



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning, fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 49

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

Vegleiar: Åse Renolen

Sjå meg, tål min smerte

”Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon hjelpe etterlatte i sorg etter sjølvmod?”



Bachelor utført ved

Høgskulen Stord Haugesund- Avd. Stord- Sjukepleie

Kandidatnummer:49

Antall ord:9000

(Etter ekskludering av det som ikkje skal tellast med)

Samandrag

I Noreg tek over 500 mennesker livet sitt kvart år, og fleire tusen etterlatte sit igjen. Sjølv mord skjer etter eigne vilje og er derfor tyngre og takle enn anna brå død. Det som ligg bak ei slik hending fører med seg ei komplisert sorg med mange forløp. Manglande rutinar, usikkerheit og lite kunnskap om etterlatne sine behov er eit hinder for oppfølging av etterlatne. I denne oppgåva ynskjer eg å kaste meir lys over sjølv mordsproblemet, med hovudfokus på dei etterlatne. Korleis eg kan gi hjelp og forstå situasjonen til dei etterlatne, sett ut i frå sjukepleiefagleg perspektiv.

Eg har teke for meg eit litteraturstudie som var eit krav til denne oppgåva. Forskningsartiklane eg har brukt tek for seg dei etterlatne etter sjølv mord og korleis dei opplever at støtteapparata tek hand om dei og korleis dei føler resten av samfunnet ser på dei. Også kor viktig hjelpa i den akutte fasen er.

Eg drøfter problemstillinga mi : ”Korleis sjukepleiar gjennom kommunikasjon kan hjelpe dei etterlatne i sorga etter sjølv mord?”, der eg fokuserer på kommunikasjon og relasjon mellom sjukepleiar og pasient. På denne måten vert sjukepleiar kjent med etterlatne sine behov, og utfører tiltak ut i frå dei. Ved å drøfte dette ser eg at det er viktig at sjukepleiar skapar ein relasjon til dei etterlatne, fremmar håp og er open om hendinga. Tilbod om hjelp må komme tidleg etter hendinga, og gjennom studia ser eg at behovet for hjelp blant dei etterlatne er stort. Det er viktig at den som hjelper har kunnskap, er lyttande og viser empati.

Summary

Each year over 500 people in Norway take their own lives, and several thousand of family members are left behind. Suicide happens at the persons own will, and suicide is therefore harder to cope with for those left behind than a sudden death. Lack of routines, uncertainty, and lack of knowledge about the needs of those left behind is an obstacle for following up those left behind. In this study I aim to shed light on the problems concerning suicide, focusing on those who are left behind. How can I help and understand the situation of the grieving seen from a nursing academic perspective.

This is a literature study which was an aquirement to this task. The research articles which I have used in this study examines those who are left behind after a suicide and how they perceive that the support units take care of them. The research articles also examine how those left behind feel that the rest of the society looks at them, and the importance of help given in the acute phase.

I discuss the problem in this study which is: "How can a nurse through communication help those left behind in mourning after a suicide?", where I focus on communication and relation between the nurse and those left behind. This way the nurse get to know the needs of those left behind, and can start interventions based on these needs. By discussing this, I see that it is important that the nurse creates a relationship with the bereaved, promotes hope and is open about the suicide. Offer about help must come soon after the incident, and during the study I see that the need for help among those who is left behind is huge. It is important that the one who helps has knowledge, is a good listener and is showing empathy.

Forord

Eg saknar deg slik

*Eg blir ikkje kvitt dei, dei har
røta seg fast
desse orda, kva kunne eg gjort?
Var eg for vikande, var eg for feig?
Eg kan ikkje jage dei bort.*

*Kvar einaste dag må eg leve med
at du brått kutta alle band.
Du takka nei til livet,
fordi du ikkje meining fann.*

*Forstod du ikkje kor elska du var?
Var det ikkje tungt å dra?
Kan hende er det ikkje slik det er,
Når ein har tenkt seg av stad.*

*Hadde du vore her, akkurat no
skulle eg ha halde deg fast!
Og sagt at eg aldri ville la deg dra,
og med deg står eg last og brast.
Det var så mykje som aldri vart sagt*

endå så like vi var.

*Vi skulle ha opna opp stengde rom,
og fått fram både spørsmål og svar.
Eg saknar deg slik, kjensla sting og brenn,*

Tung time i vakenatt.

Det fins ingen stader å gøyme

seg bort,

frå tanken, du kjem ikkje att

Forfattar: Ukjent

(Suicidiologi, nr 1/2009 14 årgang, s. 24)

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	1
1.3 Presentasjon av problemstilling	1
1.4 Presisering av problemstilling	2
1.5 Føremål med oppgåva.....	2
1.6 Omgrepsavklaring.....	2
2.0 Teoridel.....	3
2.1 Sjølv mord.....	3
Dømming og stigmatisering	4
2.2 Krise og Sorg	4
2.2.1 Sorg hos etterlatne ved sjølv mord	5
2.2.2 Faktorar som påverkar sorgprosess/reaksjonar	5
2.3 Sjukepleie til menneske i psykisk krise	6
2.3.1 Kva er målet med hjelpa vi gir?	6
2.3.2 Hjelp i akutte fasen.....	6
2.4 Kommunikasjon.....	7
2.4.1 Kommunikasjon som symbolsk samspill	8
2.4.2 Empati.....	8
2.4.3 Lytting.....	9
2.4.4 Relasjon	9
2.5 Sjukepleie teoretikar - Travelbee	10
2.5.1 Menneskesyn og syn på sjukepleie	10
2.5.2 Kommunikasjon.....	11
2.5.3 Menneske til menneske forhold.....	11
2.5.4 Overordna mål.....	11
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.1.1 Etske vurderingar.....	13
3.1.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk	13
3.2 Litteratursøk og datainnsamling	14

4.0 Funn/ resultat.....	15
5.0 Drøfting.....	18
5.1 Stigmatisering og sjølvmod sorg - dagens samfunn	18
5.2 Gi etterlatne hjelp gjennom kommunikasjon	20
5.3 Sjukepleiar rolle i forhold til dei etterlatne	23
7.0 Konklusjon	26
8.0 Referanser	27
Vedlegg 1.....	29

1.0 Innleiing

1.1 Introduksjon

Livet byr sjeldnare på hardare slag enn når ein av dine næraste tek sit eige liv. Sjølv mord skjer oftast brått og uventa. I og med at sjølv mord er viljestyrt og vert sett i bevegelse av den avdøde sjølv kan dette vere vanskelegare og tyngre å takle enn ein brå død. Mange nordmenn opplever sjølv mord blant sine næraste. Blant unge menneske er sjølv mord ein av dei fremste dødsårsakane på verdsbasis. Det har i mange hundre år vore mykje skam og tabu rundt dette temaet, både offentleg og privat. Ved generelle ulykker tek dei for seg grundige analysar, etter sjølv mord er det vanleg å vere taus utan noko grundig gjennomgang (Dyregrov, Plyhn og Diserud, 2009). I denne oppgåva ynskjer eg å kaste meir lys over sjølv mordsproblemet, med hovudfokus på dei etterlatne. Korleis eg kan gi hjelp og forstå situasjonen til dei etterlatne, sett ut i frå sjukepleie fagleg perspektiv.

1.2 Bakgrunn for val av tema

I denne oppgåva har eg teke utgangspunkt i mi interesse innanfor psykiatrien. Eg har enda ikkje hatt psykiatripraksis, men psykiatri er eit emne som opptar mi interesse innanfor sjukepleia. Som val av tema rettar eg fokuset mot eigne opplevde erfaringar, emnet vart då å skrive om etterlatne etter sjølv mord. Temaet er vorte lite omtalt i undervisninga på skulen, her har det vore meir fokus på den førebyggjande delen. Årsaka til at eg valte dette temaet er fordi eg har sett kor nyttelaus ein kan føle seg som støttande i eit slikt tilfelle og kor viktig der er med oppfølging til dei som sit igjen. Eg fekk også følelsen av at kunnskapane mine ikkje strekte til. Bachelor oppgåva vert for meg ei utfordring som er med på å auke kunnskapsnivået innanfor dette feltet, samt å betre forståing for korleis ein yter sjukepleie til pasientar i sorg som har gjennomgått ei slik krise.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga mi er: ” Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon, hjelpe i sorga hos etterlatne ved sjølv mord?”

1.4 Presisering av problemstilling

På grunn av ordbegrensningar og tidsperspektiv velgjer eg å fokusera på familien som pårørande. Arenaen eg som sjukepleiar ser for meg å møte dei på, og som er aktuell for min

praksis, er i sjukehusavdelinga. Ca rundt 50 av dei som tek livet sitt er innlagt på psykiatrisk avdeling. Etterlatne kjem då til avdelinga for evaluering for behov av behandlarar og innsyn i journal. Her møter sjukepleiar pårørande i den akutte fasen. Eg vel og ha fokuset på dette med kommunikasjon, i og med at det er gjennom kommunikasjon ein dannar relasjonar til pasienten.

