

HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Masteroppgave

Hva kan hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet?

En utforskning av eksistensiell omsorg med utgangspunkt i DEF-modellen.

Emnekode: HELS-OPPG

Emnenavn: Masteroppgave

Av: Liv Jorunn Øvrebø

Masterstudie i klinisk helse – og omsorgsvitenskap

Kull 2012

Antall ord: 29397

Høgskolen Stord/Haugesund

45 studiepoeng – våren 2015

Veileder: Professor Arne Rehnsfeldt

Preface

The purpose of this project was to figure out how health care personnel exert existential care in practice. Furthermore, I want to explore whether the DEF- model is useful in practice and if it can contribute to easing the every day life of the bereaved after suicides and move on with their lives. Working with the focus group, I wanted a process where they reflected on their own knowledge and strategies in exerting existential care to the bereaved after suicides.

Many thanks to the focus group who dedicated time in their hectic everyday lives to reflect with me. Thanks to the project department who were willing to accommodate me to carry out the project. I have tried to let the group's voice be heard, and preserve the trust and openness they have shown me. Thanks for all the inputs.

A project of this magnitude relies on many factors in order to be successful. Proficient lecturers on the course of clinical health care science have inspired me and brought me new approaches. Arne Rehnsfeldt, along with Maria Arman, has developed the DEF-model. Big thanks to Professor Arne Wilhelm Rehnsfeldt at Stord/Haugesund University College for constructive guidance. He has followed the project from the first fumbling idea to the finishing of the project. He has contributed to the clear structure and the direction of the project.

It has been a long way from the first idea of the project to the end product. The interviews conducted in the focus groups have produced lots of material, and I have to the best of my abilities tried to manage the data in a suitable manner through the analysis. Chapters have been made, cut, edited and put together again, and the end result is something that hopefully appears as a wholesome product.

Several others have contributed to the completion of this project. Thanks to my co-student Ingvor Sandvin for constructive input and useful discussions. The library at Stord/Haugesund University College have provided literature and useful tips. The municipality of Haugesund have provided a stipend and days off from work to study.

A special thanks to Stig, who has been a great mentor in the focus group interviews. He has been a useful discussion partner who has provided many great inputs during the project.

And last but not least, thanks to Audun for correcting my English writing.

Acknowledgment

Acknowledging
a reality
that's hard
to face
is one of the bravest things
you can do
in your life

When you've accomplished that
You can start
To move forward
(Tove Houck)

Abstract

Background and the purpose of the project

The purpose of the project was to discover concretely how health care personnel exert existential care to the bereaved after suicides. I have chosen to explore the DEF-model, based on health care scientific thinking, where ethics plays a part in every situation you are in.

The background for my research is my many years of experience with the bereaved after suicides. The literature confirms that the bereaved after suicides have needs for existential care to pick up their everyday lives and move on. However, the literature does not say much about how one exerts existential care in practice.

Method and selection

The project has a qualitative design with multistage focus group interviews- a total of four interviews. The selection consists of five psychiatric nurses employed in a field team devoted to mental health locally. During the analysis of the data, I used Lindseth and Norberg's phenomenological, hermeneutical method of analysis.

Results

Existential care is everything you do that helps, supports and contributes to the bereaved to maintain their everyday lives, both relational and practical. The DEF-model is practical and in unison with existential care in practice. A premise for the bereaved to move on through the grief is that they accept that a suicide has in fact taken place. The conversation with the bereaved must not be freely flowing, but rather very structured. They have to grieve in their own pace, but there must be progress. The will to live contribute to coping with everyday life and the grief.

Conclusion

Knowledge and expertise about existential care is a premise for reflection with the

bereaved after suicides in order to promote their will to live and mastering everyday life. The DEF-model is a practical and useful tool. Everyday life is essential and must be integrated in the grief.

There is a need for further research in other municipalities, both in relation to other professions about how existential care is exerted, and whether the bereaved are pleased with the existential care that is provided.

Key words: Bereaved after suicide, grief, Health care science, existential care, everyday life, understanding of life, suffering, ethics and qualitative method.

Liv Jorunn Øvrebø, June 2015.

Forord

Hensikten med prosjektet var å finne ut hvordan helsepersonell utøver eksistensiell omsorg i praksis. I den forbindelse ønsker jeg å utforske om DEF-modellen er nyttig i praksis, og kan bidra til at etterlatte etter selvmord klarer hver-dags-livet og kommer seg videre i livet. Sammen med fokusgruppen ønsket jeg en prosess der de reflekterte over egne kunnskaper og egne strategier ved utøvelse av eksistensiell omsorg til etterlatte etter selvmord.

Stor takk til fokusgruppen som satte av tid i en hektisk hverdag for å reflektere sammen med meg. Takk til prosjektavdelingen som var villig til å legge til rette for at prosjektet kunne gjennomføres. Jeg har prøvd å la gruppens stemme bli hørt, og tatt vare på den tillit og åpenhet de har vist. Takk for alle innspill.

Et slikt prosjekt er avhengig av mange faktorer for å lykkes. Dyktige forelesere på studiet i klinisk helse- og omsorgsvitenskap har gitt inspirasjon og nye innfallsvinkler. Arne Rehnsfeldt har sammen med Maria Arman utviklet DEF-modellen. Jeg retter en stor takk for konstruktiv veiledning til professor Arne Wilhelm Rehnsfeldt ved Høgskolen Stord/Haugesund som har fulgt prosjektet fra den første famlende ide til prosjektets slutt. Han har bidratt til at prosjektet etterhvert har fått en klar struktur og retning.

Det har vært en lang vei fra første ideen i prosjektet og fram til endelig produkt. Intervjuene i fokusgruppene har gitt et rikt materiale, og jeg har etter beste evne prøvd å forvalte dataene på en hensiktsmessig måte gjennom analysen. Kapitler er laget, klippet opp, redigert og limt sammen igjen, og resultatet er blitt noe som jeg håper fremstår som et helhetlig produkt.

Flere andre har gitt sitt bidrag til at det har vært mulig å fullføre dette prosjektet. Takk til min medstudent Ingvor Sandvin for konstruktive innspill og gode diskusjoner. Biblioteket på Høgskolen Stord/Haugesund har skaffet litteratur og gitt gode tips.

Haugesund kommune har bidratt med stipend og fridager i henhold til studie.

Vil spesielt takke Stig som mentor i fokusgruppeintervjuene. Han har vært en nyttig diskusjonspartner og gitt mange gode innspill underveis i prosjektet.

Og til slutt takk til Audun for hjelp med engelsk oversetting.

Erkjennelse

å kunne erkjenne
en virkelighet
som er vanskelig
å se i øynene
er noe av det modigste
du kan gjøre
i livet ditt

når
du har fått det til
kan du begynne
å gå fremover

(Tove Houck)

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å finne ut hvordan helsepersonell konkret utøver eksistensiell omsorg til etterlatte etter selvmord. Jeg har valgt å utforske DEF-modellen, og tar utgangspunkt i omsorgsvitenskapelig tenkning, hvor etikken utspiller seg i enhver situasjon.

Bakgrunn for forskningen er min mangeårige erfaring med etterlatte etter selvmord. Litteraturen bekrefter at etterlatte etter selvmord har behov for eksistensiell omsorg for å gjenoppta hver-dags-livet og komme videre i livet. Men litteraturen sier lite om hvordan en utøver eksistensiell omsorg i praksis.

Metode og utvalg

Prosjektet har et kvalitativt design med flerstadie fokusgruppeintervju – i alt 4 intervjuer. Utvalget er 5 psykiatriske sykepleiere ansatt i fagteam psykisk helse på kommunalt nivå. Ved analyse av datamaterialet ble Lindseth og Norbergs fenomenologiske hermeneutiske analysemetode brukt.

Resultater

Eksistensiell omsorg er alt du bidrar/hjelper/støtter de etterlatte med for å opprettholde hver-dags-livet, både relasjonelt og praktisk. DEF-modellen er praktisk nyttig og gir samklang med eksistensiell omsorg i praksis. En forutsetning for at etterlatte skal komme videre i sorgen, er at de aksepterer at det faktisk har skjedd et selvmord. Samtalen med de etterlatte må ikke være frittflytende, men strukturert. De må sørge i egen takt, men den må gå fremover. Livskraft og livsmot bidrar til å mestre hver-dags-livet og sorgen.

Konklusjon

Kunnskap og kompetanse om eksistensiell omsorg er en forutsetning for å reflektere sammen med etterlatte etter selvmord for å få frem deres livskraft og livsmot til å

komme videre i sorgen, og mestre hver-dags-livet. DEF-modellen er et praktisk nyttig verktøy. Hver-dags-livet er sentralt, og må integreres i sorgen.

Det er behov for videre forskning i andre kommuner og i forhold til andre yrkesgrupper om hvordan eksistensiell omsorg utøves, og om etterlatte er fornøyde med den eksistensielle omsorgen som blir gitt.

Nøkkelord: Etterlatte etter selvmord, sorg, omsorgsvitenskap, eksistensiell omsorg, hver-dags-livet, livsforståelse, lidelse, etikk og kvalitativ metode.

Liv Jorunn Øvrebø, Juni 2015

Innholdsliste

Preface.....	2
Abstract.....	4
Forord.....	6
Sammendrag.....	8
1 INNLEDNING.....	14
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	15
1.2 Presentasjon av problemstilling	16
1.2.1 Hensikten med prosjektet.....	16
1.2.2 Problemformuleringen for prosjektet er:.....	16
2 TEORI.....	17
2.1 Klinisk omsorgsvitenskap.....	17
2.1.1 Ethos.....	18
2.1.2 Omsorgsetikk.....	19
2.2 Sentrale begreper.....	21
2.2.1 Selvmord.....	21
2.2.2 Etterlatte etter selvmord.....	22
2.2.3 Sorg	23
2.2.4 To-sporsmodellen.....	23
2.2.5 Hver-dags-livet.....	24
2.2.6 Eksistensielle spørsmål.....	24
2.2.7 Helse.....	24
2.2.8 Livsverden.....	25
2.2.9 Livsforståelse.....	25
2.2.10 Livsforståelsesmørke.....	25
2.2.11 Lidelse.....	26
2.2.12 Tålere.....	26
2.3 Eksistensiell omsorg	26
2.3.1 DEF-modellen.....	27
2.3.2 Universelle behov.....	29
2.3.3 Grunnvilkårene.....	32
2.3.4 Helse og lidelse i paradokser.....	34
2.3.5 Livsforståelse og forsoning	34

2.4 Hva behøver etterlatte etter selvmord?.....	35
2.5 Relevant forskning.....	37
2.5.1 Kildesøk i database.....	38
3 METODE OG DESIGN.....	39
3.1 Klinisk applikasjonsforskning.....	39
3.1.1 Forståelse, tolkning og applikasjon.....	39
3.1.2 Det ontologiske rommet.....	39
3.1.3 Design for applikasjonsforskning.....	40
3.1.4 Praktisk gjennomføring av applikasjonsforskning.....	41
3.2 Mellom teori og empiri.....	42
3.3 Kvalitativ metode.....	43
3.4 Induktiv og deduktiv metode.....	43
3.5 Datainnsamlingsmetode.....	44
3.5.1 Fokusgruppe.....	44
3.5.2 Utvalg av deltakere til fokusgruppen.....	45
3.5.3 Praktisk gjennomføring av fokusgruppeintervju	46
3.6 Analyse og fortolkning.....	47
3.6.1 Fenomenologisk hermeneutisk analyse	48
3.7 Forskningsspørsmål.....	51
3.8 Forskningsetikk.....	51
3.9 Forforståelse.....	52
3.9.1 Min forforståelse.....	53
3.10 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	53
3.10.1 Gyldighet (validitet).....	54
3.10.2 Pålitelighet (reliabilitet).....	54
3.10.3 Overførbarhet (generalisering).....	54
4 RESULTATER.....	56
4.1 Begrepet eksistensiell omsorg.....	57
4.2 Grunnantakelser.....	57
4.2.1 Grunnantakelse 1: Det eksistensielle såret er noe naturlig.....	57
4.2.2 Grunnantakelse 2: Medmenneskelighet virker som «lys» i mørket.....	58
4.2.3 Grunnantakelse 3: Kravløshet er grunn for forløpet.....	60
4.2.4 Grunnantakelse 4: Ytre omsorg gir lindring.	61

4.2.5 Grunnantakelse 5: Konkret handling kan skje i fellesskap.....	62
4.2.6 Grunnantakelse 6: Læring og utvikling skjer i fellesskap.....	63
4.2.7 Grunnantakelse 7: Såret åpnes og lukkes i intervaller og er uberørt av tid...64	
4.3 Grunnvilkårene.....	65
4.3.1 Grunnvilkår: Døden - livet.....	65
4.3.2 Grunnvilkår: Ensomhet - fellesskap.....	66
4.3.3 Grunnvilkår: Mening - meningsløshet.....	66
4.3.4 Grunnvilkår: Frihet - ansvar.....	67
4.3.5 Grunnvilkår: Sårbarhet - livsmot/livskraft.....	68
4.4 Helsens paradokser.....	68
4.5 Hver-dags-livet.....	69
4.6 Samtaletema som kan bidra til at etterlatte opprettholder hver-dags-livet.....	71
4.6.1 Daglige aktiviteter.....	71
4.6.2 To-sporsmodellen.....	72
4.6.3 Søvn.....	72
4.6.4 Alkohol og annen rus.....	72
4.6.5 Fortelle om hendelsen.....	73
4.6.6 Livssyn.....	73
4.6.7 Forsoning og aksept.....	73
4.6.8 Skam, skyld og sinne.....	74
4.6.9 Sosiale aktiviteter og nettverk.....	75
4.6.10 Begravelsen.....	76
4.6.11 Hverdagen	76
4.6.12 Tidsperspektivet.....	76
4.6.13 Sorggruppe.....	77
5 DRØFTING.....	78
5.1 Normalisering av sorgprosessen.....	78
5.1.2 Se den enkeltes sårbarhet og lidelse.....	81
5.1.3 Fokus på skyld, skam og sinne.....	83
5.1.4 Aksept og forsoning av hendelsen.....	84
5.1.5 Fellesskapets og det sosiale nettverkets betydning.....	85
5.1.6 Barneperspektivet.....	86
5.2 Medmenneskelighet	87

5.3 Hver-dags-livet.....	91
5.4 Livsforståelse/livsverden.....	93
5.5 Refleksjon over gjennomføringen.....	96
5.5.1 Drøfting av analysemetoden.....	97
5.5.2 Drøfting av datainnsamling.....	98
5.5.3 Forskningsetiske drøftinger.....	99
5.6 Studiens betydning for praksis.....	99
5.7 Videre forskning.....	100
6 KONKLUSJON	101
6.1 Hva har jeg lært?.....	101
REFERANSER	103
Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD.....	109
Vedlegg 2 – Henvendelse til prosjektavdelingen.....	110
Vedlegg 3 – Informasjon til deltakerne/samtykkeerklæring.....	111
Vedlegg 4 – Intervjuguide.....	112
Vedlegg 5 – Utdelt ark til laminering.....	113

1 INNLEDNING

Hensikten med prosjektet er å utforske hvordan helsepersonell utøver eksistensiell omsorg i praksis. Oppgavens fokus og innhold er hva som kan hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet ved hjelp av eksistensiell omsorg. Er DEF-modellen et nyttig verktøy for å hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet og komme videre i livet? Forskningsspørsmålene utgår fra DEF-modellen.

Min bakgrunn for å velge dette temaet, er at jeg er psykiatrisk sykepleier, og har jobbet i mange år med oppfølging av etterlatte etter selvmord. I tillegg har jeg videreutdanning i kognitiv terapi og gruppeterapi. Jeg arbeider nå i fagteam psykisk helse og er medlem i kommunens psykososiale kriseteam. En av oppgavene til fagteam psykisk helse og kriseteamet er oppfølging av etterlatte etter selvmord.

Gjennom arbeid med etterlatte etter selvmord, har jeg erfart at det er behov for eksistensiell omsorg for at de etterlatte skal klare å mestre hver-dags-livet. Hjelperens relasjon til - og samtaler med - den etterlatte er betydningsfull for å mestre situasjonen. I løpet av masterstudiet har jeg blitt kjent med den eksistensielle omsorgsmodellen, og erfart at det er kunnskap som gir meg både et verktøy og en trygghet i møte med etterlatte etter selvmord. Derfor er det et ønske å overføre denne kunnskapen til mine kolleger. Eksistensiell omsorg er ikke ny kunnskap, men DEF-modellen systematiserer denne kunnskapen på en ny måte. Helsepersonell får et verktøy som er oversiktlig og praktisk nyttig overfor etterlatte etter selvmord. Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å gå i dialog med erfarne psykiatriske sykepleiere i fagteam psykisk helse. Den faglige forankringen i DEF-modellen er knyttet til Arman og Rehnsfeldt (2012) sin bok om eksistensiell omsorg.

Min forforståelse i forskningen, er at DEF-modellen vil være en god hjelp og støtte for etterlatte etter selvmord til å mestre hver-dags-livet og komme videre i livet. Klarer de etterlatte å mestre hver-dags-livet klarer de å leve med sorgen på en hensiktsmessig måte.

Med denne forskningen ønsker jeg ved eksistensiell omsorg å hjelpe etterlatte etter selvmord på en hensiktsmessig måte til å gjenoppta hver-dags-livet, slik at de kan komme seg videre i livet. Målet er at hjelpepersonell både i fagteam psykisk helse og i det psykososiale kriseteamet blir tryggere og mer kompetente til å følge opp etterlatte etter selvmord. Håpet er å gi et bidrag til at helsepersonell ved hjelp av DEF-modellen får et nyttig verktøy de kan benytte ved utøvelse av eksistensiell omsorg til etterlatte.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I følge veilederen om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (Helsedirektoratet, 2011) regnes selvmord som en av vår tids største helseutfordringer. Hvert år dør nærmere en million i selvmord på verdensbasis. I Norge ligger antall årlige registrerte selvmord relativt stabilt mellom 5-600. Flere menn enn kvinner tar livet sitt. Få mennesker under 15 år tar livet sitt, og relativt få mellom 15 og 19 år, men fra 20 år er raten betydelig høyere. Det er ikke alltid klart om et plutselig dødsfall er selvmord, men uansett har en behov for oppfølging ved brå død.

Etterlatte studien til Dyregrov, Nordanger og Dyregrov (2000) bekrefter behovet for å sikre at etterlatte etter selvmord får automatisk krisehjelp. Hensikten er å komme tidlig inn for å forebygge mest mulig, og ikke vente til problemer oppstår. Akutthjelp ytes relativt ofte, men langtidsbehandlingen svikter. Alt for ofte overlates det til de etterlatte selv å be om hjelp, noe de ikke klarer. Derfor er det viktig at kommunen har en plan for å sikre hjelp og oppfølging.

I følge helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 (lovdata.no), skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsen gir de som oppholder seg i kommunen rett til de tjenester kommunen har ansvar for etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. § 2-1 i samme lov slår fast at helsepersonelloven gjelder for personale som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. I følge veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2011), er kommunene ansvarlig for at det utarbeides

helhetlige kommunale eller interkommunale beredskaps-og kriseplaner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg har gjennom mange år møtt etterlatte etter selvmord i min jobb som psykiatrisk sykepleier i kommunen. Min erfaring er at denne sorgen vanligvis er tyngre og mer komplisert å takle enn sorg ved annen brå død. Dette fordi det som førte til døden ble satt i gang av den avdøde selv. Til forskjell fra ulykker, hvor døden kommer som følge av noe utenfor avdøde som verken var ønsket eller viljestyrt, eller som følge av sykdom. Det at døden skjer for egen hånd, gjør at de fleste etterlatte leter etter svar på alle spørsmål om hvorfor avdøde tok sitt liv – svar som de kan gå videre med i livet (Dyregrov, Plyhn og Dieserud, 2009).

1.2.1 Hensikten med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å utforske hvordan helsepersonell i praksis utøver eksistensiell omsorg til etterlatte etter selvmord med formål å gjenoppta hver-dags-livet. Hvordan helsepersonell hjelper de etterlatte til mestre sorgen på en hensiktsmessig måte. Kan DEF-modellen bidra/hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet?

1.2.2 Problemformuleringen for prosjektet er:

Hva kan hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet?

2 TEORI

2.1 Klinisk omsorgsvitenskap

Den kliniske omsorgsvitenskapen er en akademisk disiplin, med et emne og en tematikk. Den er en humanvitenskapelig orientert vitenskap, og det overgripende formål er å forme idealer for omsorg, og å føre idealet mot virkeligheten og virkeligheten mot idealet. De vitenskapsteoretiske spørsmålene handler om ethos, ontologi, epistemologi, logikk og metodologi. Grunnmotivet, ethos, handler om den etikk som påvirker den kliniske forskningen som helhet. Omsorgsakten og tilegnelsen utgjør to bærende grunnbegreper i den kliniske omsorgsvitenskapen. Omsorgsvitenskapelig kunnskap gjøres levende gjennom en retorisk tradisjon som er forankret i tilegnelse, der forståelsen omformer både tanker, følelser og handlinger. Den kliniske omsorgsvitenskapen er ikke kontekstuell i sin grunnleggende natur, men omsorgen kan ikke sees uavhengig av konteksten. Den kliniske omsorgsvitenskapen er ikke en praktisk disiplin, men har relevans for klinisk praksis. Forskningsobjekt og kunnskapsobjekt utgjøres dels av teorikjernen, fundamentet, og dels av tre aspekter av virkeligheten, dvs. den virkelige virkeligheten, den empiriske virkeligheten samt praksis som virkelighet (Eriksson og Lindstrøm, 2003).

Omsorgsvitenskapen er humanvitenskapelig, og har et helhetssyn på mennesket som en enhet med kropp, sjel og eksistens. Omsorgsvitenskapen beskriver de naturlige prosessene, og har menneskets lidelse som fokus, og tilsvarer medisinenes interesse for sykdom. Den medisinske vitenskapen komplementerer omsorgsvitenskapen. Den indre teorikjernen i omsorgsvitenskapen kalles ethos, og står for menneskenes grunnverdier. Caritas er en grunnverdi som også betegnes som en av de tre teologiske dyder, tro, håp og kjærlighet. I omsorgsvitenskapen forenes teori og praksis gjennom den hermeneutiske prosess. Hermeneutikken handler om å tolke og forstå opplevelser og fenomener gjennom å gå dypere ned i de enkelte fenomener. Helheten er større enn delene, og delene forstås i lys av helheten. Omsorgsvitenskapen er profesjonsnøytral, og

målet er å fremme liv og helse og lindre lidelse (Arman og Rehnsfeldt 2006).

2.1.1 Ethos

Ethos utgjør den indre teorikjerne, det grunnmotiv som gjør omsorgens ontologi til en meningsfull enhet. Ethos kan oppfattes som refleksjon over det gode liv der en kjenner seg hjemme. Å bejæ ethos innebærer at man er lydhør for hjertets røst. Tanker om å ha et hjem innebærer trygghet og styrke, samt at det skal by på beskyttelse og ro. Ethos symboliserer menneskenes innerste rom der en fremstår med all sin nakenhet. Vår ethos innebærer at vi forstår at vi aldri kan forstå den andre. Omsorgsvitenskapen søker det sanne, det skjønne og det gode. Omsorgen får sin mening og blir et virkelig fellesskap gjennom caritas, kjærlighets- og barmhjertighetstanken. Når teori blir ethos, innebærer det at den enkelte omsorgsyter blir synlig med hele sin holdning og handling. Dvs. den historiske «hode-, hjerte- og hand»-modellen. I møte med mennesker har det stor betydning at omsorgsyter ser det som er, den virkelige virkeligheten. Det universelle i teorikjernen hjelper oss å søke det absolutte og unike i den enkelte situasjon. Ethos verner om menneskets verdighet. Ethos og etikk hører sammen (Eriksson og Lindstrøm, 2003).

I følge Nåden (2000) er omsorg i det ontologiske møtet en kunst, og det viktigste perspektivet ved lindring av lidelse er nestekjærlighet. En skal møte pasienten både med hode, hjerte og hender.

Egnew (2005) skriver om viktigheten av å hjelpe leger til å fremme holistisk heling. Holistisk heling ser utover de fysiologiske prosesser og inkluderer hele mennesket, både kropp, sjel og det eksistensielle. Heling er knyttet til helhet og helhetsopplevelse i forbindelse med andre.

I artikkelen «Tender Loving Care» skriver Kendric og Robinson (2002) om sammenhengen mellom lidelse og sårbarhet. Sårbarheten kan åpne opp for lidelsen. I relasjon og med nestekjærlighet som grunnmotiv, kan pasienten i neste omgang få ny kraft til forandring.

Norberg, Bergsten og Lundman (2001) presenterer en modell for trøst med utgangspunkt i et eksistensielt perspektiv. Modellen vektlegger viktigheten av å være tilgjengelig og tilstede, lytte og åpne opp for fellesskapet og den trøstende dialog. Trøst innebærer et skifte av perspektiv og en opplevelse av mening på tross av lidelsen.

Arman og Rehnsfeldts (2007) artikkel om «det lille ekstra», handler om å gå utover det som er forventet av gode handlinger. Det er ofte idealet i omsorgen som uttrykkes som «det lille ekstra», hvor du både ser og bekrefter pasienten som menneske – som et medmenneske.

Arman og Rehnsfeldt (2012) har også skrevet om betydningen av nære relasjoner for å ivareta den eksistensielle helsen etter tsunamikatastrofen. Nære relasjoner etter en katastrofe har stor betydning i forbindelse med utviklingen av den eksistensielle helsen og for forståelsen av livet i et langtidsperspektiv.

2.1.2 Omsorgsetikk

Omsorgsetikken er fenomenologisk og er opptatt av den situasjonen du er i her og nå, og legger spesielt vekt på relasjonen til den eller de en skal handle overfor. Det vesentlige er at en alltid er sanselig og emosjonelt berørt tilstede i en situasjon. Emosjonell berørthet gir oss kunnskaper om andre menneskers sinnstilstand, opplevelse og erfaringer (Nortvedt, 2012).

I følge Martinsen (2012) gir følelser oss adgang til å forstå, og de åpner for vår forforståelse av fenomener. Martinsen viser til Løgstrup hvor sanselig og emosjonell berørthet alltid er et eksisterende vesenstrekk ved det å være menneske sammen med andre. I etikken er det viktig å være i et spenningsfelt mellom undring og tenkning på den ene siden, og viten og kunnskap på den andre siden. Den spontane medfølelse skal vekkes. Meg i den andre – den andre i meg, er en måte å uttrykke det fiktive rommet på, som gir mulighet til å se den andre og seg selv på en ny måte (Martinsen, 2012).

