringen av studien. Alle artiklene tar etiske hensyn til deltakerne: ved å godta et nei og ved ingen bindende gjennomføring av studiet. Det ble tilbudt psykisk helsehjelp under og i etterkant av intervjuene. Alle studiene ble lagt fram, vurdert og godkjent av en etisk komite. I tabell 2, presenteres de fire empiriske forskningsartiklene vi endte med, de etiske komitéene og godkjenningen for studiene.

Empiriske forskningsartikler	Etisk komite og godkjenning.
«Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide» (Gall, T. L. Henneberry, J & Eyre, M., 2012, s. 430-437),	Research Ethics Board ved universitetet Saint Paul i Ottawa, Canada.
«Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study» (Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., McDonell, S., 2020, s. e102-e110).	Etisk godkjent av National Research Ethics Service Committee North West - Greater Manchester West.
«Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study» (Ross, V. Kolves K & Leo D.D., 2019, s. 632-645),	Etisk godkjent av Griffith University`s Human Research Ethics Committee.
«Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP» (Fhailí, M. N. A., Flynn, NJ & Dowling, S., 2015, s. e92-e98.)	Godkjent gjennom Irish Collage of General Practitioners Research & Ethics Committee.

Tabell 2

4.1.5 Analyse

Etter gjentakende lesing og gjennomgang i artiklene, ble et sammendrag av hver studie utarbeidet, og oversatt til norsk. Ved å sammenlikne og vurdere resultatene i de fire valgte vitenskapelige artiklene identifiserte vi to hovedkategorier, med seks tilhørende underkategorier. Hovedkategoriene tar for seg følelser, opplevelser, og beskrivelser av hva de etterlatte så som betydningsfullt i sorgprosessen og i erfaringen av å bli etterlatt ved selvmord. Disse beskrives i tabell 3.

Sorgopplevelsen	Følelsesmessige reaksjoner for etterlatte Stigma og sosial isolasjon
Å bidra til mestring for etterlatte	Selvrefleksjon og anerkjennelse av selvmordet – en kamp etter mening Behov for informasjon i endrende støttebehov Behov for initiativ fra støttetjenester Behov for navigering og veiledning mellom tilgjengelige støttetjenester

Tabell 3

Ved å sammenstille forskningsartiklene, vil det skapes en ny helhet. Det omfatter å se på metode tilnærming, teoretiske utgangspunktet, samsvarer hensikten med problemformuleringen og analyseringen av metode. Det nye helheten vil da gi utgangspunktet i våre refleksjoner, drøftninger og resultatdiskusjon videre i oppgaven (Friberg, 2017, s135).

5 RESULTATER

5.1.1 Sorgopplevelsen

5.1.1.1 Følelsesmessige reaksjoner for etterlatte

Det å erfare å bli etterlatte ved selvmord beskrives som en unik form for sorgopplevelse, karakterisert av en rekke følelsesmessige reaksjoner. I studien Gall et. al. (2014), Fhaili et. al. (2015) og Ross et. al. (2019) beskrev deltakerne selvmordet som en brå og uventet hendelse, med en sterk følelse av sjokk, forvirring, nummenhet og kaos.

«When you lose somebody, it .. the pain is so intense you go into shock. I didn't feel anything» (Gall et. al., 2014).

“When the police came to my place they weren't armed with any information for me there and then... I just looked at them and said “What do I do now? What do I do?” (Ross et. al., 2019).

«You are so numb with grief and shock and disbelief, and you don't think about looking for support» (Fhaili et. al., 2015)

Flere av de etterlatte i Gall et.al. (2014) beskrev at de satt igjen med en skyldfølelse av å ha bidratt til selvmordet, ved å være distraheret av egne, ha dårlige relasjonelle evner eller å bare ikke være nok for å holde personen i livet.

“So I must have had some input to this act; that is so hard for me to bear... he could be the worst person in the world but I helped in the creation of this person” (Gall et. al., 2014).

Studien, Ross et. al (2019) beskriver om en lang emosjonell kamp i måneder og år etter selvmordet. Sorgen vil alltid være der, men den kan falme, og opprettholdes av hendelser, minner og merkedager.

“It takes time for you to grief, some people get through it real quick. Further it goes on, for years and years and years. It takes what it takes. That's what I learnt. ...” (Ross et. al., 2019).

Den emosjonelle kampen kommer også til uttrykk i Gall et. al. (2014);

«There's no dealing with the suicide, this is always there. You reach a point. And that's it. That's as good as it gets ... wherever I am now is where I will be the rest of my life... it never goes away, it becomes a part of who you are». (Gall et. al., 2014).

5.1.1.2 Stigma og sosial isolasjon

Felles for alle artiklene er at resultatene beskriver de etterlattes opplevelser og erfaringer knyttet til stigmatisering og skam. “...for a long time whenever someone asked me how my mom died I would say car accident, or cancer” (Gall et. al (2014).

Artiklene identifiserte deltakernes bekymringer for utenforstående følelsesmessige reaksjoner og for å traumatisere andre i samtale om selvmordet. Redsel for den sosiale stigmatiseringen knyttet til sosiale sammenkomster og interaksjoner ble beskrevet som vanskelige å forholde seg til, og ble pådriver til sosial tilbaketrekning, isolasjon og ensomhet.

«You are trying to pre-empt somebody's reaction and you are trying to think about how they are going to feel»... «And I think you probably, you just end up with withdraw more and more... I was kind of inflicting myself on to people» (Wainwright et. al., 2020).

«They get this horror on their face and they'd be embarrassed» (Wainwright et. al., 2020).