1.5 Føremål med oppgåva

Føremålet med oppgåva vil vere å nytte seg av relevant forskning, primær- og sekundær litteratur for å undersøka korleis sjukepleiar kan få betre innsikt i behandling av etterlatne etter sjølv mord. Føremålet for min eigen del er å auka min kompetanse for korleis sjukepleiar kan gi oppfølging til etterlatne i den akutte fasen av sorgprosessen. Eg håpar på at arbeidet med denne oppgåva vil vere med på å gi meg ein refleksjon på kva sjukepleie er og bør vere i denne samanhengen.

1.6 Omgrepsavklaring

Psykologen E. Shneidman definerte i 1985 sjølv mord på følgjande måte:

I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført død, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov. Individet opplever krisesituasjonen på en slik måte at selvmord ses som den beste løsningen. (Sitert i Dyregrov, 2009., s. 25)

2.0 Teoridel

2.1 Sjølv mord

I Noreg tek over 500 menneske sitt eige liv kvart år. Offisiell statistikk (2009) viser at det er 69 fleire menn enn kvinner som tek sitt eige liv. I 2009 vart det registrert 573 sjølv mord (Folkehelseinstituttet). Fleire tusen etterlatne sit igjen i sjokk og forvirring med spørsmål dei så gjerne skulle hatt svar på. Korleis forstå at nokon du er glad i vel døden framfor livet og sine næraste? Korleis leve eit liv med skyld, sinne og skam i tillegg til sagn og sorg? Undersøkingar viser at møte med andre i same situasjon er til størst hjelp for denne gruppa etterlatne (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord). For mange kan også profesjonell hjelp vere viktig, fordi å skape innsikt i kva som har skjedd i avdødes sinn då ulykka fann stad kan vere vanskeleg. I og med at sjølv mord er svært vanskeleg å forstå seg på, er det viktig at prosessen fram til ei forklaring som ein kan leve med får gå sin gang for det etterlatne (Dyregrov et al.,2009).

Sjølv mord skjer brått og som oftast heilt uventa. Ein slik tragedie er mest dramatisk for barn og ungdom å miste foreldre, for foreldre å miste barn, eller å miste ektefelle, sambuar eller søsken (Dyregrov et al.,2009). Dei fleste er nært knytt til mange, både naboar, familie, vener og kollegaer. Når slike band brått vert rivne bort ved sjølv mord, fører dette med seg stor sorg og smerte hos dei etterlatne (Dyregrov et al.,2009). Det at døden skjer etter eigen vilje, gjer at dei fleste etterlatne leiter etter svar på kvifor dei avdøde tok sit eige liv – eit spørsmål som ikkje kan besvarast. Ved sjølv mord følgjer ofte forlenga eller det ein også kallar komplisert sorg.

Sjølv mord er ofte skjult død og vert sjeldan omtalt i media, sjølv om det ofte dør meir enn dobbelt så mange i sjølv mord enn trafikkulykker. Dei fleste ønskjer å vere meir open om sjølv mord, men ikkje med same type dekning som ulykker. For å hindre ”smitteeffekt er det viktig at vi unngår sensasjonsprega oppslag i media. Sjølv mordsetterlatte går ofte glipp av lokale støttegrupper som vert aktivisert etter omtale i media etter andre små og store ulykker. På ei anna side er det ikkje nødvendig med store presseoppslag for å mobilisere hjelp, men openheit frå dei etterlatne vere med på å mobilisere hjelp (Dyregrov et al.,2009).

Dømming og stigmatisering

Dømming og stigmatisering av sjølv mord har også inkludert det norske samfunn. Holdningar endrar seg over tid, no er det meir forståing og mindre dømming. Det har veksla mellom forståing og aspekt både til den som tok livet og dei rundt. Dei siste tiår har vist endringar med eit meir empatisk syn. Det er no større toleranse og meir fleksibilitet i samfunnet. Før viste det seg å vere meir tabubelagt. Sjølv om det ikkje er dokumentert, opplever endå nokon fordømming etter sjølv mord. Dette kan også ha med opplevinga å gjere utan at omgivnadane meiner å signalisere slike holdningar (Dyregrov et al, 2009).

2.2 Krise og Sorg

Krise er ei indre forstyrning som oppstår av ei stressande hendig eller oppleving. Sjølvbiletet og personlegdommen vert trua. Dei vanlege meistringsmetodane hos menneska visar seg å ikkje strekkje til. Individet føler derfor ein aukande angst. Av og til ser individet samanheng mellom trusselen og krisesituasjonen, andre gonger ikkje (Hummelvoll,200).

Cullberg skiller mellom utviklingskriser (hendelser som er ein del av menneskets liv) og traumatiske kriser (uventade og vanskelege ytre påkjeningar). Ei krise utløyser reaksjonar som viser seg i tankar, følelsar og atferd. Rett etter ei krise er det eit følelsesmessig kaos, det er vanskeleg å halde orden på tankane og ein får problem med å konsentrere seg og få med seg ny informasjon (Renolen, 2008).

Cullberg nemner fire fasar i ei krise: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Desse kan ikkje klart skillast og av og til kan ein av fasane mangla. Kvar fase har sine kjenneteikn og terapeutiske utfordringar (Renolen,2008).

Sorg er reaksjonar på betydelege tapsopplevingar. Sorg tek mange ulike former og har varierende lengd og uttrykk avhengig av personen sjølv, ved situasjonen og omgivnadane. Tilstanden er normal og smertefull og kan komme til uttrykk på mange måtar: fysiske reaksjonar, følelsesmessige reaksjonar, tankemessige reaksjonar, atferdsmessige reaksjonar og endring i relasjonar og roller. Erich Lindeman nytta seg av ein fasemodell for å beskrive sorgen: 1) sjokk og benekting, 2) akutt sorg og 3) lausriving (Bugge et al.,2003).

Å miste ein av våre næraste rammar oss alle og er ei stor påkjening. Etter eit slikt tap ser ein for seg framtida som trist og trøsteslaus, livet mister si meining og ein ser ikkje for seg livet vidare. Håpløyse, einsemd og manglande livslyst er fenomen som oppstår ved tapsopplevingar (Renolen,2008). I slike stunder kan det gjere godt å vere aleine, men å lære

noko om sorg og sorgreaksjonar frå andre som har gjennomgått sorgprosessen kan vere til hjelp (Retterstøl og Dahl, 1995).

2.2.1 Sorg hos etterlatne ved sjølv mord

Sjølv mord skjer etter eigen vilje, og er derfor tyngre og takle enn annan brå død. Dei som sit igjen leitar etter svar på kvifor avdøde tok sit eige liv- eit svar som kan gi forståing for handlinga, slik at ein på ein eller anna måte kan forsone seg med hendinga og oppretthalde meining i kvardagen (Dyregrov,2009).

Det er mykje som ligg bak ei slik hending, og det er derfor mykje som skal bearbeidast. Sorga vert derfor meir komplisert og har mange forløp. Det er viktig å ikkje legge lok på sine reaksjonar. Det gjer det vanskeleg å overvinne dei. Nokon av dei normale reaksjonane er: sinne, fortvilning, sjokk, angst, smerte, svik, uverkelegheitkjensle, tap og skuld (Dyregrov, 2009). I nokon tilfeller føler ein også lettelse- det er godt at det gjekk som det gjekk (Leve.no). Uvanleg er det heller ikkje å føle seg som eit offer, eller bebreide andre som ein føler har ansvar for det som har skjedd. På ei anna side kan ein sjå på seg sjølv som medskuldig i handlinga (Dyregrov,2009). I sorgprosessen må etterlatne kjenne på fleire roller i forhold til den avdøde, det er viktig å ikkje bli i offerrolla, då den har innverknad på eige liv vidare (Dyregrov,2009). Alle desse opplevingane blandar seg saman til ei stor tåke og er med på å forlenge sorga.

2.2.2 Faktorar som påverkar sorgprosess/reaksjonar

Fleire faktorar påverkar korleis ein opplever og meistrar sorga. Dette avhenger både av personlegdom, tidlegare erfaringar, tidlegare reaksjonar i i forhold til tidlegare tapsopplevingar og meistring av desse. Støtte og forventingar er også faktorar som saman med dei andre har betydning for hjelpa vi gir. Ofte ser ein også forskjell på menn og kvinner. Kvinner er meir opne, dei grin og pratar, menn er meir tause. Personlegdomen har betydning for korleis ein møter sorga. Menneske som er meir avhengige av andre for sjølvkjensle si har, større risiko for dårleg tilpassing, det har også dei som er emosjonelle. Er personlegdommen prega av optimisme finn ein lettare meining ved tap (Bugge et al,2003).

Måtar å meistre påkjenningar på er forskjellig, og vi har ulik styrke til å bære dei. Hjelp og støtte til etterlatne går ut på å hjelpe dei framover i sorga. Det gjer vi ved å følgje dei opp eit stykke på vegen, representera noko stabilt når alt opplevast som smertefullt og kaotisk (Bugge, Eriksen og Sandvik,2003).