Omsorgsyter sitt undrende og sansende nærvær settes på prøve i de mange kompliserte situasjoner de er involvert i. Løgstrup sin ontologiske situasjonsetikk tar utgangspunkt i

situasjonene mennesker står og strever i. Suverene livsytringer, den etiske fordring og den fordring som er formulert i den gyldne regel, og forholdet til de moralske normene utgjør den etiske treklang i Løgstrups etikk. Suverene livsytringer kaller Løgstrup slik som tillit, barmhjertighet, håp, talens språk og medfølelse. De suverene livsytringene gir livet en spontanitet, en letthet og en glede, slik at vi rett og slett ikke kan gjøre noe annet enn å våge oss frem mot den andre i tillit og åpenhet. Som suverene hører de tilværelsen til, vi har ikke skapt dem. De er spontane i betydningen av hva vi som mennesker gjør spontant, uten baktanker. Vi kan ikke la være å engasjere oss. Den gyldne regel vil si at jeg i fantasien kan sette meg inn i den andres sted for å kunne handle godt mot den andre. Den etiske treklang er et komplisert samspill mellom den spontane medfølelsen, en etisk fordring om å ta vare på det liv som i tillit er utlevert til omsorgsyters omsorg og de relative kulturbestemte normene (Martinsen, 2012).

Løgstrup (1962) bruker metaforene, «å ha noe av et menneskes liv i sin hender», og «at noe av det andre menneskes liv er utlevert en». Hva det er av den andres liv, man har i sine hender som er utlevert en, kan være svært forskjellig. Det betyr ikke at det ene mennesket har den andres vilje i sine hender, men at en skal være stemt tilstede og la den andre være herre i sin egen verden. Vi er utlevert til hverandre og utlevertheten er gjensidig.

Løgstrup skriver at menneskene er ontologisk interdependente, dvs. avhengig av hverandre. Da blir også medlidelse naturlig i lidelsen som en etisk handling. I katastrofer kommer disse livsytringene naturlig frem og livsforståelsen blir synlig. Livsytringene viser hvem mennesket egentlig er ontologisk sett (Arman og Rehnsfeldt 2012).

Eksistensielle eller indre sår er naturlige følger av en livsavgjørende hendelse. Eksistensielle behov viser seg i behov for fellesskap, av forståelse, bearbeiding, fortelling og å få en sammenheng. Eksistensiell omsorg er først og fremst en medmenneskelig handling. Eksistensielt utsatte mennesker står overfor en overgang i livet til en annen tilstand, til et nytt og annerledes liv som må aksepteres og integreres (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

I artikkelen « The relevance of the ethics of understanding of life in nursing» skriver Rehnsfeldt (2005) om livsforståelsesetikk. Her beskriver han den ytterste hensikt med omsorg, som er å forene livsforståelsen, lidelsen og etikken. Han beskriver også møtets betydning og viktigheten av å være medmenneske i en vanskelig livssituasjon.

I følge Nortvedt (2012) er utfordringen i nærhetsetikk å forene det individuelle perspektivet ved helsehjelp med det upartiske. Upartisk innebærer å ikke gi forrang til sine egne interesser fordi de er ens egne, men legge lik vekt på alle personers legitime interesser. Dette skal gjøres på en sånn måte at helsearbeideren tar ansvar for og får brukt sin kompetanse til pasientens beste.

Integritet og verdighet er viktige prinsipper for å ivareta den enkeltes behov. Integritet vil si at mennesket er i stand til å holde sin tilværelse sammen og de betydningssammenhenger det er felt inn i. Når verdigheten ivaretas blir en møtt som et menneske, og ikke som en diagnose eller et problem (Anderson, 2012).

Autonomiprinsippet innebærer at en ser på mennesket som et selvbestemmende vesen. Ut fra at alle skal ha like og universelle rettigheter, skal en ha respekt for andre personer og deres valg (Nortvedt, 2012).

Nortvedt og Skirbekk (2011) understreker at den relasjonelle ontologi i omsorgetikken vil være best egnet for å ta utgangspunkt i den enkeltes individuelle behov.

2.2 Sentrale begreper

2.2.1 Selvmord

Definisjonen på selvmord som jeg velger å bruke er:

Selvord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, hvor skaden har ført til døden (Helsedirektoratet, s.13, 2011).

Definisjonen er enkel og avgrenser ikke mot visse forvirringstilstander og psykoser. Definisjonen er hovedsakelig en beskrivelse av selve handlingen, samtidig som den også sier noe om intensjonen (skade seg selv). Den sier imidlertid ingenting om bakgrunnen for selvskadingen. Selvmord må forstås både i forhold til den tid og den kultur mennesket lever i. Det er vanligvis et komplisert samspill mellom uheldige indre og ytre faktorer som ligger bak et selvmord, ikke en enkel faktor. Selvmord kan også forstås som en måte å komme unna en krisesituasjon som der og da synes uløselig (Helsedirektoratet, 2011).

Enkle fakta om selvmord:

- *500-600 personer tar selvmord i Norge i dag.*
- *Minst 10.000 selvmordsforsøk i Norge per år*
- *Minst 5000 etterlatte ved selvmord i Norge per år.*
- *Alle aldersgrupper er berørt (men selvmord hos barn under 10 år er meget sjelden).*
- *Selvmord forekommer i alle deler av landet.*
- *Selvmord forekommer i alle klasser og grupperinger*
- *Tre ganger så mange menn som kvinner tar sitt eget liv hvert år*
(Mehlum, kap.8, s. 134, 2007)

En livsavgjørende hendelse setter hele livet «på hodet», og kan føre til at mennesker får eksistensielle spørsmål og skader. Det betyr at deres eksistens ikke lenger føles selvsagt og meningsfull. En katastrofe er en plutselig stor og uventet ulykke eller situasjon hvor nøden overstiger ressursene (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.2.2 Etterlatte etter selvmord

Det totale antall etterlatte etter selvmord er vanskelig å stipulere. Men i følge veilederen om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord er det vanlig å tenke minimum seks etterlatte rundt hvert selvmord. Tidligere har begrepet etterlatte hovedsakelig blitt brukt om den nærmeste familien. I dag blir begrepet etterlatte brukt videre. Det kan være barn, foreldre, ektefelle, søsken, besteforeldre, venner, bestevenner, kjæreste,

klassekamerater, medpasienter, terapeuter, arbeidskolleger; noen som selv opplever å ha nære bånd til den som er død (Helsedirektoratet, 2011).

Barn er spesielt sårbare når en som står dem nær tar livet av seg. I følge veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord må voksne sørge for at barn blir ivaretatt av andre voksne, hvis foreldre i en periode ikke makter dette fullt ut (Helsedirektoratet, 2011)

2.2.3 Sorg

Sorg og sorgreaksjoner er i utgangspunktet normalreaksjoner på en ekstrem hendelse. Sorg er ikke sykdom, men kan av og til føre til sykdom. Sorgreaksjoner etter selvmord varierer i intensitet og varighet, og kommer til uttrykk på mange forskjellige måter. Noen føler sinne mot den som tok livet sitt, mot seg selv eller andre man opplever har et ansvar for det som har skjedd. Andre opplever først og fremst tristhet eller tomhet. Opplevelsen av skyld og skam er utbredt. Det er heller ikke uvanlig å oppføre seg som et offer for det som har skjedd. Sorg er privat og personlig, og vil derfor alltid være unik for den enkelte etterlatte. Barn reagerer annerledes enn voksne. De sørger ofte bitvis dvs. at det plutselig kan virke som at de ikke sørger, like etter at de var svært triste Det er viktig å støtte barn på at de ikke trenger å være lei seg hele tiden, men heller la dem oppleve glede midt i sorgen (Dyregrov, Plyhn og Dieserud, 2009).

2.2.4 To-sporsmodellen

To-sporsmodellen er utviklet av den nederlandske psykologen Margaret Strobe, og er den mest anerkjente sorgteorien i dag. Den vektlegger at tapet bearbeides og håndteres ved at en veksler mellom tapsorientert og gjenoppbyggingsorientert mestringsstil. Dvs. fokus på endring og tilpassing til den nye tilværelsen, samtidig som en integrerer minnet om den døde (Dyregrov, Johnsen og Dyregrov, 2012). En balansert veksling gjør det mulig å mestre dødsfall på konstruktive måter, ved å evne å kunne gå nær det som har skjedd, og så melde seg på livet igjen etterpå. Det skjer når en veksler mellom å gråte, snakke om og minnes den som er død, og forsøke å distansere seg fra sorgen, for å løse utfordringene i den nye tilværelsen uten den man har mistet. I tillegg til den enkeltes

individuelle mestringsressurser, er den etterlattes samspill med det sosiale nettverket viktig for sorgprosessen. To-sporsmodellen som innfallsvinkel til å forstå sorgen inkluderer derfor i større grad omgivelsenes betydning for sorgprosessen. Mestring av hver-dags-livet har stor betydning i denne prosessen (Dyregrov, Plyhn og Dieserud, 2009).

2.2.5 Hver-dags-livet

Men hva er hver-dags-livet? I følge Dyregrov, Plyhn & Dieserud (2009) opplever svært mange etterlatte at hverdagen «snus opp ned» og at «alt det trygge blir utrygt», at tilværelsen oppleves urettferdig og at man ikke har kontrollen. Dette kan prege etterlatte i lang tid etter tapet. Mye av det vi tar for gitt i hverdagen, gjelder ikke lenger, og den brutale omveltningen stiller store krav til å tilpasse seg det som har hendt, både mentalt og på det følelsesmessige planet. Den etterlatte må orientere seg på ny for å finne fotfeste i tilværelsen.

Hverdagen er den tilværelsen som vi kjenner best til som preger våre daglige liv og som finnes der som en selvklar basis for alle våre prosjekter i livet. Med en metafor kan en si at den hverdagslige tilværelsen, liksom livsverden, er like selvsagt for oss som vannet for fisken (Dahlberg og Segesten, 2010).

2.2.6 Eksistensielle spørsmål

Eksistensielle spørsmål er livsspørsmål som er avgjørende for menneskets eksistens. De eksistensielle spørsmålene er filosofiske og hører hjemme i ontologien. De handler om hvordan vi tenker om og forholder oss til livet. Det vanligste eksistensielle spørsmålet er: Hva er meningen med livet? (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.2.7 Helse

Vi kan ikke snakke om eksistensielle spørsmål uten å snakke om helse. Helse innebærer at en har det bra, og at en er i stand til å gjennomføre det man opplever som verdifullt i livet både av små og store livsprosjekt (Dahlberg og Segesten, 2011).

2.2.8 Livsverden

Livsverden beskriver hvordan vi forstår oss selv, andre og alt annet i verden, samt de holdninger som vi viser både til oss selv og andre, og verden. Dermed kan livsverden forstås som verden slik som den erfares. Samtidig som livsverden utgjør en verden som deles med andre, er den høyst personlig og unik for hver og en (Dahlberg og Segesten, 2010). Livsverden er like mye en «holdning» som en «verden», og utgjør det eksistensielle perspektivet som handler om hvordan vi opplever og forstår våre liv i relasjon til sammenhenger. Med andre ord handler livsverden om livsrytme, og hvordan vi lever og fungerer i verden sammen med andre (Dahlberg, 2014).

2.2.9 Livsforståelse

Livsforståelse er et viktig begrep innenfor omsorgsvitenskapen. Gjennom den hermeneutiske dialogen kan en hjelpe pasienten å finne mening i livet gjennom en ny livsforståelse. Mange har ikke et forhold til livsforståelse før det skjer en livsavgjørende hendelse i livet som påvirker eksistensen. At livet er gitt oss kan sees som et universell dimensjon, altså noe som vi deler med alle mennesker. I det universelle er menneskene interdependente, dvs. at de har behov for andre og for å ha ansvar for andre. Det er livsforståelsen som er årsaken til menneskene sine valg og handlinger (Arman og Rehnsfeldt, 2006).

2.2.10 Livsforståelsesmørke

Begrepet livsforståelsesmørke innebærer at menneske ikke lenger forstår livet som en helhet, og er et eksistensielt uttrykk for den uutholdelige lidelsen som det lidende menneske opplever. Situasjonen oppleves for uutholdelig til å hankes med, og livet er mørkt. I livsforståelsesmørke skjer det ingen bearbeidelse lenger, den lidende lever sitt liv mekanisk og avstengt fra den ytre verden. Det er en sårbar tilstand som kan komme til uttrykk på mange forskjellige måter. Denne tilstanden stiller store krav til medmennesker og medlidende (Arman og Rehnsfeldt, 2006).

2.2.11 Lidelse

Lidelse er et universelt problem og kan aldri la seg eliminere. Det hører livet til. Lidelse som fenomen innebærer at mennesker opplever noe vondt og uønsket som i ulik grad forstyrrer balansen i livet. Å lindre lidelse er ikke det samme som å fjerne lidelse, men det kan være å leve med lidelsen. Ved å sette ord på og dele lidelsen blir den mer utholdelig. I møte mellom det lidende menneske og omsorgsyter er det ønskelig at den lidende skal dele sin lidelse og den indre livsforståelsen med omsorgsyteren (Arman og Rehnsfeldt, 2006).

2.2.12 Tålere

Det kreves en spesiell holdning fra medmennesker som skal ta imot menneskers virkelige verden og følelse med all sin nød. Det innebærer en spesiell kvalitet hos omsorgsytere som viser at man tåler å se og orker å høre det kriserammede mennesket fortelle (Arman og Rehnsfeldt 2012).

2.3 Eksistensiell omsorg

Det Existensiella Förbundet, DEF, er en omsorgsvitenskapelig modell og metode for eksistensiell omsorg til mennesker i livsavgjørende hendelser. Modellen er spesifikk for katastrofer, ulykker og plutselige dødsfall, men passer også på mindre dramatiske hendelser. DEF-modellens tenkning kan anvendes av alle yrkesgrupper (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

DEF-modellen tar utgangspunkt i de naturlige grunnantakelser om menneskers problemer ved en katastrofe. Den eksistensielle omsorgen har som mål å lindre akutt lidelse og forebygge langsiktig. En katastrofe betyr ofte et møte med livets alvorligste sider – med grunnvilkårene for menneskenes eksistens. Grunnvilkårene er både universelle (ontologiske) og eksistensielle. Det sterkeste grunnvilkåret er døden, fulgt av ensomhet, meningsløshet, urett, sårbarhet og lidelse. Disse grunnvilkårene hører livet til og kan ikke velges bort. Mennesket er både sårbart og dødelig. Nedfelt i grunnvilkårene

for eksistensen ligger også respekten for livet og fellesskapet med medmenneskene. Mennesket er fra naturen sosialt og barmhjertig, og finnes til for andre (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.3.1 DEF-modellen

En medmenneskelig holdning er en forutsetning for å gi eksistensiell omsorg. DEF-modellen tar utgangspunkt i følgende sju grunnantakelser som er utviklet for å gi gode rammer, holdninger og verdier.

- 1. Det eksistensielle såret er noe naturlig*
- 2. Medmenneskelighet virker som «lys i mørket»*
- 3. Kravløshet er en grunnholdning i hele forløpet*
- 4. Ytre omsorg gir lindring*
- 5. Konkret handling kan skje i fellesskap*
- 6. Læring og utvikling skjer i fellesskap*
- 7. Såret åpnes og lukkes i intervaller, og er uavhengig av tid*

(Arman og Rehnsfeldt, s.35, 2012)

1. Det eksistensielle såret er noe naturlig.

Med utgangspunkt i at den rammedes tilstand er naturlig, er også reaksjonene naturlige. De er hverken farlige eller patologiske. Svært få blir forvirret, selv om noen i krise kan oppleve det sånn. Å forbinde eksistensielle sår krever sjelden ekspertise, men en særskilt innsikt og kunnskap (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2. Medmenneskelighet virker som «lys i mørket»

Eksistensiell omsorg gis av et medmenneske og det å være medmenneske er sentralt. Møte med et medmenneske kan i mørke situasjoner virke som «lys» og dermed gi livsviktig håp til den som er rammet. Medmennesket blir som et vitne om at godhet ennå eksisterer (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

3. Kravløshet er en grunnholdning i hele forløpet

Eksistensiell omsorg forutsetter kravløshet. Med kravløshet menes at man ikke har til

hensikt at den andre skal endre seg eller bli bedre. Man skal bare ha som mål å gjøre stunden så god som mulig. I kravløs omsorg innser man at man ikke kan endre på det som er hendt. Lidelsen og det eksistensielle såret går ikke an å ta bort, og man innser at lindring er det eneste som er mulig. I kravløsheten finnes en holdning om at alt menneskelig er naturlig. Holdninger gir ingen ønsker om tilbakemelding eller takknemlighet fra den som er rammet. Det eneste målet i kravløsheten er å bidra til lindring (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

4. Ytre omsorg gir lindring

Ytre omsorg innebærer en indre lindring gjennom det ytre. I ytre omsorg ligger en følelse av moderlig omsorg som virker sterkt inn på tryggheten. For rammede minsker evnen til å oppleve sine naturlige og hverdagslige behov for næring, hygiene og hvile. Det innebærer at medmennesker bidrar til den rammede med naturlig nærvær, mat, drikke, hygiene og det vi med et hverdagslig begrep kaller å «pusle om» (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

5. Konkret handling kan skje i fellesskap

Konkrete oppgaver bør løses i fellesskap. For et menneske som er i krise kan det aktuelle livet oppleves som et uoverstigelig problem eller hinder. I eksistensiell omsorg går det an å utføre konkrete praktiske oppgaver sammen i hverdagen. Rammede kan leve i en intens lidelse og glemme normale oppgaver og aktiviteter. Konsentrasjon og minner blir så påvirket, at heling av det eksistensielle såret i blant blir så utmattende at den rammende blir helt apatisk. Konkrete oppgaver kan i blant bli umulige å gjennomføre på egenhånd. Som medmenneske kan man i perioder ha behov for å være helt nær, og kanskje flytte hjem til den som er i dyp sorg for å få det mest basale til å fungere (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

6. Læring og utvikling skjer i fellesskap

Den rammede blir konfrontert med de eksistensielle grunnvilkårene; døden, ensomheten og meningsløsheten. Den person som er rammet har ufrivillig og plutselig havnet i en dyp og smertefull innsikt om at døden seirer over livet, og det menneskelige livets uforutsigbarhet og sårbarhet. Møtet mellom den rammede og medmennesker kan i en

sånn situasjon holdes i en ånd av felles læring om livet som sådan. Det mennesket som rammes er ekspert, og den andre er der med sin erfaring og innsikt. Medmennesket bidrar med balanse og ro for ettertanke. I en likeverdige dialog kan medmennesket stille spørsmål, og man kan reflektere over nye livs innsikter i fellesskap. Samtalen om livsforståelse kan være helt konkret, men veksle mellom å gå inn i universelle spørsmål om meningsløshet og mening og tanker som det indre livet i forhold til det ytre. Læring og utvikling for noen som er rammet kan skje i fellesskap der begge er beredt på å lære (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

7. Såret åpnes og lukkes i intervaller, og er uavhengig av tid

Såret og den smerte eller lidelse det forårsaker veksler i dybde og heling hos mennesker. Det er en livslang erfaring, og det eksistensielle såret kan åpnes i nærmest full kraft når som helst i livet, uberørt av tid og rom. Såret kan også stenges av gjennom den rammedes egne valg eller med hjelp av et medmenneske som avleder. Å leve med et avstengt sår kan være like eller mer smertefullt som å leve med et åpent eksistensielt sår. I omsorgen inngår forståelsen for det naturlige i den rammedes vekslende mellom åpenhet og avstengning av det eksistensielle såret. Begge tilstandene er naturlige og fører til heling. Med en åpen holdning kan medmennesket tillate den rammede selv å velge når og hvor mye såret for øyeblikket får komme fram i bevisstheten (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.3.2 Universelle behov

Universelle behov, dvs. allmennmenneskelige behov når et menneske rammes av en katastrofe. Her er det viktig å være bevisst om at det finnes individuelle variasjoner, men for å hjelpe andre må medmennesket våge å tro på kunnskapen om at de nevnte behov er nødvendige. Forståelse for hvilke behov rammede har er med å utvikle en forståelse for hva man gjør. De universelle behov er:

- *Oppsøking og tilbud om hjelp etter behov*
- *Nærhet*
- *Naturlig møte*

- *Fellesskap*
- *Fortelling*
- *Rolig avledning*
- *Kontinuitet og tid*

(Arman og Rehnsfeldt, s. 37, 2012)

Oppsøking og tilbud om hjelp etter behov

Etter en krise kan man ha behov for å bli oppsøkt av sine medmennesker og få et konkret tilbud om eksistensiell omsorg etter behov. Det er ikke nok å ringe, en må være tilstede for å observere tilstanden og tilby konkret hjelp. Det kan være svært vanskelig for en person i krise å be om hjelp. Man kan ikke vite om en kriserammet vil ha støtte, men takker vedkommende nei, kan det kanskje handle om at tilbudet kommer på feil tid, av feil person eller i feil sammenheng. Her er det viktig å være fleksibel (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Nærhet

Nærhet lindrer kaos. Man behøver medmennesker som kan være nære i tid og rom. Mange blir passive i sin sorg, og da er det viktig at noen er der og passer på at de primære behovene blir ivaretatt. En trenger eksistensiell omsorg fra et medmenneske som er tilstede på en naturlig måte, ser og bryr seg om en, og lytter. Nærhet er noe som viser seg i holdning og handling gjennom å tilby nærhet og fellesskap. Nærhet kan gjøre lidelsen utholdelig. Noen ganger er de kriserammede så sårbare og nakne at de ikke kan være alene. Nærhet er legende i sin stillhet, og det kan ofte være nok å bare være der, lese, lage mat, sove og leve i nærheten av den rammede. Nærhet gir en grunnleggende trygghet om at det er noen der om det skulle bli verre. Den rammede er ikke syk, men svært sårbar. Medmennesket trenger kun å forstå at hun ikke forstår, men at man er der som en beskyttelse og lindring gjennom lidelsen, som en medvandrer (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Naturlig møte bekrefter livet

I et naturlig møte med etterlatte er det viktig å vise kjærlig og ekte medmenneskelighet og omsorg. Et naturlig møte blir det når medmennesket våger å se og stille spørsmål. En

må våge å være tilstede uten å vike unna, og en må tåle å høre det mørke og det helsike som er. Som medmenneske må vi være åpne og la den rammede personen vise veien. Det er viktig å forsøke å forstå hva den rammede vil og har behov for akkurat nå (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Fellesskap lindrer og utvikler

Mennesker som rammes av en krise har behov for å dele sin virkelighet med andre som kan innse og dele hva en går igjennom, og hvordan en lider. Andre mennesker som er rammet på samme måte kan være en ressurs og en tilgang til livet. Med deres kunnskap og erfaring har de en mulighet til å forstå den indre smerten. LEVE er en støttegruppe som er beskrevet i veilederen for etterlatte etter selvmord, og kan være et godt tilbud for noen (Helsedirektoratet, 2011). Ofte er ikke ord nok for å beskrive hva en opplever. Møter en andre som er etterlatte, kan en dele på en annen måte, alt trenger ikke å forklares. Fellesskapet til den etterlatte er viktig å ivareta enten i grupper eller med et enkelt menneske. I fellesskap kan en dele erfaringer og følelser og få håp. Det kan gi lys i mørket (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Fortelling minsker lidelsen

Den kriserammede har ofte behov for å fortelle om krisen om og om igjen. Gjennom fortelling minsker intensiteten og kraften i opplevelsen. Fortellingen river på en måte såret opp på nytt, men gir en form for avspenning. I fortellingen kan en la følelsene komme fram i små porsjoner, og i beste fall kommer det noe nytt inn i historien for hver gang den fortelles. Det finnes ingen grense for hvor ofte eller hvor mye etterlatte trenger å fortelle. Men etterlatte har behov for å sette sammen sin historie til en helhet gjennom fortellingene. I fortellingen kan den etterlatte får en distanse til sin historie, og etterhvert omformulere den til en mer meningsfull og mindre smertefull historie. Fortellingen har en helende kraft. Men den etterlatte må selv bestemme og styre når og om en vil åpne opp for historien (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Rolig avledning gir hvile fra lidelsen

Det er slitsomt å være i en sorgprosess. Det tar mye energi og fokus, og sørgende blir trette. Man har behov for å hvile fra indre bearbeiding. Selv om hverdagslivet er

annerledes, har det noe beroligende over seg. Både hverdagsliv og fritidsinteresser er viktig å gjenoppta i det tempo en klarer. Det å gjøre noe som pleier å gi glede er viktig. Selv om en det ikke gir glede nå lenger, kan det gi en god følelse. Det sosiale nettverket er en viktig medspiller. Å være på arbeid kan bidra til avledning av tanker og følelser. Det må skje gradvis og i rolig takt, og med mindre krav til å begynne med. Avledning kan også være noe som kan gjøre en godt for en stund, eller kan gi en god følelse. Eksempel; gå tur i skogen, eller ved havet etc. (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Kontinuitet og tid

Ideelt for en eksistensiell omsorg, er å sette av faste tider, etter avtale med den rammede. Med fordel bør det lages et program for det første året. Kanskje hver dag til å begynne med, deretter hver uke, og etterhvert en gang i måneden. Merkedager som kommer årlig bør det også tas hensyn til. År er ikke nok, eksistensiell omsorg krever oppfølging over lang tid, kanskje livslangt. Som støttepersoner må vi være bevisst at det ikke er sikkert at sårene heles helt og at det noen gang går over. Det er ikke sikkert at det blir mindre følelsesmessig smertefullt med tiden, bare at intervallene for følelsene minsker og at de ikke kommer like ofte lenger (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.3.3 Grunnvilkårene

I et eksistensielt perspektiv trer menneskers grunnvilkår sterkere frem når en står overfor en livsavgjørende hendelse. De blir viktige for å forstå livet. Grunnvilkårene er allmenne. De fire klassiske grunnvilkårene er døden, ensomheten, meningsløsheten og friheten som bl.a. er beskrevet av Yalom (1980). Det er vanlig å beskrive disse grunnvilkårene med deres motsetninger. Grunnen til det er at grunnvilkårene er både ontologiske og eksistensielle (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 96-98) har beskrevet følgende 5 grunnvilkår:

1. *Døden – livet*
2. *Ensomhet – fellesskap*
3. *Mening- meningsløshet*
4. *Frihet - ansvar*

5. Sårbarhet – livskraft/livsmot

Døden - livet

Døden og livet innebærer en visshet om at vi alle skal dø, og at livet har en slutt. Døden hører livet til, og hver dag kommer mennesket lenger inn i livet, og nærmere sin egen død. Bevisstheten om døden kan berike det menneskelige livet gjennom at en åpner opp for det som er godt og vakkert. En livsavgjørende hendelse kan åpne opp for det eksistensielle, slik at en kan se en sannere virkelighet. En får en dypere livsforståelse for hva andre betyr for livet, som et uttrykk for interdependensen (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Ensomhet – fellesskap