“I think if the stigma wasn't so bad, I think maybe things might be a little different, you feel stigmatised yourself... It's like IBS (irritabel bowel syndrome)” nobody want's to know about it” (Fhaili et.al., 2015).

“I didn't want someone to be overwhelmed by what was going to come out of me.... that was the only time I spoke...to anyone” (Gall et. al., 2014).

I tillegg beskriver Ross et. al. (2019) opplevelse av avvisning, og usensitive kommentarer fra venner og familie, som var pådriver til ensomhet og isolasjon.

“They don't want to talk about it and ... they just don't feel comfortable around you talking about suicide or anything. So I found that really hard because I started to internalize that a little bit and I felt a little bit rejected and a bit isolated” (Ross et. al., 2019)

5.1.2 Å bidra til mestring for etterlatte

5.1.2.1 Selvrefleksjon og anerkjennelse av selvmordet

Etterlatte som deltok i studien Gall et. al. (2014) stilte spørsmål knyttet til mening med livet, og forsøkte å finne svar på hvorfor; «People don't take their lives», “i could not imagine”, og “suicide is not natural”. Behovet om selvrefleksjon beskrives videre i artikkelen som spørsmål om mening, ansvar, forhold og identitet gjennom sorgprosessen.

«You cant control what people do and when you're dealing with somebody thats suicidal you have to come to understand it has nothing to do with you” (Gall et. al., 2014)

Videre skriver Gall et.al. (2014) om verdien av anerkjennelsen av den avdøde. Dette var av stor betydning for å unngå å definere den avdøde, relatert til selvmordet. Dette beskriver også

deltakerne i Fhaili et. al. (2015). I begge artiklene uttrykte deltakerne at anerkjennelsen var støttende og bekreftende over at deres avdøde har levd. Deltakerne beskrev lettelse når fastleger, venner, kollegaer og familie anerkjente selvmordet.

“I do feel it is important for the GP to acknowledge the loss, because that person was so important to you” (Fhaili et. al., 2015).

Det ble fremhevet i Fhaili et. al. (2015) og Ross et. al. (2019) at flere av deltakerne opplevde at medisinerer gjennom sorgprosessen ble ofte tilbudt, men det som var mest nødvendig var å bli lyttet til. Muligheten for prat og aktiv lytting, beskriver etterlatte som viktig for bearbeidingsprosessen.

«He listened and the listening was powerfull. Being fully present, he didn't offer me any solutions, he didn't try to answer the why, he didn't try to medicate me... He didn't try to fix me. He just accepted me, just the way I was and he listened» (Fhaili et. al., 2016).

“...It's your pace and you just go at your own pace. But first they offer you is antidepressants. I just said: No, I don't want to go on antidepressants. I'm actually grieving” (Ross et. al., 2019).

5.1.2.2 Behov for informasjon i endrende støttebehov

I arbeid med å mestre den nye hverdagen beskrev flere av deltakerne i Wainwright et. al. (2020) og Ross et. al. (2019) et behov for informasjon. Denne informasjonen skulle dreie seg om hva som kjennetegner vanlige sorgprosesser og hvilke følelser og reaksjoner som kan komme til uttrykk i denne prosessen.

«You are wanting answers, you want to know why, and you're wanting some help or some advice yourself, but you're not getting any of that, and you don't know where to go for it» (Wainwright et. al., 2020).

“You're not in your own mind... and you're not thinking straight... but there's nobody there to guide you along these lines either. There's no guidance on “Okay, this is possibly what's going to happen to you” (Ross et.al., 2020).

Dette ble beskrevet som avgjørende det å forstå egne følelsesmessige reaksjoner og endrede behov. I intervjuene med helsepersonellet i Gall et. al. (2016) beskrev disse også verdien av å anerkjenne, normalisere, validere følelsene som kom til uttrykk. I tillegg til å informere og undervise om vanlige sorgreaksjoner og følelser.

Informasjonsbehovet måtte møte etterlatte der de befant seg i sorgprosessen. En deltaker forteller:

“The first time I went I told (the counsellor) my situation. I walked out going “Oh, he's no help...”. “When I went and saw the psychologist the next time and I did all the sessions. He helped greatly... I'm more aware now of what happened, why it happened, why I couldn't help it and why I couldn't save this man” (Ross et.al., 2019).

I Ross et. al. (2019) blir det dermed identifisert utfordringer knyttet til endrede behov for støtte, og forståelsen av dette. Informasjonsbehovet ville styrke forståelsen. Etterlatte må møtes der de er, og ønsker at støttetjenestene retter seg etter det. På en annen side beskriver deltakere i Ross et. al. (2019) en følelse av lite tid. Det er ingen tidsbegrensning på hvor lenge en sorgprosess vil vare, og deltakerne beskriver lite forståelse av dette.

“Buy the end of 6 months... people just expect there’s an expiration date on grief and you’re supposed to just get over it. It’s actually now where you start needing that support, because you’re thinking a bit more clearly” (Ross et.al., 2019).

Deltakere i studien Wainwright et. al. (2020) beskriver dette på en annen måte. Det endrende støtte behovet kommer til uttrykk av at tilbudet ikke er individuelt tilpasset underveis i sorgprosessen. En deltakeren brøt sammen på venterommet til legen sin, og en annen deltaker beskriver følelsen av lite tid. Slik som det også gjør i Ross et. al. (2019).

«I sat in a waiting room fighting back tears, you know, and it’s not the best place to be upset is it?» (Ross et. al., 2019).

