



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	352
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7896
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	34
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	368

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Å varme dem som fryser

To warm the ones that are freezing

**Kandidatnummer: 352 & 368**

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

14.05.2021

## Sammendrag

**Tittel:** Å varme dem som fryser

**Bakgrunn for valg av tema:** Vi kjenner begge to noen som har mistet en de står nær, til selvmord - og vi er ikke de eneste. Hvert år blir over 5000 personer betraktet som etterlatte av selvmord. Disse personene er i en økt risiko for komplisert sorg og sterke etterreaksjoner etter deres nære tok sitt liv. Mange av disse ønsker og har et behov for støtte fra hjelpeapparatet, likevel er det lite forskning som fokuserer seg på denne brukergruppen sine behov for helsetjenester.

**Problemstilling:** *Hvilke behov har etterlatte ved selvmord i nære relasjoner, og hvordan kan vernepleieren imøtekomme disse?*

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med oppgaven er å få en oversikt over hvordan vernepleiere i hjelpeapparatet kan bidra til god og tilstrekkelig oppfølging av tjenestetilbud for etterlatte ved selvmord.

**Metode:** Kvantitativ spørreundersøkelse, tre primærstudier med kvalitativt design, og en systematisk oversikt.

**Funn og konklusjon:** I den første tiden etter selvmordet er det viktig at de etterlatte får den informasjonen de trenger rundt selvmordet og veien videre. Hjelpen som gis, må være tidlig på plass, oppsøkende og fleksibel. Sorgstøtte er viktig for å gi den etterlatte trøst og håp. Nettverksstøtte kan bidra til at de kommer seg på beina igjen. Til slutt er det viktig at vernepleieren har den kompetansen som trengs for å imøtekomme disse behovene. Hva som er viktig for den enkelte, vil variere. Derfor er det nødvendig at hjelpen er individrettet, og ikke basert på en fasit.

**Nøkkelord:** Selvmord, etterlatte, hjelpeapparat

## Abstract

**Title:** To warm the ones that are freezing

**Background:** We both know someone who has lost a loved one to suicide - and we are not the only ones. More than 5000 people are considered bereaved by suicide, every year. These people are at an increased risk of complicated grief and strong after-effects in the aftermath of the suicide of their loved ones. Although many of these want and have a need for professional support, there is little research that focuses on this group's need for health services.

**Research question:** *“What needs do bereaved have after a suicide in close relations, and how can the social educator accommodate these?”*

**The purpose of this thesis:** To get an overview of how social educators in healthcare can contribute to a good and adequate follow-up of services for those who are bereaved by suicide.

**Method:** Quantitative survey, three primary studies and one systematic review.

**Findings and conclusion:** In the first period after the suicide, it is important that the bereaved get the information they need about the suicide and what's next. The help provided must be in place early, outreach and flexible. Grief support is important to give the bereaved comfort and hope. Network support can help them to get back on their feet. Finally, it is important that the social educator has the skills needed to meet these needs. What is important to the individual will vary. Therefore, it is necessary that the help is individual, and not based on a conclusion.

**Keywords:** Suicide, bereaved, professional support

## Forord

### Når det skjer

når  
det vi  
frykter  
skjer  
går  
det an  
å mestre sorg  
men  
vi trenger  
omsorg  
som  
et varmt teppe  
rundt  
skuldrene våre  
mens  
vi fryser

(Tove Houck)

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Formål og problemstilling.....	7
1.2 Vernepleierfaglig relevanse.....	8
1.3 Oppgavens oppbygning.....	8
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>8</b>
2.1 Perspektiver på selvmord.....	8
2.2 Kriseteori.....	9
2.3 Mestringsevne og resiliens.....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Metodevalg .....	11
3.2 Vår førforståelse.....	12
3.3 Litteraturstudier .....	12
3.3.1 Søkestrategi .....	13
3.3.2 Analyse av litteraturstudie .....	13
3.3.3 Kritisk vurdering av litteraturstudier .....	14
3.4 Spørreundersøkelse.....	15
3.4.1 Rekruttering og gjennomføring .....	15
3.4.2 Analyse av spørreundersøkelse.....	16
3.5 Forskningsetikk .....	16
3.6 Metodologiske utfordringer.....	17
3.6.1 Styrker og svakheter med litteraturstudier .....	17
3.6.2 Styrker og svakheter med spørreundersøkelse .....	17
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>18</b>
4.1 Resultater fra litteratursøk: Etterlatt-perspektiv.....	18
4.1.1 Etterlatte sine behov: Støtte, informasjon og refleksjon .....	20
4.1.2 Erfaringer med hjelpeapparatet: Lite veiledning og blir ikke sett.....	21
4.2 Resultater fra spørreundersøkelse: Vernepleier-perspektiv.....	22
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>27</b>
5.1 Medvirkning og informasjon .....	27
5.2 Tidlig innsats.....	29
5.3 Fleksibelt hjelpeapparat.....	30
5.4 Støtte .....	31
5.5 Nettverk.....	32
5.6 Kompetanse.....	32
<b>6.0 Avslutning</b> .....	<b>34</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>35</b>
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>39</b>
8.1 Spørreundersøkelse.....	39