Dette eksistensielle grunnvilkåret gjør oss bevisst kontrasten mellom ensomhet og fellesskap. Behovet for andre blir påfallende i en livsavgjørende hendelse. Å være sammen med andre kan oppheve ensomheten, og å bli forstått og sett av andre er en vei mot å oppleve fellesskap. Møte, samtale og dialog er viktige redskaper for å fremme fellesskapsfølelsen. Mennesket har behov for fellesskap for å leve og overleve lidelsen (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Mening – meningsløshet

Mening – meningsløshet uttrykker kontrasten mellom mening og sammenheng, kontra tomhet og meningsløshet i livet. Ut i fra eksistensfilosofien finnes det ikke noen absolutt mening med livet for oss mennesker. Spør vi mennesker om deres mening med livet kan man få store variasjoner i svarene. Mennesker skaper fremfor alt sin egen mening med livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Frihet – ansvar

Frihet-ansvar belyser at mennesker har handlings valg og ansvar for seg selv og sin utvikling, og også ansvar for andre. Mennesket har et fundament av arv og miljø som gitte forutsetninger, men mennesket skaper også seg selv gjennom hele livet med sine valg og sine handlinger. Mennesker kan dermed velge, prioritere, eller la være å velge, og det er også et valg. Friheten til å velge er også et ansvar. Man står ansvarlig for sine

handlinger, og må ta konsekvensen av sine handlinger. Å få et etisk krav fra noen andre krever refleksjon over kontrasten frihet og ansvar (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Sårbarhet – livskraft/livsmot

Sårbarhet – livskraft/livsmot er omstendigheter som mennesker har med seg i livet. Det handler om helse og sykdom, og om vårt forhold til til kroppslige og mentale styrker og svakheter. Sårbarhet innebærer ofte en tilstand av at makten og myndigheten ligger hos noen andre, eksempel i forhold til barn, gamle og handikappede. Men vi er alle potensielt sårbare i og med at vi kan møte sykdom, ulykke og død når som helst. Det er et faktum som vi deler med alle mennesker. At vi deler sårbarheten med andre er noe vi er bevisst om nettopp i sårbarheten. Ikke bare for den som er i en livssituasjon som gjør en sårbar, men også for de som står en nær. Vi er interdependente, dvs. gjensidig avhengig av andre fra fødsel til død (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.3.4 Helse og lidelse i paradokser

I tillegg til grunnvilkårene, skriver Arman og Rehnsfeldt (2012) om helsens paradokser som viktig tema i eksistensiell omsorg. Paradoksene er nødvendige for å få bevegelse i sorgen. Helsens paradokser er en tenkning som beskriver en forståelse av det indre og eksistensielle kaos som mennesker lever i etter en katastrofe. Helsens paradokser er en tolkning av menneskenes indre og eksistensielle bevegelse. Paradokser som er naturlige i forbindelse med opplevelse og bearbeiding av katastrofer. Helsen støttes gjennom bevegelser i motsetninger. Innbakt i paradoksene er, fornektning, innsikt, kamp og lindring. Bevegelsen er viktig for at menneskene skal kunne pendle mellom, og samtidig finne seg i, livs-dimensjoner av både lys og mørke. Bevegelsen fremmer velbefinnende, utvikling, vekst, helse og liv. Helsen etter eksistensielle sår kan betegnes som en ny livsforståelse som inkluderer skrøpelighet, avhengighet og lidelse som en del av livet. Eksempler på paradokser er: Mening – meningsløshet, lidelse – lyst, være i lidelsen – glemme etc. (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

2.3.5 Livsforståelse og forsoning

Forsoning er ofte et tema i forbindelse med tap og kriser. Forsoning kan oppleves som

et krav, som noe uopnåelig, men kan også oppleves som øyeblikk av fred og ro, og kan lindre den indre smerten. Ved forsoning skiller en ikke bare svart og hvitt, men klarer å ha flere perspektiver samtidig. Posttraumatisk vekst er et relevant begrep i forhold til DEF-modellen der de naturlige helseprosessene er i fokus. Den rammede sine opplevelser og tanker om situasjonen har stor betydning for om en kommer seg videre i livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Posttraumatisk vekst er et begrep som innebærer at mennesker kan utvikle seg positivt og bli sterkere av møtet med lidelse og død. Tanken her er at motgang i første omgang kan øke sårbarheten, men at den kan forandres til en positiv utvikling for mennesket, gi en ny livsforståelse Posttraumatisk vekst viser seg ved bedre relasjoner til andre, andre prioriteringer, opplevelse av eksistensielt liv med mening, samt opplevelse av økt indre styrke (Hall et al.2010). Forskning viser at kvinner oppnår lettere posttraumatisk vekst enn menn. Forklaringen på dette kan være at kvinner har mer støtte fra andre og får dermed mer nærhet til andre. Sosial støtte er av stor betydning for posttraumatisk vekst (Swickert og Hittner, 2009).

Johnston (2007) skriver om hvordan det er mulig å finne mening i lidelsen. I motgang er det en stor prøvelse å gjenopprette meningen i livet. Hun beskriver hvordan meningen kan fremkomme i samspillet mellom den lidende og omsorgsyteren.

2.4 Hva behøver etterlatte etter selvmord?

Ettelattestudien til Dyregrov, Nordanger og Dyregrov (2000, s. 162) konkluderte med at etterlatte har behov for følgende akutt og langvarig krisehjelp :

- *Informasjon om hjelp og rettigheter*
- *Psykopedagogisk informasjon*
- *Spesifikk traumeterapeutisk hjelp vurdert i forhold til screening/kliniske funn*
- *Sorgstøtte og trøst*
- *Ivaretagelse av mindreårige barn*
- *Økonomisk støttegruppe*
- *Familie -, ekteskapsrådgivning*

- *Medisinsk støttegruppe*
- *Religiøs - eller eksistensiell hjelp*
- *Politiinformasjon og juridisk hjelp*
- *Praktisk hjelp*
- *Kontakt med andre etterlatte/sorggrupper*

I tillegg legger studien spesielt vekt på hvor stort behovet er for sosial støtte for etterlatte etter selvmord, samt støtte til selv å ta ansvar for eget liv (Dyregrov, Nordanger og Dyregrov, 2000).

I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) er det noen universelle behov som etterlatte viser i kriser, som nærhet, møte og fellesskap - som danner grunnlag for individuelle variasjoner. Disse behovene viser at enhver etterlatt har behov for medmenneskelig bekreftelse og å gå gjennom lidelsen fra livsforståelsesmørke til ett nytt og fortsatt liv. Et liv som er annerledes, men som fortsetter og at medmennesker finnes for hverandre. De universelle behovene danner grunnlag for hvordan en møter etterlatte etter selvmord.

Å være etterlatt etter selvmord er i terminologien til Arman og Rehnsfeldt (2012), en individuell livsavgjørende hendelse som setter livet «på hodet». Det påvirker eksistensen, dvs. hvordan en tenker og forholder seg til livet. Det utløser ofte en følelse av meningsløshet og ubegripelighet, og en kan kjenne angst. Dette er naturlige prosesser som gir eksistensielle sår og skader, og behov for eksistensiell omsorg. Den eksistensielle omsorgen skal hjelpe de etterlatte til å få tro på livet og støtte til å finne tilbake til en naturlig hverdag og mening med livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) er de sju grunnantakelsene og helsens paradokser viktige forberedelser før samtalen med de etterlatte. En holdning av menneskekjærlighet er grunnleggende, samt å vise toleranse og interesse, engasjement for den etterlatte. Både omsorgsvitenskapen og den personsentrerte omsorgen vektlegger interaksjonene mellom den etterlatte og omsorgsyteren, og konteksten. I omsorgsmøtet er selve relasjonen med den etterlatte fundamentet for å kunne gi eksistensiell omsorg.

2.5 Relevant forskning

I følge veilederen om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (Helsedirektoratet, 2011), viser både norske og internasjonale studier at 80-90 prosent av etterlatte etter selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. Etterlattes behov for profesjonell hjelp og støtte varierer, avhengig av relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for, og den enkeltes beskyttelsesfaktorer. I veilederen for psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer (2011), oppfordres familier til å følge hverdagsrutiner og det sosiale liv.

Kari og Atle Dyregrov er tilknyttet krisepsykologisenteret i Bergen som er et kompetansesenter både for Norge og andre land. De har bidratt med sin forskning og kunnskaper til alle kommunene i Norge via kriseteamskolen som gjennomføres av ressursenteret om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Det er relativt ny faglig erkjennelse at mange etterlatte etter selvmord kan være i risikozonen for utvikling av alvorlige psykiske og fysiske problemer. Studien til Dyregrov, Nordanger og Dyregrov (2000), viser at etterlatte etter selvmord har et forhøyet nivå av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget (komplisert) sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller forsøk. I tillegg rapporterer etterlatte ved selvmord høyere nivåer på følelser av avvisning, skam, stigma, og behov for å skjule dødsårsaken. Studiet understreker også viktigheten av å stimulere sørgende til å komme tilbake til et «normalt liv».

Dyregrov, Johnsen og Dyregrov (2012), presenterer to-sporsmodellen, hvor dagliglivet og sorgen er parallelle prosesser i sorgarbeidet.

Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009), understreker at mestring av dagliglivet er et parameter på hvordan en mestrer sorgen etter selvmordet. Jordan og McIntosh (2011) støtter etterlattes behov for eksistensiell omsorg for å holde tak i hverdagen.

Arman og Rehnsfeldt har i tillegg til bøkene de har skrevet publisert flere artikler som også støtter behovet for eksistensiell omsorg i livsavgjørende hendelser. Blant annet en artikkel i 2012 om betydningen av det sosiale nettverket for den eksistensielle helsen etter tsunamikatastrofen 2004, og en artikkel i 2008 sammen med Råholm der de har forsket på levd erfaring etter tsunamien i 2004. Rehnsfeldt og Eriksson (2004) skrev en

artikkel om hvordan det er å leve med lidelsen, og hvordan lidelsen blir lettere med tiden. I 2005 skrev Rehnsfeldt en artikkel om relevansen av livsforståelseetikk for omsorg. I 2005 skrev Arman og Rehnsfeldt en artikkel om livsforståelseetikk i et omsorgs perspektiv. Arman publiserte en artikkel i 2007 om eksistensiell omsorg. Rehnsfeldt (1999) skrev en doktoravhandling om møte med pasienter i en livsavgjørende hendelse.

2.5.1 Kildesøk i database

Søk i biblioteket under helsefag, CINAHL – Research Article, peer Reviewed med søkeord:

Suicid and survivors gav 57 treff.

Suicid, survivors and grief gav 18 treff.

Suicid, survivors, grief or coping gav 29 treff.

Suicid, survivors, grief or meaning gav 30 treff.

Ut fra gjennomgang av søkeresultatet, fant jeg 2 artikler som belyser min problematikk :

«Life will never be the same again» og

«Ways of Coping in Survivors of Suicide».

Min vurdering er at forskningen har mye fokus på behov for eksistensiell omsorg til etterlatte etter selvmord, men lite på hvordan en konkret kan utøve den eksistensielle omsorgen for å gjenoppta hver-dags-livet.

I begynnelsen av april 2015 søkte jeg på nytt i biblioteket med søkeord, eksistensiell omsorg, men fant ikke noe som var relevant for min forskning.

3 METODE OG DESIGN

3.1 Klinisk applikasjonsforskning

Forskningen min tar utgangspunkt i klinisk applikasjonsforskning, og gjør bruk av kvalitative data som er fremkommet ved bruk av fokusgruppeintervju. Klinisk applikasjonsforskning bygger både på fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. I applikasjonsforskningen inngår omsorgsvitenskapens teorikjerne, ontologi, grunnantakelser og ethos i ulike kliniske kontekster og sammenhenger, samt forståelse, tolkning og anvendelse. Det er en forskningstilnærming hvor man gjennom tolkning og forståelse strever etter å utvikle så vel omsorgsvitenskapelig teori med hensikt om at klinisk omsorgsvitenskapelig kontekstuell kunnskap tilegnes pasienten. Det skjer en stadig pendling mellom vitenskap og praksis, mellom empiri og teori for å gjøre den virkelige virkeligheten synlig (Lindholm, 2003).

3.1.1 Forståelse, tolkning og applikasjon

Applikasjon er grunnleggende i hermeneutisk tenkning hvor forståelse alltid gir applikasjon. Hermeneutisk forståelse er en enhet av forståelse, tolkning og applikasjon. I følge Gadamer (2003) handler forståelse om en ontologi om menneskenes tilstedeværelse i verden og ikke om en viss type kunnskap. Han mener forståelsen krever en vektlegging av både sammenheng og kontekst. I hermeneutisk mening handler forståelse om en felles ny forståelse. Applikasjonen refererer til det universelle i forhold til det partikulære. I denne spenningen mellom det universelle og det partikulære skapes etisk kunnskap. Applikasjon betyr ikke å tilpasse et gitt universalium på det spesifikke. Hver situasjon er unik. Ricoeur anvender applikasjon som essensen i forståelse. Det som er fremmed gjøres til noe eget – et nytt sett å ta til seg verden og orientere seg i verden (Lindholm, 2003).

3.1.2 Det ontologiske rommet

Tolkning og forståelse og applikasjon skjer i det ontologiske rom som vi alle deler.

Eriksson og Lindstrøm mener at for å oppnå forståelse må det en kjenne igjen det felles ontologiske rommet som mennesket deler med andre. Den ontologiske applikasjonen er en horisontsammensmelting der den menneskelige eksistens alltid er for oss (Lindholm, 2003).

Horisontsammensmelting kan sammenlignes med det hermeneutiske omsorgsmøte (Rehnsfeldt), eller omsorgsmellomrommet (Dahlberg). Tolkning betyr alltid en endring av forståelse i en hermeneutisk spiral. Mellom helhet og del, eller mellom spørsmål og svar til en ny forståelse, som kan gi ny viten. For at denne forståelsen skal bestå som kunnskap kreves applikasjon. Applikasjon er relatert til retorikk gjennom en ny unik språkbruk (Lindholm, Nieminen m.fl., 2006).

3.1.3 Design for applikasjonsforskning

Et klinisk rom må skapes hvor det fremmede kan bli synlig og bekreftet. I dette rom deltar både vitenskapelige forskere og kliniske medforskere. Den vitenskapelige forskeren skal romme det ontologiske fundamentet. De kliniske medforskerne åpner induktivt opp for kliniske spørsmål mens den vitenskapelige forskeren deduktivt uttrykker disse spørsmål ut fra tidligere teori og forskning (Lindholm, Nieminen m.fl., 2006).

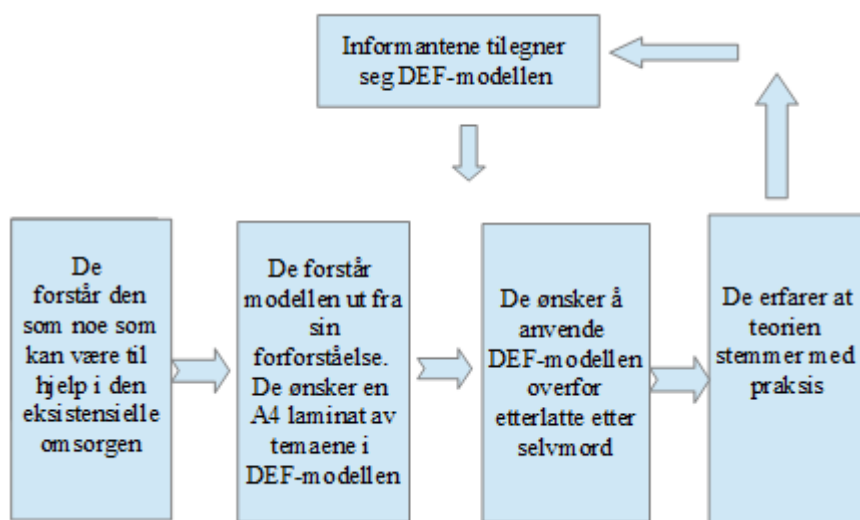
Her er engasjementet og forskningsprosessen sammen med kollegaene viktige for resultatet. Tilegnelsen dvs. gjøre til sitt eget, forståelsen, tolkningen og videre til applikasjon. Det kreves en hermeneutisk refleksjon for å kunne blottlegge en forforståelse om det lidende menneske som forteller fra de ulike horisonter. I følge Gadamer er dette en stadig pågående prosess. Denne hermeneutiske bevegelsen er en reflekterende bevegelse, som kan medføre nye horisonter og gjøre det usynlige synlig. Forståelseshorisont og horisontsammensmelting er viktige begreper innen applikasjonsforskning som fører frem til en ny og dypere livsforståelse (Lindholm, Nieminen m.fl., 2006).

3.1.4 Praktisk gjennomføring av applikasjonsforskning

Fokusgruppen mener de bruker elementene i DEF-modellen alt etter hvor den etterlatte er i sorgprosessen. De mener DEF-modellen er nyttig, og gir en svært god bekreftelse på at de er på rett vei. Modellen er ikke et entydig konsept fordi en vil forstå den på ulike måter, og den vil utvikles individuelt i den enkelte hjelper. DEF-modellen er et svært viktig bidrag til at de etterlatte skal komme seg videre i sorgen, og hver-dags-livet skal fungere som det har gjort før, men med andre dimensjoner med seg. Livet blir ikke det samme om to år, som før hendelsen. Det blir det aldri. Men de må komme seg videre. De etterlatte sier at de har fått andre dimensjoner med seg. Men det viktige er at de kommer i jobb igjen, er sosiale og at livet fungerer igjen. Det er ikke to etterlatte eller to familier som sørger likt. Fokuset vil variere og være unikt i hver krise.

Informantene mener at DEF-modellen er praktisk nyttig og må brukes med skjønn i forhold til hvor de etterlatte er i sorgen. De ønsket en oversikt over DEF-modellen for å ha den med som en huskeliste i samtalen med etterlatte. Informantene synes det er godt å være i samklang med tenkningen i DEF-modellen. Sånn tenker vi, det har vi erfart, og det har ført frem. Det gir en trygghet, som påvirker en i møte med de etterlatte. Hele gruppen gir uttrykk for at modellen gir en god bekreftelse på måten de tenker og jobber på er nyttig.

Erfaringer fra fokusgruppen er at de kjenner seg igjen i tenkningen til DEF-modellen. DEF-modellen setter erfaringene deres i system - med andre ord gir den en samklang. Erfaringene viser at vi kan bruke DEF-modellen og teorien i vår tenkning. Det går begge veier. Erfaringen stemmer med teorien og omvendt. Her smelter teori og praksis sammen. Modellen er praktisk nyttig og er lett å integrere i oppfølging av etterlatte etter selvmord. Informantene beskriver at de nå endelig har fått en modell som er direkte praktisk nyttig i utøvelse av eksistensiell omsorg til etterlatte.



Figur 1 – min applikasjonsforskning

Tilbakemeldingen fra fokusgruppen var hele tiden at det var spennende å ha fokus på eksistensiell omsorg. Det er et tema det blir lite tid til å reflektere over i en travel hverdag, så de følte seg privilegerte som fikk lov å bruke tid på tema. De hadde delt erfaringer og blitt bedre kjent med hverandre. Mente også at det var en kvalitetssikring av tjenesten at tema fikk fokus. Ikke minst trakk de frem hvor godt det var å få teoretisk støtte gjennom DEF-modellen for egne erfaringer og tanker. Det var samklang mellom teori og praksis. Her foregår det en pendelbevegelse mellom teori og emperi.

3.2 Mellom teori og empiri

I følge Malterud (2013) er vår viktigste kilde til kunnskap den levende virkeligheten, som tilbyr observasjoner, tolkninger og innsikt fra forskjellige vinkler. Materialet forankrer dokumentasjonen i realiteter som vi gjenkjenner og utfordrer. Empiriske data er imidlertid ikke fakta, i betydning av at det representerer den sanne versjonen av virkeligheten.

Hypotesene våre er indre bilder av hva vi forventer å finne ut av materialet vårt. Under innsamling, bearbeiding, og analyse av empiriske data vil hypotesene vi har med oss, bidra til å bestemme hvor vi retter blikker og hva vi får øye på. Hypotesene ligger forut for prosjektet, som premiss for de spørsmålene vi stiller. En teori er en mer eller mindre velorganisert forestilling om hvordan ting henger sammen. En teoretisk modell

formidles ofte som en figur eller i form av punkter (Malterud, 2013).

3.3 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter med de fenomener som skal studeres. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologien), og fortolkninger (hermeneutikken) (Malterud, 2011).

Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologien et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver, og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinchmann, 2009).

3.4 Induktiv og deduktiv metode

I en deduktiv tilnærming går slutningsrekken fra det generelle til det spesielle. Vi bruker kunnskap fra et allment nivå til å si noe om det enkeltstående tilfellet. En deduktiv tilnærming er teoristyrte. Vi tar utgangspunkt i foreliggende teorier, og går ovenfra og ned i materialet for å finne svar. Vi bruker begreper og kategorier som allerede finnes, for å plassere aktuelle fenomener der vi på forhånd er enige om at de hører hjemme. En deduktiv tilnærming brukes ved prosjekter der kvalitative data skal lede til nye beskrivelser gjennom teoristyrte analyse (Malterud, 2013).

I en induktiv tilnærming går slutningsrekken den motsatte veien, fra det spesielle til det generelle. Vi bruker kunnskap fra enkeltstående tilfeller til å si noe om et allment nivå. En induktiv tilnærming er datastyrt og går fra de empiriske data, nedenfra og opp for å finne svar. Det er materialet som leverer nye begreper og kategorier som kan brukes til å klassifisere fenomener som ikke har vært presist beskrevet eller begrenset. En induktiv tilnærming brukes ved prosjekter der kvalitative data skal lede til nye begreper gjennom datastyrt analyse (Malterud, 2013).

Det blir kunstig å legge et enten/eller-skille mellom den deduktive og den induktive tilnærmingen. De fleste kvalitative studier har en induktiv ambisjon. Vi kan forestille oss en akse der de to posisjonene som er beskrevet overfor – deduktive og induktive strategier – utgjør ytterpunktene. Enhver forskningsprosess representerer en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming. Spørsmålet er snarere hvor målsettingen og tyngdepunktet ligger, enn om det er det ene eller det andre (Malterud 2013).

Min forskning benytter både den induktive og den deduktive modellen. Utgangspunktet for en induktiv modell for teoridannelse er å systematisere erfaringer. Det er en måte å tenke på som vi alle benytter i dagliglivet. Data i prosjektet vil representere induktiv metode fordi de er basert på gjentatte erfaringer. Nedenfra og opp. Deduksjon i min forskning vil være å se på hvordan DEF-modellen påvirker de etterlattes situasjon. Altså ovenfra og ned – fra teori til praksis.

3.5 Datainnsamlingsmetode

3.5.1 Fokusgruppe

Kvalitative data kan innhentes fra gruppesamtaler. En bestemt måte å gjøre dette på er fokusgruppeintervju, som er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data. Denne metoden krever mindre ressursinnsats enn om hver deltaker skulle vært intervjuet individuelt. På den annen side gir gruppesamtaler en annen type kunnskap enn individuelle samtaler, fordi konteksten er forskjellig. Det er problemstillingen som skal bestemme hva som er den mest relevante vei til kunnskap om emnet. Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet når en vil lære om erfaringer og holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Fokusgrupper har vært utviklet innenfor markedsføring, men brukes i dag for mange ulike formål, spesielt når det gjelder evaluering av erfaringer eller forståelse av tiltak og organisasjoner (Malterud, 2013).

Fokusgrupper består vanligvis av fem-åtte informanter som snakker sammen en time

eller to under ledelse av en moderator. Samtalen lagres på lydopptak. I tillegg kan det være nyttig å ha med en sekretær som noterer hovedmomenter og forhold som ikke kommer fram på lydfilen. Sekretæren skal ikke delta i samtalen. Hver gruppe settes sammen så homogen som mulig fordi vi ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag, forebygge spenninger og unngå konkurranse. Gruppens størrelse og antall grupper vurderes etter hvor rikt og variert materiale en ønsker (Malterud, 2013).

I fokusgruppen skal moderatoren sørge for at deltakerne kommer til orde, følge med angående gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutvekslingen, og bidra til at samtalen får en mest mulig konkret forankring til det tema som skal belyses. Notater og lydopptak fra fokusgruppesamtaler er kvalitativt datamateriale som skal bearbeides, transkriberes og analyseres før resultatet kan kalles vitenskapelig kunnskap. Systematisk gjennomgang av materialet vil ofte lede til andre konklusjoner enn det man syntes man så ved samtals slutt (Malterud, 2013).

3.5.2 Utvalg av deltakere til fokusgruppen

De psykiatriske sykepleierne i kommunens fagteam for psykisk helse og kriseteam er de i kommunen som har mest erfaring med oppfølging av etterlatte etter selvmord. Veilederen om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord (Helsedirektoratet, 2011) anbefaler at kommunens psykiske helsetjeneste vurderer behov for tjenester fra kommunen i samarbeid med fastlegen. På bakgrunn av dette, var det naturlig å ta utgangspunkt i de nasjonale føringene som Helsedirektoratet har gitt i denne veilederen og den praksis som foreligger pr. dags dato.

Fokusgruppen består av 5 erfarne psykiatriske sykepleiere. De utgjør fagteamet i psykisk helse i kommunen, og er en del av det psykososiale kriseteamet til kommunen. De har lang erfaring i arbeid med etterlatte etter selvmord. Alle har minimum 10 års praksis innen fagfeltet, VIVAT-kurs (selvmords-forebyggende kurs), grunnkurs i kognitiv terapi og kriseteamskolen. I tillegg har flere av deltakerne andre videreutdanninger. Gruppen møttes 4 ganger, annen hver uke a 1,5 timer hver gang.

3.5.3 Praktisk gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppe passer godt til min forskning fordi medlemmene har mye erfaring innenfor tema. Medlemmene i fokusgruppen blir medforskere, og får innvirkning på hele forskningsprosessen. Selve fokusgruppeintervjuene blir av praktiske grunner gjennomført i et samtalerom i avdelingen.

Jeg har her valgt å gi et kort resyme av hvordan intervjuene forløp og tema som vokste fram for å belyse bakgrunnen for valg av tema i analysen.

Første fokusgruppe, 18.08.14

Fokusgruppen startet med en kort presentasjon av prosjektet, og en kort introduksjon av DEF-modellen. Deltakerne fikk en skriftlig oversikt over prosjektet og DEF-modellen. Gruppen hadde videre en løs struktur hvor begrepene eksistensiell omsorg og eksistens ble utforsket. Tidlig i diskusjonen kom det opp viktigheten av å se helheten.

Eksistensiell omsorg rommer alt både praktisk, åndelig, sosialt, fysisk og følelsesmessig. Samtidig er det viktig å være her og nå, og å være et medmenneske. Normalisere reaksjoner og følelser, og utfordringer med det å være tålere. Det ble en del diskusjon om det gikk an å kombinere det å være profesjonell og medmenneske.