Venner og familie kan vere til hjelp i søken etter svar. For mange er profesjonell hjelp viktig for å skaffe betre innsikt i kva som har rørt seg i den avdødes sinn, med kunnskap om sjølvmondsåferd og nødvendig empati. Etterlatne må sjølv gje seg tid til å gå inn i spørsmåla, for å bearbeide eigne reaksjonar (Dyregrov,2009).

2.3 Sjukepleie til mennesker i psykisk krise

2.3.1 Kva er målet med hjelpa vi gir?

Som hjelpear/ sjukepleiar er det viktig at vi hjelper dei etterlatne i sorga til å halde i gang sorgarbeidet, at det ikkje stoppar opp, går i ring eller låsar seg fast til ei side. Det er viktig å bevege seg vidare. Som hjelpearar skal vi tørre å vere med på å rydde veg i den smertefulle prosessen gjennom helbreding, tilpassing og endring.

Fellestrekk som opplevast positivt for kriseramma:

- *Hjelpa kjem på eit tidleg tidspunkt, og hjelpa vert tilboden til den som er ramma.*
- *Hjelpa ivaretek enkeltindividet, men også barne- og familieperspektiv.*
- *Hjelpa inneber behovsrelatert fysisk, psykisk og sosial omsorg, og garanterer at nokon er tilstades for dei som er ramma.*
- *Informasjon og best mogleg oversikt over situasjonen.*
- *Tilbod om eventuell nødvendig hjelp frå spesialhelsetenesta.*
- *Nødvendig hjelp og støtte vedvarande over tid.* (Sitert i Dyregrov og Dyregrov,2008 s. 16)

2.3.2 Hjelp i akutte fasen

Psykologisk (emosjonell) førstehjelp. I den akutte fasen etter ei traumatisk hending vil i praksis mange former for hjelp kunne fungere som psykologisk førstehjelp. Emosjonell førstehjelp inneber å danne eit trygt klima rundt personane som har vorte ramma av krisa, og å sørgje for informasjon som er tilpassa mottakaren. Ivareta i form av omsorg, forståelse og respekt er nødvendig for at hjelpa skal vere til nytte. Rask tilgang på informasjon i kombinasjon med god omsorg kan vere den viktigaste forma for ivaretaking i den akutte fasen (Dyregrov og Dyregrov, 2008).

Støttesamtalar vert ofte tilbode i den akutte fasen og på lengre sikt. I første omgang går dette ut på å lytte, vere tilstades og uttrykke forståing av sin eigen og andre sin situasjon. Det er viktig med fokus på korleis den enkelte skal kome gjennom kvardagen. I situasjonar der ein treng hjelp til å kome seg gjennom kvardagen steg for steg, er det viktig at ein set seg inn i

kva personen tidlegare har gjort. Her er kommunale hjelparar og sosiale nettverk til god hjelp. Stimulering til å gjennomføre enkle praktiske oppgåver kan også redusere opplevinga av å vere hjelpelaus (Dyregrov og Dyregrov,2008).

Informasjon om hendingsforløpet, redningsaksjon eller etterforsking, samt kva som skal skje vidare gir viktige bidrag til auka kontroll. Info om vanlege reaksjonar og støtte på at sterke reaksjonar er forståelige vanlege og normale, verker ofte beroligande. All informasjon må tilpassast mottakaren sin tilstand og situasjon. Kriseramma har ofte nedsett hukommelse og konsentrasjonsevne, ein lyt derfor gjerne gjenta informasjon. Dei har også eit større behov å roe seg ned psykisk og fysisk enn å bli ”overfalt” av informasjon (Dyregrov og Dyregrov,2008). God info gir pasienten tryggleik og hjelper pasienten og forutsjå ting som kan hende (Eide og Eide, 2007).

Praktisk hjelp og hjelp til å få det sosiale nettverket på banen er tiltak som er aktuelle i den akutte fasen. Juridisk rådgiving, råd om ritual som syning og begavelse, og rettleiing for barn og unge i familien er andre tiltak som er aktuelle (Dyregrov og Dyregrov,2008).

Kor lenge tiltaka varer kjem an på rammene rundt kommunen sine hjelpetiltak. Mange av dei som vert ramma opplever dei sterkaste reaksjonane og behova for hjelp dei første vekene etter hendinga. I forbindelse med den akutte krisehjelpa er kunnskap om kriseraksjonar og erfaring og empati i møte med kriseramma dei mest sentrale kvalifikasjonane (Dyregrov og Dyregrov,2008).

2.4 Kommunikasjon

Profesjonell tyder yrke. Kommunikasjon tyder å gjere noko felles eller ha forbindelse med. Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkes verdigrunnlag (Eide og Eide,2004). Kva hjelpande kommunikasjon er variere frå situasjon til situasjon. Som profesjonsutøvar har vi ei viss rolle som inneber å fylle ein hjelpande funksjon. Kommunikasjonen må vere faglig gjennomtenkt og til hjelp for pasienten. Kommunikasjonen skal ivareta brukarar og klientar på ein god måte og fremme yrket sitt formål (Eide,2004).

Hjelpande kommunikasjon er ein kunst. Kjernen i kommunikasjon er å skape tillit til den andre- å vere aktivt lyttande, open og samstundes direkte. (Eide og Eide, 2007). I eit studie med fleire sjukepleiarar som deltakarar vart det spurt om kva som hindra dei i å støtte og følgje opp pårørande. Svara som vart oppgitt var manglande rutinar og lite avsett tid. Det kom også fram at eigen usikkerheit og manglande kunnskapar om pårørandes behov var eit hinder.

For at helse og sosial arbeidarar skal verte tryggare på å ta opp slike emne med pårørende, lyt ein fokusere meir på dette med kommunikasjon (Bugge et al, 2003). Terapeutisk kommunikasjon omhandlar å setje den andre i fokus, oppmuntre og vise interesse for det den andre seier, stille opne spørsmål, konfrontere med styrke og gi dårlege nyhender (Eide og Eide, 2007).

2.4.1 Kommunikasjon som symbolsk samspill

Utfordringa i kommunikasjon ligg blant anna at symbol (Kledrakt, holdning, handtrykk osv.) per definisjon har ei anna betyding enn det som umiddelbart oppfattast. Det er gjennom symbola vi bygger opp verkelegheit som kan nåast på andre måtar. Symbol brukast for å overføre tankar, opplysningar og erfaringar til andre. Dei er også ein viktig føresetnad for utviklinga av relasjonar. Som sjukepleiar treng vi innleving i pasienten sin situasjon for å veta kva symbol som er passande for å formidle kunnskap og idear- eller for å markere at ein har forstått, eller ønskjer å forstå den andre. For å få frå meining i budskapen må pasient og sjukepleiar forhandle seg fram til ei felles forståing av symbola (Hummelvoll, 2004).

2.4.2 Empati

Som hjelpar er det viktig å vere der når pasienten treng å lette trykket. Å vere seg sjølv, ekte og nær, skapar grunnlag for betydningsfulle møter. Med andre ord må ein ha innlevande forståing, empati. Empati inneber å sjå verda, ikkje minst seg sjølv, og verknaden av eigen veremåte. Sjå verda med den andre sin auge og oppleve den slik han opplever den, oppfatte mest mulig presist den andre sin subjektive verden, som om ein var den andre personen (Hummelvoll, 2004).

2.4.3 Lytting

Evna til å lytte er vesentleg og sjølv hjørnesteinen i den terapeutiske holdninga. Å lytte er ein aktiv tilstand som krev at ein er open og tilstades. Ein god lyttar representerer positiv kraft som hjelper den andre til å uttrykkje det han tenkjer og føler i forhold til eit tema.

Når man lytter, bruker man alle sine sanser for å få fat i de følelser, der ligger bag ved orden. Vi dækker os bag ord, men i den professionelle samtaler er det ikke sikkert, at det er ordenes indhold, det er det vigtigste, i de fleste tilfælde er følelserne langt viktigere (Sitert i Hummelvoll, 2004, s.388)

2.4.4 Relasjon

Relasjon er eit resultat av samhandling mellom brukar og fagperson. Dette skjer ut i frå ein samhandlingsprosess som skapar tillit, tryggleik og ei oppleving av truverde og tilknytning. Ei

slik samhandling utviklar ein bærande relasjon som gjer det lettare å forstå kvarandre (Røknes og Hansen, 2002).

2.5 Sjukepleie teoretikar - Travelbee

Joyce Travelbee har jobba som psykiatrisk sjukepleiar, og rettar si sjukepleietenking og merksemd spesielt mot dei mellommenneskelege forholda ved sjukepleia. Ein sentral plass i Travelbee si tenking er omgrepet empati og uttrykket "terapeutisk bruk av seg sjølv" (Kristoffersen,2005). I denne oppgåva nyttar eg meg av Travelbee sin sjukepleie teori fordi ho beskriver kommunikasjon som er relevant til mi problemstilling, også korleis utvikle eit menneske til menneske forhold. Teoriens viktigaste omgrep er mennesket som individ, lidning, meining, menneske til menneske forhold og kommunikasjon (Kirkevold,2001).