**Liste over tabeller og figurer**

Tabell 1: PiCo-elementer.....	s. 12
Tabell 2: Oversikt over søk.....	s. 13
Tabell 3: Oversikt over utvalgte artikler.....	s. 19
Figur 1: Oversikt over instanser.....	s. 23
Figur 2: Relevante arbeidsoppgaver.....	s. 24
Figur 3: Hvor ofte respondentene får kurs.....	s. 24
Figur 4: Hvordan kunnskap opprettholdes.....	s. 25
Figur 5: Samarbeid med faggrupper.....	s. 25
Figur 6: Kontakt med etterlatte.....	s. 25
Figur 7: Hvordan sikre rutiner for videre oppfølging.....	s. 26
Figur 8: Påstander.....	s. 26
Figur 9: Viktige tiltak for ivaretagelse av etterlatte.....	s. 27



## 1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord i nære relasjoner. Selvmord kan forstås som "[...] resultatet av en selvpåført skade og et villet ønske om å dø" (Folkehelseinstituttet [FHI], 2020). I regjeringens handlingsplan "ingen å miste" 2020-2025, skriver utvalget at selvmord er et stort folkehelse- og samfunnsproblem. Handlingsplanen skal bidra til å begrense forekomsten av selvmord ved hjelp av en nullvisjon. Et av målene for å oppnå nullvisjonen er «umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5).

Tall hentet fra dødsårsaksregisteret viser at det er omtrent 500-600 mennesker som tar sitt liv hvert år i Norge. Disse menneskene har i gjennomsnitt ti personer som går under betegnelsen "etterlatte". Altså, man kan anta at det er 5000-6000 nye etterlatte hvert år (FHI, 2020). Det har vært vanlig å omtale etterlatte som nærmeste familie, men det er likevel relevant å nevne at etterlatte kan inkludere venner, kolleger og andre som er berørt av tapet. Med andre ord, noen som har nære bånd til den avdøde, uavhengig av hvilken relasjon man har (Dyregrov et al., 2010, s. 27).

Å oppleve et selvmord i nær relasjon medfører typer belastninger som er annerledes enn ved naturlig død. Etterlatte sitter gjerne igjen med spørsmål som "hvorfor?" og "kunne jeg ha forhindre det?". Disse spørsmålene blir kanskje aldri besvart (Helsedirektoratet, 2011, s. 11). Ved selvmord er etterlatte i en økt risiko for å oppleve sterke etterreaksjoner som komplisert sorg og selvmordstanker. Noen opplever også følelser av skam og stigma. Slike belastninger bidrar til at både fysiske og psykiske problemer kan oppstå, spesielt når man tar etterreaksjoner i betraktning. Disse elementene bidrar til at etterlatte krever et kompetent hjelpeapparat (Helsedirektoratet, 2011, s.19). Med hjelpeapparat mener vi de instanser som er i kontakt med etterlatte i etterkant av et selvmord.

Helsedirektoratet (2011, s.15) viser til at 80-90% av etterlatte ved selvmord opplever et behov for profesjonell hjelp i ulik grad. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1) står det at: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Nødvendige helse- og omsorgstjenester inkluderer tilbud om psykososial beredskap og oppfølging ved

ulykker og andre akutte hendelser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Det er opp til de enkelte kommuner hvordan de velger å organisere denne hjelpen.

Til tross for at så mange etterlatte trenger hjelp finnes det ikke nok studier som tar for seg helsetjenestebruk og oppfølging av denne gruppen. Dette er en av grunnene til opprettelse av Treatment pathways, et pågående prosjekt som ledes av FHI frem til slutten av 2022. Deres mål er å se på hva helse- og velferdstjenestene har å bety for selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte (FHI, 2019).

Dette underbygger det faktum at selvmord er aktuelt og må frem i lyset i større grad. Selvmord har vært, og er, fortsatt tabubelagt og vanskelig å snakke om for mange (Grøm, 2021, s. 9). Antall etterlatte som sitter igjen etter et selvmord er høyt. Det betyr at det er stor sjanse for at noen har opplevd selvmord, eller kjenner noen som gjør det. Derfor synes vi at det er et viktig tema å belyse. Vi ønsker med denne oppgaven å utvikle en forståelse og en kunnskap, slik at vi og andre kan være der for menneskene som har mistet noen de er glad i.

### **1.1 Formål og problemstilling**

Formålet med denne oppgaven er å få en oversikt over hvordan vernepleiere kan bidra til god og tilstrekkelig oppfølging av tjenestetilbud for etterlatte ved selvmord. I oppstart av bacheloroppgaven utførte vi søk knyttet til etterlatte ved selvmord. Flere av søkene viste at de i flere tilfeller ikke er tilfreds med tilbudet og oppfølgingen de fikk. Vi har derfor utformet følgende problemstilling: *«Hvilke behov har etterlatte ved selvmord i nære relasjoner, og hvordan kan vernepleieren imøtekomme disse?»*

Problemstillingen vår er delt inn i to; etterlatt-perspektiv og vernepleier-perspektiv. Etterlatt- perspektivet fokuserer på hvilke behov de etterlatte har, og baserer seg på litteraturstudier hvor etterlatte etter selvmord har blitt intervjuet. Vernepleier-perspektivet fokuserer på hvordan vernepleiere kan imøtekomme behov hos etterlatte, og baserer seg på en spørreundersøkelse knyttet til fagpersoner sine erfaringer rundt arbeid med etterlatte.