Andre fokusgruppe, 01.09.14

Startet med en oppsummering av den første fokusgruppen, hvor jeg valgte en løs struktur for å høre hvilke tanker gruppemedlemmene hadde om eksistensiell omsorg. DEF-modellen har 7 grunnantakelser. Alt som kom frem i første fokusgruppe kunne settes inn i modellen. Det var gode diskusjoner om eksistens. Det handler om å leve, om tilværelsen. Medmenneskelighet og kjærlighet (caritas) er grunnleggende elementer i eksistensiell omsorg. Andre tema var viktigheten av å være medmenneske mer enn ekspert. I tillegg var det mange refleksjoner om det å være tålere i krisene.

I den andre fokusgruppen valgte jeg en fastere struktur, etter ønske fra fokusgruppen hvor jeg presenterte en og en grunnantakelse fra Arman og Rehnsfeldt (2012) sin bok om de eksistensielle grunnantakelsene, kap.7, s 70-73. Hver grunnantakelse ble koblet sammen med tema fra den første gruppen. Deretter ble ordet fritt til refleksjoner og innspill fra gruppen.

Tredje fokusgruppe, 15.09.14

Oppsummerte fra andre gruppe hvor vi snakket om grunnantakelsene, og knyttet innspill fra første fokusgruppe opp mot grunnantakelsene. Koblet det til DEF-modellen. Mye av det de hadde sagt kommer inn under de sju grunnantakelsene. Pluss at det ble flere innspill under hver grunnantakelse. I den tredje fokusgruppen valgte jeg å presentere de 5 grunnvilkårene, helsens paradokser, universelle behov, livsforståelse og hver-dags-livet. Presenterte et og et grunnvilkår, og deretter var ordet fritt i gruppen til refleksjon og innspill. Jeg ønsket innspill på hvilken betydning disse vilkårene har i den eksistensielle omsorgen for de etterlatte, og om de kan være nyttige i den eksistensielle omsorgen. Helsens paradokser ble presentert og diskutert, og til slutt hadde gruppen fokus på hver-dags-livet. Hva gruppen legger i hverdagslivet og hvilken betydning det har for den etterlatte. Gruppen mente at hverdagslivet kan brukes som en rød tråd gjennom DEF-modellen. Gruppen kjente igjen DEF-modellen gjennom egne erfaringer, og bad om å få en oversikt på innholdet i modellen som en huskeliste når de var ute i oppdrag. Erfaringene deres passet godt i modellen. De mente modellen var en god bekreftelse på måten de tenker og jobber på, og de ønsket å implementere modellen i teamet.

Fjerde fokusgruppe, 29-09.14

I henhold til ønske i tredje fokusgruppe, fikk deltakeren en oppsummering av DEF-modellen på en A-fire side, lagt i folie (Vedlegg 5). Oppsummeringen fra forrige fokusgruppe, er innholdet på plansjen. DEF-modellen er opptatt av at sorgen til etterlatte skal sees på som normal og ikke patologisk. Vi ønsker å hjelpe de etterlatte tilbake til en normaltilstand, til et normalt hver-dags-liv. Hvordan gjør dere det?

3.6 Analyse og fortolkning

I følge Malterud (2013, s. 91) skal analyse bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og

kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Vi skal avklare betydningen av forforståelsen og den teoretiske referanserammen i forhold til våre empiriske funn, og drøfte resultatene opp mot eksisterende teori. Forskeren skal også ta stilling til betydningen av sin egen rolle og posisjon gjennom forskningsprosessen. Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, og forstå våre konklusjoner. Analysen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles.

Det ble gjennomført flerstegs fokusgruppe som genererte store mengder rådata. Selv om referatene fra intervjuene ble drøftet med gruppedeltakerne, ble det bare innledningen til å forstå hva som kom fram i intervjuene. Det har vært en prosess å få kondensert det egentlige meningsinnholdet i det som har kommet fram.

3.6.1 Fenomenologisk hermeneutisk analyse

Lindseth og Norberg (2004, s.147) viser til at i Husserls fenomenologi er skiftet fra naturlig til fenomenologisk holdning beskrevet på en teknisk og komplisert måte. I den fenomenologiske hermeneutiske tradisjonen er dette skiftet ikke så vanskelig å forstå. Å skifte til en fenomenologisk holdning betyr å sette verden i parentes. Den enkleste måten å gjøre det på, er å fortelle fra levd erfaring. Lytterens oppgave er ikke å vurdere om det som blir sagt er rett eller galt, men å delta i fortellingen som kommer frem. Når historien fortelles, tar både fortelleren og den som lytter del i fortellingens mening. Det som blir satt i parentes er altså ikke vår egen forforståelse, men vår bedømming av hva som er det faktiske, hva som er gitt. Dermed kan vi åpne opp for vår egen mening som er innebygd i denne erfaringen (Lindseth og Norberg, 2004, s. 148).

Lindseth og Norberg reiser spørsmål om hvorfor det er viktig å utvikle en fenomenologisk hermeneutisk metode – og gir selv svaret (Lindseth og Norberg, s. 148) som de deler inn i to :

1. For å forstå og - om nødvendig - forbedre vår egen praksis må vi starte med våre levde erfaringer. Vi må uttrykke denne erfaringen for å bli klar over hva den betyr, og denne bevisstgjøringen kan ofte i seg selv føre til forbedringer.
2. Meningen vi må reflektere over er en mening vi tar del i. Som ansatte i

helsevesenet er vi deltakere i handlinger som tilsammen utgjør det vi mener med helsevesenet. Uten at vi kan reflektere over levde erfaringer er det vanskelig å bli oppmerksom på uheldige praksiser.

I følge Lindseth og Norberg (2004, s. 148) produserer vi en selvstendig tekst, en tekst som uttrykker sin egen mening, når vi skriver om levd erfaring. En intervjutekst (et transkribert intervju) er en tekst som blir skapt i samhandling mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Et intervju skjer i en sammenheng hvor begge parter deler en forståelse av intervjusituasjonen. Dersom uklarheter skulle oppstå, kan intervjuer be intervjuobjektet om å utdype eller forklare hva hun mener. I denne situasjonen er det samtalen og meningen når hverandre. En tekst som er transkribert fra et opptak ligger nærmere tale enn skrift – spesielt hvis det er intervjueren selv som tolker intervjuet. Intervjuobjektet er hovedforfatter av teksten – og intervjueren er medforfatter.

Lindseth og Norberg henviser til Ricoeur sin tolkningsteori som understreker at vi har en forforståelse av livet som får sitt uttrykk gjennom historier (2004, s. 149). Vi organiserer erfaringene våre slik at de besvarer spørsmål som «hva», «hvorfor», «hvem», «hvordan», «med hvem», «mot hvem» og «for hvem». En fortelling er en dialektikk mellom fortid nåtid og fremtid. Å gjenfortelle en begivenhet betyr å bringe fortiden inn i nåtiden for å forme fremtiden.

Å tolke en tekst betyr å gå inn i en hermeneutisk sirkel – en prosess der man forstår helheten i lys av delene, og delene i lys av helheten. Igjen henvises til Ricoeur (Lindseth og Norberg s. 149) og hans fenomenologiske hermeneutiske fortolkningsteori som inspirasjon. Lindseth og Norberg (2004, s.149-151) beskriver så tre metodiske trinn for å få frem meningsinnholdet i fortellingene. Fordelen med denne metoden er at den skaper en dialektisk bevegelse mellom forståelse og forklaring. De tre trinnene er:

1. Naiv lesing
2. Strukturell analyse
3. Omfattende forståelse (tolket helhet)

Naiv lesning vi si at hele teksten blir lest flere ganger for å gripe meningen som en helhet. I dette stadiet undersøkte jeg materialet ut fra flere forskjellige innfallsvinkler. Gjennom denne lesningen vokste det gradvis frem en forståelse av intervjuene som en helhet, men jeg var fortsatt et stykke unna å få en god struktur på hva materialet kunne fortelle.

Deretter gikk jeg over til den strukturelle analysen. Lindseth og Norberg (2004, s. 149) beskriver en tematisk strukturell analyse. Et tema er en tråd som går gjennom teksten, enten hele eller deler av den. For å få overblikk over stoffet, ble utskriftene sortert og tematisert. Første trinn i prosessen var konsolidering – dvs. å uttrykke hovedinnholdet i de meningsbærende enhetene. Jeg måtte gjennom teksten mange ganger for å finne de meningsdannende enhetene. Etter hvert som dette arbeidet gikk fremover, steg det frem nye kategorier og sammenhenger, og teksten ble gruppert og omgruppert flere ganger, før endelig versjon. I dette arbeidet vokste det fram undertema i teksten. Til slutt vokste det fram et system hvor undertema kunne samles til hovedtema. Målet var å forstå materialet som et svar til problemstillingen, og på samme tid forklare og ta de samlede data i betraktning.

Hovedtema: Hvordan kan vi ved hjelp av eksistensiell omsorg bidra/hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet.

Meningsbærende enheter: Tema i DEF-modellen dvs. grunnantakelser, grunnvilkår, helsens paradokser og livsforståelse.

Den røde tråden i prosjektet er etikken.

Å presentere resultatene gjøres i et hverdagslig språk så nært opp til den levde erfaringen som mulig. Hverdagslig språk stiger fram fra levd erfaring. Når vi prøver å uttrykke meningen med levde erfaringer prøver vi derfor i størst mulig grad å bruke hverdagslig språk, heller enn et abstrakt vitenskapelig språk (Lindseth og Norberg, s. 151).

Det er alltid en viss risiko for at det kan oppstå misforståelser fordi de som blir

intervjuet kan bare forstå sin levde erfaring ut fra sin egen forforståelse, og intervjueren kan bare forstå fortellingen ut fra sin egen forforståelse. Utfordringen for intervjueren blir da å kunne stille de gode spørsmålene underveis, og be om oppklaring - «Hva mener du?» (Lindseth og Norberg, s. 152).

I følge Ricoeur har en tekst aldri bare en mening – dvs. at det er ikke bare en tolkning som er mulig. Det er likevel ikke slik at enhver tolkning er mulig. Den skal være rimelig for den som tolker eller for fellesskapet av de som tolker (Lindseth og Norberg, s. 152). I dette tilfelle ble sammendrag av intervjuene referert for fokusgruppen som innledning til hver intervju. Unntatt det siste intervjuet som bare er sammenfattet av meg. De som har bidratt har derfor hatt mulighet til å gi innspill på om tolkningen er innenfor det som anses som rimelig.

3.7 Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene ligger i DEF-modellen. Denne oppgaven er strukturert etter tema i DEF-modellen. Temaene er : Grunnantakelsene, grunnvilkårene og helsens paradokser. I tillegg kommer hver-dags-livet og viktige samtaletema i utøvelsen av eksistensiell omsorg (Vedlegg 4).

3.8 Forskningsetikk

Det bærende element i forskningsetikk er hensynet til forskningssubjektene og deres integritet. Nødvendig godkjenning i forbindelse med prosjektet ble innhentet. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) vurderte prosjektet til å ikke være konsesjonspliktig (Vedlegg 1). Ledelsen godkjente og anbefalte prosjektet (Vedlegg 2). Deltakerne i prosjektet har fått både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet (Vedlegg 3). De er orientert om anonymitet, og om at det er anledning til å trekke seg underveis i prosjektet. Alle medlemmene i fokusgruppen har gitt skriftlig samtykke.

All datainnsamling vil skje i form av fokusgruppeintervju. Deltakeren i fokusgruppen er presentert med yrkestittel og sammenfallende videreutdanning. Ut over det ser jeg ikke

behov for å identifisere deltakerne på noen som helst måte. Prosjektavdelingen er presentert med navn, men ikke med kommune tilhørighet.

Data blir registrert i form av opptak på digitalt utstyr og transkribert av meg. Data blir oppbevart på egen pc som er passordbeskyttet. Data er ikke oppbevart på minnepinne. Utskrifter blir oppbevart i låsbar skuff på min arbeidsplass.

All transkribering er utført av meg, og bare jeg har lyttet til opptakene og lest den originale transkriberte teksten.

Malterud (2003) understreker at det er en etisk forpliktelse å føre kunnskap tilbake til de som har vært (forskningsobjekter). Jeg har derfor vært i dialog med prosjektavdelingen, og har avtalt å presentere resultatene på personalmøte i september.

3.9 Forforståelse

Innenfor kvalitative metoder, står begrepet «forforståelse» sentralt. Forforståelse er en «ryggsekk» som vi tar med oss inn i forskningsprosessen. Ryggsekken påvirker måten vi samler data på og måten vi leser data på. Ryggsekken kan gi oss styrke, men den kan også hindre oss i å se det som kommer fram gjennom de undersøkelsene vi gjør. For de fleste vil forforståelsen være en viktig del av motivasjonen for å sette i gang med forskning, en viktig del av det å velge tema for forskningen (Malterud, 2013).

Vi tolker ut fra vår forforståelse, og det er ikke mulig å fri seg fra sin forforståelse (Lindseth og Norberg, 2004). Vi kan bevisstgjøre deler av den, og gjennom kritisk refleksjon kan vi gjøre vårt perspektiv bredere og dypere. Diskurser med andre og med tekster kan hjelpe oss å bli oppmerksomme på sider ved vår egen forforståelse. Dersom teksten fremstår som «død» for oss, kan det bety at vår forforståelse er for svak, at vi ikke klarer å gripe essensen i det vi har funnet. Det kan være nødvendig å utvide forforståelsen gjennom litteratur eller gjennom å diskutere med andre som har kunnskap på fagfeltet (Lindseth og Norberg, 2004).

3.9.1 Min forforståelse

Min erfaring er at det er viktig å komme tidlig i kontakt med etterlatte etter selvmord, for å støtte og hjelpe dem til å mestre sorgen. Gjennom oppfølging av etterlatte, har jeg erfart at de som klarer å gjenoppta hver-dags-livet, mestrer sorgen på en bedre måte enn de som ikke klarer det. Utøvelse av eksistensiell omsorg, hvor etikken spiller en stor rolle, kan være en nyttig tilnærming.

Forventet resultat på bakgrunn av mine refleksjoner, er at det vil være store individuelle variasjoner i når etterlatte etter selvmord er klar for å gjenoppta hver-dags-livet. Ikke bare når, men også hvilke deler av hver-dags-livet de klarer å gjenoppta. Jeg har erfart at de som klarer å gjenoppta hver-dags-livet klarer å mestre sorgen og komme seg videre i livet. Ved å utøve eksistensiell omsorg, vil det kunne bidra til at etterlatte klarer å gjenoppta hver-dags-livet, og mestre sorgen. Jeg tror at DEF-modellen kan være et praktisk nyttig verktøy i dette arbeidet.

3.10 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I følge Malterud (2013) er forskning praksis der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. Resultatene skal kunne vurderes av andre på grunnlag av observasjoner eller resonnementer. Vitenskapelig kunnskap er på en eller annen måte etterprøvable. Medisin og helsefag skal være forskningsbasert virksomhet. Vitenskapelig kunnskap er en nødvendig betingelse for teori og praksis. Leserene skal kunne stole på at det dreier seg om kunnskap som er innhentet og systematisert i samsvar med grunnleggende krav som vår vitenskapelige kultur kjenner og anerkjenner. Det er dette som skiller vitenskapelig kunnskap fra fri fantasi eller tilfeldige meninger. Når kunnskap deles, kan også andre bidra med kritisk refleksjon, gjerne fra andre vinkler enn forskeren selv valgte. Spørsmålene er ofte vel så viktige som svarene.

I følge Malterud (2013) er kravet til forskeren at en skal gi leseren innsikt i de forutsetningene som har betydning for problemstillingen og tolkningen av materialet. Jeg har tidligere gjort rede for min forforståelse, teoretiske grunnlag og for metoden.

3.10.1 Gyldighet (validitet)

I følge Malterud (2013) er å validere å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. All kunnskapsutvikling handler om å finne fram til mer eller mindre relevante versjoner av den virkeligheten som vi ønsker å vite mer om. I all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen. Gyldighet handler med andre ord om hva forskeren egentlig har funnet ut. Var det dette jeg faktisk lurte på? Har jeg fått den innsikten jeg trenger av deltakerne? Etter min vurdering har jeg fått noen svar på hva som hjelper etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dag-livet.

3.10.2 Pålitelighet (reliabilitet)

I følge Malterud (2013) handler begrepet pålitelighet om hvor pålitelige resultatene er. Pålitelighet kan sannsynliggjøres gjennom å gjøre rede for hvordan man er kommet fram til sine tolkninger, hvilke data man har og hvordan data kan forstås i lys av de begrepene og teoriene man bruker. Egen selvkritikk er den viktigste vurderingen. I tillegg må leserne kunne følge forskningsprosessen. Resultatene skal være framstilt på en så beskrivende måte at leseren skal kunne gjøre seg opp en mening om at det man faktisk er kommet fram til er pålitelig.

Gjennom prosjektet har jeg prøvd å tydeliggjøre min egen forforståelse, samt etiske vurderinger og metodiske vurderinger som er gjort. Innspill fra informantene er presentert i mest mulig intakt form for at leserne skal kunne se hva som er grunnlag for mine tolkninger. Jeg har også tatt hensyn til innspill fra veilederen når det gjelder tolkning av materialet. Totalt sett mener jeg dette skal gi grunnlag for å vurdere resultatene som pålitelige.

3.10.3 Overførbarhet (generalisering)

I følge Malterud (2013) er generaliserbarhet et begrep som kan invitere til urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet. Bare unntaksvis kan forskning levere allmenngyldige resultater. Overførbarheten har alltid sine begrensninger, og utvalgsstrategien er en viktig betingelse som er med på å bestemme hvor grensene går.

Derfor kan det være mer hensiktsmessig å bruke begrepet overførbarhet.

Overførbarhet er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre. Forskeren skal arbeide for å gi kunnskapen overførbarhet og vurdere rekkevidden av overførbarheten.

Informantene kjenner igjen teorien fra egne erfaringer, og mener den er direkte overførbar til arbeidet med å hjelpe etterlatte tilbake til hver-dags-livet. Temaene i DEF-modellen er en viktig huskeliste i samtale med de etterlatte. Den bør være integrert i den enkelte hjelper, slik at de kan ta frem de temaene som passer i den enkelte situasjon, alt etter behov hos den etterlatte.

Fokuset i dette prosjektet har vært etterlatte etter selvmord, men jeg har en formening om at resultatene også kan være gyldige for personer med andre typer sorg. Prosjektet har også relevans for andre yrkesgrupper og for andre livskriser. Jeg vil komme nærmere tilbake til dette i drøftingen.

4 RESULTATER

Materialet er presentert slik som de ulike temaene har vokst fram i arbeid med teksten. Ikke alt i materialet faller inn under temaene, og dette materialet er utelatt i presentasjonen - men er brukt som underlag for å vurdere om presentasjonen er rimelig (Lindseth og Norberg, 2004 s. 149).

Min naive forståelse bygget på at det finnes en generell eksistensiell omsorg, og at DEF-modellen er spesiell. Men etterhvert i analysen vokste temaene i DEF-modellen frem. Det medførte jeg valgte å strukturere resultatene etter temaene i DEF-modellen.

For i størst mulig grad å sikre at jeg ikke presser materialet i kategorier som passer min forforståelse, startet jeg med en åpen og ustrukturert fokusgruppe. Men i slutten av første fokusgruppe ønsket gruppen at de neste fokusgruppene skulle være strukturert etter DEF-modellen. Min hypotese er at, DEF-modellen presenterte helheten av det som kom frem i analysen.

Erfaringene i fokusgruppen passer inn i DEF-modellen som utgjør helheten og ses i lys av omsorgsvitenskapen, og er det overordnede perspektivet. DEF-modellen utgår fra de 7 grunnantakelsene, de 5 grunnvilkårene, og helsens paradokser, og det er derfor naturlig å presentere disse som meningsdannende enheter i analysen. I tillegg kommer begrepet hver-dags-livet som er fenomenet i prosjektet, og samtaletemaene som er viktige i den konkrete utøvelsen av den eksistensielle omsorgen.

I arbeid med teksten har det vært utfordrende å sortere ut hva som er hovedtema og hva som er undertema fordi alt henger sammen med alt. I tillegg kan flere undertema sortere under flere hovedtema.

Forskningsspørsmålene ligger i DEF-modellen. Presentasjonen av analysen er strukturert etter modellen.

4.1 Begrepet eksistensiell omsorg

Fokusgruppen mener at eksistensiell omsorg er å ta vare på hele mennesket, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Å eksistere er å leve, og eksistensiell omsorg er hjelp til å leve, her og nå og videre. I eksistensiell omsorg må en våge å være til stede i alle utfordringer som kommer. Du må bruke hele deg. Det er en krevende oppgave.

En informant sier:

Det å være og leve, er eksistensiell omsorg for meg.

En annen informant sier:

Eksistensiell omsorg er det er å være i livet sammen med den andre. Tenker da på alle livsområder. Både fysisk, psykisk, åndelig og sosialt.

En tredje informant sier:

Eksistensiell omsorg innebærer også praktisk omsorg. Rett å slett å være medmenneske uten forbehold. Møte den andre der den andre er, som medmenneske, uten forbehold.

4.2 Grunnantakelser

4.2.1 Grunnantakelse 1: Det eksistensielle såret er noe naturlig.

Informantene mener at alle reaksjoner er naturlige, og ikke må sees på som patologiske. For mange kan det være vanskelig å beskrive hvordan de har det i sorgen. En metafor som ofte ble brukt er at de har et sår. Alle vet at når de har et sår, så blør det først og etterhvert får det skorpe på seg. Noen ganger kan såret bli så stort og blø så mye at det er ut av kontroll, da må andre stoppe blødningen og pakke rundt såret. Noen ganger blir skorpen revet av. Dette er en måte å forstå seg selv i sorgen. For det kan bli så store sår at noen føler de blir «sprø og galne». Så det å normalisere at det er et kjempesår er viktig.

Utsagn fra informantene:

Når et sår blør, er det ute av kontroll, så om vi overfører det til reaksjoner, som

blødende sår er ut av kontroll, så blir det er godt bilde på den første perioden i sorgen, såret vil jo stoppe å blø.

Det er viktig å snakke om at såret leger seg sent. Det kan ta tid, og at det kan blir revet opp igjen. Det ser jeg at folk blir overrasket og lei seg over. Er jeg på bunn igjen, når det blør igjen, men jeg ser at det hjelper å trygge og normalisere. Det er viktig å informere om at en svinger i sorgen.

Det er viktig å akseptere at alle måter å sørge på er greit. Men er du alt for opptatt av enkelte ting er det viktig å veilede i at dersom en er opptatt å finne en løsning, en årsak, kan en bli så opptatt av det at en glemmer det indre livet. Det kan hindre heling.

Det er personavhengig hvordan en sørger, folk bruker ulike mestringsstrategier. Noen flykter inn i jobben, istedenfor å kjenne etter at en har det ille. Eller flykter inn i spørsmål som en aldri får svar på. Tenker på generelt grunnlag. Kanskje skulle noen menn blir flinkere til å snakke, og noen kvinner blir flinkere til å avlede seg selv.

I sorgen reagerer mennesker ulikt. Det ble en diskusjon om forskjell på menn og kvinner, og om det er noen forskjeller. Her var gruppen delt. Noen mente at forskjellig måte å sørge på var mer knyttet til personlighet enn kjønn. Mens noen mente av kvinner var mer i følelser enn menn, og at menn var mer opptatt av å komme i jobb igjen. Mulig menn har mer av sitt sosiale nettverk på jobb. Ulike måter å sørge på kan skape problemer i et forhold i en familie. Så det aller viktigste er å normalisere. Si at det han gjør er like viktig som det hun gjør. Ut fra hvordan en reagerer må hver og en finne sin vei ut av sorgen. Det er viktig at vi informerer om at en sørger ulikt. Samtidig som vi må være flinke til å stille spørsmål om hva de gjør, og reflektere over hverdagen til den enkelte.

4.2.2 Grunnantakelse 2: Medmenneskelighet virker som «lys» i mørket.

Informantene er svært opptatt av medmenneskelighet jfr. Fokusgruppe 1, s.44. Det ble

en del diskusjon om en kan klare å være profesjonell og medmenneske på samme tid. Begge deler er viktig, en må være både profesjonell og medmenneske.

En informant sier, at en sørgende fortalte:

Jeg var til psykolog, som snakket til meg som en venninne. Det var ikke bra. Du styrer samtalen, og det er bedre. De etterlatte kommer til oss fordi vi er profesjonelle, de kommer ikke til en venninne. Vår profesjonalitet må nå gjennom i samtalen.

Forventningene til oss som profesjonelle er at vi skal gi råd og veiledning, og se på hvilke nettverk de sørgende har rundt seg. På den måten kan vi bli et lys i mørke, at vi blir en veiviser. Det må være en struktur i samtalen som viser at vi har kontroll over det vi holder på med.

En informant sier:

Struktur gir en trygghet, en føler seg så hjelpeløs når en er så rammet. Er redd for å miste kontrollen. Så da er det viktig at vi som profesjonelle viser at vi har kontroll og formidler trygghet.

Vi kan ikke ta vekk smerten, men med vår tilstedeværelse og medmenneskelighet kan vi bidra til at smerten blir mer utholdelig. Kan ikke gå veien for deg, men sammen med deg som Bjørn Eidsvåg synger. Med at vi våger å være til stede og holde ut med deres smerter. At vi ikke blir overveldet, samme hvor galt det er, men tåler deres smerte. Her er det viktig å være både er medmenneske og profesjonell.

En informant sier:

Hun har hørt om folk som har møtt profesjonelle hvor det har vært så kaldt at det ikke har vært medmenneskelighet. De sørgende sa at de fikk ingenting ut av det. Det er ille.

En kan velge kroppsholdning, men det må være kongruens mellom språk og holdning. Er det medmenneskelighet i et empatisk lys. Informantene legger ulikt i begrepet

medmenneskelighet. En prøver å vise ekte medfølelse. Det er ikke vanskelig, for du har all respekt for de andre. Det er viktig å være bevisst kroppsholdningen, sånn at du viser at du kommer med ydmykhet i forhold til situasjonen. En har en redsel, men skjuler den. I første møte med de etterlatte er det viktig å presentere seg som fagperson, så slipper de å tenke på det. I tillegg må en være genuint tilstede i det som er. Et stikkord her er awareness.

En informant sier:

Det er en kunst å formidle ro. Jeg tenker at dersom jeg formidler ro tar jeg ned noe av spenningen, det en noe med inn toningen i enhver sammenheng.

Fokusgruppen er opptatt av hvordan vi kan være gode medmennesker, og hvordan vi kan tåle alle historiene og situasjonene. Bildene vi får servert, som de etterlatte har behov for å dele, er ofte groteske, men det skal vi tåle. Hvilke referanser historiene har til våre egne liv? Det virker sterkt inn på hvordan vi kan håndtere situasjonen.