Travelbee definerar sjukepleie slik: *"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"* (Sitert i Travelbee, s.29).

2.5.1 Menneskesyn og syn på sjukepleie

Menneskesynet hennar rettar seg mot fellesmenneskelege erfaringar. På eit eller anna tidspunkt i livet vil ein oppleve lidning og tap. Kvart menneske er unikt, og ei slik erfaring vil vera heilt personleg sjølv om alle går igjennom det. Ho får fram at kvart menneske har ei individuell evne til å søke etter mining i møte med lidning og sjukdom (Kristoffersen,2005).

Ein person treng sjukepleie når vedkommande søker hjelp ved oppleving av problem eller i ein krisesituasjon (Kirkevold,2001). Sjukepleiar sitt problemområde er å hjelpe pasienten til å mestre og finne meining ved disse konkrete menneskelege erfaringane. Dette gjer sjukepleiar ved å etablere samhold med den sjuke, ved å fokusere på pasientens oppfatning av situasjonen. Det handlar om å "sjå" pasienten. Sjukepleiar må tenkje på at det kjem fram gjennom handlingane at ho forstår pasienten, og ynskjer å hjelpe. Behandlinga må også vere individuell og tilpassa det enkelte menneske (Kirkevold,2001). Sjukepleiar vert kjent med pasienten gjennom kommunikasjon, ved å gå bevisst fram mot problemet (Krisoffersen,2005).

2.5.2 Kommunikasjon

Joyce Travelbee hevdar at kommunikasjon er sjukepleiarens viktigaste reiskap for å etablere eit menneske - til- menneske forhold til pasienten. Det er gjennom kommunikasjon sjukepleiar vert kjent med pasienten som person. Det å bli kjent, å kunne identifisere pasientens sin eigne behov er nødvendig for å kunne utføre god sjukepleie. Kommunikasjonen er kjerna til at sjukepleietiltaka som vert iverksett, er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2007).

2.5.3 Menneske til menneske forhold

Forholdet mellom fagperson og brukar vert sett på som likeverdige personar og ikkje roller. Forholdet utviklar seg gjennom ulike trinn: Innleiande møte, framvekst av identitet, empati, sympati og endelig gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen,2008, s.23).

2.5.4 Overordna mål

Det overordna målet ved sjukepleia er å hjelpe mennesket til å meistre og finne mening ved sjukdom og lidning, der dei lærer å kjenne si eiga sårbarheit og bevare håp (Kirkevold,2001). Dersom ein understøtter håpet hos mennesker som lir, hjelper sjukepleier dei til å meistre lidinga i større grad (Kristoffersen,2005).

3.0 Metode

Metode er ein framgangsmåte for å finne kunnskap, eller teste ut påstandar som kan vere sanne, gyldige eller haldbare (Dalland,2007). Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med arsenalet av metoder (Sitert Dalland, 2007, s. 83).

3.1 Litteraturstudie som metode

Kravet for denne oppgåva er at vi skal gjere ein litteraturstudie, det vil seie at eg brukar kunnskap som allereie er skriven. I eit slikt studie har vi tilgang til eit stort omfang litteratur, som kan gjere det lett å danne ein oversikt over temaet. Samstunders kan dette hindre at ein får lest alt i sin heilskap og viktige poeng kan verte oversett. Det er derfor viktig at ein er kritisk til kjeldene og bruker dei på ein rett måte. Ein må også ha i bakhovudet at kjelder kan vere usanne (Dalland,2007).

I boka til Forsberg og Wengstrøm,- Att göra systematiska litteraturstudier, har Mukrow og Oxman definert kva litteraturstudie er. Dei forklarar det med at eit slikt studie tek utgangspunkt i frå ein tydeleg formulert problemstilling, som vert svara på ved å identifisere, velje og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Det vil seie at eg lyt søke systematisk i ulike databasar, og kritisk analysere litteraturen for å vere sikker på at den er i samsvar med problemstillinga i oppgåva mi.

For å gjera systematisk litteraturstudie er ein nøydt å vera til stades eit tilstrekkeleg antall studium av god kvalitet for å trekke konklusjonar (Dalland,2007). Litteraturstudie skal blant anna innehalde bakgrunn, formål, spørsmålstillingar og innsamlingsmetode. I drøftingsdelen føregår det ein dialog mellom grunn- og innsamlings litteraturen. Drøftinga tek sitt utgangspunkt ut i frå problemstillinga og formål (Olsson og Sörensen,2003).

3.1.2 Ethiske vurderingar

Å vere etisk bevisst i ein forskingsprosess er viktig, spesielt når forskning omhandlar mennesker. Sjølv om det ikkje er forskning eg driv med, men eit litteraturstudie der eg nyttar meg av forskning er det likevel viktig å halde seg til dei etiske prinsippa (Dalland,2007).

Etiske prinsipp inneber at ein ikkje misbrukar forskinga og litteraturen ein nyttar seg av, men formidlar dette på ein verdig måte og med forsiktighet. Plagiat er eit anna etisk prinsipp. Det vil seie at eg ikkje kan ta andre sine verk og framstille som mitt (Dalland,2007).

3.1.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kildekritikk er i følgje Dalland (2007) å vurdere og karakterisere den litteraturen ein nyttar seg av i oppgåva. Det er ønskelig at all litteraturen er bygd opp med ei innleiing, metodedel, resultatdel og diskusjon. Eit slikt oppsett eller struktur over litteraturen vert kalla for IMRAD strukturen. I arbeidet ved å vurdere om dei ulike studia oppfyller krava, har eg nytta meg av oppdaterte sjekklister frå www.kunnskapssenteret.no. Dette er noko eg har nytta meg av for min eigen del og legg ikkje dette ved i oppgåva.

3.2 Litteratursøk og datainnsamling

Eg var ute etter litteratur som omhandla etterlatne etter sjølv mord. Også litteratur om korleis sjukepleiar kan hjelpe dei etterlatne, i dette tilfelle familien. Eg har brukt biblioteket ved Høgskulen Stord/Haugesund for å finne bøker som er aktuelle for temaet mitt. Eg søkte i BIBSYS og fant fleire relevante norske bøker som var innanfor grensa mi på 15 år. Ved søking etter bøker nytta eg nøkkelord som var av relevans for oppgåva mi. Nokon av orda eg nytta meg av var: sjølv mord, kriser, sorg, etterlatne, sjukepleie, relasjon og kommunikasjon. Eg fant ein god del bøker. Flest treff fekk eg på kriser, kommunikasjon og etterlatne. Bøker med sjukepleiar si rolle i forhold til etterlatne etter sjølv mord var det lite utval av.

Før eg begynte å søkje etter artiklar sette eg ei grense på 10 år. Krav til forskinga er altså at den skal vere av nyare tid med relevans for problemstillinga mi. For å finne fram til forskningsartiklar søkte eg gjennom databasar gjennom BIBSYS. Eg søkte i ulike helsefaglige artikkelbasar som: SveMed, PubMed, Ovid, ProQuest, og Chinal. Søkeorda eg har nytta meg mest av er "Suicide", "left behind", "bereavment" "grief", "family", "social support" og "nurse, care or caring".

I databasen ProQuest gjekk eg inn på avansert søk og fekk opp fleire resultat ved bruk av keywords som "Suicide and grief". Fleire av desse forskningsartikkellane var for nye til at dei hadde i full tekst, og det og bestille ville ta tid. Fant ein aktuelle artikkel på ProQuest som verka aktuelle for problemstillinga mi. Denne fant eg i tidsskiftet Death Studies. Den andre artikkelen fant eg i databasen PubMed. Dato for funna var 3 Januar 2011.

Artikkel nr 1: “*The Support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends*”. (Av: Anne Wilson og Amy Marshall, 2010).

Tabell 1:

ProQuest			
Søkenr.	Søkeord	Begrensinger	Antall treff
1	suicide		17312
2	grief		4453
3	bereaved		1017
4	1 AND 2 AND 3		41
5	support		278956
6	4 AND 5	Full text documents	14

Ut i frå denne søketabellen fant eg artikkel av Wilson og Marshall 2010.

Artikkel nr 2: “*Stigmatization and suicide bereavement*”. (Av: William Feigelman, Bernad S. Gorman og John R. Jordan, 2009).

PubMed			
Søkenr.	Søkeord	Begrensingar	Antall treff
1	Suicide		52670
2	grief		7995
3	bereavment		10001
4	1 AND 2 AND 3		393
5	Social stigmatization		4002
6	4 AND 5	Full text documents	9

Med denne søketabellen fant eg artikkelen til Feigelman, Bernad og Jordan 2009.

Artikkel nr 3: “*Førstehjelpenes*” møte med etterlatte ved sjølv mord - psykososiale utfordringar. (Av: Kari Dyregrov og Målfrid Litlere, 2009).

Den siste artikkelen er funne gjennom handsøk på Høgskulebiblioteket Stord/Haugesund avdeling Stord. Biblioteket abonnerer på tidsskriftet suicidologi, som med åra er blitt det viktigaste tidsskriftet innan sjølv mordsførebygging.