På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å begrense oss til voksne etterlatte. Barn og unge blir ekskludert, da de har andre spesielle behov (Helsedirektoratet, 2011, s.

28). Vi skal fokusere primært på etterlatte i familiære forhold, det vil si familiemedlemmer som stod den avdøde nær.

## **1.2 Vernepleierfaglig relevanse**

Vi tolker etterlatte som en utsatt gruppe ettersom de selv er i en risiko for å begå selvmord (Helsedirektoratet, 2008, s. 3). Det står i Fellesorganisasjonen (FO, u.å., s. 2) sitt yrkesetiske grunnlagsdokument at vernepleiere skal sikre mennesker verdige levekår og livskvalitet, ved å bistå de som trenger hjelp. Dette inkluderer utsatte grupper i samfunnet.

I henhold til rammeplan for vernepleierutdanningen er formålet at vernepleiere skal kunne “[...] utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 4). Vi skal blant annet kunne samarbeide med andre profesjoner om å ivareta brukernes behov (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5).

For at vi som vernepleiere skal kunne oppfylle de krav som er forventet, og at de etterlatte skal få den hjelpen de trenger, anser vi det som nødvendig å tilegne oss nok kunnskaper om denne brukergruppen.

## **1.3 Oppgavens oppbygning**

I den videre fremstillingen skal vi gi en nærmere beskrivelse av teori som perspektiver på selvmord, kriseteori, mestringsevne og resiliens. Deretter skal vi redegjøre for valg og bruk av metoder. I kapittel 4.0 skal vi presentere resultater fra litteratursøk og spørreundersøkelse. Videre skal vi drøfte resultatene opp mot relevant teori. Avslutningsvis skal vi oppsummere våre funn.

## **2.0 Teoretisk rammeverk**

### **2.1 Perspektiver på selvmord**

Hvordan forklarer man et selvmord? Bak et selvmord ligger det ofte flere faktorer som har påvirket hendelsen (Helsedirektoratet, 2011, s. 12). Det finnes flere perspektiver som prøver å forklare eller forstå selvmord. En av dem er det medisinske

perspektivet, som er vist gjennom sykdomsmodellen. Dette perspektivet forklarer et selvmord ved å se på den underliggende sykdommen. For eksempel kan vi si at hvis en person lider av en depressiv lidelse, vil dette kunne være årsaken til at noen tar selvmord. Et annet perspektiv er det biomedisinske, hvor man ser på ulike risikofaktorer hos individet, som kjønn og alder (Songe-Møller et al., 2021, s. 22).

Et tredje perspektiv er det psykologiske. Her finner vi blant annet psykologen Mark Williams, som har utviklet en teori om hvorfor noen begår selvmord. Han legger vekt på at manglende problemløsningsstrategier, som kan stamme fra barndommen, kan bidra til at man i voksen alder ikke kommer seg ut av vanskelige livssituasjoner (Songe-Møller et al., 2021, s. 26).

Sosiologen Émile Durkheim sin teori om selvmordet, befinner seg ikke innenfor noen av de nevnte perspektivene. Han beskriver heller selvmord som en sosial handling, og mener at et individ tar sitt eget liv på grunn av sosiale årsaker. «Enhver sosial gruppe har sin spesielle kollektive selvmordstilbøyelighet, som også er roten til enkeltindividenes tilbøyelighet til å begå selvmord.» (Durkheim, 1897/2001, s. 165). Dette kan forklares gjennom tre typer selvmord, som alle bunner i grad av integrasjon; det egoistiske, det altruistiske, og det anomiske. Førstnevnte handler om for lite integrasjon i samfunnet, som bidrar til en manglende livslyst. Det altruistiske er motsatt, og handler om for sterk grad av integrasjon som leder til at fellesskapet er viktigere enn det individuelle. Til slutt er det anomiske, som i større grad handler om et misforhold mellom individet og samfunnets normer (Durkheim, 1897/2001, s. 9-10).

## **2.2 Kriseteori**

Selvmord i nære relasjoner kan betegnes som en krise. "Kriser eller krisesituasjoner forstås som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner[...]" (Helsedirektoratet, 2016, s. 14). I etterkant av en krise vil man ofte gå gjennom ulike stadier. Johan Cullberg,

en svensk psykiater, deler stadiene inn i følgende faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen, 2017, s. 256). Sjokkfasen oppstår ofte minutter etter man har fått informasjon eller opplysning om hendelsen. Noen vil reagere med å skrike, mens andre kan oppleves rolig og ordentlig, til tross for kaoset de opplever inni seg. I etterkant kan det være vanskelig å huske denne fasen (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 17).