4.2.3 Grunnantakelse 3: Kravløshet er grunn for forløpet.

Gruppen er opptatt av at en skal være kravløs tilstede som profesjonell i forskjell til familiemedlemmene. Familiemedlemmer kan si at nå har det gått så lang tid at nå må det vel gå bedre. En sørger i ulikt tempo. Tiden stopper opp når du er i sorgen.

Kravløsheten er at du klarer å være her og nå, istedenfor å tenke langt fram. Ikke si at det blir nok bedre. Når du er midt i det dypeste såret er det feilslått. Da klarer du ikke å være andre plasser. Da må de få være i sorgen, ta time for time eller en dag om gangen. Klarer ikke å tenke lenger fram. Det er viktig at vi er der og gir aksept, og ikke rutsjer frem og stiller krav.

Hvilke forventninger har den sørgende til seg selv? Det kom frem noen erfaringer i forhold til når etterlatte bør gå tilbake til jobb. Hvor du er i sorgen, og hvilken jobb du har påvirker når du kan gå tilbake på jobb. Klarer en å holde konsentrasjonen og gråten? Den enkelte må si hvor de er i sorgen. Det er viktig at hver og en vurderer når en er klar for å begynne å jobbe igjen. Noen har nettverket på jobben, og har opplevd god støtte i å komme tilbake på jobb. Kanskje må en ha hjelp til å finne ut hva som er best for den

enkelte. En informant forteller om en etterlatt som følte at arbeidsgiver tenkte at der er på tide at du komme deg tilbake på jobb.

Men hva tenker du?

Jeg klarer det ikke!

Nei, vel. Da er det sannheten for deg

Vi må være der den andre er.

De etterlatte har ofte høye forventninger til seg selv. Men det er ikke bare jobb. Det er mange andre aktiviteter, og ting en må ordne opp i når et menneske dør. Tror det er viktig at vi har som tema hvilke forventninger de har til seg selv. Sånn at de kan være litt snillere med seg selv. De erfarer hvem som er det gode nettverk. Hvem stiller krav og hvem er der kravløs. Gruppen mener at kravløshet kan bidra til lindring den første tiden, men det er visse grenser. Det må være en balanse, slik at en etterhvert beveger seg i sorgen.

4.2.4 Grunnantakelse 4: Ytre omsorg gir lindring.

Vi lærte på kriseteamskolen at varm kakao gir lindring. Den ytre omsorgen tenker informantene litt forskjellig om. Vi ville nok reagert forskjellig om noen tok rundt oss. Her er det viktig å bruke «antennene» våre. Ute i felten mener noen at de kunne holdt rundt den sørgende, men på kontoret ble det ikke naturlig.

Utsagn fra informantene:

Jeg gir klem på kontoret, men spør alltid først.

Noen gir meg en klem, men jeg kunne godt vært det foruten. Men det er jo andre måter å vise at en er genuint tilstede.

Kanskje det er nok å bare ta i skulderen eller holde i hendene. Det er omsorg i det også. Det er viktig å være forsiktig med kroppskontakt.

Her har den enkelt informant ulike grenser. Det ble stilt spørsmål om noen ville våget å si nei til en klem. For noen er det naturlig å gi en klem, for andre ikke.

Informantene er enige om at det er viktig å sørge for de praktiske tingene. Mange forteller historier om at naboene kom med middag, noen så til ungene og gjorde andre praktiske ting som betydde mye. Naboen åpnet huset sitt, slik at de tilreisende til begravelsen fikk en plass å sove. I forhold til begravelse også, at det kom mange, og at folk deltar, og viser at de vil støtte. Vi som profesjonelle kan også noen ganger gå i begravelsen om det passer sånn.

En informant sier:

Det er viktig å ta opp begravelse som et tema, snakke om det. Flere sier de vil ha en lukket begravelse, men så ble det en åpen begravelse, og det ble flott, mange var tilstede og støttet. Men i den verste sorgen tenker mange, at dette må vi ha for oss selv, men opplever noe annet når de velger åpen begravelse. Da får de støtte.

Begravelsen er den siste mulighet den sørgende har til å gjøre det du ønsker for å ære den avdøde. Informantene har erfaring med at å ha fokus på begravelsen kan være en god lindring i sorgen.

4.2.5 Grunnantakelse 5: Konkret handling kan skje i fellesskap.

Det har flere ganger kommet frem blant informantene viktigheten av å få det sosiale nettverket på plass for å hjelp og støtte til å organisere livet. Noen trenger praktisk hjelp i forhold til barn, kontakt med barnehage, skole og arbeidsplass. Det er viktig at vi som profesjonelle ikke blir den viktigste brikken her, men passer på at nettverket følger opp. Noen ganger er nettverket lite og skjørt, og har ikke mulighet til å stille opp. Da må vi kompensere for nettverket. Kanskje formidle informasjon og kontakt til arbeidsplass, skole, barnehage etc. Det er også viktig å motivere de etterlatte til å ta i mot hjelp, og tørre å be om hjelp. Noen ganger må vi motivere nettverket til å tørre å hjelpe. Kartlegge nettverket og motivere til å ta i mot hjelp er en oppgave for oss profesjonelle. Det er først og fremst viktigst å få det basale i hver-dags-livet til å fungere. Andre ganger må vi være helt nær den etterlatte, og ivareta de primære behovene. Når det skjer livsavgjørende hendelser, blir hverdagslige aktiviteter ikke selvfølgelig lenger. En

glemmer det mest elementære. Noen ganger må vi minne om at de må spise, sove etc.

En informant sier:

Akkurat når en kjenner sulten, og går i kjøleskapet, så er det ikke mat. En etterlatt fortalte at hun visste ikke hvordan hun skulle handle, så hun måtte ha hjelp av en venninne for å finne ut hva hun skulle handle. En annen sa at hun klarte akkurat å kjøpe noen rundstykker, gikk bare å tutlet mellom reolene.

4.2.6 Grunnantakelse 6: Læring og utvikling skjer i fellesskap.

En må være medmenneske, men samtidig reflektere over de eksistensielle spørsmålene. En blir ristet i, alt blir på hodet når en opplever en livsavgjørende hendelse. Vanligvis går en ikke rundt og tenker på at en skal dø, men i en sånn situasjon gjør en det. Når vi tenker en generasjon tidligere var døden en mer levende erfaring for folk enn nå. Selvmord er et skrekkelig brutalt dødsfall. En velger vekk livet. Det gjør noe med de som sitter igjen. Kanskje er det første gang familien møter døden. Det trigger nok deres egen angst. Døden blir noe skummelt. Den grunnleggende tryggheten i deg blir røsket i. Så det er viktige reaksjoner å snakke om. Trygge dem på at det er normale reaksjoner.

En informant forteller at noen etterlatte sier:

*Når dette kunne skje, kan alt skje.
Det er noe med å tenke på livet, døden og eksistensen som sådan. Det blir voldsomt. Dette å forklare døden, noen må forklare til ungene når en av foreldrene er død. En har rokket ved noe fundamentalt. Plutselig er den ene forelderen borte, kan den andre forelderen også forsvinne?*

Barns reaksjoner er svært forskjellige. Noen kan bli klamrende. Ungdommer kan utagere, og skape nye problemstillinger. Det er en viktig rolle for oss profesjonelle å snakke med barn og ungdommer om sorgen og døden. Vi kan informere om at det ikke er så viktig å få sovet det første døgnet etter hendelsen for å unngå at minnene konsoliderer seg. Det er viktig å snakke om det som har skjedd, og reflektere sammen i forhold til livssyn. Her er det viktig å bidra til refleksjon.

En informant sier:

Alle har en eller annen plattform i livet uten at de snakker om det. De har gjerne hverken tenkt eller snakket om det, men det er viktig å snakke høyt om det med oss. Deres plattform, og vi kan være tilstede med dem i deres tanker. Vi må hjelpe dem til å finne en mening i det meningsløse.

4.2.7 Grunnantakelse 7: Såret åpnes og lukkes i intervaller og er uberørt av tid.

Det er ikke alltid en er bevisst at det skjer. Men det skjer uavhengig av tid, men ikke så intenst.

En informant sier:

Bølgedalene blir ofte ikke så dype etterhvert som tiden går. Det samme med jul, bursdager etc, da går de ofte ned i stemning. Noen sier at plutselig på jobb, kan de begynne å gråte, det er noe som kommer, men det går oppover selv om det skjer.

Men dersom det skjer en ny krise kan den bli mye større enn hva den skulle tilsi p.g.a. at det aktiverer den gamle. Lag på lag. Sorgen påvirker sårbarheten. De blir mer hudløse til å tåle belastninger p.g.a. det de har opplevd. En forskjell her er om en har fått bearbeidet sorgen.

En informant sier:

*Smerten og sorgen er forskjellig.
Den enkelte må subjektivt fortelle om sin sorg og smerte for å komme videre.*

Det er litt ulike innspill i forhold til kjønn. Noen av informantene mener at menn og kvinner sørger i utakt. Tror at kvinner har mer behov for å være i sorgen, og praten enn menn. Noen mener at det er mer personligheten som påvirker hvordan en sørger enn kjønn.

4.3 Grunnvilkårene

4.3.1 Grunnvilkår: Døden - livet

Ved å jobbe i dette fagfeltet gjør vi mer refleksjoner om døden og livet enn andre. Det minner oss om hvor viktig det er å leve når vi lever. Vi blir berørte, og må forholde oss til vår egen død. Det er noe vi ikke har lyst til å tenke på, men vi kan ikke unngå det. Om det er noen som har mistet en ungdom i selvmord, tenke om det blir min ungdom en gang. Det blir kontrastfylt. Jobben gjør at de reflekterer mer over døden og livet enn andre. I denne jobben er det naturlig å snakke om døden fordi vi har møtt så mange som har mistet noen på en brutal måte. For de etterlatte er det kanskje første gang de møter døden. For mange er det svært skremmende å møte døden på den måten. Det er brutalt. Er folk syke får du tid til å forberede deg, men ikke med selvmord. Det er bang, så brått og brutalt. Det er en forferdelig virkelighet.

En informant sier:

Jeg synes at vi ofte snakker naturlig med de etterlatte om døden, at de reflekterer rundt døden, hva de har tenkt, og hvor brutalt det er, og hvor uforutsigbart livet er.

Døden er et endelig punktum i livet. Flere av informantene mener at det er skummelt slik som Märtha Louise går ut med at en skal kunne snakke med de døde. Her er det pengene som styrer. Men for etterlatte som er i sorg og er fortvilet, er der et tomrom, som er i et vakuum, kan det være et strå som de ønsker å gripe fatt i. Er det noe vi skal mene noe om? Det er på tvers av vår tenkning, men vi må ha respekt for det. Når det som kommer opp er et hav av spørsmål, skal en søke inn til den døde om dette, blir det horribelt. Tror vi må kjøre våre løp med de spørsmålene vi pleier å bruke.

Det er viktig å snakke både om døden og livet, fordi livet får en annen dimensjon for de som er etterlatte. Livsforståelsen blir annerledes. Etterhvert klarer de å glede seg over småting i hverdagen. Men det tar tid. Rangering av livsverdiene blir ofte annerledes etter en sånn hendelse. Kanskje de små tingene teller mer enn de store vyene. Noen

synes at andre folk er opptatt av bagateller for livet er så annerledes.

4.3.2 Grunnvilkår: Ensomhet - fellesskap

En viktig dimensjon fordi du kan føle deg ensom selv i fellesskap med andre. Alle må bære sin sorg, og den er ensom. Uansett hvor mange folk det er rundt en kan en føle seg ensom. Fellesskapet er der gjerne i starten, men etterhvert blir du ensom i sorgen. Den enkelte kjenner på sin sorg både i ensomhet og i fellesskap. De sier noe om sårbarheten.

En informant sier:

En etterlatt hadde fått spørsmål om du holder på å sørge ennå.

Det har gått to år.

Noen sier vi forstår hvordan du har det. Det kan vi ikke gjøre, vi kan ikke forstå den andre. I sorggrupper forstod de hverandre på en annen måte. Det gav stor respons i forhold til ensomhet. Det beste var å treffe andre som hadde opplevd det samme. Der forstod de hverandre helt inn til hjerterøttene. Det var godt å møte andre som hadde opplevd det samme. Det gav en gjenklang i deres egen ensomhet.

Kanskje spesielt det å få bekreftet at sitt er normalt, uansett hvordan en hadde det. For en hadde det på ulike måter. Selv om ingen hendelser er like, er en sammen om sorgen. Det var samme traume, selv om det er ulike måter. Det gav gjenklang. Det er bare hult om folk kommer og sier at vi forstår hvordan de har det. For de har ikke opplevd noe i nærheten. De forstår jo ingenting. En kan ikke vite hva andre har opplevd. Andre kan ha opplevd sånn sorg. Men den som sørger har jo fokus på seg selv.

Informantene sier det er flere måter å vise medfølelse på:

Forstår at du har det vondt, uten å si at jeg forstår hvor vondt du har det

Jeg aner at du har det forferdelig, men kan ikke forstå det helt ut.

4.3.3 Grunnvilkår: Mening - meningsløshet

En leter jo alltid etter mening med det som skjer. Mange gjør det, men til å begynne med, er det jo bare det meningsløse som trer frem. Men etterhvert må du få

puslespillbitene på plass. Da må du finne meningsbrikken. Noen finner mening i at den døde er fri for smerte, eller i religion. Skjebne er det få som snakker om, men tror det er viktig å få være i det meningsløse både lenge og vel. Det er mange «hvorfør»-spørsmål som er knyttet til mening og meningsløshet. Spesielt i forhold til etterlatte etter selvmord. På leit etter mening kan en også tenke at det er min skyld. Den ligger langt framme for etterlatte etter selvmord. Her er det viktig at vi som hjelpere tar vekk skylden.

En informant sier:

En mor tok mye skyld på seg for at sønnen døde i selvmord. Da sa jeg at det er jo han som har gjort det, utført det, som har villet det, som må ta ansvaret. Det ble godt for henne. Det er sant, det er sant, gjentok hun. Det tok byrden fra henne.

Det er viktig at vi som fagfolk er tydelige på hvem som har ansvaret. Det er viktig at vi bringer frem tema. Det er den som tar livet sitt som har ansvar. Det er mange tanker og følelser rundt det. Det er mange liv og mange familier som blir berørt. Det er noen som ikke kommer ut av det meningsløse. Det er Guds feil, det er behandleren sin feil, noen har sviktet etc. Det blir ofte knyttet opp til skyld. Noen tar sorgen ut på den måten. Det er viktig å gi ansvaret tilbake til den det gjelder.

En informant sier:

Ungdommer har gjerne sagt ting til venner, noe som man kan tolke i ettertid, å det var det han mente, og sitter igjen med skyldfølelse. Men selv om du tenker det nå, er det ikke ditt ansvar. Ansvaret ligger på den som har utført handlingen.

4.3.4 Grunnvilkår: Frihet - ansvar

Dette er en dimensjon som gir noen utfordringer for noen har vært så syke, deprimerte at de ikke klarer livet sitt, og ser på døden som en befrielse, og velger å ta livet sitt.

Hvem er ansvarlig da. Er det fastlegen, samfunnet etc. Som pårørende har en et ansvar for å hjelpe dem til å komme inn i systemene som finnes, men så lenge en er voksen og ikke psykotisk er det deres eget ansvar. Men en kan være en hjelper på veien. Har en

vært i behandling, vet en veien når en blir dårlig, da vet en hvor en kan søke hjelp. Da ligger ansvar på den som tok livet sitt. Når de vet om en inngangsport til hjelp, og likevel velger døden. Det er mange årsaker til at en velger vekk livet, kjemi med behandler, manglende hjelp av behandlingen etc, men uansett er den enkelte selv ansvarlig for valget sitt. For mange er dette med rus noe som gjør at impulsen tar overhånd, terskelen for å ta livet sitt blir lavere. Men de fleste har tenkt på det lenge. Vi kan jo alle tenke at vi ikke orker mer, men det er noe annet å planlegge selvmord. Snakke om selvmord er viktig, fordi det blir ikke flere som velger å ta livet sitt fordi en snakker om selvmord. Det er et viktig perspektiv i forhold til ansvar. Det er viktig å få hjelp til å finne bremseklossene som gjør at en velger livet.

4.3.5 Grunnvilkår: Sårbarhet - livsmot/livskraft.

Informantene sier at de etterlatte er svært sårbare til å begynne med. De blir helt knust, og det er individuelt hvor lang tid det tar å komme videre. Erfaringene tilsier at de kommer videre. Men de blir gjerne mer sårbare ved andre hendelser. Noen blir fullstendig innelukket i egen sorg, og er ikke mottakelig for innspill fra andre.

Sårbarheten henger også sammen med barndom og oppvekst. Forsvaret ditt blir skjørt, en blir naken og hudløs. Gamle opplevelser kan komme frem i forhold til den nye krisen. Det er vanskelig å sørge sammen, fordi en sørger ulikt. Noen velger skilsmisse om barn tar livet sitt.

Fokusgruppen har erfart at de etterlatte som er integrert i eget liv, som har en god plattform å stå på, de klarer seg best. De etterlatte som har en sterk sårbarhet, som ikke har noe å bygge på, klarer seg ikke så godt. Sorgen holder dem fast der nede, istedenfor at de klarer å reise seg opp.

4.4 Helsens paradokser

Alle informantene mener at disse paradoksene er helt nødvendige. De etterlatte trenger disse motsetningene for være i bevegelse, for å komme videre i sorgen. For er en i en ytterkant er det ingen bevegelse, da blir en kun værende i sorgen og sårbarheten. En trenger begge motsetningene for å komme videre i livet. En trenger ro i sorgen, men etterhvert må en gripe tak i livet. Men ikke så mye til å begynne med, fordi det må være

rom for å være i sorgen. Først er det eksistensielt kaos, men etterhvert må de gripe tak i livet og organisere hver-dags-livet.

En informant sier at etterlatte forteller:

Kan dette skje, kan hva som helst skje.

En annen informant sier at:

Det er viktig å våge å være sammen med de etterlatte midt oppi det eksistensielle kaoset. Reflektere sammen med dem, og kanskje refleksjonen kan bidra til at de finner alternative tanker.

Informantene mener at det er viktig at de etterlatte får informasjon om helsens paradokser, og at disse motsetningene er normale reaksjoner som hjelper en til å komme videre i sorgprosessen. Dette kaoset trenger de etterlatte ofte hjelp til å sortere i. Da er det viktig at vi får kunnskapen om DEF-modellen, grunnvilkårene og helsens paradokser.

En informant sier at etterlatt har fortalt:

Jeg gikk på gaten, han var så lik sønnen min, noe skjedde, jeg gikk helt til bunns. Jeg hørte en sang som vi hadde i begravelsen, og så ble alt bunn den dagen.

Minnene dukker opp når de minst aner det, og det er noe de etterlatte må lære seg å leve med.

4.5 Hver-dags-livet

Informantene sier at hver-dags-livet er det som holder oss sammen. Det tror gruppen det gjør for de etterlatte også. Selv om det faller sammen til å begynne med. Hver-dags-livet kan være en stor utfordring når du er i sorg. Hver-dags-livet er rutiner, rammer og struktur. Pluss merkedager, høytider, aktiviteter, hobbyer etc. Jobb er også hver-dags-liv.

En informant sier:

Hun spør etter interessene til de etterlatte, hva har du gjort, hvilke lag og foreninger er du med i. Det er også hver-dags-liv som du har bygd deg opp, som det er viktig å komme tilbake til litt etter litt.

Det er viktig at hver-dags-livet blir opprettholdt, selv om du har det vanskelig. Daglige aktiviteter må opprettholdes, og vi som hjelpere må se til at hver-dags-livet fungerer selv om en har det vanskelig. Vi gir ganske fort råd om viktigheten av å komme inn i rutiner igjen, at barna går i barnehage/skole, holde struktur på døgnet og måltider, husarbeid etc. Mange blir i kaos en tid, snur døgnet, går i nattklær til langt på dag. Informantene mener at dette er et kjempeviktig tema i samtale med de etterlatte. Videre er det viktig å anerkjenne trettheten i sorgen og sorgarbeidet. En klarer mindre enn før, må ha lavere mål, og i en periode må en gjerne ta imot hjelp fra andre. Sorgarbeid er hardt arbeid hvor en skal rydde både i fortid, nåtid og fremtid.

En informant sier:

Det gir en form for mestring å klare litt mer og litt mer av hver-dags-livet. Viktig å ha små mål før en går videre til neste, slik at en opplever mestring.

Hver-dags-livet har stor betydning for den enkelte, for det er det som er livet. Faller det i grus, faller gjerne resten av livet i grus. Hver-dags-livet har betydning for barn, partner og familien ellers. Ligger du under dyna og hver-dags-livet går sin gang, da er du ute av livet, og det blir mye verre å hekte deg på hver-dags-livet. Konsekvensene kan bli sosial angst. Første gang du skal ut og møte folk blir ikke enklere etterhvert. Det kan bli knallvanskelig å komme seg ut første gang etter dødsfallet. Viktig å gi råd at om du bør gå i klubb, ta kontakt med en venninne, få venninnen til å hente deg o.l. Gir råd om at du må motta og ta imot hjelp for å komme videre i sorgen. Skyld, skam og sinne blir hemmende på hver-dags-livet om du er for mye i de følelsene, og lar de styre deg.

I forhold til hver-dags-livet er det viktig å normalisere at sorg tar tid. Mange gruer seg kolossalt til merkedager som bursdager, dødsdag, høytider etc. Det er viktig at en ikke flykter fra slike dager. Mange har lyst til å flykte fra julen, reise bort, men da blir det den første julen hjemme neste år. Det er en stol som er tom. Det er hver-dags-hjulet som

går. I samtale med etterlatte er det viktig å tematisere første julen, bursdag etc.

En informant sier:

Det er viktig å stille spørsmål til de etterlatte om, hva de gjør for å integrere sorgen i livet også i julen. Kanskje lage noen andre rutiner for å tillate glede, gå på graven, tenne en lykt etc. Noe en kan være sammen om. Det sier mange er meningsfullt.

I hver-dags-livet er det viktig å snakke med den etterlatte om hvem den døde var. Det er noe som folk ofte er så redd for. Vi kan jo ikke nevne den døde. Men de etterlatte har et stort behov for å ikke glemme. Sorgen er ensom. Etter en tid er det ingen som snakker om den døde lenger. Dette er også hver-dags-livet. Hvordan hver-dags-livet fungerer har stor betydning for hvordan en klarer å komme videre i livet og mestre sorgen.

4.6 Samtaletema som kan bidra til at etterlatte opprettholder hver-dags-livet.

4.6.1 Daglige aktiviteter

I samtale med de etterlatte er det viktig å ha fokus på at sorgen går fremover. Stoppe opp og ha fokus på situasjoner/aktiviteter som fungerer. Det er ikke alltid de etterlatte ser det selv. De har gjerne fokus på alt som ikke fungerer. Videre er det viktig å støtte dem på at de ikke er følelsesmessig på plass. Men selv om den etterlatte ikke kjenner glede som før, er det viktig å gjøre det de gjorde før. For det ser de gjerne ikke selv. Et annet viktig tema er viktigheten av å ha en plan for dagen, ha en avtale, noe en må gjøre, noe en må gå på. Har en ikke noe meningsfullt innhold i dagen, er det lett å gi seg over. Tenker at vi som som hjelpere må gi psykoedukasjon om viktigheten av å holde tak i dagliglivets aktiviteter for å holde tak i hverdagen. Ha fokus på hva de pleier å gjøre, hvilke interesser de har. Noen trenger hjelp til å se viktigheten av det. Samtalen må også ha fokus på viktigheten av helt vanlige hver-dags-aktiviteter, for å dekke de primære behovene. Dvs. å strukturere hver-dags-livet med regelmessige måltider,

sosiale stimuli, balanse mellom aktivitet og hvile, og søvnrytme etc.

4.6.2 To-sporsmodellen

Informasjon om to-sporsmodellen kan gi et godt bilde på viktigheten av å leve samtidig som en skal sørge. En må gå på begge sporene, og etterhvert må en leve mer og mer.

Men ikke noe er kjekt til å begynne med, alt er blytungt. Det er viktig å informere om at selv om det er tungt så må du gjøre det som fører deg fremover i livet. Hver-dags-livets aktiviteter fører deg fremover og gir mestring.

Hvilket fokus en har har stor betydning for sorgen. Hvis den etterlatte bare er opptatt av sorgen, er det viktig å gi mer fokus til livet og omvendt.

4.6.3 Søvn

Søvn er et tema som må ha fokus i samtaler med etterlatte. Hvor mye nattevåk skal de etterlatte tåle? Gi psykoedukasjon i forhold til den psykiske smerten som ofte sitter som en klo i brystet. Det er alltid mange som mener så mye om hva de skal gjøre og ikke gjøre. Støtte de etterlatte til å gjøre det de selv ønsker. Det er vår oppgave som hjelper å passe på at de får gå i egen takt, men den må gå fremover. Mange opplever at den psykiske smerten er så uutholdelig, at de ønsker den vekk. De våkner med den og sovner med den. Gråter mye. De blir helt utmattet. Erfaringen i forhold til medisiner er at det er få som spør etter det. Spesielt de som er integrert i seg selv fra før. Mange er redde for avhengighet. Erfaringen er heller den at en må anbefale sovemedisiner om de ikke har sovet på flere netter.

4.6.4 Alkohol og annen rus

Alkohol og annen rus kan bli en trøst når en er i sorg. Sorgen blir ikke mindre om man rus seg. Erfaringer viser at om du bruker rus kan det medføre tilleggsproblemer. Det ble en del diskusjon om det er forskjell på kvinner og menn. En informant mente at en del menn lukker seg mer inne enn kvinner, og er mindre sosiale. Så blir alkoholen en trøst. Men de fleste mente at har en mestret problemer med alkohol før, er det lettere å bruke alkohol, uavhengig av kjønn.

4.6.5 Fortelle om hendelsen

Å snakke om hendelsen er viktig for å komme videre i sorgen. Men at de etterlatte må styre hva de trenger å snakke om. Det er ofte «hvorfor»-spørsmålene som preger samtalen. De har ofte behov for å gå igjennom historien i detalj fra A-Å. Her må vi være vare med å stille spørsmål, men følge dem der de er. Å få snakke om hendelsen reduserer posttraumatisk stress.

En informant sier:

Måten selvmordet ble gjort på, kanskje på en grotesk måte. Hvorfor ble det gjort akkurat sånn? Det er mange spørsmål som må tas opp igjen og bearbeides. Hvordan fant den etterlatte den døde, hva gjorde jeg, hva gjorde jeg ikke etc.