4.0 Funn/ resultat

Artikkel 1: “The Support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends”.

Artikkelen er skreven av Anne Wilson og Amy Marshall. Artikkelen vart godkjent for publisering år 2010.

Studien er av kvalitativ metode og skrevet med den hensikt å kunne presentere behov for støtte ved sjølvmondsorg, tilgang og erfaring. Studien tek for seg spørsmål om kor nøgde dei etterlatne var med hjelp og oppfølging og oppfordring til forslag for å forbetre støtteordninga.

Resultatet viste at det er viktig med profesjonell hjelp frå fyrste veka og gjentatte gonger minst eit år framover. Det er viktig med informasjon om tilgjenge rundt hjelpeapparata og sorgprosessen. Mange føler at dei ikkje får hjelp i det heile. Fleire rapporterte at dei hadde behov for profesjonell hjelp, der dei næraste pårørande hadde størst behov. Artikkelen nemnar også kvifor dei er misnøgde med hjelpa dei får. Eksempel på dette er at fagpersonane hadde lite kunnskap og feil holdning, der dei viste seg å vere mindre profesjonelle. Empatien og evna til å lytte følte dei pårørande var ei mangelvare hos støtteapparata. Studiet viste at pårørande etter sjølvmond fekk for lite oppfølging og støtte. Det er behov for betre tilgjenge og betre utdanna personell.

Artikkel 2: “Stigmatization and suicide bereavement”.

Artikkelen er skriven av William Feigelman, Bernad S. Gorman og John R. Jordan. Artikkelen vart godkjent for publisering år 2009.

Studien er av kvantitativ metode og ein del av eit større studie av etterlatne som nytta støttegrupper. Den er avgrensa til foreldre som har mista barn. Studien tek for seg spørsmålet om det var endring i relasjonane til resterande familie og/eller forholdet til dei sosiale gruppene (venner, kollegaer og naboar). Resultatet viste seg at dei sjølvmond etterlatte fekk eit meir anstrengt forhold til relasjonane enn dei andre etterlatne. Forholdet til barn og ektefeller viste seg å verte sterkare. Forholdet til fjernare relasjonar vart meir anstrengt. Dette viser seg å skulde mangel på kunnskap.

Artikkel 3: "Førstehjelpenes" møte med etterlatte ved selvmord – psykososiale utfordringer"

Ein studie av kvalitativ metode skreive av Kari Dyregrov og Målfrid Litlere. Studien vart godkjent for publisering

Målet for studien var å undersøke korleis dei ulike faggruppene ivaretok psykososiale aspekter i møte med dei etterlatne. Refleksjonar rundt etterlatne sine behov for psykososial hjelp og vurdering av samarbeid med andre faggrupper ved oppfølgingstiltak." Førstehjelpen" omhandlar politiet, helsepersonell, prest og begravelses agentar. Felles er at dei møter mennesker i ein krisesituasjon og vert stilt ovanfor psykososiale utfordringar. Eg såg denne artikkelen relevant for oppgåva, i og med at vi som sjukepleiarar også kan komme ut for å vere dei første pårørande møter, til dømes i sjukehusavdelinga. På denne måten er det vi som står ovanfor dei psykososiale utfordringane i den akutte fasen. Resultatet viste at det er viktig med samarbeid mellom dei ulike faggruppene og at tilboda om hjelp som vert foreslått held mål og er kvalitetsmessig. Det psykososiale støttarbeidet bør vidareførast til nokon med meir kunnskap innanfor slikt arbeid.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg fokuserer på kommunikasjon og relasjon mellom sjukepleiar og etterlatne. Eg meiner kommunikasjon er med på å skape relasjonar mellom menneske, som igjen har mykje å seie for sjukepleia. På denne måten vert ein kjend med pasienten sine behov og utfører tiltak ut i frå behova. Slik eg ser det er relasjon mellom etterlatne og sjukepleiar avgjerande for effekten av behandlinga. God relasjon avhenger av god kommunikasjon. Problemstillinga ”*Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon hjelpe etterlatne i sorga etter sjølvord*”? vert besvara her, ved å drøfte artklar og teori opp mot kvarandre.

5.1 Stigmatisering og sjølvord sorg - dagens samfunn

Ut i frå problemstillinga ser eg relevans i å drøfte stigmatisering. Sjukepleiar sitt syn og holdning til temaet er aktuelt i forhold til kommunikasjonen med dei etterlatne. Sjukepleiar er ein del av det norske samfunnet, og samfunnet sine holdningar kan derfor vere med på å påverke instillingane til sjukepleiar og måten ein viser empati på.

Stigmatisering av sjølvord er til stades i det norske samfunn. J.f 2.1 har holdningar forandra seg med tida, det vil seie at det er blitt meir forståing og mindre dømning rundt dette med sjølvord. I første avsnitt under punkt 2.3.1 ser vi at sjølvord viser seg å vere ei ekstremt belastande hending for dei næraste etterlatne, dette kan også henge i lenge etter sjølvordet. Holdningane rundt sjølvord, kan vere med på å komplisere sorga til dei etterlatne (Dyregrov,2009).

Feigelman, Gorman og Jordan, (2009) skriv at dagens største hindring til sjølvordsfamilier, er å verte konfrontert med handlingar av empatisvikt. Pårorande vert i dag indirekte mistenkt for å vera ”medskuldig/årsak” til sjølvord, og derfor utsett for sosial isolasjon. Det er ein smal balansegang på korleis dei etterlatne føler empati eller vert såra av nettverket rundt seg. Dette kan kome til syne ved at det er vanskelig å kommunisere om temaet, og dei etterlatne er ekstra sårbare. Å kommunisere om dette temaet er vanskeleg. Formuleringar kan vere utfordrande med tanke på at ein ikkje må uttrykke seg på ein måte som kan verke sårande for dei etterlatne. Dette er kanskje ein av årsakene til at det ikkje er så godt støtteapparat rundt denne gruppa etterlatne?

Ein ser her at på den eine sida er samfunnet vorte meir empatisk enn kva det har vore, og det er mykje som har bidrege til å få endring på den negative holdninga, større toleranse og meir

fleksible holdningar i samfunnet. På den andre sida er det langt fram før ein er i mål med gode støtteordningar. Det viser seg framleis at det er eit stykke igjen før ein kan seie at samfunnet kan seie at etterlatne etter sjølv mord ikkje vert stigmatisert eller at støtteordningane står fram etter dei forventingane det etterlatne har. Stigmatisering er i stor grad med på å komplisere sorga. Sidan dette har vore tabuområde er det ingen som har "tort" å be om hjelp. Derfor har kanskje ikkje behovet for hjelp vist seg så synleg som det egentleg er. Etter endringar i holdningar frå samfunnet og at ein er meir open om temaet kjem og behovet for hjelp fram.

Travelbee omtalar empati som ein prosess der ein tek del i ein annan sin sinnstilstand, men samstundes står utanfor objektet for empati. Ho får fram at ved å føle empati, lagar ein seg ei tilknytning til den andre, opplever nærleik og forstår tankar og meiningar som den andre har. Samstundes skal ein halde eige liv avskilt (Travelbee, 1999).

Ut i frå dette ser det ut til at måten ein som hjelpar viser empati, stiller seg open i forhold til dette temaet, er med på å dempe skyld og skam følelsen til dei etterlatne. Som kjelde til ein del av teorien eg har nytta meg av, har eg brukt LEVE (Landsorganisasjonen for etterlatne ved sjølv mord) eg ser på ei slik etablering som ei moglegheit for større synleggjering og ein sjanse til å vere meir open. Ein skjuler ikkje ei sjølv mordshending for sine næraste, men opplever heller forståelse, empati og mindre fordømming. På den eine sida kan ein endå oppleve tabu rundt temaet avhengig av kva grupper ein høyrer til i samfunnet. På ei anna side kan ein oppleve seg stigmatisert utan at samfunnet meiner å signalisere slike holdningar, men fordi ein sjølv er oppvaksen med fordommar mot sjølv mord (Dyregrov, 2009).

Korleis skal sjukepleiar forholde seg utan å vera stigmatiserande og fråvikande? Eg ser for meg at som sjukepleiar kan det vere til nytte og allminneliggjere fokuset i forhold til stigmatisering. Som Dyregrov, (2009) nemner i boka er det viktig at dei etterlatne er open og synleg om dette med stigmatisering, på denne måten kan dette vere med på å dempe følelsen av skam og skyld. Ved å gjere dei obs på tilboda samfunnet har for sjølv mordsetterlatne og fortelje kor open samfunnet har vorte om temaet, til dømes at det har stått fram kjendisar i media som har vore ute for det same, kan vere med på å få vedkommande til å vere meir opne. På denne måten kan deira holdningar igjen vere med på å vise vegen vidare. Sjukepleiar kan gjerne oppfordre til å vere meir open om handlinga, få dei i kontakt med andre støttegrupper og allminneliggjere sjølv mordshandlingar. På denne måten kan dei føle seg mindre tabubelagt ved at ein får fram at dette med sjølv mord er gjerne meir vanleg enn det ein trur og kan ramme kven som helst (Dyregrov, 2009). Som sjukepleiar kan ein gjerne stille spørsmål til

pasienten om dette med sagn og kva støtte dei får. På denne måten er vi med å gjera opp ein status og vurdering på kva relasjonar dei har rundt seg og kva relasjonar dei føler er verdt å bevare. Det er viktig at vi gir støtte slik at dei etterlatne klarar å "forstå" tap og komme igjennom sorgprosessen (Feigelman et al, 2009).