Neste fase er reaksjonsfasen, og varer omtrent i to måneder. Det er her følelser som gråt og sinne kommer ordentlig frem. Personen prøver å finne ut hva som fikk hendelsen til å skje, i etterlattes tilfelle ofte «hvorfør tok han livet sitt?». Det kan oppstå benektelse for det som har skjedd, og spørsmål om skyld dukker opp. Alt dette kan føre til at man utvikler angst eller i verste fall forsøker å ta sitt eget liv (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 17-18)

Bearbeidelsesfasen kan ha en varighet på opptil ett år. Personen vil kunne begynne å forstå mer av krisen som skjedde og hvorfor. Alt det vanskelige knyttet til hendelsen legges bak seg, og en går over til å leve slik en gjorde før. En kan gjerne se mer fremtidsrettet. Så til slutt kommer nyorienteringsfasen. Personen er tilbake igjen til normal hverdag. Man aksepterer at livet fortsetter, selv om krisen aldri vil bli glemt (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 18). Det er ikke nødvendigvis slik at mennesket opplever å gå gjennom stadiene i den rekkefølgen de er beskrevet i her. Noen bevege seg både fram og tilbake, og andre vil kunne være i flere samtidig (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 19).

### **2.3 Mestringsevne og resiliens**

Vanligvis bruker man kjente erfaringer som en måte å løse nye problemer på. I en krise vil det være vanskelig, fordi følelsene kan ta overhånd. Dette er normale reaksjoner på det man opplever. En krise kan utløse en emosjonell reaksjon på grunn av et misforhold mellom kravene situasjonen stiller og menneskets ressurser (Håkonsen, 2017, s. 255-256). Å mestre en situasjon avhenger av de strategier man bruker. Ved et dødsfall, hvor personen ikke kan endre situasjonen, vil det i mange tilfeller brukes følelsesmessig mestring. For å komme seg gjennom situasjonen

bruker man ubevisste strategier som enten er hensiktsmessige eller uhensiktsmessige. Hensiktsmessige strategier kan vise seg i form av å søke sosial støtte eller søke en dypere mening med hendelsen. Og på den måten redusere ubehaget man føler. Å bruke uhensiktsmessige strategier som å ignorere eller benekte situasjonen man er i, kan bidra til at man bruker lengre tid på å akseptere det som har hendt (Håkonsen, 2017, s. 261).

Å oppleve en krise betyr gjerne at man opplever stress og motgang. I hvor stor grad man er resilient, også kalt motstandsdyktig, kan ha en betydning for hvordan man overvinner disse påkjenningene. Jo mer resilient man er, jo mindre vil krisen gå på bekostning av ens psykiske, fysiske og sosiale helse. Resiliens betegnes også som å være tilpasningsdyktig i møte med traumer og tragedier. I hvor stor grad man utvikler resiliens kan ses i lys av gode personlighetsmessige forhold, familiemiljø og støttende omgivelser (Sher, 2019, s. 171).

### 3.0 Metode

#### 3.1 Metodevalg

«Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2017, s. 52). For å undersøke hvilke behov etterlatte har, og hva vernepleieren kan bidra med, har vi brukt et design som inkluderer både spørreundersøkelse med faste lukkede spørsmål og litteraturstudie med utvalg av kvalitative design. På den måten har vi brukt metoder som innhenter både kvantitative og kvalitative kunnskapskilder for å besvare problemstillingen vår. Begrunnelsen for å kombinere disse to var først og fremst for å innhente mest mulig data.

Spørreundersøkelsen bygger på kvantitativ metode, som kjennetegnes blant annet av å innhente opplysninger som gir en bred forståelse. Samtidig som det gir målbare resultater, som senere kan analyseres (Dalland, 2017, s. 53). Spørreundersøkelse var et nyttig redskap for å skaffe data om hva som inngår i arbeidet til fagpersoner som har erfaring med etterlatte de siste ti årene. Vi har valg å supplere med litteraturstudier som en metode for å innhente oppdatert forskning. Videre har vi brukt teori og nettressurser av relevanse.

### 3.2 Vår førforståelse

Vi kjenner begge to noen som har mistet en de står nær, til selvmord. I tidligere samtaler med disse personene har vi forstått at selvmord både er vanskelig å snakke om, men også at hjelpetilbudet noen ganger ikke strekker til. Vi hadde derfor en oppfatning om at etterlatte var en mindre fokusert gruppe i hjelpeapparatet. Gjennom utdanningsløpet har vi opplevd at selvmord ikke er et prioritert fokusområde i pensum og undervisning. Selv om vi fikk en kort innføring i temaene selvmord og sorg, ble det ikke nevnt igjen. I etterkant har vi innsett at vi savner en dypere forståelse, noe som er motivasjonen for å bruke denne oppgaven til å lære mer om dette feltet nå. Vi har likevel prøvd å ta hensyn til at de oppfatninger vi har ikke skal påvirke de data vi innhenter og refleksjonene rundt disse.