4.6.6 Livssyn

Tema i forhold til healing, engler, og kontakt med den døde. Har erfaring med at det blir tematisert uten at det er unaturlig. Noen har behov for å gå på graven flere ganger daglig i lang tid, og andre føler ikke behov for å gå på graven. Noen føler det er bedre å være hjemme der en var sammen med den døde. Mennesker er forskjellige og har ulike behov. Vi møter folk med forskjellig religiøst ståsted. Vi kan ikke si at det tror vi ikke på. Det er deres tro. Så vi må følge dem i det deres tanker. Det blir deres oppfattelse, så det får de leve i. Er det totalt utenfor det som er rimelig? Er den etterlatte forvirret eller psykotisk må vi ta affære. Men det har vi ikke opplevd. Informantene mener at uansett hvilken tro en har, må en være med i refleksjoner og om nødvendig gi veiledning. Eller eventuelt kontakte noen som kan være en støtte her.

4.6.7 Forsoning og aksept

Informantene mener det er viktig at de etterlatte forsoner seg med at det har skjedd et selvmord. Det har skjedd sånn og sånn. Han tok faktisk livet sitt. Realitetene er viktig å erkjenne om du skal komme videre i sorgen. Det ble en diskusjon i gruppen hva en legger i begrepet forsoning. En mente at forsoning var det samme som å tilgi. Jeg

forsoner meg med det, og går videre. Er det lov å aldri få helt fred fra sorgen, men likevel gå videre. En annen forklarte forsoning mer med aksept. Det å akseptere at det var et selvmord.

En informant forteller at en mor sa,:

Sønnen hadde tatt livet sitt. Faren var mer skeptisk, kanskje det kunne være noen andre som tok sønnens liv. Han ville ikke forsones seg med at det var et selvmord. Det ble for vanskelig.

De som ikke forsoner seg med at det er et selvmord, og stadig er på leit etter en annen forklaring, finner ikke roen. Aksepterer ikke at det har skjedd. De har vanskelig for å komme videre. Hvorfor har ikke politiet gjort mer, hvorfor, hvorfor, og så begynner de selv å lete etter hva som har skjedd.

Forsoning og aksept kan være å integrere det som har skjedd som en del av livet. Det er vanskelig å komme videre i sorgen om en ikke har akseptert dødsfallet som selvmord. Tenker det er på samme om en dør i en bilulykke, en må akseptere det som det var, på samme måten som med selvmord. Selvmord har vært mer nedtonet og skjult. Det har gjort det vanskeligere for etterlatte å komme videre etter et selvmord. Det er for vanskelig å si at det var selvmord. Noen sier at det er så grusomt, vi må ikke si det til noen, men får innspill på at det ikke er så lurt, og forstår de viktigheten av å gå åpent ut både i avisen og begravelsen. Aksepten av at det faktisk var et selvmord. Det var det det var. Tror det er viktig for å kunne komme videre i sorgen. Informantene mener at det er viktig å informere etterlatte om viktigheten av åpenhet i sorgprosessen.

4.6.8 Skam, skyld og sinne

Informantenes erfaring viser at de som kommer seg videre i livet, er de som aksepterer dødsfallet som selvmord. De fleste kommer seg videre, men de som ikke aksepterer realiteten har vanskeligere for å komme seg videre i livet. De som ikke forsoner seg med hendelsen og ikke aksepterer at det har skjedd, blir stående i stampe og kommer seg ikke videre. De legger ofte skylden over på andre, og klarer ikke å forsones seg med at det skjedde. For det skulle aldri ha skjedd. I samtalene er det viktig å snakke om

følelsene sinne, skyld og skam. Skyldfølelse over at de ikke så hva som var på gang, grubler over det. Ofte har den døde gjort så mye som viser at de vil leve, men så har de gjort det for å kanskje skjule hva de har planlagt. Det er ofte lettere i ettertid å se det. Det er ikke selvmord en går og tenker på til daglig. Det er ikke alle som har kontakt med følelsene sine fra før, men i alle fall er det viktig å normalisere disse følelsene. Mange kjenner igjen følelsene når vi snakker om dem, men det kan være vanskelig å si det høyt.

4.6.9 Sosiale aktiviteter og nettverk

Oppmuntre til sosial aktivitet for å avlede seg selv, er en viktig oppgave for oss å tematisere. Det er viktig å ha noen å prate med, som tåler deg over lang tid. En trenger ikke alltid si så mye. Bare være sammen. De etterlatte skal ikke være opptatt av sorgen 24 timer i døgnet. Det er viktig å ha fokus på noe annet også. Ikke minst er det viktig at sorgen ikke alltid blir samtaletemaet i sosiale sammenhenger.

Vi er alltid to personale når vi reiser på besøk til etterlatte etter selvmord fordi vi vet aldri hva vi møter. Ofte er der hele familier inkludert barn. Vi må tenke på hele nettverket. Hva kan en si og ikke si til barna. Hele familien må komme videre etter et selvmord. Hvordan skal du fortelle barna at mor har tatt livet sitt. Vil ikke være sammen med dere. Har valgt dere vekk. Det er jo knalltøft. Da er det lett å vegre seg, men det er viktig at barn/ungdom må få vite sannheten, men ikke alle detaljer. Informantene har erfaringer med at barn ofte visste mer enn foreldrene trodde. En kan ikke ta over foreldrerollen, men gi så god veiledning at de andre voksne skjønner at sannheten må frem også til barna.

Det er mange som er berørte etter et selvmord som ikke er så nære som f.eks. skoleklasser, arbeidsplassen, venner, kjæreste etc. Noen trenger hjelp til å kontakte skolen og arbeidsplassen. Her er det viktig å høre hva de etterlatte ønsker å gjøre selv, og hva de trenger hjelp til? Familieperspektivet er viktig å ha et bevisst blikk på. Hva skjer i familien? Blir alle som har behov for oppfølging tilbudt hjelp? Det sosiale er viktig for at de etterlatte skal klare å komme seg videre. Støtten fra andre, de kom med blomster, eller de stakk innom og pratet.

En informant forteller at:

Ungdommer som kom hjem til de etterlatte etter at de mistet sønnen i selvmord. De satte seg ned og pratet. Det gjorde godt. Det har hatt stor betydning for sorgprosessen.

En annen informant forteller:

Om sårheten etter at en ungdom hadde tatt livet sitt. Mange kom, men hvor var de når vedkommende strevde. Det ble godt og vondt på samme tid.

4.6.10 Begravelsen

Snakke åpent om begravelsen. Anbefaler syning. Det er mange som har angret at de ikke så den døde. Det er viktig både for barn og voksne å se den døde. Det er et ledd i sorgarbeidet. Begravelsen er det siste de etterlatte kan gjøre for den døde. Så gjør de slik de vet han /hun ville blitt glad for. Viktig å ha fokus på det som gjorde en godt i begravelsen, og ikke bare se det svarte hullet. Prøve å ha fokus på alle som kom, musikken de valgte, sangene. Mange sier det er god støtte å vite at det var mye folk i begravelsen. Begravelsen er vesentlig for sorgen.

4.6.11 Hverdagen

Hverdagen er et viktig tema i samtalen med etterlatte. Hva er bra i hverdagen din. Snakke om det som er bra i hverdagen, sånn at de etterlatte blir bevisst på at noe er bra. En må lære seg å kjenne, bli bevisst på å kjenne etter glede som en følelse. Det er viktig å ha fokus på småting i hverdagen som er bra. En trenger gjerne hjelp til å se det som er bra og som fungerer. Kanskje må noen i en periode inn og praktisk ta over hverdagen. Her er det ulike behov.

4.6.12 Tidsperspektivet

Erfaringer fra informantene er at de etterlatte trenger lang tid for å bearbeide sorgen. Det første året trenger de etterlatte en kontaktperson for å komme gjennom alle

merkedager og høytider. Noen har først etter to år klart å komme på plass. Her er store individuell forskjeller. Alt etter hvilke nettverk en har og hva en har med seg i bagasjen. Noen trenger oppfølging over flere år, men med mindre intensitet i kontakten. Noen få blir stående i stampe, kommer seg ikke videre i sorgen. Det er ingen bevegelse i sorgen. Den har låst seg fast. Det er de samme spørsmålene, og de samme anklagene som gjentar seg på tross av veiledning. Det er ingen samklang. Det er som å snakke til en vegg. De har det ikke bra.

4.6.13 Sorggruppe

Noen i fokusgruppen har erfaringer fra sorggruppe med etterlatte etter selvmord. De har god erfaring med at folk i gruppen kjenner seg igjen i de andre. Det har vært godt å høre at andre har samme reaksjoner som de selv. Her kan de spille på hverandre. Erfaringen er at det har vært vanskelig å få til en gruppe. Mest av praktiske grunner fordi det ikke er stort nok nedslagsfelt i området. Noen er skeptiske til å gå i gruppe fordi de er redde for å høre alle sin sorg, fordi de har nok med egen sorg. Men det viser seg å være motsatt når vi får til en gruppe. Det er vanskelig å vite hvordan det blir før du har prøvd det. I gruppen er en på ulik plass i sorgen, og det gir et håp for de som ikke er kommet så langt i sorgen. I gruppen har vi tema fra hver-dags-livet.

5 DRØFTING

Hva kan hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet ved bruk av den eksistensielle omsorgsmodellen?

Å være etterlatt etter selvmord er i terminologien til Arman og Rehnsfeldt (2012) en individuell livsavgjørende hendelse i en familie som setter livet «på hodet». Det påvirker eksistensen, dvs. hvordan en tenker og forholder seg til livet. Det utløser ofte en følelse av meningsløshet og ubegripelighet, og en kan kjenne angst. Dette er naturlige prosesser som gir eksistensielle sår og skader, og behov for eksistensiell omsorg. Den eksistensielle omsorgen skal hjelpe de etterlatte til å få tro på livet og støtte til å finne tilbake til en naturlig hverdag og mening med livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Hvordan utøve eksistensiell omsorg i praksis for at den etterlatte skal gjenoppta hverdag-livet? Er DEF-modellen nyttig i praksis?

I analysen kom det frem mange interessante tema som det kunne vært aktuelt å drøfte. Alle temaene henger sammen med hverandre, og jeg har derfor gjort et utvalg av 4 hovedtema fra analysen som jeg mener belyser problemstillingen. Temaene er :

- Normalisering av sorgprosessen
- Medmenneskelighet
- Hver-dags-livet
- Livsverden/Livsforståelse

Den eksistensielle omsorgen og etikken viser seg i alt du sier og gjør i møte med den etterlatte og er en rød tråd gjennom hele drøftingen.

5.1 Normalisering av sorgprosessen

I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) vil de fleste etterlatte ikke betraktes som syke.

Derfor er det viktig å se indre skader som naturlig, og at hjelpen derfor også skal være naturlig. Indre eksistensielle sår skal dermed sees som en naturlig følge av en livsavgjørende hendelse. I følge Nordengen (2010) er sorg vår naturlige reaksjon på tap. Tapet av et menneske er av de største påkjenningene vi opplever. Sorgen er til hjelp når vi skal tilpasse oss hverdagen etter tapet. Livet blir aldri helt som før etter at vi har mistet noen vi er glad i. Savnet vil være der, og sorgen hjelper oss å integrere tapet i det nye livet. Sorgen kan ikke behandles, den må gjennomleves. Sorgen er viktig for å unngå at en stenger følelsene og smerten inne. Dersom sorgen ikke bearbeides på en sunn og naturlig måte, kan den utvikle seg til å bli patologisk. Nordengens tenkning sammenfaller med den omsorgsvitenskapelige tenkningen om at sorg er en normalprosess. Informantene mener også at sorg er en normalprosess, og at det er like mange måter å sørge på som det er mennesker, og det samme mener Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009). Det skrives ofte om at sorg er en individuell prosess, men den vil ramme hele familien (Dyregrov og Dyregrov, 2007). Bøhle (1988) skriver om hvor sammensatt og kompleks sorgen er. Den gir både vonde og gode følelser. Sorg splitter og forener. Noen har stort behov for oppmerksomhet, andre sørger i stillhet. Det er utfordrende å hjelpe, men det beste man kan gjøre er kanskje å være tilstede og lytte. Informantene mener at sorgen må integreres i hver-dags-livet. Til å begynne med er alt kaos, men etterhvert må de gripe tak i hver-dags-livet.

Omsorgsvitenskapen betrakter sorg og lidelse som en normal prosess, og har tro på at mennesket selv har en iboende evne til heling (Arman og Rehnsfeldt, 2006). Fokusgruppen mener at i starten er alle reaksjoner hos den etterlatte etter selvmord normale reaksjoner på en unormal hendelse. Informantene har erfart og mener at det ikke er nok å lytte. Det er i tillegg viktig å gi noe informasjon om normalprosessen. Hva kan en forvente i en sorgprosess? Å snakke med profesjonelle skal være noe annet enn støtte/samtale med familie og venner. De mener at en ut fra kunnskaper og tidligere erfaringer må gi konkrete råd om forventede reaksjoner, om hva de etterlatte kan gjøre selv for å lette situasjonen, og hvordan de kan støtte hverandre best mulig. Det vil trygge den enkelte. Både Dyregrov (2008), Rehnsfeldt og Arman (2012) støtter denne tenkningen.

Etterlatte etter selvmord er en gruppe med spesielle behov for psykososial støtte og oppfølging, basert på dokumentert kunnskap om flere belastninger enn etterlatte ved annen brå død (Dyregrov, 2000). Helsedirektoratet anbefaler en proaktiv, dvs. en oppsøkende holdning til kriserammede. Bli det opp til den etterlatte å ta kontakt, kan kontakten fort utebli. Alt er kaos den første tiden, og de har som oftest nok med seg selv den første tiden etter dødsfallet (Helsedirektoratet, 2011). Erfaringen fra fokusgruppen er at etterlatte er takknemlige for å bli oppsøkt og tilbudt hjelp. Avslås kontakten i første omgang, passer de på å få en kontakt noen dager senere, eller eventuelt en ringeavtale. Noen vil vente med kontakt til etter begravelsen. Det at en strekker seg utover det som er forventet, beskriver Arman og Rehnsfeldt (2007) som det «det lille ekstra».

Informantene mener at ved å være nær, kan en vandre sammen med den etterlatte. Den utholdenheten en viser ved å våge å være nær kan gi den etterlatte håp om at det finnes en fortsettelse i livet, og at det er mennesker som er der for den etterlatte, og at det kan være noe godt i livet. Etterlatte har så mange tanker og følelser, og er ofte redde for «å bli gal». Det er viktig å normalisere reaksjonene til de etterlatte. Arman og Rehnsfeldt (2012) skriver om helsens paradokser hvor etterlatte beveger seg mellom håpløshet og håp, meningsløshet og mening etc. Det er en bevegelse som medfører lindring i sorgen. Informantene mener det er viktig at etterlatte lærer å leve med sorgen, og håndtere minnebilder. Minnene er der hele livet, og popper opp når de minst anerkjenner det.

Normal sorg er ingen sykdom. Den er selvavgrensende. Men det finnes komplisert sorg hvor det er behov for økt innsats fra helsepersonell. Selv om vi ikke liker det, er vårt samfunn innrettet etter at det bare er diagnoser som utløser nødvendig helsebistand og forskningsressurser. Om vi ønsker å forbedre satsingen for dem som rammes av kompliserte sorgreaksjoner må vi kanskje svelge den bitre pillen det er å kalle det en diagnose. Det krever samtidig at det trekkes klare grenser mellom normal og komplisert sorg. Dyregrov ønsker seg en sorgmelding istedenfor en sykemelding. Han vil ha en lidelse som beskrives med sitt rette navn (Dyregrov, 2014). Diagnostisering av sorg strider mot den omsorgsvitenskapelige tenkningen (Arman og Rehnsfeldt, 2012). Fokusgruppen sier at etterlatte etter selvmord gjerne blir sykemeldt for depresjon, når det er en normalreaksjon på komplisert sorg. De mener at det feil at sørgende må ha en

diagnose for å få en sykemelding når de er i sorg. Sorgarbeidet tar mye av mentalkapasiteten og medfører at en blir trett og sliten. I den første del av sorgen har de etterlatte behov for tid og rom for sorgarbeidet, og noen trenger i en periode fri fra jobb/skole.

Informantene mener at hvilket fokus de etterlatte har påvirker sorgen. Hvis de bare er opptatt av sorgen, er det viktig å gi mer fokus til livet og omvendt. Selv om ingenting er kjekt lenger, må de gjøre det som fører dem fremover. De etterlatte må oppmuntres til å gjøre det som er bra for dem, selv om det ikke gir den samme gleden som før. To-sporsmodellen er en god støtte i sorgarbeidet. En må gå på begge sporene samtidig (Dyregrov, Johnsen og Dyregrov, 2012). Informantene mener at etterhvert er det viktig at de etterlatte tar fri fra sorgen fordi det er for slitsomt å være i sorgen hele tiden. Sorgen tar mye energi og de sørgende blir trette. Arman og Rehnsfeldt (2012) bekrefter behovet for hvile fra den indre bearbeidingen. I følge informantene kan det å endre fokus fra sorgen til hver-dags-livets aktiviteter, gå en tur også videre være en pause fra sorgen.

5.1.2 Se den enkeltes sårbarhet og lidelse

I møte med den etterlatte er det viktig å klare å vise kjærlig og ekte medmenneskelighet og omsorg. Våge å være tilstede og stille spørsmål. Hvordan går det? Hvordan er livet ditt nå? Vil du dele noe med meg? Kan vi gjøre noe for deg? I det naturlige møte med etterlatte henvises til Martinsen (2012) om å være stemt tilstede både kroppslig og mentalt. Fokusgruppen mente at dersom en er et godt medmenneske må en tåle å være tilstede i den etterlatte sin lidelse. Prøve å få tak i hva de trenger her og nå. Alltid ta utgangspunkt i den andres behov, og samtidig være bevisst sine kunnskaper for å vurdere om det er noe patologisk. Det ble flere ganger henvist til Søren Kierkegaard som sier at det er viktig å være der den andre er. Fokusgruppen mente at å ha kompetanse om eksistensiell omsorg og om DEF-modellen vil gjøre dem tryggere i relasjonen med de etterlatte. DEF-modellen gir dem noen knagger som er med å formidle en trygghet til de etterlatte, den danner et bakteppe som en kan ta frem om nødvendig ut fra den enkeltes behov. Denne tenkningen er i samsvar med Dyregrov (2006) sin brukerundersøkelse for unge etterlatte etter selvmord som viste hvor stor

betydning det hadde at hjelperen signaliserer faglig og emosjonell trygghet. De etterlatte ønsker råd og veiledning om forventede reaksjoner og om hva de selv kan gjøre for å lette situasjonen, og hvordan de kan støtte andre i familien best mulig.

I følge fokusgruppen har de etterlatte behov for et medmenneske, og må ikke være alene den første tiden. Dette fordi mange blir passive i sin sorg, og da er det viktig at noen er der og passer på at de primære behovene blir ivarettatt. Informantenes erfaring har vist at jo sterkere følelsesreaksjoner etterlatte har, jo mer nærhet og omsorg behøves. Det er viktig å bidra til å skape struktur og orden i en kaotisk livssituasjon. I følge Dyregrov (2008) er psykoedukasjon (pedagogisk informasjon om tilstanden) et viktig virkemiddel i forhold til krisepsykologisk tenkning. Å være nær, er en konkret handling av fellesskap. I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) kan nærhet gjøre lidelsen utholdelig. Relasjonen og kontakten med etterlatte varierte mye fra bl.a. gråt, taleflom, og til å være stille sammen. Nærhet gir også en grunnleggende trygghet om det skulle bli verre, og er en beskyttelse for de etterlatte. Nærhet er ofte helende i seg selv. Hvor lenge det er aktuelt å ha noen boende hos seg, er avhengig av den etterlatte.

Fokusgruppen mener det er viktig å kartlegge det sosiale nettverket. Er det noen som kan være tilstede sammen med den etterlatte? For å sikre kontinuitet, får de etterlatte tildelt en kontaktperson fra starten av krisen. Kontaktpersonen følger hele forløpet. Avtalene er tette ved oppstart, og intensiteten avtar etterhvert. Det er stor variasjon i hvor lenge informantene følger opp den etterlatte. Noen ganger avslutter de etter kort tid, andre ganger etter flere måneder og i noen tilfeller etter flere år. Vurderingen blir gjort i forhold til funksjonsnivå, støtte i familien og det sosiale nettverket. Lidelsen blir aldri helt borte, men en må lære å leve med sorgen og tapet. I følge Johnston (2001), kan etterlatte på tross av motgang finne mening i lidelsen, og i følge Arman og Rehnsfeldt (2012) kan lidelse gi vekst i form av ny livsforståelse. Fokusgruppen erfarer at de aller fleste klarer å komme seg gjennom sorgen på en hensiktsmessig måte. En forutsetning er at sorgen integreres i hver-dag-livet.

Fokusgruppen mener at etterlatte ofte har behov for å fortelle om krisen om og om igjen. Gjennom fortelling minsker intensiteten og kraften i opplevelsen. Fortellingen

river opp såret på nytt, men gir en form for avspenning. I fortellingen kan en la følelser komme fram i små porsjoner, og i beste fall kommer det noe nytt inn i historien hver gang den fortelles. Det finnes ingen grense for hvor ofte eller hvor mye etterlatte trenger å fortelle. Men etterlatte har behov for å få satt sammen historien sin til en helhet gjennom fortellingen. Det at vi tåler å lytte om og om igjen gir lindring. I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) kan den etterlatte gjennom fortelling få en distanse til historien, og etterhvert omformulere den til en meningsfull og mindre smertefull historie.

Fokusgruppen mener at de etterlatte prøver å få puslebrikkene på rett plass. Men noen ganger må de leve med at det mangler en brikke. Da er det viktig å hjelpe dem til å finne meningsbrikken. Den etterlatte må selv bestemme og styre når og om en vil åpne opp for historien.

5.1.3 Fokus på skyld, skam og sinne

Livet byr knapt på hardere slag enn når en av de nærmeste tar sitt eget liv. Med selvmord følger ofte forlenget eller komplisert sorg. Noen føler sinne mot den som tok livet sitt, mot seg selv eller andre som man opplever har ansvar for det som har skjedd. Andre opplever først og fremst tristhet eller tomhet. Opplevelsen av skyld og skam er utbredt. Det er heller ikke uvanlig å føle seg som offer for det som har skjedd (Dyregrov, Plyhn og Dieserud, 2009).

Informantene er opptatt av, og har flere eksempler på, viktigheten av å bringe frem tema om de tre Ser; skyld, skam og sinne som naturlige følelser etter et selvmord. Dersom den etterlatte selv ikke bringer frem tema må de som hjelpere gjøre det. Mange kjenner igjen følelsen når de snakker om de følelsene. Ofte er det en lettelse at de følelsene blir satt ord på. Det er utfordrende for hjelper, men helt nødvendige tema å bringe frem. Her er det viktig å normalisere følelsene. Etter et selvmord er det viktig at ikke etterlatte lar seg overmanne av dårlig samvittighet, bebreidelser eller tanker om at de kanskje kunne ha forhindre det. Alle har ansvar for egne handlinger. De sørgende kjenner ofte på flere roller til den etterlatte, og veksler mellom opplevelsen av å være ansvarlig og opplevelsen av å være offer. I følge Dyregrov (2008) sliter mange med skyldfølelse for at de ikke har sett og forstått at selvmordet ville komme. Det er viktig at dette bearbeides terapeutisk.

5.1.4 Aksept og forsoning av hendelsen

Selv om alle reaksjoner på en krise er unike og individuelle, har alle det til felles at de strever med å forstå det som har skjedd, uavhengig av livssyn, kultur og tidligere katastrofer i livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012). De sier videre at reaksjonene skal betraktes som normale og ikke patologiske. Dette er en grunntanke i DEF-modellen. Psykologisk støtte bør derfor hjelpe de etterlatte tilbake til en normal tilstand i livet (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Informantene sier at det er en stor utfordring for etterlatte etter selvmord å akseptere at livet ble slik. Men deres erfaringer er at de etterlatte som klarer å forsones seg med at det faktisk har skjedd et selvmord, klarer å komme videre i sorgen. De mener at det er en forutsetning for å komme videre i livet. I følge Nordengen (2010) kan ordet «forsones seg» på en god måte dekke det vanskelige, men nødvendige som må til for å få en god framtid. Det er lett å fortape seg i tanker om det som var, og det som kunne ha vært. For å leve oppreist må vi forsones oss med virkeligheten slik den er, og samtidig gjøre den så meningsfull som mulig. Det er forskjell på et problem vi kan gjøre noe med, og en livssituasjon vi er nødt til å leve med. Erfaringene til informantene er at den første tiden etter selvmordet mangler en meningsbrikken. Men etterhvert er det viktig å lage seg en meningsbrikke for å få en helhet i puslespillet. De mener at helsens paradokser gir mening i denne sammenheng, og er viktig kunnskap for helsepersonell som skal gi eksistensiell omsorg. Helsens paradokser er en tolkning av menneskers indre og eksistensielle bevegelse. Helsen styrkes mellom bevegelser i motsetninger, som hjelper mennesker til å bearbeide sorgen. I disse motsetningene kan lidelsen lindres (Arman og Rehnsfeldt, 2012). Informantene mener at helsens paradokser er viktig kunnskap både til de etterlatte og til pårørende om at det er normalt og nødvendig å være i disse motsetningene. De ulike faser og former av fornektning, innsikt og kamp, beskrives som et naturlig forløp som en må gjennom for å komme videre i sorgen. Arman og Rehnsfeldt (2012) skriver også at denne bevegelsen i lidelsen kan sees på som en bevegelse i helse som uttrykkes med å gå fra et utholdelig lidelse til en utholdelig lidelse. Helse er i følge Dahlberg og Segesten (2010) å være i stand til å klare små og store livsprosjektet. Mestring av hver-dags-livet er et prosjekt. I følge informantene er det en god hjelp for etterlatte i sorgprosessen å mestre hver-dags-livet.

Erfaringene til informantene er at det er en stor utfordring for etterlatte å akseptere at det er et selvmord, og samtidig ha vitalitet til å skape mening og fremdrift i livets utfordringer. Noen velger å gli inn i selvmedlidenhet og gjøre seg selv til et offer. De fleste kommer videre med hjelp, men noen blir stående i «sement» og kommer ikke videre. Det er heldigvis ikke mange. De fleste kommer videre med hjelp og støtte. Dyregrov (2011) skriver at ingenting kan bringe den døde tilbake, men måten de etterlatte velger å definere sin virkelighet på etter tapet, har klare konsekvenser for hvordan deres tilværelse blir. Informantene er opptatt av at hvordan de etterlatte klarer å integrere sorgen i hver-dags-livet.