« I can’t just ring up anyone say “Can I speak, can I see my GP?” You’ve got to get through the receptionist first, so she wants a basic overview of why you want to speak to him. Then, then a, then a GP will ring you back... they decide whether or not you should go there now... ” (Wainwright et. al., 2020)

5.1.2.1 Behov for initiativ fra støttetjenester

Deltakerne beskrev i Wainwright et. al. (2020), Ross et.al. (2019) og Fhaili et.al. (2016), et behov for at kontakt om tilbud om støtteordninger burde initieres av praksis. Dette ville senke terskelen for å søke støtte og oppmuntre de som kunne ha behov for det, til å benytte seg av det.

“I were glad that he’d actually made the first move, because I... I wouldn’t have gone down to the doctor and said, “oh i’m having real problems here, you know, you’re going to have to ... please help me” (Wainwright et. al., 2020).

“There is a need to be guided in navigating the available services, because there’s a list of things... But if someone sits down with you... and says, “Look how are you actually going? What do you think would help you?” (Ross et.al., 2019).

“The GP’s have to have the courage to come to you and say “Well look, I’m here when you are ready”. It’s such a comfort” (Fhaili et.al., 2016)

5.1.2.2 Behov for navigering og veiledning mellom tilgjengelige støttetjenester

Deltakerne i Ross et.al. (2019) beskrev vanskeligheter med navigering gjennom tilgjengelige støttetjenester underveis i sorgprosessen. For de som hadde fått kontaktinformasjon til forskjellige støttetjenester syntes det var vanskelig å vite hvem de kunne kontakte og hvor en kunne finne støttetjenester.

“There is a need to be guided in navigating the available services, because there’s a list of things... “Well which one do I call?” But if somebody sits down with you... and says, “Look how are you actually going? What do you think would help you now?” (Ross et. al., 2019).

“You absolutely have no idea what you need... because I certainly didn’t and you just need somebody to start you...” (Ross et. al., 2019).

I to av studiene kommer det også fram at flere av legene deltakerne hadde møtt, ikke var behjelpelig nok gjennom navigeringen. Dette resulterte i ikke få tilgang på tjenester når behovet var der.

“I was told to try and find a counsellor who was specific in grief counselling or suicide counselling. So my doctor took 8 months before she found somebody who I could go and see” (Ross et. al., 2019).

“...anyway, I went to the doctor and I said at the time, “I need to talk to somebody”... And, it was all panic, “oh I don’t know who... oh I don’t know...” (Wainwright et. al., 2020).

Ved å henvise videre til tilgjengelige støttetjenester kan det gi en mindre følelse av å være alene. Det kan også bidra til fellesskap og tilhørighet ved å møte andre etterlatte, som forteller om samme opplevelser.

“I realised after talking to him, that a lot of the things that I’ve felt, or was feeling, and stuff, it wasn’t abnormal and stuff like that, he’d just been through exactly the same” (Wainwright et. al., 2020).

Et eksempel på dette kan være å møte andre gjennom støttegrupper. Dette kan det være med på å skape normalitet, og lindre følelsen av skyld og ensomhet.

“It sort of moves you a little and helps you to understand that that you’re not alone. You’re not the only person that’s going through this. ... There’s strength in that...” (Ross et. al., 2019).

Dette beskrives også som viktig i intervjuene av psykiske helsearbeiderne i Gall et.al. (2019). Støttegruppene ble ansett som nær til hjertet, med varme, omsorg, støtte og tilhørighet. Støttegruppene ga også mulighet til å dekke over mange temaer på kort tid, som kunne være til hjelp for deltakerne i gruppene.

Likevel identifiserte flere deltakere, problemer med en slik måte å kommuniserer på, da historiene som ble fortalt, av andre etterlatte kunne oppleves som intense og vanskelige å forholde seg til.

“... But then after a while, you hear stories of the loss and everything and it was more upsetting”(Ross et.al., 2019).

“People want to find each other and they want support, and problems happen when it's people bereaved and just coming from their own place of loss and trying to help and counsel each other and they really don't know what they're doing...” (Ross et. al., 2019).

6 METODEDEISSKUSJON

6.1.1 Integrativ litteraturoversikt

Vår problemformulering har basert seg på undersøkelse av etterlattes opplevelser ved selvmord. Det var et bevisst valg å ikke benytte kvantitativ og kvalitativ metode om hverandre, også omtalt som «mixed methods». Vi valgte å anvende empiriske studier med en kvalitativ tilnærming. Dette begrunnet i, at oppgaven ville kunne være mer oversiktlig for oss, ved å kun benytte en metodisk tilnærming.

Ved bruk av en eller flere kvantitative tilnærminger i artiklene, kunne det mulig ha forbedret oppgaven vår i form av å se omfanget i en større gruppe og tallfeste ulike opplevelser. Dette vet vi ikke for sikkert, da vi valgte å gå bort i fra tilnærmingen fra starten av. Vi er fornøyde med valg at studier, og mener at de setter lys på opplevelsene til de etterlatte og kan belyse hva sykepleier kan bidra med.

Omfanget på oppgaven begrenses til fire empiriske forskningsartikler, da vi har lite erfaring med å skrive en slik oppgave. Ved å selv velge hvilke studier vi vil ta i bruk, kan det hende vi har eliminert relevante studier. Vår forutsetning til å svare på hensikten begrenses, som følge av at fire studier i lys av fagområdets kompleksitet ikke er nok. Uansett vil oppgaven vår sette lys på behovet for videre empirisk forskning på kunnskapsområdet.