### 3.3 Litteraturstudier

For å innhente forskningsbasert kunnskap har vi brukt litteraturstudier. Vi har valgt studier som inkluderer kvalitativt design, med intervju som metode. Disse ble valgt på bakgrunn av at vi ønsket et innblikk i etterlatt-perspektivet, altså de etterlatte sine opplevde behov. Vi har brukt KBP- læringsverktøy (Helsebiblioteket, u.å) for å systematisere søkestrategien vår. Kjernespørsmålet vårt tar for seg erfaringer og holdninger. PiCo-elementene kan ses i tabell 1. Etter utforming av PiCo-elementer formulerte vi spørsmålet: «Hvilke erfaringer har etterlatte med oppfølging fra hjelpeapparatet ved selvmord i nære relasjoner?».

Tabell 1: PiCo- elementer

<b>P</b>	Populasjon	Etterlatte
<b>I</b>	(Fenomen av) interesse	Oppfølging fra hjelpeapparatet
<b>Co</b>	Kontekst	Ved selvmord i nære relasjoner

For å finne relevante databaser søkte vi på bibliotekets nettside gjennom HVL. Her fant vi fagressurser for vernepleierutdanningen. Vi brukte kunnskapspyramiden som utgangspunkt i søkeprosessen. For å finne systematisk oversikter gjorde vi søk i databasene Cochrane library og Epistemonikos, med resultat på den sistnevnte. Videre søkte vi i databaser som SveMed+ og Cinahl for å finne primærstudier. Alle disse databasene har litteratur som omhandler helse- eller sosialfag.

For å finne engelske søkeord brukte vi verktøyet MeSH. Søkeord vi har brukt er: «suicide», «bereaved», «suicidally bereaved», «family», «postvention», «professional support», «selvmord», «etterlatte» og «hjelpeapparat». Søkeordene ble brukt enkeltstående og i kombinasjon med hverandre. Som en del av søkestrategien begrenset vi resultatene av artikler ved inklusjonskriteriene fra år 2010, norsk eller engelsk som språk, fulltekst og voksne etterlatte. Vi har ikke spesifikt søkt etter voksne etterlatte, men artikler som ikke inneholdt denne beskrivelsen ble ekskludert.

### 3.3.1 Søkestrategi

Tabell 2: Oversikt over søk

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
Epistemonikos	<u>Basic search:</u> Postvention	Systematisk oversikt, Siste fem år	6
Cinahl	<u>Basic search:</u> Suicidally bereaved		3
SveMed+	<u>Basic search:</u> Selvmord og etterlatte	Peer reviewed, full text	7
Cinahl	<u>Basic search:</u> Suicide bereavement support	Academic journals, 2010-2021	8

### 3.3.2 Analyse av litteraturstudie

Vi har latt oss inspirere av det som kalles tematisk analyse for å identifisere ulike temaer innenfor den dataen som er innhentet. Tematisk analyse brukes i hovedsak for å analysere kvalitativ data (Braun & Clarke, 2006, s. 1) og vi har brukt denne måten å analysere på siden artiklene har kvalitativt design med intervju som metode.



Hva et tema er, vil ut fra tematisk analyse, være fleksibelt siden "forskerne" avgjør hva som er relevant (Braun & Clarke, 2006, s. 10). Derfor har vi brukt denne analysemetoden som utgangspunkt når vi har laget sammenfatning av artiklene sine resultater. Analysen vi utførte genererte i følgende to tema; 1) "etterlatte sine behov" og 2) "erfaringer med hjelpeapparatet".

### 3.3.3 Kritisk vurdering av litteraturstudier

I kritisk vurdering av litteraturstudier har vi tatt utgangspunkt i sjekklister for systematisk oversikt og kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016).

Studien til Gall et al., (2013) har et formål som er klart formulert. Kvalitativ metode har blitt brukt, som er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Det har blitt gjort rede for utvalget, hvordan de ble valgt ut, og karakteristika er beskrevet. Det kommer frem hvilke metode som er brukt for datainnsamling og hvilken form dataene har. Det er redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, og hvordan analysen har blitt gjennomført. Funnene er klart presentert, og disse underbygges av andre kilder. Etske hensyn har blitt vurdert ved at studien har fått godkjenning fra en etisk komité.

I Silviken et al. (2014) kommer formålet med studien frem på en oversiktlig måte. Det har blitt gjort rede for hvem som ble valgt ut til å delta, karakteristika ved individene, og hvordan informantene har blitt rekruttert. Inklusjonskriterier kommer tydelig frem. Gjennomføring av metode og analyse er beskrevet. Bakgrunnsforhold som kan ha påvirket resultatene kommer frem, ved at det blir nevnt styrker og svakheter ved studien. Etske hensyn har blitt ivaretatt og studien har fått godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

I studien til Ross et al. (2019) kommer formålet tydelig frem. Valg av informanter og rekrutteringsprosess er beskrevet. Også inkludert i studien er ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalg. Studien beskriver metoden som har blitt brukt, hvordan data er samlet inn, og hvordan analysen har blitt gjennomført. Elementer som kan ha påvirket resultatene trekkes frem ved å diskutere styrker og svakheter. Funnene presenteres oversiktlig med relevante overskrifter. Forfatterne av studien har fulgt

forskningsetiske krav og har blitt godkjent av en etisk komité.