5.1.5 Fellesskapets og det sosiale nettverkets betydning

Fellesskapet både lindrer og utvikler (Arman og Rehnsfeldt, 2012). Mennesker som er rammet av en krise har behov for å dele sin virkelighet med andre som kan innse og dele hva en går gjennom, og hvordan en lider. Andre mennesker som er rammet på samme måte, kan være en ressurs og en tilgang til livet. LEVE er en støttegruppe for etterlatte etter selvmord, som er beskrevet i veilederen for etterlatte etter selvmord (2011), og kan være et godt tilbud for noen. Ofte er ikke ord nok for å beskrive hva en opplever som etterlatt. Møter en andre som er etterlatt, kan en dele på en annen måte, alt trenger ikke forklares. Informantene sin erfaring er at selv om en har støtte i eget nettverk, kan det være godt å treffe andre i samme situasjon. I følge Dyregrov, Johnsen og Dyregrov (2012) er et nettverk gjerne så opptatt av egen sorg at en ikke klarer å være tilstede for hverandre på en god måte.

I følge fokusgruppen klarer etterlatte ofte ikke selv å sette ord på hva de har behov for eller ta kontakt med andre. De føler ofte de er en belastning for andre. Etterlatte i en sosial setting er ofte en påminnelse om at livet er sårbart. De etterlatte er ofte ambivalente i forhold til sine medmennesker – de trekker seg tilbake og samtidig lengter de etter fellesskap. Her må det vises stor tålmodighet. Fokusgruppen mener det er viktig å informere det sosiale nettverket om at dette er naturlige reaksjoner i en sorgprosess.

Fokusgruppen mener det er viktig å få det sosiale nettverket på plass så tidlig som mulig

for å hjelpe og støtte til å organisere hver-dags-livet. Noen trenger praktisk hjelp og andre trenger hjelp til å kontakte arbeidsplass, skole, barnehage og fastlege. Her er det viktig at de som profesjonelle hjelpere ikke blir de viktigste støttespillerne, men passer på at det sosiale nettverket deres følger opp. Arman og Rehnsfeldt (2012) har skrevet om betydningen av nære relasjoner i forbindelse med utviklingen av den eksistensielle helsen.

5.1.6 Barneperspektivet

Barn, ungdom og voksne vil reagere ulikt i sorgen, og tapet av den døde kan ha forskjellig betydning i en familie. Er det flere som har behov for oppfølging? Er det noen de etterlatte er bekymret for? Er det barn involvert i krisen? Hvem tar ansvar for barna, og hvor gamle er de? (Dyregrov, Johnsen og Dyregrov, 2012). Informantene mener det ved behov er viktig å tilby samtale med helsesøster og barnepsykolog. Helsesøster kan være en viktig kontaktperson til både barneskole og videregående skole. Sosiallærer på skolene kan også være en viktig samarbeidspartner. Det må avklares om den etterlatte vil ha samtaler alene eller sammen med andre, enten familie eller venner.

Mange ønsker å beskytte barn ved å ikke snakke så mye om døden. Men å skåne barna fra virkeligheten ved å fortie eller fortrenge den er misforstått omsorg. Dessverre kan det resultere i at barna blir overlatt til egne angstfylte fantasier. Og fantasiene er som regel verre enn virkeligheten (Nordengen, 2010). Informantene mener at barneperspektivet er viktig. Barna må få informasjon om hva som er skjedd, årsaken til dødsfallet, men de trenger ikke detaljer. Her må en ta hensyn til barns alder og modning. Barn kan reagere negativt på å bli holdt utenfor. Det er viktig at barn får være med i sorgen, og at en tar seg tid til å snakke med dem og svare på alle spørsmål. De må få snakke om sine tanker og følelser. I følge Dyregrov (2010) er kjernebegrepene når en skal involvere barn i sorg, åpenhet, ærlighet og delaktighet. For alt som gjemmes og skjules, vil før eller siden komme for en dag – alt som kjennes tungt og vanskelig, blir lettere om det deles med andre. La barna være med i sorgarbeidet, men ikke glem å forberede dem. Det er de voksne sitt ansvar.

Informantene har erfaring med at barn blir reddere og mer utrygge om de ikke får vite

sannheten. Barn forholder seg mer naturlig til sorgen når de får adekvat informasjon slik at de slipper å fantasere. Det er viktig å bruke fagkunnskapen og gi adekvat og nødvendig informasjon til omsorgspersoner om viktigheten av å ta med barnet i sorgarbeidet. Raundalen og Schultz (2010) støtter viktigheten av å snakke med barn om selvmord på en ærlig og likefrem måte, med ord som selv små barn kan forstå. Dersom selvmord skyldtes depresjon, kan bruk av begrepet «tankesykdom» være en måte å forklare selvmord selv for små barn på. Dersom den som har tatt livet sitt f.eks beskrives som veldig triste, vil barn bli mer urolige fordi etter et dødsfall er jo alle veldig triste, og da kan de tenke at flere kan ta livet sitt. Informantene sine erfaringer er at barn tar informasjon tilpasset barnets alder på en adekvat måte. Barn forstår og oppfatter ofte mer enn de sier for å beskytte andre.

5.2 Medmenneskelighet

I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) er en medmenneskelig holdning en forutsetning for eksistensiell omsorg. Den naturlige omsorgen er universell, hvor omsorgsyteren har tilegnet seg noe, mens den profesjonelle omsorgen er partikulær. Både den universelle og den profesjonelle omsorgen påvirker helsepersonell som tålere. Informantene er opptatt av grenseoppganger mellom medmenneskelighet og profesjonalitet. De stiller spørsmål ved om en kan være et medmenneske og samtidig profesjonell. De mener at medmenneskelighet er å være kravløs tilstede sammen med den etterlatte, men at det ikke er nok. Kravløshet kan bidra til lindring den første tiden, men det er visse grenser, for etterhvert må det være en bevegelse i sorgen. Informantene mener at en tidlige i sorgen må stille krav til at hver-dags-livet må fungere. Når en skal stille dette kravet er individuelt og avhengig av hvor den etterlatte er i sorgen og konteksten. Dette avviker noe fra DEF-modellen til Arman og Rehnsfeldt (2012) der kravløshet i møte med den etterlatte, er en av de sju grunnantakelsene. Men Arman og Rehnsfeldt (2012) er inne på dette i helsens paradokser som støtter at det må være bevegelse i sorgen. I forberedelsen til møte med etterlatte gir DEF-modellen rammer rundt sorgarbeidet. Erfaringer og kunnskaper i eksistensiell omsorg gir trygghet til omsorgsyteren. De rammene mener informantene er viktige for å møte den etterlatte både profesjonelt og medmenneskelig.

Informantene er opptatt av at de må forholde seg til hele mennesket både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, samt konteksten de lever i. Alle livsområder blir berørt når noen rammes av et selvmord. I følge Arman og Rehnsfeldt (2012) er det noen universelle behov som etterlatte viser i kriser, som nærhet, møte og fellesskap – som danner grunnlag for individuelle variasjoner. Disse behovene viser at enhver etterlatt har behov for medmenneskelig bekreftelse og å gå gjennom lidelse fra livsforståelsesmørke til ett nytt og fortsatt liv. Et liv som er annerledes, men som fortsetter og at medmennesker finnes for hverandre. Vi må forholde oss til hele mennesket både kropp, sjel og eksistens. I omsorgsvitenskapen er ethos en grunnleggende verdi. Ethos handler om hvordan hver og en forholder seg til verden og til den andre. Det er vårt bilde av mennesker som avgjør hvordan vi forholder oss til andre. Det er viktig at vi forholder oss til hverandre både med hode, hjerte og hender (Eriksson og Lindstrøm, 2003).

Martinsen (2003) beskriver den vanligste oppfattelsen av profesjonalitet som problematisk hvis en skal forholde seg til pasienten som et medmenneske. For med det å være profesjonell forstår en vanligvis at en skal ha tilstrekkelig avstand, ikke være overinvolvert (holde følelser tilbake) og være objektiv og saklig i sin tale. Kommunikasjonen kan da lett blir enveis, og ovenfra og ned. Mennesket overses og reduseres til et objekt. Martinsen fremhever at det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig og involvert med følelser. Hun skiller mellom personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleriet. I føleri kan en kretse rundt seg selv og begrense den andre til å bli dratt inn i sin egen horisont. Mens følelser for den andre er en seende følelse. I personsentrert profesjonalitet er det to viktig ord som blir utfordret; å sanse og å registrere. En utfordring som hele tiden er tilstede, er at det er så lett å gli fra det å sanse til det å registrere. I følge Løgstrup (2010) er det ingen saklig og begrepsmessig forståelse de seende følelser åpner for. Følelsesmessig forståelse er å sammenlikne med en horisont som åpner seg, og jeg innbys til, og får anledning til, å føle med i den andres verden. Å være profesjonell innebærer videre å ha en fagkunnskap som gir mulighet for å se pasienten som menneske. Det vil si en fagkunnskap som ikke reduserer den andre til et objekt. Vi kan se mennesket i sin integritet gjennom et seende og deltakende øye. Å være profesjonell er også å våge å være menneske, dvs. å være åpen for følelser som setter en i en tilbakeholdenhet og lar

den andre får tre frem (Martinsen, 2001). Informantene sine erfaringer er at det er en stor utfordring å være i vekslingen mellom den profesjonelle fagligheten og menneskeligheten. Det er en balansekunst som en lærer gjennom erfaring.

Informantene er opptatt av at relasjonen og selve møte med de etterlatte er svært viktig i sorgarbeidet. Hvordan er en trer frem med hele seg har betydning for møtet. Den grunnleggende tryggheten blir rokket ved når de etterlatte etter selvmord møter døden på den brutale måten, og kanskje er første gang de møter døden. Det krever å være tålere i dialogen med den etterlatte. Informantene mener at grunnvilkårene i DEF-modellen er til god hjelp i de eksistensielle spørsmålene. Det er dette hermeneutiske omsorgsmøte (Rehnsfeldt), omsorgsmellomrommet (Dahlberg) hvor det skjer tolkning, forståelse og applikasjon til en ny forståelse, mellom spørsmål og svar, mellom del og helhet (Lindholm, Nieminen m.fl. 2006).

Martinsen (2012) har satt ord på den intuitive etiske appellen man som hjelper erfarer når man møter hjelpeløshet, eller dyp menneskelig fortvilelse og smerte. Det kan være et uttrykk for gjensidig glede når man ser at den etterlatte er på bedringens vei. Det er denne spontane følelsen av mellommenneskelig berørthet og engasjement som kjennertegner omsorgsarbeid som viser til noe grunnleggende etisk som finnes hos mennesker. Mange har forsøkt å sette ord på dette som en etisk fordring om tillit (Løgstrup, 2011), den gode vilje som morallovens kilde (Kant 1964), eller som appellen om moralsk ansvar i det menneskelige ansikt og blikk (Levinas 1996). Hjelper handler ut fra menneskelig sårbarhet og behov, samt å svare adekvat faglig og holdningsmessig på appeller om hjelp, enten de er ikke-verbale eller verbale utsagn fra den lidende selv (Nortvedt, 2012).

Martinsen (2003) skriver om at sanselig og emosjonell berørthet er alltid et vesenstrekk ved det å være menneske sammen med andre mennesker. Emosjonell berørthet gir oss kunnskaper om andre menneskers sinnstilstand, opplevelser og erfaringer. Følelser gir oss adgang til å forstå, og de åpner for vår forforståelse av fenomener i verden. Martinsen har fått mye inspirasjon i forståelsen av mellommenneskelig samvær og kommunikasjon fra de tyske fenomenologene Edmund Husserl og Martin Heidegger, og

fra den danske fenomenolog og teolog Løgstrup. Følelser gjenspeiler vår egen forståelse av verden, og gir oss adgang til den andres virkelighet, en virkelighet som vi kanskje ellers ikke hadde forstått betydningen av. Uten en emosjonell involvering ville du kanskje ikke forstått betydningen av lidelsen etterlatte strever med, og kanskje heller ikke gjøre de tilpasninger som er nødvendig for at situasjonen skal oppleves best mulig for den lidende. Å forstå hvilken betydning det har for et annet menneske å være etterlatt etter selvmord, vil være umulig ved boklig lærdom og kognitiv innsikt. Man må ta del i andres følelesmessige erfaringer og ha evne til å forestille seg deres opplevelser av situasjonen (Nortvedt, 2012). Informantene mener at en ikke kan klare å forstå den andre helt ut, men at de kan ane hvor forferdelig det må være når noen kjære har tatt sitt eget liv. Dette bekrefter Kari Martinsen i sin omsorgsetikk. En skal ikke føle det samme som pasientene, men man må føle bekymring ved pasientens ubehag og smerter, og man må føle omtanke for pårørende. I omsorgsetikken vektlegges holdningenes betydning i etikken (Nortvedt, 2012). I omsorgen er det ikke bare hva vi gjør som er viktig, men hvordan en gjør det, hvordan en oppfører seg, og hvordan en utøver handlingene. Disse dimensjonene benevner Martinsen som handlinger om væremåte og gjøremåte. I fenomenologisk perspektiv vektlegger Martinsen at de spontane og intuitive sidene ved menneskelig oppførsel og handlinger, er menneskets mer eller mindre umiddelbare erfaring av verden (Martinsen, 2003). Den aristoteliske dydsetikk antyder hvor viktig holdningsaspekter er for handlingers moralske kvalitet. Både å handle og tale uttrykker alltid et holdningsuttrykk enten vi vil eller ikke. Kroppsspråket eller kroppsholdningen sier mye i møte med den andre. Pasienter vil fort merke det hvis omsorgsholdningen man viser, virker påtatt og «ikke springer ut av hjertet». Dette er ikke ferdigheter en lærer ved kurs eller rollespill. Denne dimensjonen av holdninger er et uttrykk for dyd, som er viktige egenskaper ved en persons væremåte, og noe som er utviklet gjennom år med sosialisering og samvær med andre helt fra barndommen av. Man må vise autentisk vennlighet, man må bry seg om pasienten. Ikke bare på grunn av situasjonen og hjelpebehovet, men fordi pasientens situasjon berører oss. Hvis pasienten skulle føle seg viktig bare fordi han er et kasus, kan han føler seg misbrukt mer enn ivaretatt. Kun moralske handlinger som springer ut fra dine personlige egenskaper, vil oppleves som autentiske av pasienten (Nortvedt, 2012). Informantene mener også at det er viktig med kongruens mellom holdninger og uttrykk.

Den relasjonelle dimensjonen er helt avgjørende for å forstå det omsorgsarbeidet du utøver overfor pasienten, og det er grunnleggende for å forstå hva det overhodet er å være menneske i verden. I omsorgsetikken er verdier som empati og medfølelse viktige dimensjoner (Nortvedt, 2012). Informantene mener at empati og medfølelse er viktige dimensjoner i relasjonen med de etterlatte. Moden empati innebærer at man ved hjelp av sin forestillings- og fantasievne kan sette seg inn i andre menneskers situasjon og opplevelser. Det viktige med empatisk evne er at den er en konsekvent andre-orientert følelse (Nortvedt, 2012).

Profesjonelle hjelpere blir påvirket av å arbeide med andres smerter og eksistensielle problemer. Det krever å være av en profesjonell helper å være nærværende, støttende og omsorgsfull i et arbeid som er preget av store krav og forventninger. En blir både rørt, rammet og rystet (Bang, 2003). Informantene mener det er viktig å ha et støttende, ivaretagende og raust arbeidsmiljø, hvor kolleger ser hverandre, og hvor regelmessig veiledning blir prioritert.

Altruisme finnes hos de fleste mennesker. En ønsker å hjelpe andre uten en baktanke om å få noe igjen for dette. Andre vil hevde at en alltid vil finne en baktanke med hensyn til egeninteresse, f.eks et underliggende ønske om ros og belønning (Nortvedt, 2012). Å få anerkjennelse for sine handlinger er selvsagt viktig, men det er forhåpentligvis ikke det eneste som driver oss. Etikken bør være allmenngyldig og upartisk.

5.3 Hver-dags-livet

Fokusgruppen mener at etterlatte har behov for ro og hvile fra indre bearbeiding, noe som Arman og Rehnsfeldt (2012) bekrefter. Det er slitsomt å være i sorgprosessen. Det tar mye energi, og de sørgende blir trette. Informantene sier at de bruker å oppmuntre de etterlatte til å ta pause fra sorgen, for å prøve å normalisere hverdagen. Oppmuntre dem til å skape struktur. Selv om hverdagen er annerledes, har den noe beroligende over seg. Hver-dags-livet er viktig å gjenoppta i det tempo de klarer. Oppmuntre de etterlatte til å prøve å gjøre noe som pleier å gi glede. Selv om det ikke gir glede nå lenger, kan det gi

en god følelse. Det sosiale nettverket er en viktig medspiller her. Informantene oppmuntrer nettverket til å ta kontakt med de etterlatte for å normalisere tilværelsen, og gjenoppta hverdagsrutiner. De fraråder bruk av beroligende medikamenter og rusmidler for å slappe av. Det samme med sovemedisiner. I følge Dyregrov, Johnsen og Dyregrov (2012) kan mangel på søvn den første natten være av det gode, fordi tidlig søvn kan bidra til å konsolidere minner. Derimot er det viktig å sikre søvn fremover i tid for å redusere stressintoleranse og øke evne til selvhjelp. Informantene sin erfaring er som i to-sporsmodellen at det er viktig å ha plass til både sorgen og livet. I starten av krisen er det sorgen som tar mest plass, det er som etterlatte lever i sin egen boble, men etterhvert må sorgen og livet gå parallelt. Det er en myte å tro at sorgen blir borte. Men livet skal ta mer og mer plass, selv om sorgen aldri blir borte. Målet er at en skal få livskvalitet igjen, der den aktuelle hendelsen reduseres til et vanlig minne ved siden av alt annet som preger livet.

Fokusgruppen mener at hver-dags-livet er en del av den normale sorgprosessen. Den enkeltes hver-dags-liv vil utfordre hjelpepersonell i hvordan den enkelte kan hjelpes til økt selvstendighet, og ta tilbake hver-dags-livet og redusere lidelsen. Hver-dags-livet er alt som ruller og går fra rutiner, rammer og struktur, pluss merkedager, høytider, aktiviteter, hobbyer etc. Jobb/skole/barnehage er også en del av hver-dags-livet. Hver-dags-livet er noe som den enkelte har bygd seg opp, som det er viktig å komme tilbake til litt etter litt. De mener at hver-dags-livet er en hjelp til å normalisere tilværelsen og holde tak i livet. Vi gir ganske fort råd om viktigheten av å komme inn i rutiner igjen, at barna går i barnehage/skole etc. Informantene mener at det er viktig å samtale med de etterlatte om betydningen av hver-dags-livet. I følge Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) opplever svært mange at hverdagen snus opp ned og at alt det trygge blir utrygt, og at tilværelsen oppleves utrygg og at man ikke har kontrollen. Mye av det vi tar for gitt i hverdagen, gjelder ikke når en blir rammet av en krise, og den brutale omveltningen stiller store krav til å tilpasse seg det som har hendt både mentalt og følelsesmessig. I terminologien til Arman og Rehnsfeldt (2012) er det å være etterlatt etter selvmord er en livsavgjørende hendelse som setter «livet på hodet». I følge Dahlberg og Segesten (2010) tenker en ikke så mye over tilværelsen, men så fort noe uvanlig hender, noe så kraftfullt som død, da stilles hver-dags-livet på strekk/prøve. Da

er ingenting selvsagt lenger. Informantens erfaringer er også at de etterlatte ikke tenker så mye over tilværelsen før de plutselig opplever et selvmord i nære relasjoner. Da blir alt som vanligvis går av seg selv i det daglige, snudd opp ned.

Informantene mener at i hver-dags-livet tenker en ikke over hvor mye de daglige rutinene betyr for tryggheten i livet. Hvordan mennesker fungerer i hver-dags-livet er ofte et parameter på hvor godt de fungerer i livet. Klarer de etterlatte å opprettholde deler av hver-dags-livet gir det håp om bedring. Informantene mener at det er viktig å kartlegge den enkeltes hver-dags-liv. Hva er viktig for deg å holde tak i? Det gir også trygghet for både barn og voksne å opprettholde hver-dags-livet. I følge Dyregrov, Phlyn og Dieserud (2009) er det viktig å se hvordan den etterlatte har det i sitt hver-dags-liv. Generelt kan man si at dersom den etterlatte sover, spiser, arbeider/klarar skolearbeid og inngår i sosiale aktiviteter som før, er det få grunner til bekymring.

Å komme tilbake til arbeid og skole mener informantene er et viktig steg i normalisering av hver-dags-livet. Arbeid og skole kan bidra til avledning av tanker og følelser. Noen finner arbeid og skole befriende. Andre har en pliktfølelse til å komme tilbake til arbeid og skole snarest mulig. Igjen er det den etterlatte som selv må bestemme når arbeid/skole skal gjenopptas. Det kommer også an på hva slags arbeid/skole etterlatte er tilknyttet og om mulig tilretteleggelse. Informantene tilbyr ved behov etterlatte å være med på en samtale med arbeidsplass/skole for å planlegge re-oppstart. I følge Dyregrov, Johansen og Dyregrov (2012) kommer menn tidligere tilbake i arbeid enn kvinner. Det antas at kvinner er mer tapsorienterte, og menn er mer løsningsorienterte, selv om den ene stilen ikke nødvendigvis er bedre enn den andre. Denne erfaringen gir noen informantene uttrykk for, og i tillegg til kjønn mener noen at personligheten til den enkelte spiller en viktigere rolle enn kjønn i hvordan etterlatte reagerer.

5.4 Livsforståelse/livsverden

Pasientperspektivet er viktig i omsorgsvitenskapen, og for å komme så langt som mulig i forståelsen av pasientens livsverden. Den livsverdensteoretiske tenkningen omhandler

hele mennesket og den sammenheng det er innfelt i. Å ta utgangspunkt i livsverdenen til den enkelte etterlatte er både enkelt og komplisert fordi den har den hverdagslige tilværelsen i fokus (Dahlberg og Segesten, 2010). I følge Arman og Rehnsfeldt (2010) trekker de frem at i en livsavgjørende hendelse settes hele livet «på hodet». Ingenting blir det samme etterpå. Det samme er informantenes erfaringer. De mener at det å være etterlatt etter selvmord er som en livsavgjørende hendelse. De etterlatte opplever at verden stopper opp, alt blir annerledes, ingenting kan bli som før. I et omsorgsvitenskapelig perspektiv er det sentralt å notere seg de etterlattes identitet og selvfølelse og hvordan disse viktige aspekter ved eksistensen påvirker helsen. Derfor er det så viktig å møte den etterlatte i sin livsverden, hvordan det kroppslige og mentale er, og hvordan det kjennes for den enkelte (Dahlberg og Segesten, 2010).

I gjensidigheten forvandles det individuelle til noe universelt som begge parter kan forstå og dele. Dermed kan man anvende og forstå det individuelle på en ny måte. Det er i denne bevegelsen mellom helhet (det universelle) og del (det individuelle) som uttrykker den hermeneutiske komponenten i møtet som leder til økt forståelse og dermed helse og utholdende lidelse (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Informantene gir uttrykk for at DEF-modellen ikke er et helt entydig konsept fordi en vil forstå den på ulike måter, og den utvikles individuelt i den enkelte hjelper. Men knaggene i DEF-modellen er svært nyttige i møte med etterlatte etter selvmord, og i andre kriser og lidelser. Arman og Rehnsfeldt (2012) er tydelig på at DEF-modellen er et eksempel på at teori og empiri går hand i hand.

Informantene mener at de etterlatte er avhengig av støtte fra pårørende for å holde ut sorgen og komme videre i livet. Støtten fra pårørende er avgjørende i sorgarbeidet. Løgstrup (2010), sier at mennesker er ontologisk interdependente, dvs. avhengig av hverandre. Da blir medlidende i lidelsen en naturlig etisk handling. Dette gjelder både for etterlatte og omsorgsytere. Man kan med Løgstrups ord si at i livskriser kommer livsytringene frem og livsforståelsen blir synlig. Livsytringene viser hvem medmennesket egentlig er ontologisk sett. Den etterlatte er helt avhengig av andre for å skape seg en livsforståelse og klare seg gjennom livsforståelsesmørket som en

livsavgjørende hendelse ofte innebærer. For omsorgsyteren innebærer livsytringene at en åpner seg spontant for den andres situasjon og gjør det som er nødvendig (Arman og Rehnsfeldt, 2012).

Ut fra informantenes erfaringer i er det til enhver tid viktig å være der hvor den etterlatte er. Møte dem der de er i sin sorg. Morgon og Yoder (2011) skriver om helhetlig omsorg i forhold til konseptet pasientsentrert omsorg. McCance, Slater og McComack (2008) skriver om omsorg som en indikator på pasientsentrert omsorg. De mener at pasientsentrert omsorg må få innflytelse på praksis. Det er en helhetlig omsorg som ivaretar hele mennesket både biologisk, sosialt, psykologisk og åndelige.

Løgstrup sin metafor om «å ha noe av et menneskes liv i sin hånd» og «at noe av det andre menneskets liv er utlevert en» er en del av den omsorgsvitenskapelige tenkningen. Men det betyr ikke at det ene mennesket har den andres vilje i sin hånd.

Autonomiprinsippet (Nortvedt, 2012) er viktig å være bevisst. Den enkelte bestemmer selv over sitt liv, og tar sine egen valg. Grunnvilkårene i DEF-modellen mener informantene er svært viktig å ha med som viktige dimensjoner i møte med de etterlatte. Grunnvilkårene hjelper de etterlatte til å sortere i ansvar og frihet. Ansvar for eget liv, og fritar dem for ansvaret for den som tok sitt eget liv. Å hjelpe de etterlatte til å reflektere i grunnvilkårene hjelper de etterlatte med sorgarbeidet.

Livsverdenperspektivet inkluderer både fortid, nåtid og fremtid. Eksistensen, og dermed livsverdenen preges av sammenheng og mening (Dahlberg og Segesten, 2011).

Informantene er opptatt av viktigheten av å hjelpe de etterlatte til å sortere i sorgen i forhold til fortid, nåtid og fremtid. Disse dimensjonene er viktige, og i tillegg er det viktig å være bevisst på at livet sitter i kroppen. I følge Dahlberg og Segesten (2011) er det i omsorgsvitenskapen viktig å forstå at kroppen er mer enn bare et biologisk system. I et fenomenologisk og eksistensielt perspektiv og med livsverdenen som grunn, kan kroppen forstås som et subjekt, som en erfaring, det vil si som «levd». Den levde kroppen er fullt av minner, erfaringer, opplevelser, tanker, følelser og er både meningsbærende og meningsskapende Kroppen kan aldri reduseres til et objekt uten et subjekt. Den levde kroppen er fysisk, psykisk, eksistensiell og åndelig på samme tid.