I lys av Wilson og Marshall sin studie frå 2010 ser ein at det var ei stor misnøye blant deltakarane rundt dette med støtte frå hjelpeapparata. Det viste seg at opplevinga deira var dårleg kunnskap og holdningar i frå helsepersonell. Dei fekk inntrykk av at hjelparane vegra seg og ikkje tok seg tid til å lytte. Derfor følte dei at dei ikkje fekk den hjelpa dei trengte, og mange tenkte at det ikkje var nokon som kunne gje dei hjelp i det heile tatt. Dette støtter opp under teorien om kor viktig det er for oss sjukepleiarar i møte med dei etterlatne og ha kunnskap om temaet og ta oss tid til å lytte. Dei etterlatne treng informasjon, og studien viser at støttegrupper er viktig for alle. Derfor er det viktig å ha hjelpeapparat med kunnskap om temaet.

5.2 Gi etterlatne hjelp gjennom kommunikasjon

Bugge (2003) nemner at å ivareta den etterlatne er ei følsam og vanskeleg oppgåve som fleire hjelparar vegrar seg for. Ut i frå teorien ser eg at det er viktig at sjukepleiar får ei moglegheit for å verte kjent med den etterlatne. Dette kan ein gjerne gjere med å snakke om kvardagslige ting, etter kvart som det fell seg inn kan ein ta opp det som er meir alvorleg. På ei anna side er det ikkje alltid vi har tid til å verte kjent før det alvorlege skjer. Då som alltid er det viktig at sjukepleiar ikkje har størst fokus på kva han vil formidle, men vert kjent med den etterlatne på ein naturleg måte slik at ein skapar ein relasjon.

Når ein møter sørgjande personar er det viktig å verte kjent med personen som person og ikkje personen som ein pasient. Her viser eg til Travelbee sitt syn på menneske- til menneske forhold. I eit slikt forhold oppfattar både sjukepleiar og den sjuke at dei begge er unike menneskelege individ. Det er fyrst når enkeltindividet opplever den andre som menneske at ein reel kontakt oppstår. Eit menneske til menneske forhold kjem ikkje av seg sjølv. Som sjukepleiar ser eg at all kontakt eg har til ein pasient, er eit steg vidare i dette forholdet. På ei anna side gjeld dette spesielt dersom eg som sjukepleiar går spesielt inn for å lære den sjuke å kjenne. Teoretisk sett ser det ut til at eit menneske til menneske forhold også kan vere med på skape nærare relasjonar, ein slik kontakt handlar om gjensidig forståing (Travelbee, 1999).

J.f punkt 2.4 er det fleire sjukepleiarar som kvir seg med møte med etterlatne. Dette grunna manglande rutinar, kunnskap og usikkerheit rundt korleis ein skal optre. For å verte tryggare

på å ta opp slike emne med pårørende lyt ein fokusere meir på kommunikasjon. Kommunikasjon er som kjent et viktig hjelpemiddel i all sykepleie. Det kreves både kunnskap og ferdigheter.

Sjølvmord er kjent som ein av dei store problemutfordringane hos helsepersonell og psykisk helsevern. Wilson og Marshall har i sin studie frå 2010, prøvd å identifisere kva sjølvordetterlatne, spesielt dei med nære relasjonar, oppfattar som støtte og erfaring ut i frå deira behov. Dødsfallet av ein nær, er ein av dei største påkjenningane i livet, og sorgprosessen kan vare i fleire år. Sorga kan påverke enkeltmenneske si fysiske, emosjonelle, kognitive, mentale, sosiale og åndelige velvære. Forsking tyder på at etterlatne etter sjølvord er ei gruppe menneske spesielt utsett for depresjon. Det er ein aukande erkjenning at etterlatne etter sjølvord sørgjer annleis og har andre behov enn etterlatne ved andre dødsårsaker. Forsking antyder at forskjellen mellom etterlatne etter sjølvord og andre er i hovudsak prega av bestemte problemstillingar og tema som ikkje nødvendigvis er meir alvorlig enn andre typar sorg, men heller meir framtrødande.

Nokre av sorgemna som etterlatne etter sjølvord opplever inkluderer følelse av skuld; spørsmål om kvifor; følelsar av stigmatisering og skam; skuld ovanfor andre eller seg sjølv; også sinne ovanfor den avdøde eller helsevesenet (Wilson et al., 2010).

I ein systematisk gjennomgang av sorgreaksjonar til etterlatne ved sjølvord og andre etterlatne, er det liten variasjon av psykiske helsetiltak. Ein ser at etterlatne etter sjølvord treng i mykje større grad ei meir intens og hyppigare oppfølging av profesjonelle utøvarar. Som sjukepleiar i slike tilfeller treng ein spesifikk kunnskap og ei meir sensitiv innsikt til situasjonen dei er i (Wilson et al., 2010).

I dette tilfellet vert kommunikasjon viktig for sjukepleiaren på fleire områder. Dei etterlatne skal først og fremst meiste påkjenninga, og finne ei meining med livet vidare. Sjukepleiar vil vere ein god støttespelar i den akutte fasen. Tiltaka i den akutte fasen skal vere førebyggjande og lindrande, med ei hensikt i å redusere kaos og kontrolltap, og å førebygge psykososiale seinskadar (Dyregrov et al., 2008) Sjukepleiaren vil møte dei etterlatne på sjukehusavdelinga, der samtalar vil vere ein viktig del av kvardagen. Pasienten vil også ha andre fagpersonell rundt seg, men sjukepleiaren er gjerne ein av dei pasienten ser mest til.

Som sjukepleiar ser vi ut i frå teorien at det kan vere krevjande å støtte menneske i sorg, dette forårsaka av at vi må by på oss sjølv, vere aktivt lyttande og tilgjengelig når behovet for

kontakt er der. På ei anna side ser eg ut i frå egne erfaringar, at det å støtte sørgjande også er givande. Å sjå nokon komme seg vidare i frå det som er vanskeleg og sjå at hjelpa ein har utført gir resultat, slik at dei ser lysare på framtida, gir energi til å halde fram.

Travelbee meiner at kommunikasjon føregår kontinuerlig. Det er ein kreativ prosess der den profesjonelle ynskjer å påverke mottakaren ved hjelp av omsorg, sjukepleiaren pratar og handlar på ei bevisst måte for å påverke pasienten positivt. Kommunikasjonen har eit formål, der det føregår utveksling mellom meiningar og budskap mellom individa. Formidlinga skjer både non- verbalt og verbalt. Sjukepleiar må vere i stand til å forstå formidlinga i kommunikasjonen til den andre part og buke denne informasjonen i sjukepleietiltak. (Travelbee,1999).

Det er ikkje nok med kunnskap om sorgreaksjonar og korleis ein kan vere til hjelp. I og med at ein skal snakke om noko som er vondt og vanskeleg for familien, krev det også mot i frå hjelparen, i dette tilfelle sjukepleiar. Vår redsel for å såre eller skade gjer oss tause om tema som død og sorg. Med alderen møter vi død og sorg i eige liv, og gjennom arbeidserfaring vert ein tryggare i møte med pårørande. Dersom ein ikkje har slik erfaring er det viktig at hjelparen er open om sin ståstad, ved at han fortel at han ikkje har vore borte i liknande situasjonar før, men er klar for å vere der, til og ta imot og lære. Ein skal ikkje sei ting som ikkje er sant som til dømes; ” Eg veit akkurat korleis du har det”. Hjelparen skal vise interesse og ha tid til å lytte. Ofte er lytting det viktigaste. Eit tips er å spørje ” Korleis har du det”?. Spelar ein trygg, men ikkje er det vert dette fort oppdaga. Forventingane til hjelparen er ikkje at han skal fjerne smerta, men at han skal stå saman med dei midt i smerta, tørre å vere til stades og vise sitt sårbare ansikt(Bugge et al, 2003).

Som helsearbeidar kan vi oppleve at pårørande si fortviling vert retta mot oss som pleiepersonell som sinne eller aggressiv åtferd. Her er det viktig at vi ikkje går i forsvar, men prøver å ta imot det som vert sagt utan å ta sinnet inn over oss personleg. Ein må i slike situasjonar tenke på at sinne er ein av menneskets sterkaste emosjonar i sorga(Bugge et al, 2003).