Formålet i Andriessen et al. (2019) er å undersøke hvilke effekter postvention har, og hva som kan bidra til å forbedre den. Videre er det gitt en detaljert beskrivelse av hvilke søkeord som er brukt. I søken etter primærstudiene er det gitt beskrivelse av hvilke inklusjon- og eksklusjonskriterier som er gjort. Deriblant er et av inklusjonskriteriene for de fagfelleverderte studiene at populasjonen var personer som var etterlatt ved selvmord. De studiene som er brukt, har blitt vurdert etter kriteriene i NHMRC, som blant annet innebærer grad av evidens og generaliserbarhet. Det konkluderes blant annet med at det er manglende kvalitet på forskningen innen dette feltet, hvorav de nevnte manglende kontrollgrupper for å måle effekten. Videre beskriver de at retningslinjene manglet teoretisk bakgrunn. Resultatene fra studien er overførbare til praksis, da de trekker frem de intervensjonene som har vist effekt.

### **3.4 Spørreundersøkelse**

En spørreundersøkelse er en metode for å innhente data om et større antall mennesker, og på den måten få skaffe breddeforståelse av temaet. Samtidig kan man skaffe seg et overblikk over hva det representative har erfart eller mener (Dalland, 2017, s. 53). Vi omtaler personene som har besvart spørreundersøkelsen for "respondenter" videre i oppgaven. I henhold til den kvantitative metoden er spørreundersøkelsen strukturert slik at alle spørsmålene er standardiserte. Altså; både spørsmålene og utformingen i spørreundersøkelsen er lik hos alle respondentene. Dette gjorde det mulig å vurdere de enkelte svaralternativene opp mot antall respondenter (Dalland, 2017, s.124).

#### **3.4.1 Rekruttering og gjennomføring**

For å anskaffe erfaringsbasert kunnskap har vi rekruttert fagpersoner som har praktisert arbeid med etterlatte (Nordtvedt et al., 2017, s. 18). For å finne respondenter til undersøkelsen la vi ut et innlegg på et digitalt forum for vernepleiere. I innlegget beskrev vi formål og problemstilling. Vi skrev at vi ønsket svar fra fagpersoner som har erfaringer knyttet til arbeid med etterlatte fra de ti siste årene. Lenken til spørreundersøkelsen lå vedlagt under teksten.

Spørreundersøkelsen foregikk digitalt på SurveyXact. Vi benyttet oss av dette verktøyet for å være sikre på at respondentenes anonymitet ble ivaretatt.

Spørreundersøkelsen var åpen i det digitale rommet i fem dager. Vi bestemte oss for å avslutte undersøkelsen etter den femte dagen på grunn av nedgående antall responser de siste to dagene.

### **3.4.2 Analyse av spørreundersøkelse**

I analyse av spørreundersøkelsen har vi brukt deskriptiv statistikk. I analysefunksjonen på SurveyXact ble resultatene vist med svarprosent og antall respondenter som hadde svart på hvert spørsmål. Spørsmålene var delt inn hver for seg, med frekvensen av de ulike svarene listet opp. Ved å ta utgangspunkt i disse tallene, kunne vi utføre en statistisk analyse hvor vi hovedsakelig har sett på modalverdien; altså hvilken verdi som forekommer hyppigst (Dalland, 2017, s. 143).

### **3.5 Forskningsetikk**

Gjennom prosessen av å skrive denne bacheloroppgaven har vi stått overfor etiske dilemmaer. Etikk som omhandler forskning kalles forskningsetikk. Forskningsetikkens hovedelementer er å sørge for at personvernet ivaretas, og at vår forskning ikke har negative følger for de involverte parter (Dalland, 2017, s. 236). I utforming og gjennomføring av spørreundersøkelsen var personvern og anonymitet to elementer vi la særlig vekt på.

For å sikre at disse elementene ble bevart, kommuniserte vi med personvernet for HVL for råd og veiledning. På undersøkelsens forside ble det forklart at undersøkelsen er anonym og at ingen personopplysninger blir registrert. Videre måtte informantene trykke «ja» eller «nei» på om de samtykket til å delta og at svarene kunne benyttes i oppgaven.

Først og fremst hadde vi kun lukkede spørsmål med svaralternativer. På den måten sikret vi at respondentene ikke skrev personopplysninger som hadde risikert deres anonymitet. For det andre var spørsmålene generelle og åpne, slik at de ikke kunne spores til én spesifikk arbeidsplass eller profesjon. For det tredje sørget vi for at undersøkelsen ikke kunne spores tilbake til respondentene ved å deaktivere denne

funksjonen på SurveyXact. På bakgrunn av at vi ikke har behandlet personvernopplysninger og alle resultatene er anonyme, var ikke oppgaven vår meldepliktig til Norsk Senter for Forskningsdata (Dalland, 2017, s. 237). Alle respondentene forble anonyme under hele prosessen.