6.1.2 Kildekritikk

Som nevnt tidligere er alle artiklene skrevet på engelsk. Når vi oversatte innholdet av artiklene, kan det hende vi har gått glipp av noe, eller gitt en setning en ny mening. Vi brukte mye tid på oversetnings prosessen, og mener at ut ifra våre forutsetninger og kunnskaper at studiene er tolket på en best mulig måte.

Studiene Wainwright et. al. (2020 og Fhaili et. al. (2015) er publisert med samme forlag, men har forskjellige forfattere. Vi fant dette troverdig, for artiklene fulgte en god struktur og kom igjennom sjekklisten vi anvendte for å kvalitet sikre de.

Forskning er en ferskvare. Med et økt fokus på psykisk helse, vil det være av stor betydning med nyere og oppdatert forskning. Artiklene består dermed av relativ ny forskning, 2014 –

2021. Dette øker troverdigheten til forskningen og kunnskapen som blir presentert, og gjør at det kan være aktuelt i dagens helsevesen.

6.1.3 Studiens geografi

Studiene i denne oppgaven har funnet sted i Irland, England, Australia og Canada. Under søkeprosessen ønsket vi en eller to studier fra Skandinavia. Dette fordi helsevesenet i Skandinavia er kjent for høy kvalitet og stor troverdighet. Uansett mener vi at problemstillingen vår kan besvares fra de nevnte landene. Det vil være kulturelle likheter som kan sammenlignes med Norge. Blant annet vil det omhandle felles verdier, levestandard og et godt menneskesyn. Det er lite som tilsier at det er nok forskning innen opplevelser til etterlatte ved selvmord uansett hvilket land som undersøkes. Søkene i databasene ga ikke gode nok treff som vi var fornøyde med, innen skandinaviske studier. Geografien til forskningen vi har valgt kan sammenlignes med helsevesenet i Norge, og kunnskaper kan overføres til Norge.

6.1.4 Studiens deltakere

Studiene varierte med antall deltakere fra 15 til 29, hvor alder varierte fra 18år til 75år. Oppgaven vår dekker dermed flere aldersgrupper. Studiene vil ta utgangspunkt i opplevelsene de etterlatte ved selvmord beskriver. Da vi bare har med en artikkel fra helsepersonellens perspektiv, vil vi ikke få mangfoldet av beskrivelser av annet helsepersonell. Vi ser i ettertid at dette perspektivet fra helsepersonellet, ble lite brukt i resultatdiskusjon, men visste seg å være nyttig i utarbeidelsen av konklusjon og sykepleietiltak i møte med etterlatte.

Ved å anvende kvalitativ tilnærming vil det kreve mer av deltakerne. Det kan være invaderende og personlig å bli stilt spørsmål angående døden til noen man har mistet. Ved å se fra et pårørende perspektiv kan vi forstå at noen ikke ønsker å delta i studiene. Dette kan føre til at noen perspektiver går tapt i studiene, og at ikke alle sider blir presentert i studiene.

7 RESULTATDISKUSJON

I dette kapittelet skal vi drøfte resultater og teori opp mot hverandre. Denne drøftingen vil legge grunnlaget for svar på vår problemformulering: *Hvordan kan sykepleiere ivareta etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg.*

7.1.1 Følelsesmessige reaksjoner

Resultatene av våre artikler beskriver den ødeleggende innvirkningen selvmordet har på den psykologiske velværen til etterlatte. På bakgrunn av teori og resultatene i Ross et.al. (2019), Gall et. al. (2014) og Fhaili et. al. (2015) vil en kunne se at sorgen er unik og lite sammenlignbar, men likevel ha noen fellestrekk. Flere av deltakerne beskriver en intens følelse av sjokk, nummenhet, krise og sorg, og en lang emosjonell prosess. Det kan synes å være av betydning å tillate følelsesmessige reaksjoner, å komme til uttrykk for de etterlatte. Dette kan ha betydning for å hindre en forsterkning av følelsene, og unngåelse av å falle ned i et svart hull. Med andre ord kan en hindre at følelsene gjør mer vondt. Som en konsekvens kan det resultere, ifølge helsedirektoratet (2011), i psykiske og somatiske utfordringer.

7.1.1.1 Stigma og sosial isolasjon

Et helt sentralt fundament i sykepleieutøvelsen er respekt (NSF, 2019). Respekt for de følelsene en sitter med og ikke sitter med. Deltakerne i Wainwright et. al. (2020), Fhaili et.al. (2015) og Gall et. al. (2014) beskriver en opplevelse av usensitive kommentarer og uhensiktsmessige reaksjoner fra familie, venner og andre involverte i samtale om selvmordet.

Ut ifra dette kan det hevdes at stigma er en pådriver til at etterlatte holder tilbake på sine følelser og tanker i møte med andre. Videre kan dette bli en faktor for at etterlatte blir innsluttet, og overanalyserer situasjonen. Som en konsekvens, kan det føre til at etterlatte tar med seg stigmaet videre i relasjoner de møter senere. Et eksempel i resultatene er at ikke alle deltakerne ønsker å prate med legen sin. Legen, slik som sykepleieren, skal være en nøytral part og bidra til åpenhet. Blir annet gjort, er ikke jobben gjort rett. Sykepleiere må derfor i hensyn til sårbarheten etterlatte har for stigma, være bevisst i sine reaksjoner, begreper og samtale måter, i møte med etterlatte. Selvmord er et skjørt tema, og kan skape “en elefant i rommet”. Cullberg (1994) skriver at den sosiale stigmatiseringen kan forlenge sorgprosessen.