Informantene sin erfaring er at de fleste etterlatte kommer seg videre i livet, men at de er avhengig av at de finner mening i det meningsløse. Antonovsky (1991) har med bakgrunn i studier av overlevende fra konsentrasjonsleirer formulert en teori om viktigheten av å ha en følelse av sammenheng og mening i livet. I følge Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) vil den meningsskaping som den enkelte er istand til å gjennomføre innvirke på den livskvalitet og vekst de opplever for seg selv og sammen med min familie og mitt sosiale nettverk. Informantene mener at den enkelte er unik og må finne sin egen meningsbrikke for å leve videre med sorgen. I DEF-modellen beskriver Arman og Rehnsfeldt (2012) mening i et av grunnvilkårene som er en viktig faktor i den enkeltes livsforståelse. Det blir spesielt tydelig når det skjer en livsavgjørende hendelse. Da trenger en andre mennesker for å skape mening i livet. Grunnvilkårene kan være en hjelp i å forstå livet. Informantene mener at grunnvilkårene er viktige for den enkeltes eksistens. Det er viktig at de som helsepersonell trekker frem grunnvilkårene ved behov, og reflekterer sammen med den etterlatte. Det må reflekteres både om livet og om døden.

Helsepersonell må gi rom for den spontane medfølelsen, sette fantasien i bevegelse og faglig kunne se, se om igjen, og vurdere hva en bør bidra med i den enkelte situasjon (Martinsen, 2003). Informantene er opptatt av viktigheten av å få frem livskraften og livsmotet hos den enkelte etterlatte. Alle har sin sorg, og sorgprosessen må gå i den enkelte sin takt, men den må gå fremover slik at de kan mestre hver-dags-livet igjen og komme seg videre i livet. De må skape et nytt hver-dags-liv uten den døde.

Veksten, modningen, og mestring av hver-dags-livet kommer ikke som en følge av det som hendte, men som resultat av det arbeid de rammede gjør i ettertid. Utfordringen er å utøve eksistensiell omsorg slik at vi stimulerer dette, og samtidig ivaretar de rammede på en respektfull måte (Dyregrov, 2007).

5.5 Refleksjon over gjennomføringen

Jeg har forsket på egen arbeidsplass, noe som medførte et bevisst valg om å bruke mentor for å ivareta nøytraliteten. Det er alltid en fare for å mikse rollene, og blande seg inn i diskusjonene. Noe som eventuelt kan påvirke resultatet. Det er også en fare for å virke belærende når en skal introdusere en ny modell på egen arbeidsplass. En balansekunst her er å trø varsomt og ikke overkjøre noen. Ut fra tilbakemeldingene fra fokusgruppen, oppfattet jeg det som at den balansen ble bevart. Men på den andre siden ser jeg positivt på å forske på et tema som jeg har innsikt i og som engasjerer både meg og mine informanter.

5.5.1 Drøfting av analysemetoden

I prosjektbeskrivelsen tok jeg utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske analyse slik denne er beskrevet av Malterud (2003). Og den innledende bearbeidingen av materialet ble gjort i henhold til beskrivelsen av denne analysemetoden. Etterhvert som jeg jobbet med analysen ble det klar at jeg ikke fikk frem det rikholdige materialet som jeg hadde fått frem gjennom fokusgruppen. Jeg endret derfor metode underveis til Lindseth og Norbergs (2004) fenomenologisk hermeneutiske analysemetode. Dette gjorde at jeg fikk kondensert og strukturert materialet på en bedre måte. Undertema kom tydeligere frem og hovedtema vokste frem i arbeidet med den transkriberte teksten.

Analysefasen ble dermed en prosess som forløp slik Malterud (2003) beskriver det – der fokus skjerper seg underveis. Det ble mange runder frem og tilbake for å finne den beste analysemetoden. I analyseprosessen er det bare jeg som har lyttet til intervjuene, det er jeg som har transkribert tekste, og det er jeg som har utført analysen. Malterud (2003) mener at det er mange gode grunner til at forskeren transkriberer sitt eget materiale. Gjennom at man selv er mellomledet mellom tale og tekst, får man sjansen til å gjøre seg kjent med materialet fra en ny side – og det er grunnlaget for de spørsmålene man stillet seg til teksten i analysefasen. Samtidige er det viktig å være oppmerksom på at dette også er et filtrerings- og tolkningsledd. Faren med egne transkripsjoner er altså at det jeg har hørt og innarbeidet i teksten gjør at jeg har lagt til eller trukket fra ting i analyseprosessen. Altså at jeg ut fra min forforståelse har jeg overtolket ting som har

kommet frem i materialet, eller at jeg gjennom transkripsjonen ikke har fått fram alle nyanser i det som er blitt sagt. Om analysen hadde blitt gjort av andre, kan det være at fokus hadde vært et litt annen enn når hele prosessen ble ivaretatt av meg.

Det at jeg er fagansvarlig i fagteam psykisk helse og kjenner arbeidsplassen godt kan være en styrke fordi jeg lettere kan identifisere historiene og få fram eksempler som belyser tema på en best mulig måte. Svakheter med å være godt kjent og en del av fagteamet er at min analyse kan være preget av det. Derfor har jeg hatt en mentor tilstede i alle fokusgruppene for å ivareta nøytraliteten så godt det lar seg gjøre. En forsker som ikke kjenner fagteamet hadde trolig stilt andre spørsmål til materialet – og fått andre svar. Etter beste evne har jeg prøvd å være kritisk til egen antakelser, forventninger, forforståelse og valg av tema i analyseprosessen. Informantene har vært medforskere gjennom prosessen i fokusgruppene, og gitt gode innspill til forskningen. Den største metodiske utfordringen i analysen har vært at alt henger sammen med alt og det lett kan bli noen kunstige inndelinger.

Veileder har vært inne i hele analyseprosessen, og jeg har etter beste evne gjort nytte av veiledningen. Det har vært mange utfordringer underveis for å få en helhet i presentasjonen av forskningen.

5.5.2 Drøfting av datainnsamling

Mitt utvalg av informanter er en homogen gruppe som jobber i samme fagteam. I alder og kompetanse er gruppen ganske homogen sammensatt. I fokusgruppen var det en leder. Det kunne gitt grunnlag for en hierarkisk rangordning, men i praksis ble det etter min oppfatning ikke slik. Styrken ved dette utvalget er at de er vant til å jobbe sammen og diskutere ting seg i mellom. Derfor var det ikke behov for å bruke tid på at informantene skulle bli kjent med hverandre, og kunne bruke innledningen til intervjuene til å presentere prosjektet. Utvalg av informanter som kjenner hverandre godt førte også til at diskusjonene i fokusgruppen ble livlige. Det resulterte at jeg fikk frem et rikholdig materiale.

En svakhet ved utvalget er at alle kommer fra samme kommune. Hadde utvalget vært satt sammen fra flere kommuner, kunne det ha gitt enda rikere beskrivelser. Men samtidig er omliggende kommuner svært ulikt organisert, så det er mulig det er bedre å gjøre liknede forskning i andre kommuner for å sammenlikne resultatene.

Utvalget består kun av kvinner, da det ikke er menn som arbeider i fagteamet. Det arbeider få menn i psykisk helsetjeneste i kommunene. Så sånn sett er utvalget representativt.

Det at jeg er fagansvarlig i fagteamet kan være både en styrke og en svakhet inn i forskningen. Ut fra materialet ser det ikke ut som dette har virket inn på samspillet i fokusgruppen. Det kan imidlertid se ut som dette har virket inn på lojaliteten til prosjektet. Det var stor oppslutning om fokusgruppene og deltakerne var engasjerte.

5.5.3 Forskningsetiske drøftinger

Jeg har gjennom denne oppgaven lagt vekt på å beskrive hele prosessen så tydelig som mulig, slik at det skal være klart hvilke prioriteringer som er gjort, og hva som er styrkene og svakhetene ved utvalg, datainnsamling og analyse. Dermed får leserne mulighet til å gjøre seg opp en mening om tilstrekkelige hensyn er ivaretatt underveis.

Informantene fikk informasjon om at all deltakelse var frivillig, og at det var mulighet for å trekke seg underveis. Ingen av informantene valgte å trekke seg.

Som forsker er det en etisk forpliktelse å ivareta stemmen til de som er informanter, og som bidrar med data til prosjektet. I presentasjonen av resultatene (kapittel 4), har jeg i størst mulig grad prøvd å la fortellingene stå fram med informantens stemme – samtidig som jeg har redigert teksten noe for at den skal stå fram som en god og lesbar tekst. En fare med en fenomenologisk tilnærming er at jeg kan overtolke resultatene, og presentere den på den måte som informantene ikke kjenne seg igjen i. Gjennom presentasjon av resultater og drøftinger, mener jeg at jeg er tydelig på hva som er mine tolkninger og hva som er informantenes stemmer.

5.6 Studiens betydning for praksis

Informantene har gitt tilbakemelding om at studien vil ha stor betydning for praksis både i fagteam psykisk helse og i det psykososiale kriseteamet. Forskningen har medvirket til at de kan utøve mer faglig og emosjonell trygghet overfor etterlatte etter selvmord. Det er ikke nok å være medmenneske, en må også ha faglig kompetanse innen eksistensiell omsorg. Å oppmuntre de etterlatte til å holde tak i hver-dags-livet har stor betydning for sorgprosessen. Det samme med at den etterlatte må akseptere de faktiske realiteter for å integrere sorgen i hver-dags-livet. Samtalene med de etterlatte må være strukturerte. De må gå i egen takt, men den må gå fremover. I løpet av studien ble DEF-modellen integrert i fagteamet psykisk helse og blant noen av medlemmene i kriseteamet og brukes pr. dags dato i både i forhold til etterlatte etter selvmord og ved andre typer sorg. Jeg har en plan om å overføre kunnskapen fra studien til de andre medlemmene i det psykososiale kriseteamet.

5.7 Videre forskning

Informantene mine har mye kunnskaper om eksistensiell omsorg, vil jeg fått samme resultat om jeg hadde forsket i en annen kommune? Omsorgsvitenskapen er profesjonsnøytral. Vile jeg fått samme resultat ved forskning på andre yrkesgrupper? Kan DEF-modellen brukes som en forberedelse i møte med alle typer sorg? Det kan være spennende å utforske om denne tilnærmingen kan generaliseres til andre typer sorg. Et prosjekt vil være å forske på hvordan etterlatte etter selvmord er fornøyd med den eksistensielle omsorgen som blir gitt.

6 KONKLUSJON

Eksistensiell omsorg er alt du bidrar/hjelper/støtter de etterlatte med for å opprettholde hver-dags-livet, både relasjonelt og praktisk. Erfaringene til fokusgruppen bekrefter at underpunktene i DEF-modellen samsvarer med praksis og er nyttige knagger i samtale med etterlatte. Å være medmenneske er grunnleggende i all kontakt med etterlatte etter selvmord. Kontakten må ta utgangspunkt i den enkeltes individuelle behov og hver-dags-liv. For å klare å være et godt medmenneske for de etterlatte kreves ikke bare medmenneskelighet, men også kompetanse i eksistensiell omsorg. Samtalene med de etterlatte bør ikke være frittflytende, men ha en struktur fordi det gir håp og trygghet. De etterlatte må gå i sin egen takt, men den må gå fremover. Forutsetningen for at etterlatte skal klare å komme videre i sorgen er at de først må akseptere at det har skjedd et selvmord. De må akseptere de faktiske realitetene.

Hvordan etterlatte mestrer hver-dags-livet er et parameter på hvordan de fungerer i livet. Den første tiden har de behov for psykoedukasjon, og hjelp til å skape struktur og rammer for å klare hver-dags-livet. Det er selve møtet med og relasjonen til den etterlatte som bidrar til hvordan de etterlattes behov ivaretas. De eksistensielle spørsmålene om livets innhold, verdier, prioritering og hvordan en forholder seg til hverandre. Det er det som er livet og eksistensen. Med å være bevisst egne holdninger og verdier i møte med den etterlatte, kan vi bidra til at de bruker sin livskraft og livsmot til å leve livet på en god måte. De etterlatte må oppmuntres til å ta regi over eget liv. Sorgen må normaliseres og integreres i hver-dags-livet. Eksistensielle endringer i livet er normalt i en sorgprosess. Livet blir aldri det samme som før selvmordet. Det betyr ikke at det ikke blir bra, men det blir annerledes.

6.1 Hva har jeg lært?

Det finnes ingen oppskrift eller fasit på hvordan vi kan gi eksistensiell omsorg til de etterlatte. Den eksistensielle omsorgen må alltid ta utgangspunkt i den enkeltes behov. DEF-modellen kan være en veileder som gjør at en er mer forberedt på å møte de utfordringen en står overfor i møte med den etterlatte. Jeg har lært at det som virker i møte med de etterlatte er de holdninger og verdier du møter den etterlatte med. Den

eksistensielle omsorgen vises i alt du sier og gjør. Etikken går som en rød tråd gjennom den eksistensielle omsorgen. Å ha fokus på eksistensiell omsorg kan påvirke bevisstheten og kvaliteten på omsorgen til etterlatte etter selvmord. Det å være i den etiske treklang er utfordrende og medfører at en er avhengig av et støttende og ivaretakende arbeidsmiljø for å ha nok egenstyrke til å utforske eksistensen og de eksistensielle spørsmålene sammen med den etterlatte. Det er krevende å være en tåler.

Som jeg har vist i drøftingen i kap. 5 har forskningen metodisk vært en stor utfordring i forhold til å være systematisk i fordi alt henger sammen med alt. Det kan derfor være noen kunstige skille mellom temaene.

REFERANSER

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur. Apoteket (2008), 4.
- Andersen, M. (2012). Integritet som begrepp och princip för god vård, kap. 23. Gustin. L.W. & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur AB.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. DEF – *Det Existentiella Förbundet*. Existentiellt omhandertagande efter katastrof. Stockholm: Liber; 2012
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Etik i vårdandet. Stockholm : Liber AB.
- Arman, M & Rehnsfeldt, A. (2007) The «Little Ekstra » that alleviates suffering. Nursing Ethics Sage.
- Arman, M. (2007). Bearing witness – an existential position in caring. Contemporary Nurse, 27(1), 84-93.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bell, J., Stanley, N, Mallon, S, Manthorpe, J., *Illness, Crisis & Loss* (2012) Life will never be the same again: Examining grief in survivors bereaved by young suicide. Cinahl.
- Bøhle, S. (1988). *Noen blir tilbake*. Oslo. Ex Libris.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *HÄLSE & VÅRDANDE. I TEORI OG PRAXIS*. Natur & Kultur. Stockholm.

- Dahlberg, K. (2014). *ATT UNDERSÖKA HÄLSA & VÅRDANDE*. Natur & Kultur. Stockholm.
- Dyregrov, A., Johnsen, I. & Dyregrov, K. (2012) *Hvordan lede sorggrupper?*; en håndbok for sorggruppeveiledere. Oslo; Abstrakt forlag.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in young children. A handbook for adults*. London.
- Dyregrov, A. (2010). *Å ta avskjed*. Ritualer som hjelper barn gjennom sorgen. Bergen. Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2014). Sorgen har mange ansikter. Tidsskrift, Psykisk helse, nr.5, s.38.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support*. The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals. Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet – veien videre*. Oslo. Abstrakt Forlag.
- Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2000). Etterlattestudien. Omsorg for etterlatte ved selvmord. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, K. (2006b). Hvordan ønsker unge selvmordsetterlatte å bli møtt av psykologer? - en brukerundersøkelse. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 43, 787-794.
- Dyregrov, K. (2008). Psykososiale belastninger for unge etterlatte ved selvmord: Ønske

- om bistand fra hjelpeapparatet. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 43, 14-18.
- Egnew, T. (2005). The meaning of healing: Transcending suffering. *Ann Fam Med.*; 3(3), 255-62.
- Eriksson, K. & Lindstrøm, U.Å. (2003). *GRYNING II*. Vasa. Åbo Akademi.
- Gadamer, H-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo. Cappelen.
- Gusting, L.W. & Bergholm, I. (red.) (2012). *Vårdvetenskaplige begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur AB.
- Hall, B. J., Canetti, S. Johnson, D., Palmieri, R. J., Galea, P.A. & Hobfoll, S. (2010). Exploring the association between posttraumatic growth and ptsd.; National study of jews and arabs following the 2006 israeli-hezbollah war. *Jornal of Nervous and Mental Diseas*, 198(3), 180-186.
- Helsedirektoratet (2011): *ETTER SELVMORDET – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. IS-1898.
- Helsedirektoratet (2011): *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. IS-1810.
- Helse- og omsorgstjenesteloven : <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
lest 01.04.2015
- Johnston, N. (2007). Finding Meaning in Adversity. In Johnston & A Scholler-Jaquish (Eds.), *Meaning in Suffering – Caring Practices in the Health Professions*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

- Kalischuk, R.G. & Davies, B. (2001). A theory of healing in the aftermath of youth suicide: implications for holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*; 19 (2): 163-86.
- Kendrick, K.D. & Robinson, S. (2002) «Tender Loving Care» as a relational ethic in nursing practice. *Nursing Ethics*. Arnold.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo.: Gyldendal akademiske.
- Lindholm, L. Nieminen, A., Maleøa, C., Rantanen-Siljamaki, S. (2006). Clinical Application Research: A Hermeneutical Approach to the Appropriation of Caring Science Qual. *Health Res*, 16 (1), 137-150. Tilgjengelig fra <http://ghr.sagepub.com/content/16/1/137.full.pdf+html>
- Lindholm, L. (2003). Klinisk applikasjonforskning – en forskningsapproach for vårdvetenskapens tillagnade. Eriksson K. & Lindstrøm U.Å (2003). *GRYNING II*. Vasa. Åbo Akademi.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004): A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18, 145-153.
- Løgstrup, K. E. (1962). *Den etiske fordring* (4 utg.). Aarhus, Klim; 2012.
- McComack, B. & McCane, T. (2010). *Person-Centred Nursing*. Theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCance, B., Slater, P. & McComack, B. (2008). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*.
- Malterud, K. (2013). *Kvantitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo.

Universitetsforlag.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe forlag.

Martinsen, K. (2003). *Øyet og kallet*. Bergen. Fagforlaget, 2000.

Mehlum, L. (2007). *Tilbake til livet*. Kristiansund S. Høgskoleforlaget AS.

Morgon, S. Yoder, L.H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centred Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(6), 6-15.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. En innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*.

Nordengen, P. (2010). *Alt har sin tid – om omsorg og krise, håp og muligheter*. Skagerrak Forlag AS.

Nåden, D. (2002): Encounter: A Fundamental Category of Nursing as an Art. *International Journal for Human Caring*, 6(1), 34-39.

Raundalen, M. & Schutz, J-H. (2010). *Kan vi prata med barn om allt? - de svåra samtalen*. Lund. Studentlitteratur.

Rehnsfeldt, A & Arman, M. (2012). Significance of close relationships after the tsunami disaster in connection with existential health - a qualitative interpretive study. *Scandinavian Journal of Caring*, 20(3), 537-45.

Rehnsfeldt, A. (2005). The relevance of the ethics of understanding of life in nursing. *International Journal for Human Caring*, 9(4).

- Rehnsfeldt, A. (2005). The relevance of the ethics og understanding of life in nursing. *International Journal for Human Caring*, 9(4).
- Rehnsfeldt, A. & Arman, M. (2005). Livsforståelseetik och vittnesbörd – vårdetiska aspekter, *Vård i Norden*, 25(3), 19-23.
- Rehnsfeldt, A & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 265-272.
- Rehnsfeldt, A. (1999). Møtet med pasienten i ett livsavgjørende skede. Doctoral thesis, Institutionen for vårdvetenskap: Åbo Akademi, Finlang.
- Råholm, M., Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2008). The immediate lived experience of the 2004 tsunami disaster by Swedish tourists. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6),597-606.
- Swickert, R. & Hittner, J. (2009). Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Journal of Health Psykologi*, 14(3), 387-393.
- Terhorst, L. & Mitchell, A.M. (2012). Ways of Coping in Survivor of Suicide. *Issues i Mental Health Nursing*, Jan:33(1): 32-8). Chinal.

Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagnes gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Arne Rehnfeldt
Avdeling for helsefag Høgskolen Stord/Haugesund
Klingenbergsvegen 8
5414 STORD

Vår dato: 07.05.2014

Vår ref: 38680 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38680	<i>Hva kan hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet? En utforskning av eksistensiell omsorg med utgangspunkt i DEF-modellen.</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Arne Rehnfeldt
Student	Liv Jorunn Øvrebo

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjme.svarval@ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no

Vedlegg 2 – Henvendelse til prosjektavdelingen

Liv Jorunn Øvrebø
Kattanakkveien 23 c
5518 Haugesund

Haugesund, mandag den 19. mai 2014

Prosjektavdelingen

Henvendelse vedrørende prosjekt om etterlatte etter selvmord

Som masterstudent i klinisk helse -og omsorgsvitenskap ved Høgskolen Stord/Haugesund, skal jeg skrive en masteroppgave om hva som kan bidra/hjelpe etterlatte etter selvmord til å gjenoppta hver-dags-livet ved hjelp av den eksistensielle omsorgsmodellen – DEF-modellen.

Tilnærmingen til prosjektet skjer ved bruk av klinisk applikasjonsforskning. Dette betyr at prosjektet er relativt åpent – og at deltakerne kommer til å fungere like mye som medforskere som informanter. Forskningen skal være et samarbeidsprosjekt.

Metoden for datainnsamlingen er flerstegs fokusgruppeintervju. Arbeidsplassen velger ut en gruppe på 5-6 personer som kan tenke seg å delta. Det vil bli gjennomført 3 - 4 intervjuer med noen ukers mellomrom. Hvert intervju vil vare omlag 1,5 time, og ha en innledning om tema og eksistensiell omsorg. Referat fra disse intervjuene vil bli brukt i masteroppgaven. Deltakerne vil ikke bli indentifisert i utskriftene av intervjuene – det vil bli gruppens synspunkt som helhet som vil bli referert.

Deltakerne får eget informasjonsskriv, der anonymitet, oppbevaring og sletting av materiale og mulighet for å trekke seg underveis er nærmere beskrevet.

I masteroppgaven vil deltakerne bli anonymisert.

Med vennlig hilsen
Liv Jorunn Øvrebø
masterstudent i klinisk helse-og omsorgsvitenskap

Vedlegg 3 – Informasjon til deltakerne/samtykkeerklæring

Informasjon til deltakere/samtykkeerklæring

Som masterstudent i klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen Stord/Haugesund, skal jeg skrive en masteroppgave om hva som kan bidra/hjelpe etterlatte etter selvmord til å til å gjenoppta hver-dags-livet ved å bruke den eksistensielle omsorgsmodellen – DEF-modellen.

Metoden for prosjektet er klinisk applikasjonsforskning med bruk av flerstegs fokusgruppeintervju. Det vil bli gjennomført 3-4 intervjuer med samme gruppe med noen ukers mellomrom. Hvert intervju vil starte med en innledning om den eksistensielle omsorgsmodellen - DEF modellen. Hvert intervju vil vare omlag 1,5 time. Referat fra disse intervjuene vil bli brukt i masteroppgaven.

Hver enkelt deltaker vil ikke bli identifisert i utskriftene av intervjuene – det vil bli gruppens synspunkt som helhet som vil bli referert.

Prosjektet er relativt åpent – og deltakerne kommer til å fungere like mye som medforskere som informanter. Tanken er at vi sammen setter ord på erfaringsbasert kunnskap, utvikler nye spørsmål og lufter nye strategier som kan tas i bruk.

Intervjuene vil bli tatt opp på digital opptaker, og skrevet ut av meg. Utskrifter vil bli oppbevart i låsbart skap på min arbeidsplass. Etter bestått eksamen vil opptak og utskrifter (rådata) bli makulert/slettet.

Deltakere i prosjektet kan når som helst – og uten å oppgi grunn – trekke seg fra prosjektet.

Professor Arne Rehnsfeldt er prosjektleder og veileder for prosjektet.

Som deltaker beholder du en kopi av samtykkeerklæringen.

Jeg har lest informasjonen, og gir hermed mitt samtykke til deltakelse i prosjektet.

Sted:

Dato:

Prosjektdeltaker

Liv Jorunn Øvrebø,
masterstudent

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Intervjuguide for fokusgruppeintervju

Velkommen – kort presentasjon av moderator og prosjektdeltakere.
Praktisk informasjon om bl.a. opptaksutstyr, varighet, mat og drikke.

Kort om hensikten med studien og tema.
Kort om muligheten til å trekke seg underveis.

Kort om databehandling, NSD og andre praktiske spørsmål.

Kort om fokusgruppe som metode.
Spørsmål om hensikt og metode?

Regler for fokusgruppe:

Snakke etter tur – moderator leder gruppen og lager eventuelt talerliste.

Taushetsplikt i gruppen.

Unngå å bruke eksempler med navn på pasienter – skal ikke være taushetsbelagte opplysninger på opptak.

Det finnes ingen rette eller gale svar – hensikten er å få fram både enighet og uenighet.

Alles erfaringer og tanker har betydning. Moderator griper inn dersom noen ikke kommer til orde.

Tema:

Hvert intervju utgår fra den eksistensielle omsorgsmodellen – DEF-modellen, og starter med en innledning om modellen.

- **Modellen bygger på sju grunnantakelser:**
 - **1 Det eksistensielle såret er noe naturlig**
 - **2 Medmenneskelighet virker som «lys» i mørket**
 - **3 Kravløs omsorg er grunnlaget for forløpet**
 - **4 Ytre omsorg gir indre lindring**
 - **5 Konkret handling kan skje i fellesskap**
 - **6 Læring og utvikling skjer i fellesskap**
 - **7 Såret åpnes og lukkes i intervaller og er uavhengig av tid.**
- **Helsens paradokser**
- **Livsforståelse**
- **Hjelperens holdning**

Vedlegg 5 – Utdelt ark til laminering

DEF-modellen

(Den eksistensielle omsorgsmodellen, Arntzen og Røhnfeldt, 2012)

DEF-modellen er en klinisk omsorgsvitenskapelig modell, hvor metoden er eksistensiell omsorg til mennesker i en livsavgjørende hendelse.

DEF-modellen har som mål å lindre akutt lidelse og forebygge langsiktig lidelse.

Sju grunnantakelser i DEF-modellen

1. Det eksistensielle såret er noe naturlig.
2. Medmenneskelighet virker som «lys» i mørke.
3. Kravløs omsorg er grunnlaget for forløpet
4. Ytre omsorg gir indre lindring.
5. Konkret handling kan skje i fellesskap.
6. Læring og utvikling skjer i fellesskap.
7. Såret åpnes og lukkes i intervaller, og er uavhengig av tid.

Universelle behov i en krise:

1. Oppsøking og tilbud om hjelp etter behov.
2. Nærhet
3. Naturlig møte
4. Fellesskap
5. Fortelling
6. Rolig avledning
7. Kontinuitet og tid.

Grunnvilkårene

1. Døden - livet
2. Ensomhet - fellesskapet
3. Mening – meningsløshet
4. Frihet – ansvar
5. Sårbarhet – livskraft/livsmot

Helsens paradokser – tolkning av det indre og eksistensielle kaoset

Els. Mening- meningsløshet, kaos-ordning, håp-fortvilelse, apati-livskraft

Livsforståelse – inneholder menneskene sine forståelse av livet.

Liv Jorunn Øvreha, 22.09.14