### **3.6 Metodologiske utfordringer**

#### **3.6.1 Styrker og svakheter med litteraturstudier**

En styrke med å bruke litteraturstudier i vår besvarelse er at vi har brukt oppdatert forskning fra de siste ti årene. Denne forskningen gjør det mulig å innhente informasjon fra et etterlatt-perspektiv, da studiene inkluderer intervjuer med personer som forteller om egne erfaringer etter et selvmord. Resultatene kan derfor anses som relevante i forhold til problemstillingen vår (Dalland, 2017, s. 60).

En svakhet med å bruke litteraturstudier er at man må forholde seg til den forskningen som er tilgjengelig. Vi oppdaget at for å benytte oss av oppdatert forskning, ble det færre tilgjengelige litteraturstudier. Særlig oppsummert forskning. Derav ble vi nødt til å bruke flere primærstudier, som krever større grad av fortolkning (Nordtvedt et al., 2017, s. 23). En annen mulig svakhet er at vi ikke fant noe særlig med norske studier, og har i hovedsak belaget oss på internasjonale studier. Vi har med dette reflektert rundt forskningenes relevans, da konteksten for hjelpeapparatet kan variere fra land til land.

#### **3.6.2 Styrker og svakheter med spørreundersøkelse**

Det finnes både styrker og svakheter ved å bruke spørreundersøkelse som metode. Metoden gir oss en mulighet til å få samlet inn svar fra en større gruppe individer (Dalland, 2017, s. 123). En annen styrke er at det krever lite arbeid fra respondentene å svare. Respondentene kan svare når det passer for dem og følge sitt eget tempo. Metoden gjør at respondentene er anonyme, som kan bidra til at flere ønsker å delta.

En svakhet er at vi ikke kan kontrollere hvem som har svart på undersøkelsen. I vårt tilfelle var lenken offentlig og flere kunne i utgangspunktet besvare spørsmålene. Dette kan påvirke resultatenes reliabilitet. En annen svakhet er at det ikke er mulig å vite hvordan respondentene har forstått og tolket spørsmålene. Vi hadde lukkede spørsmål og svaralternativer uten mulighet for friskrivning, av hensyn til anonymitet og personvern. Dette kan ha gjort at vi har gått glipp av viktig kunnskap som respondentene kunne ha gitt oss (Dalland, 2017, s. 126).

## **4.0 Resultater**

I dette kapitlet skal vi presentere funn fra spørreundersøkelsen og litteraturstudiene. Resultatene fra litteraturstudiene blir presentert som temaer, hvor etterlatt-perspektivet vektlegges. Resultatene fra spørreundersøkelsen blir vist som tekst med inkluderte figurer, hvor hjelpeapparatet sine erfaringer er i fokus, altså vernepleier-perspektivet.

### **4.1 Resultater fra litteratursøk: Etterlatt-perspektiv**

Inklusjonskriteriene for oppgaven var artikler fra 2010 og nyere, norsk og engelsk språk, fulltekst, og voksne etterlatte. I oppgaven har vi brukt fire artikler: To primærstudier funnet på Cinahl, en norsk primærstudie funnet på SveMed+ og en systematisk oversikt funnet på Epistemonikos. Tabell 3 gir en oversikt over utvalgte studier. Vi har delt resultatene inn i temaene 1) “etterlatte sine behov” og 2) “erfaringer med hjelpeapparatet”.

Tabell 3: Oversikt over utvalgte artikler

Forfatter(e)	Utvalg/ populasjon	Problemstilling / formål	Metode	Kontekst	Hovedfunn
<b>Gall et al., 2013</b>	N= 15, 11 etterlatte over 18 år, og 4 helsearbeidere	Studien undersøker etterlattes behov etter et selvmord.  Formålet er å finne de beste tiltakene innenfor postvention	Kvalitative intervjuer og demografisk spørreskjema	Etterlatte ved selvmord i Canada	Noen av de viktigste tiltakene innenfor postvention er fokus på opplevelse av sorg, mestring, sosial støtte, å finne mening, selvrefleksjon og veien videre.
<b>Silviken et al., 2014</b>	N= 17 utvalgte for å delta i analysen.  Seleksjonskriterier: alle de utvalgte bodde i rurale samiske områder i Nord-Norge, og at de reflekterte rundt utfordringer knyttet til det å motta og/eller be om hjelp i små samfunn.	Studien tar for seg hvilke erfaringer etterlatte har med lokalt hjelpeapparat	Kvalitative dybdeintervjuer med hermeneutisk fenomenologisk forskningsmetode	Etterlatte etter brå og uventet død i samiske områder i Nord-Norge	Intervjuobjektene erfarte utfordringer med tette- og multiplekse relasjoner og at hjelpeapparatet har manglende fagkompetanse på krise- og sorgfeltet
<b>Ross et al., 2019</b>	N= 15. 12 damer og 3 menn fra 31 til 73 år.	Å utforske etterlatte sine erfaringer med støtte	Kvalitative intervju	Etterlatte ved selvmord i Australia	1.Behov endrer seg 2.vanskeligheter med å navigere tjenester 3. Opplevelse av stigma og sosial isolasjon 4. Kontakt med andre ses på som positivt