På en annen side kan en derfor forstå at stigmaet bidrar til at flere av etterlatte trekker seg tilbake, isolerer seg og opplever å være ensomme. Med bakgrunn i dette kan en hevde at barrieren stigmaet skaper, kan være en pådriver til at etterlatte ikke velger å søke, og ta i bruk støttetjenestene fra sykepleiere.

Til tross for overnevnte, belyser Dyregrov et.al (2009) at etterlatte med en for stor åpenhet rundt selvmordet, kan bidra til økt engstelse og nedstemthet. På bakgrunn av dette kan det dermed forstås at etterlatte ikke burde betro seg til alle de møter. Etterlatte burde velge hvem man skal betro seg til i samtale om selvmordet. Videre kan vi se at en enkel symbolhandling, slik som Cullberg (1994) beskriver, kan være med på å bryte den sosiale stigmatiseringen etterlatte føler på. Eksempelvis som et sitat i Fhaili et. al. (2016) som handler om å være sanselig tilstedeværende og å akseptere akkurat det som blir fortalt, uten å tilby løsninger. Unngåelse av stigma og sosial isolasjon kan derfor gjennomføres på utallige måter. Det er ingen fasit på hva som vil fungere, men å tørre å møte den lidende i sorgen skal kunne være av stor verdi.

7.1.2 Å bidra til mestring for etterlatte

7.1.2.1 Anerkjennelse og selvrefleksjon av selvmordet

For å lykkes i selvrefleksjonen vil det være nødvendig å anerkjenne for seg selv at selvmordet er et faktum. Det er å innrømme for seg selv at din kjære, aldri vil kunne være fysisk til stede igjen i fremtiden. Anerkjennelsen av selvmordet vil være viktig for å kunne tillate seg selv å se fremover og leve videre med livshendelsen (Cullberg, 1994). I Gall et. al. (2014) beskrives det at *å godta og akseptere selvmordet kan ha stor betydning for å ikke definere hvordan den avdøde, døde på*. I resultatene ble det også fremhevet, at anerkjennelse av selvmordet, fra familie, venner og andre etterlatte, var gode bidrag til at den etterlatte var i stand til å anerkjenne og innrømme for seg selv, at selvmordet var et faktum.

Videre kan det forstås at anerkjennelsen henger tett sammen med følelsen av at du blir lyttet til. Lytting ble identifisert som viktigere enn medisiner i Fhaili et. al. (2015) og Ross et. al. (2019). Med bakgrunn i dette kan en forstå at lytting, kan bidra til en følelse av trygghet og at noen bryr seg. Ved å bli anerkjent kommer aksept, respekt og følelsen av å være god nok. Samtidig kan anerkjennelsen bidra til selvrefleksjon som vil være nyttig i veien mot en mestrende rolle for den nye tilværelsen.

Som en konsekvens av uteblitt anerkjennelse for seg selv og fra andre, kan en slik tilnærming bidra til følelse av skam. Skamfølelsen kan videre skape en distansering og avstand mellom den avdøde og den etterlatte. Når en slik distansering skjer, kan dette få konsekvenser for evnen etterlatte har til å inkludere og minnes den avdøde i fremtiden. Med bakgrunn i dette kan det hevdes at det vil oppstå en stagnering, en forsinkelse i overgangen gjennom de forskjellige fasene i sorgprosessen (Cullberg, 1994). Likevel vil en kunne se i Gall et.al. (2014) at det ikke alltid er like lett å innrømme for seg selv at din kjære, ikke vil være med videre i fremtiden. I den forbindelse kan det ofte oppstå spørsmål, som det ofte ikke er et godt svar på.

I Gall et. al. (2014) beskriver de uansett at krisen aldri vil glemmes, den vil alltid være der, men den kan falme etter hvert som tiden går. Dessuten er det svært individuelt hvordan etterlatte velger å bevare minner om deres kjære. Det handler mye om å finne nye måter å være nær den avdøde på. Et eksempel kan være ved ritualer og seremonier, lyssetting, besøke gravstøtte, spille musikk, se på bilder mm. (Dyregrov et. al., 2009).

7.1.2.2 Behov for informasjon og navigering i endrende støttebehov

I alle studiene blir det beskrevet behov for veiledning og informasjon, men ikke hvordan dette skal gjøres. Vi stiller oss undrende til hvordan de nasjonale retningslinjene (2008) er formulert. De vektlegger ordet “bør” og sier ikke noe om hva som skal gjøres. Dette betyr at det er opptil hver enkelt som skal gi informasjon og veiledning gjennom tilgjengelige støttetjenester, å vurdere hva som skal gjøres med utgangspunkt i retningslinjene. Som et eksempel i Ross et.al. (2019) beskrives det at det tok 8 måneder før fastlegen fant relevant støttetjeneste. Som en konsekvens av tiden det tok å finne den relevante støttetjenesten, ble resultatet at den etterlatte ikke fikk tilgang på den aktuelle støttetjenesten når behovet var der.

I tillegg beskriver Cullberg (1994) viktigheten av god allmenn omsorg, i de første fasene i en sorgprosess. Med tanke på hva god allmenn omsorg innebærer for etterlatte er vanskelig å definere. Til tross for de nasjonale retningslinjene (2008), som helsedirektoratet beskriver, og NSF's (2019) presentasjon av grunnlaget for all sykepleie, vil det kunne sees at dette alene ikke er nok for å utforme klare føringer for hva sykepleierne skal gjøre i møte med etterlatte.