Terapeutisk kommunikasjon omhandlar å setje den andre i fokus, oppmuntre og vise interesse for det den andre seier, stille opne spørsmål, konfrontere med styrke og gi dårlege nyhender. Ein kommunativ utfordring når det gjeld å stimulere pasienten sin kontroll og meistring består i ein god balanse mellom på den eine sida å gi støtte og vise forståing, og på den andre sida setje grenser mot passivitet og å stille krav til eigeninnsats. Sjukepleier sin profesjonelle

kommunikasjon bør alltid vere hjelpande, i den forstand at den er fagleg grunna og til hjelp for andre. (Eide og Eide, 2007). I samtalan er det viktig at vi som sjukepleiar finn ein stad som er skjerna for andre, der dei føler nærheit og tryggleik slik at dei kan slappe av og vere opne i samtalen, utan distrahering frå ulike typar støy (Eide,2007)

5.3 Sjukepleiar rolle i forhold til dei etterlatne

I lyset av studien til Dyregrov og Litlere, (2009) kjem det fram at den enkeltes sorg, krise og hjelpebehov er like stort etter eit sjølv mord som ved store ulykker der mange døy, dette er noko myndighetene burde ta inn over seg. "Førstehjelparane" er dei første i møte med dei etterlatne. Felles for alle dei tre gruppene: politi, medisinsk personell og prest var å vektlegge informasjon, "gi kaoskontroll" og ta seg tid til å lytte til dei etterlatne sine teoriar om sjølv mordet. Alle gruppene opplevde at dei etterlatne hadde eit stort behov for at det var nokon som lytta til dei. Det var viktig og vere medmenneske og vise empati i den akutte fasen. Ofte kom skyld og kvifor spørsmålet fram. Alle opplevde ansvar for å formidle kontakt mellom dei etterlatne og øvrige hjelpeinstansar. Det kjem fram eit klart ønske om samarbeid og avlastning frå kriseteam med meir psykososial kompetanse. Det er også viktig med fleksibilitet og eit støtteapparat som er tilgjengeleg 24 timar i døgnet. Korleis er "førstehjelparane" sine tankar og idear relevant for sjukepleiar? Studien får fram kor viktig det er med samarbeid mellom dei ulike linjetenestene sjukepleiar kan komme inn som andre linjeteneste. I tillegg kan ein som sjukepleiar vere den første i møte med dei etterlatne. Det er derfor av stor relevans å ha kunnskap om sorgarbeid i den akutte fasen.

Eg ser at det er av stor betydning sjukepleiar ser på individ som forskjellige, og opplever store påkjenningar ulikt. Vi har alle ulik styrke og måte å takle påkjenningar på. Dei sosiale ressursane og nettverket er også noko som varierer frå person til person. Dette har betydning for hjelpa vi som sjukepleiarar gir til dei sjølv mordsetterlatne. I artikkelen til Wilson og Marshall (2010), kjem det fram et helsepersonell viser seg å ha lite kunnskap og opptrer uprofesjonelt. Kan dette ha med at helsepersonell har for liten tid til å verte kjent med dei etterlatne og føle eit behandlingsprogram som er retta generelt mot menneske i sorg, utan å tilpasse behandlinga etter kvart enkelt individ? Møte med etterlatne krev både kunnskap og mot. Eide og Eide (2007), får fram at det å vere aktiv lyttande skapar tillit til dei etterlatne og på denne måten kan vi skape ein relasjon der vi saman med dei etterlatne tilpassar tiltaka etter behova. Sjukepleiar må følgje opp den etterlatne på ein måte som skapar tryggleik ved å stille rette spørsmål og lytte aktivt. Dette stimulerer den etterlatne til å formulere seg om eit problem

og å utforske. Spørsmåla er viktig for å hente informasjon, yte best mogleg hjelp og skape refleksjonar.

Dyregrov (2009) seier at vegen vidare etter sjølv mordet vil alltid vere individuell, men hjelp og støtte må vere tilpassa mangfaldet. Den etterlatne må sjølv kjenne på kva som følast riktig og det er dei sjølv som må gå vegen vidare. Korleis kan sjukepleiar gi stimulans og inspirasjon til å gå vegen vidare? I byrjinga kan det for mange etterlatne sjå ut som alt er mørkt og håpløst. Som nemnt er det å vere open svært viktig. At sjukepleiar saman med etterlatne er open om at døden skyldes sjølv mord, kan hjelpe den etterlatne å setje ord på det som har skjedd, dette er igjen med på å involvere andre på eit sannferdig grunnlag. Dette inneber ikkje at vi skal ha alt i detalj om tankar og følelsar men den etterlatne sjølv må kjenne på og regulere både dybde og form. På ei anna side viser det seg at det å ikkje vere open kan føre med seg ei komplisert sorg. Det kan også føre til at ein stenger ute menneska som kunne vore til hjelp. Også her er fokuset på at vi taklar sorgprosessen ulikt og det finst menneske som har funne vegen til eit meningsfullt liv utan at dei har gått særleg inn i det som har skjedd . I alle tre studia kjem det fram kor viktig det er med familien og nettverka rundt. Sorgarbeidet skjer fyrst og fremst i samarbeid med dei, saman med eit tilbod om oppsøkande støtte frå fagfolk. Det er viktig at sjukepleiarar og andre nettverk hjelper dei etterlatne å bevare håpet, utan håp prøver ein ikkje å meistre det som er vanskeleg.

Travelbee omtalar håp som ein mental tilstand. Den karakteriserast ved ønske om å komme fram til eller oppfylle eit mål med ei viss grad av forventning, om at det som ønskes eller det ein jobbar for ligg innanfor det oppnåelige. Ein lærer å håpe dersom omgivnadane legg til rette for utviklinga av denne evna. Som sjukepleiar har vi som oppgåve å hjelpe den sjuke til å halde fast ved håpet og å unngå håpløse eller omvendt å få den som opplever håpløse til å gjenvinne håp. Først og fremst må ein som sjukepleiar vere tilgjengelig og villig til å hjelpe, for eksempel ved å lytte når den sjuke snakkar om sin angst og frykt. Det er viktig å snakke med pasienten om det han er opptatt av, og problema slik han oppfattar dei sjølv. Ein må observere teikn både på psykiske og fysiske plager. Det er viktig å vise merksemd og ikkje sjå ut som ein har det travelt eller lite tid. Som profesjonell skal ein gi hjelp utan å verte bedt om det. Sjukepleiar kan ikkje gi håp, men legge til rette, dette gjennom å skape tillit til at ein kan hjelpe når behovet oppstår (Travelbee,1999).

Jmf. 2.2.1 skal sjukepleiar vere til støtte slik at sorgarbeidet ikkje stoppar opp. Det er også viktig å vere open og klar om hendinga. På den eine sida inneber det at dei etterlatne må ta

følelsane og tankane over tapet inn over seg, på den andre sida er det at dei meistrar praktiske oppgåver. Framleis kan det som har skjedd verke meiningslaust, difor er det viktig at vi i samtalar fokuserer på sorgarbeidet og eventuelle endringar i livet, både positive og negative. Positive endringar er det viktig at vi ventar til etterlatne sjølv set ord på. Tek vi som sjukepleiarar opp positive moglegheiter utan at etterlatne sjølv ser det positive, fører dette til at vi kan verte oppfatta som lite støttande, irriterande og upassande. På denne måten viser vi ikkje dei etterlatne forståing for det som har skjedd. På den andre sida kan vi ha fokus på det som er verkeleg, i staden for tankar og følelsar knytt til hendinga, dette kan verke støttande og respekterande (Bugge et al, 2003).

Som nemnt tidlegare skal sjukepleiar vere empatisk og vise seg sjølv som menneske ved å vise varme og følelsar. Måten sjukepleiar formidlar hjelpa på viser seg å ha ei stor betydning. Eide, (2007) skriv i boka ”Kommunikasjon i relasjonar” at det er like viktig korleis vi er som kva vi gjer. God tid, fleksibilitet, nærleik og varme, tilrettelegging, råd og informasjon vert vektlagt som viktig. Informasjon gir tryggleik og hjelper etterlatne å kunne forutsjå det som skal skje. Sjukepleiar gir då grunnlag for ei oversikt og ei heilskapleg vurdering, som styrker etterlatne si oppleving av kontroll. Det er viktig å tilpassa informasjon, som imøtekommer dei spørsmål og problem etterlatne har i dei ulike fasane. I den akutte fasen er etterlatne i sjokk, men kan også vere invadert av tankar og følelsar. Som sjukepleiar må vi tenke på at dette kan påverke konsentrasjonsevna, og evna til å oppfatte informasjonen. Følelsane i denne fasen er sterke og kaotiske, det kan vere vanskeleg å oppnå kontakt, og det er derfor særst viktig å vere lyttande. Dette er med på å skape tryggleik og forutsigbarhet, som gir eit håp om at etterlatne på sikt klarer å meistre situasjonen. Det er viktig å sleppe følelsar til for å komme over reaksjonsfasen, bearbeidelse vil då komme i gang og er med på å lette det emosjonelle trykket.