På bakgrunn av dette vil det være nødvendig å ta utgangspunkt i de behovene etterlatte uttrykker. Å ta utgangspunkt i det som blir uttrykt, vil gi mulighet for individuelt tilpasset informasjon og veiledning som tar utgangspunkt i tilstanden den etterlatte er i. Derfor kan det hevdes at lite føringer for sykepleiere, kan bidra til økt følelse av kaos, forvirring og ensomhet for etterlatte.

På den andre siden, kan det være vanskelig å definere klare og tydelige retningslinjer i møte med etterlatte ved selvmord. Dette kan begrunnes i at enhver sorg er unik (Dyregrov, 2008). Med tanke på at sorgen er unik, vil det kunne utspille seg et bredt følelsesmessig spekter, med utallige og komplekse følelser og reaksjoner. Det kan derfor forstås som en stor utfordring å utforme felles tydelige retningslinjer for etterlatte ved selvmord.

Deltakerne i Gall et. al. (2014), Fhaili et.al. (2015) og Ross et.al. (2019) beskriver situasjonen de står ovenfor som ukontrollert og kaotisk. På bakgrunn av denne opplevelsen kan behovet for informasjon identifiseres. For det første vil informasjon om vanlige sorg og følelsesreaksjoner i en sorgprosess skape en større forståelse av egne reaksjoner og uttrykk. For det andre vil forståelsen være til hinder for en negativ tilnærming til den avdøde. Som en konsekvens av manglende forståelse kan dette resultere i at den etterlatte kommer inn i en negativ syklus, med ulike negative mestringsmåter, som videre kan forlenge de ulike fasene i sorgprosessen. Dyregrov et. al.(2009) poengterer at alle vil ha ulike forutsetninger for mestring, men trygge og stabile tilknytninger ses på som grunnlaget for mestring i sorgprosessen. På bakgrunn av dette ses viktigheten av at sykepleier møter etterlatte med informasjon. Dette fremhever nødvendigheten av at sykepleier har erfaring, kunnskap og kompetanse.

Bruk av støttegrupper

Deltakere i Wainwright et. al. (2020) og Ross et. al. (2019) beskrev at kontakt med andre etterlatte ved støttegrupper, var med på å dempe alenefølelsen. LEVE gir muligheten for å kunne møte andre etterlatte, og organisasjonen baserer seg på å fremme mestring. På den ene siden fremhever deltakere i Ross et. al. (2009) at følelsen av fellesskap og tilhørighet, kan skape normalitet, lindre skyld og ensomhet. Dyregrov et. al. (2009) presenterer at likheter innen sorgen kan forekomme. Med tanke på dette gjorde støttegruppene det mulig for etterlatte å gi uttrykk for vanskelige følelser og tanker. Det kommer til syne at anerkjennelsen

som ble gjort av andre etterlatte i støttegruppene, kunne bidra til en følelse av fellesskap og tilhørighet.

På den andre siden er det ikke gitt at slike støttegrupper vil oppleves som nyttig for alle. Det vil være individuelle forskjeller i hvordan vedkommende håndterer følelser og reaksjoner i krisesituasjonen de står ovenfor. Likeledes som hvordan den etterlatte evner å mestre den nye hverdagen. Dyregrov et. al. (2009) belyser at å dele erfaringer og opplevelser kan gi en økt følelse av ensomhet og engstelse. Dette kan forstås i sammenheng med å høre andres fortelling om den avdøde. Samtidig kan det å høre andres fortellinger om den avdøde medføre en større belastning ved at gamle minner og vonde følelser, vekkes og kommer til synet. Det er dermed ingen fasit for at en støttegruppe vil fungere for den etterlatte.

Uansett må den etterlatte risikere å feile, i forsøket på å mestre, for å kunne bevege seg fremover.

8 ANVENDELSE I PRAKSIS

Flere tusen mennesker, blir årlig etterlatte ved selvmord. Et selvmord bringer med seg flere aspekter i tilværelsen som det er vanskelig å gi et fast svar på. Underveis i vår oppgaveformulering har det blitt tydeligere at de som sitter igjen etter et selvmord, har blitt glemt. Til tross for det økende fokuset på psykisk helse og forebygging av selvmord. Sykepleieren kan ikke være den som kommer gjennom sorgen til den etterlatte, men sykepleieren kan ha en viktig rolle som en støttespiller og en å stole på.

I de empiriske forskningsartiklene ble det identifisert:

Et behov for:

- *Informasjon om selvmord og vanlige følelses- og atferdsmessige reaksjoner, som kan komme til uttrykk i en krise og sorgprosess.*
- *Veiledning og støtte i håndtering og bearbeiding av disse*
- *Navigering og veiledning gjennom ulike støttetjenester.*

Ved bruk av egen tolkning av hva vi mener er forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, med utgangspunkt i overnevnte behov og beskrevet teori. Vil vi dermed være i stand til å gi svar og eksempler på: *Hvordan sykepleier kan ivareta etterlatte ved selvmord, som opplever krise og sorg.*

Sykepleier må ha tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om:

- Følelses og atferdsmessige reaksjoner i en krise og sorgprosess.
- Krise og sorgteori for å kunne gjenkjenne de forskjellige uttrykkene i de gitte fasene.
- Mestringsstrategier i en krise og sorgprosess, for å kunne bidra til mening og trygghet i tilværelsen.
- Tilgjengelige støttetjenester, som for eksempel LEVE.

Sykepleier må være:

- Bevisst på egne moralske holdninger, eget ordvalg, og kommentarer i møte med etterlatte.
- Åpen og imøtekommende, for å kunne skape et rom for tanker og følelser.
- Anerkjennende og bekreftende ovenfor selvmordet og etterlattes uttrykk og reaksjoner.