På ei anna side er sorga etter sjølv-mord meir komplisert enn anna sorg. Dette ser vi i boka til Dyregorv (2009). ”Sjølv-mord kjem so lyn frå klar himmel” og ofte i ein alder der ein ikkje skal dø. Dette gir først og fremst total mangel på kontroll hos dei etterlatne. Etter sjølv-mord er det svært vanleg å oppleve skyld og ubesvara spørsmål. Nokon kan også reagere med å vere letta over det som har skjedd. Det er også tilfeller der dei etterlatne ikkje opplever sterke eller mange reaksjonar. Kunnskap om tidlege krisereaksjonar er derfor svært viktig for sjukepleiar. For dei som ikkje tar inn over seg reaksjonane i sjokkfasen kan det komme hos over tid. Det er derfor viktig at vi ikkje bruker ord som ”du tar jo dette så fint” eller ”du er jo så sterk”,

dette legg press på den etterlatne til at det er slik ein skal fortsette å reagere. Dette viser kor viktig det er å ikkje legge lokk på følelsane sine, det er mykje som skal bearbeidast.

Sjokk, fortviling, angst smerte og uverklegheit vanlege reaksjonar hos dei etterlatne. Korleis ein er som menneske og tidligare erfaringar i forhold til tap er med på å styrke korleis ein meistrar sorga .I reaksjonsfasen reagerer ofte etterlatne med regresjon og vert meir passiv og krevjande enn normalt. Etterlatne tek mindre ansvar for eigen situasjon enn alder og mogning skulle tilseie, dei får ein tilbakegang. Dette er ein måte for etterlatne å bearbeide og halde opplveinga/ problemet på avstand. Sjukepleier må her vise finhet i føle- og tenkemåte, og gi omsorg og støtte. Gjerne treng dei etterlatne hjelp til praktiske ting i tillegg til omsorg og støtte. Vi må setje krav om at etterlatne tek ansvar i situasjonen i den grad det er naturlege. Det vil seie å setje grenser på ein bestemt måte og ikkje stimulere etterlatne sin passivitet, som er lite gunstig i meistring av situasjonen. (Eide, 2007).

7.0 Konklusjon

Eg har studert korleis eg gjennom kommunikasjon kan støtte etterlatne i sorga etter sjølv mord. I byrjinga var eg litt skeptisk til tema, i og med at eg ikkje fant noko litteratur som gjekk direkte på dette temaet og sjukepleie. Dette gjekk seg til etter kvart. I denne skriveperioden har eg lært utruleg mykje, det er ingen fasit på korleis ein møter menneske i sorg. Vi alle er forskjellige og opplever derfor store påkjenningar ulikt. Det er mykje som tilseier at det er mange vegar ”tilbake til livet” for dei etterlatne. Kunnskap er alltid ein ressurs. Det er her utfordringa vil komme for sjukepleiaren, korleis ein skal møte dei etterlatne i sorg. Gode opplevingar frå det første møte med hjelpeapparatet har stor betydning for mange etterlatne over tid. Møter ein eit hjelpeapparat med manglande kunnskap, der ein føler seg hjelpelaus kan dette verte eit vondt minne over mange år. Sjølv om sjukepleiar ikkje alltid har ord, er det og ein del av omsorga og vere til stades og lytte til pasienten.

8.0 Referanser

- Bugge, E., Eriksen, H. & Sandvik, O. (2003). *Sorg*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet- veien videre*. Abstrakt forlag AS.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A., (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Fagbokforlaget vigmostad & Bjørke AS.
- Dyregrov, K., & Litlere, M. (2009). "Førstehjelpenes" møte med etterlatte ved selvmord-psykososiale utfordringer. *Suicidologi* 14, nr. 1, 21- 24.
- Eide, H., & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Feigelman, W., Gorman, B.S & Jordan J.,R (2009). *Stigmatization and suicide bereavement*. *Death Studies*
- Folkehelseinstituttet:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15_4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70808::1:6043:23:::0:0 Dato 10.02.11
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hummelvoll, J.K.. (2006). *HELT- ikke stykkevis og delt*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, Nina Jahren (2006). "Teoretiske perspektiver på sjukepleie" (Kapittel 23, s.13-99) I Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og eli Anne Skaug. *Grunnleggende sjukepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag
- Leve: <http://www.leve.no/> Dato 11.01.11
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal norsk forlag.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Retterstøhl, N.,Dahl P.E. (1995). *Å leve med sorgen*. Oslo: Luther forlag.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelege forhold i sjukepleie* (2.utg.) (K.M Thorbjørnsen, overs.) Oslo: Gyldendal (Orginal,1966).

Wilson, A & Marshall, A. (2010). *The Support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends* . **Death Studies**. Washington: Aug 2010. Vol. 34, Iss. 7; p. 625

Dikt hentet frå: Suicidologi 14, nr. 1, s. 24.

Bilete framside henta frå: <http://www.helping.no/sorg.htm> Dato: 5 Januar 2011

Vedlegg 1

Resultattabell

Tittel/Forfatter	Utvalg	Metode	Funn	Diskusjon	Konklusjon
The support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends, Wilson, A., & Marshall, A. (2010)	To grupper: Etterlatne etter sjølv mord som deltok frivillig etter oppfordring frå radio og aviser og frivillige medlemmer fra støttegrupper.	Deltakarane svarte på 59 spørsmål om kor nøgde dei var med hjelp og oppfølging – med oppfordring til forslag til å forbetre oppfølginga. Dei vart delt inn i tre ulike grupper: 1) nær familie, 2) familie, 3) venner	95% rapporterte behov for profesjonell hjelp, kun 44% hadde fått profesjonell hjelp. Den næraste familien hadde betydeleg større behov for hjelp. Det kjem også fram at det er behov for lang oppfølgingstid. Ca 40% var nøgde med den hjelpa dei fekk. Det viste seg å vere manglande informasjon om tilgjengeleg hjelp.	Kva er dei mest nøgd med, og kva kan bli betre? Er den profesjonelle hjelpa god nok og lett tilgjengelig? Kva betydning har dei frivillige støttegruppene ?	Det kjem fram i studien at ein må etablere eit akutt kriseteam som er godt utdanna, og som inkluderer erfarte frivillige. Det er viktig med tett og lang oppfølging og god tilgjenge på hjelp (24 timar). Private støttegrupper har vore viktig for alle deltakarane.
Stigmatization and suicide bereavement, Feigelman, W., Gorman, B.S., & Jordan, J. (2009)	Foreldre som har mista barn: 462 etter selvmord 54 etter traumatisk dødsfall 21 etterlatne etter naturleg død. Kontakta gjennom ulike støttegrupper også oppfordra til å ta kontakt sjølv.	Deltakarane skal svare på spørsmål om forholdene til 7 ulike familie relasjonar ektefelle, eks ektefelle, foreldre, svigerforeldre osv. Også forholda til fire sosiale grupper: kollegaer	Etterlatne etter sjølv mord og traumtisk dødsfall viser tendens til høgare stigmatisering enn etterlatne etter naturleg død. Studien viser at du får betre relasjonar til, barn, ektefeller og nære venner. Foreldre som	Korleis vera eit støttande nettverk rundt pårørande? Korleis skal ein forholde seg utan å vera stigmatiserande og fråvikande? Kva er det etterlatte har behov for?	Konklusjonen er at det er vanskelegare for dei etter sjølv mord og at dei vert lett stigmatisert. Nære relasjonar må verte betre til å støtte, vera opne og vise omsorg. Dette er ein vanskeleg prosess.

		venner m.m. korleis det endra seg i løpet av det første året etter tapet.	møtte skadelige reaksjoner og anstrengt forholdt til familimedlemmer og ikkje-pårørende rapporterte auka sorg vanskeligheter.		
“Førstehjelpenes” møte med etterlatte ved selvmord – psykososiale utfordringer, Dyregrov, K., & Litlere, M.(2009).	1.gruppe: fem politi 2. gruppe: fem prester 3.gruppe: fire begravelseagenter. Kvar gruppe innehaldt ei kvinne. Fagfolkene representerte stor komunen bergen. Høg gjennomsnittsalder, prestene dei eldste, politiet dei yngste.	Tre fokusgrupper med 4 -5 deltakere i kvar gruppe, frå ulike faggrupper. Målet var å undersøke hvordan faggruppene ivaretok psykososiale aspekt i møte med de etterlatne, reflekterte rundt etterlatnes behov for psykososial hjelp og vurdering av samarbeid med andre faggrupper. Tre gruppeintervju med lydopptak og transkripsjon varte i ca 2-3-timer.	Politets oppgave var å vektlegge informasjon. Dei hadde ei oppgave om å komme inn og gi ”kaoskontroll” og var bevisste på ivaretagelse. Alle gruppene tok seg ofte tid til å lytte til etterlattes teorier om selvmordet. Alle gruppene var opptatt av å vise empati og omsorg.	Hvordan samarbeidet gruppene seg imellom og med andre? Hvilket oppfølging system såg gruppene behov for?	Hovudbodkspænen er at f.eks kriseteam skal forstå dei etterlatnes dilemma og komme på banen i større grad i akutt fasen og hjelpe dei etterlatne utover den. Det er viktig med samarbeid mellom dei ulike faggruppene og at tilbuda om hjelp som vert foreslått held mål og er kvalitetsmessige