- Faglig oppdatert innen aktuelt fagområde. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie.
- Tilgjengelig, trygg og stabil støttespiller underveis i hele sorgprosessen.

For at sykepleier skal kunne ivareta etterlatte ved selvmord i krise og sorg vil det dermed være nødvendig å:

- Være en støttespiller underveis i hele prosessen, så sant etterlatte ønsker det.
- Være sanselig tilstedeværende og akseptere akkurat det som blir fortalt, uten å tilby løsninger.
- Bidra til selvrefleksjon, ved å anerkjenne selvmordet og lytte til det etterlatte uttrykker.
- Bidra til at etterlatte kan finne nye måter å møte den avdøde på, fremover i tid.
- Bidra til å skape følelse av felleskap og tilhørighet som kan skape normalitet, lindre skyld, ensomhet og sosial stigmatisering.
- Være bevisst på og vise forståelse for at sorgprosessen ikke har noen tidsramme, den vil alltid være en del av livet til de etterlatte.

Selv om sykepleieren møter den lidende i sorgen, er det viktig å huske på at sykepleieren er der for å hjelpe de etterlatte. Eventuelt ubehag og vanskelige følelser som kan gjøre seg gjeldene for sykepleieren, skal dermed ikke «legges» over på de etterlatte.

Forslag til videre forskning

I studiene våre fant vi lite som tilsier hva en sykepleier skal gjøre i møte med etterlatte ved selvmord. Underveis i vår utarbeidelse av oppgaven har vi identifisert behov for tydelige retningslinjer for hva som er sykepleiers oppgave. På bakgrunn av dette vil det derfor være nødvendig å gjøre nyere forskning på området, der målet burde være å utforme tydelige retningslinjer for hva som *skal* gjøres, og hvilke kunnskap og kompetanse som vil være nødvendig for sykepleier å ha i møte med etterlatte ved selvmord, som opplever krise og sorg.

9 REFERANSER

Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlag.

Brinchmann, B. S. (2016). *De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet*. B.S. Brinchmann (Red), *Etikk i sykepleie* (utg. 4, s. 81--96). Gyldendal Akademisk

Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. Rev. utg). Aschehoug.

Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet – veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano

Fhailí, M. N. A., Flynn, NJ & Dowling, S. (2015). Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice*, 2016, e92-e98. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683413>

Folkehelseinstituttet. (2020, 13.05). *Selvmord i Norge*.

[Selvmord og selvmordsforskning - Folkehelseinstituttet - FHI](#)

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags for oppsatt* (utg. 3). Poland: Studentlitteratur AB

Gall, T. L., Henneberry, J & Eyre, M. (2012). Two perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. *Death studies*, 2014 (38), s. 430-437.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928> I tekst: Gall et al., 2012, s.

Helsebiblioteket (2016, 3.juni). Kvalitativ studie. Sjekkliste. Hentet: 25.03.2021. [Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](#).

Helsedirektoratet. (Januar, 2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Helsedirektoratet. Hentet fra: [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet, (November, 2011). *Etter selvmordet- veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Helsedirektoratet. Hentet fra: [IS-1898 Etter selvmordet.indd \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helse- og omsorgstjenestesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30).

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64).

Kristoffersen N. J., Breivne, G. (2016) Lidelse, mening og håp. Grimsbø, G. H. (Red). Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring. (3.utg., bind 3, s. 188- 191). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. Grimsbø, G. H. (Red). Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjoner. (3.utg., bind 1, s. 21). Oslo: Gyldendal akademisk

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (2021, 5. Mai) Om LEVE. Du er ikke alene. [LEVE - Landsforeningen for etterlatte etter selvmord](#)

Lunde, B. V. (2016). Juss og etikk i sykepleien. B.S. Brinchmann (Red), Etikk i sykepleie (utg. 4, s. 162 - 185). Gyldendal Akademisk

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. Grimsbø, G. H. (Red). Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring. (3.utg., bind 3, s. 407 -449). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. NSF.no. [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](#)

Ross, V. Kolves K & Leo D.D. (2019). Exploring the support Needs of People Bereaved By Suicide: A qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 2021, (4.), s. 632-645. <https://doi.org/10.1177/0030222819825775>

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. B.S. Brinchmann (Red), Etikk i sykepleie (utg. 4, s. 97-113). Gyldendal Akademisk

Wainwright, V.,Cordingley, L., Chew-Graham, C., Kapur, N.,Shaw, J.,Smith, S., McDonell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *British journal of General practice*, (Feb2020), e102-110. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.3399/bjgp20X707849>

World Health Organization. (2019,02.09). Suicide. World Health Organization. [Suicide \(who.int\)](https://www.who.int)

10 VEDLEGG

Vedlegg 1:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Brukte artikler
Selvmord	Swemed+		180	0	0
		AND etterlatte	3	2	0
		AND sykepleie	1	1	0
“etterlatte ved selvmord”	Swemed+		0	0	0
Suicide	Swemed+		184	0	0
Nurs*	Swemed+	AND suicide	2	1	0
		AND relatives	40	5	0
Relatives by suicide	Swemed+		0	0	0
Bereaved	Swemed+	AND suicide	5	2	0
Suicide	CINAHL		20 127	0	0
		AND nurs*	1358	0	0
		AND bereaved	188	7	1 Exploring the support needs...
		AND nurs* AND bereaved	6	2	0
“nurse caring”	CINAHL	AND “relatives by suicide”	0	0	0
Relatives by suicide	CINAHL	AND nursing	5	0	0

Experience*	CINAHL	AND suicide AND grief AND support	41	8	1 Experiences of suicide bereavement:
“suicide postvention”	CINAHL	AND “bereaved”	10	5	1 Experiencec of support needs from primary care....
“Bereaved suicide”	CINAHL	AND “ nurse”	4	2	0
		AND “support”	65	3	0
“suicidally bereaved”	CINAHL		1	1	1 Two perspectives on the needs...

Vedlegg 2:

Artikkel 1	
Tittel	Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study
Tidsskrift/årstall	British journal of General practice: February 2020
Forfattere	Verity Wainwright, Lis cordingley, Carolyn A-Chew- Graham, Nav Kapur, Jenny Shaw, Shirley Smith, Barry McGale and Sharon McDonnell
Perspektiv	Pårørendeperspektiv: de etterlatte - foreldreperspektiv
Problem	Hvordan helsepersonell og primærhelsetjenesten kan møte de etterlatte og pårørende ved selvmord: antatte behov og behov for støtte etter selvmordet.
Hensikt	Å utforske perspektiver, erfaringer og behov for støtte til foreldre som har erfart det å bli etterlatt ved selvmord.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervju (lydopptak). Intervjuene var semistrukturerte og ble foretatt i deltakernes hjem. Inge tidsfrist. 29 deltakere. Studiens geografi; Nord/Midt- England. Etisk vurdert.
Resultater	I studien ble det identifisert tre temaer i data analysen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Viktigheten av å ikke føle seg alene 2. Opplevde barriere for å få tilgang til støtte 3. Behovet for henvisning for ekstra støtte gjennom vanskelige perioder i ettertid av selvmordet.

Vedlegg 3:

Artikkel 2	
Tittel	Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study
Tidsskrift/årstall	OMEGA – journal of death and dying, 2021
Forfattere	Victoria Ross, Kairi Kolves and Diego De Leo
Perspektiv	Erfaringene til etterlatte/pårørende ved selvmord
Problem	Opplevelsene til de etterlatte i møte med støttetilbud knyttet til det å erfare å bli etterlatt ved selvmord.
Hensikt	Hensikten med studien var å avdekke deltakers erfaringer til å få tilgang til støtte og hvilken støtte som var tilgjengelig. Videre ønsker forskerne å avdekke hvordan deltakerne tok i bruk de ulike støtte tilbudene.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervju (lydopptak). Deltakerne ble delt i tre fokusgrupper, og alle brukte 90 minutter. Det var et semistrukturert intervju, men noen planlagte tema. Startet med 21 deltakere, 11 ønsket ikke å bli med hele veien. Endte med totalt 15 deltakere. Studiens geografi; Australia Queensland. Etisk vurdert.
Resultater	Fire dominerende resultater ble oppdaget: <ol style="list-style-type: none"> 1. Endret støttebehov underveis i sorgprosessen 2. Vanskeligheter med å navigere i tjenester 3. Opplevelser av stigma og sosial isolasjon 4. Kontakt med andre

Vedlegg 4:

Artikkel 3	
Tittel	Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP
Tidsskrift/årstall	British Journal of General Practice, 2016
Forfattere	Fhailí, Mairéad Nic An., Flynn, Nicola., Dowling, Stephanie.
Perspektiv	Etterlatte ved selvmord perspektiv
Problem	Optimal ivaretagelse og omsorg til de som er etterlatte ved selvmord i primærhelsetjenesten.
Hensikt	Forbedre primærhelsetjenestens involvering i helsetjenesten ved å utforske opplevelsene av etterlatte.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervju (lydopptak). Tre fokusgrupper, hvor intervjuene var semistrukturert. Det var satt av en time til intervju, men om behov kunne det pågå lengre. 15 deltakere. Studiens geografi; Irland. Etisk vurdert.
Resultater	Temaer som ble identifisert etter intervjuene; <ol style="list-style-type: none"> 1. Behovet for anerkjennelse 2. Stigma 3. Behovet for at fastlegen veileder og gir støtte

Vedlegg 5:

Artikkel 4	
Tittel	Two perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide.
Tidsskrift/årstall	Death Studies, 2014
Forfattere	Gall, T. L. Henneberry, J & Eyre, M
Perspektiv	Etterlatte ved selvmord og helsepersonell.
Problem	Å avdekke den underliggende betydningen og fange det essensielle i opplevelsen for de etterlatte ved selvmord.
Hensikt	Helsepersonell utvikle best praktisk utførelse av omsorg i møte med etterlatte ved selvmord.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervju (lydopptak). Det var et semistrukturert intervju, og alle deltakerne ble intervjuet separat. Det ga muligheten for å komme med uoppfordret informasjon, samtidig som det var noe lik struktur hva deltakerne fortalte om. Tidsperspektivet var fra 45min til 2,5 timer. Totalt 15 deltakere, 11 etterlatte ved selvmord, 6 av de etterlatte har vært frivillige i støttegrupper og 4 helsepersonell. Studiens geografi; Canada. Etisk vurdert.
Resultater	Gjentatte temaer i studien fra de etterlatte; <ol style="list-style-type: none"> 1. Sorgopplevelsen 2. Mestring 3. Mellommenneskelige forhold 4. En kamp etter mening 5. Selvrefleksjon 6. Bevege seg framover Temaer Helsepersonellet utarbeidet; <ol style="list-style-type: none"> 1. Støtteforholdet 2. Erkjenne følelser 3. Bidra til å gi mening underveis i sorgprosessen 4. Viktigheten av støttegrupper 5. Individuell veiledning