Andriessen et al., 2019	8 studier fra Medline, psyclINFO, Embase og EBM reviews, og 12 grå litteratur og retningslinjer etter 2014	Å undersøke hvilke effekter postvention har, og hva som kan bidra til å øke effekten	Systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av fagfellevurdert litteratur. Studiene som er brukt er RCT (N=2), pre- og post design uten kontrollgruppe (N=2), prospektiv design uten kontrollgrupper (N=2), retrospektive, deskriptive tverrsnittstudier (N=2).	Internasjonale studier og retningslinjer som omhandler postvention	Postvention viser seg å ha lite effekt, men likemannsstøtte, fokus på sorgprosess, og individuelt tilpasset hjelpetilbud ses på som positivt.
-------------------------	--	--	---	--	---

#### 4.1.1 Etterlatte sine behov: Støtte, informasjon og refleksjon

I "Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide" (Gall et al., 2013) utforskes etterlatte sine behov. Resultatene viser at et av de mest nødvendige behovene er å ha noen å snakke med. De trenger å få luft ut følelsene sine og kjenne på smerten tapet har ført til. Både individuell rådgivning og støttegrupper trekkes frem i denne sammenheng. Videre er det viktig for de etterlatte å vite hvordan de skal ha kontroll og ta vare på seg selv. Alle mennesker mestrer situasjoner på ulikt vis, derfor er det sentralt å følge med på om strategiene utvikler seg til å bli uhensiktsmessige. Resultatene viser også et behov for informasjon om selvmord. I tillegg er det viktig å unngå sosial isolasjon, og istedenfor finne mennesker man kan stole på og søke støtte hos (Gall et al., 2013, s. 435).

Meningsskaping er et annet sentralt behov på listen. Det kan her være positivt for etterlatte å reflektere rundt hvorfor selvmordet skjedde. For de som klarer det, vil det kunne hjelpe å finne en «god nok» grunn til selvmordet. Å sette selvmordet inn i et større perspektiv, og forstå den avdødes valg, trekkes frem som andre viktige elementer. Til slutt nevnes behovet for å gå videre. For at de skal klare dette er det sentralt å akseptere at selvmordet ikke var den etterlattes skyld, men et valg den avdøde tok for seg selv (Gall et al., 2013, s. 435).

Den enkelte sine behov utforskes videre i “Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study” (Ross et al., 2019). I denne studien viser resultatene at etterlatte sine behov i etterkant av et selvmord vil endres i takt med sorgen. For å hjelpe å forstå hvilken støtte de trenger, mener flere det hadde vært positivt å få informasjon om sorgprosessen etter selvmordet (Ross et al., 2019, s. 635-636).

Følelser som skam, skyld og stigma påvirker de etterlatte i ulik grad. Selvmord kan være vanskelig å snakke om. Både for den etterlatte, men også for andre personer i nettverket. Noen opplever et sinne mot nettverket fordi det virker som at de er ukomfortable med å snakke om selvmordet. Dette resulteres ofte i tap av kontakt og sosial støtte fra venner og familie (Ross et al., 2019, s. 638). De fleste opplever likemannsstøtte som nyttig, da det å snakke med andre i samme situasjon blir sett på som en positiv opplevelse. Det trekkes frem at det er en styrke i å vite at de ikke er alene (Ross et al., 2019, s. 640).

Selv om de nevnte behovene kan være sentrale, er det likevel viktig å vurdere de opp i mot hvert unike individ (Gall et al., 2013, s. 436).

#### **4.1.2 Erfaringer med hjelpeapparatet:** Lite veiledning og blir ikke sett

At tiltak må være tilpasset den enkeltes behov, kan ses i lys av “Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord- Norge” (Silviken et al., 2014, s. 39). En etterlatt erfarte at helsearbeideren hun møtte, unnlot å snakke om det som hadde skjedd. Dette gjorde at hun ikke følte at hennes behov for hjelp ble sett. Flere etterlatte har samme opplevelse. Årsaken er manglende tiltro til hjelpeapparatet. Informantene opplever at det lokale helsepersonellet har manglende fagkompetanse og profesjonalitet, særlig knyttet til krise- og sorgfeltet.

Noen av informantene så på seg selv som «heldige» som fant hjelp når de trengte det. Andre forteller at de ikke visste hva de skulle gjøre etter politiet hadde vært hos dem. En annen gruppe hadde positive erfaringer knyttet til støtten de fikk. Selv om ikke alle hadde fått tilbud om hjelp i etterkant, var det en konsensus om at etterlatte har behov for støtte. Særlig praktisk støtte som kan avlaste personen, som for



eksempel det å ta dagligdagse beslutninger. To etterlatte forteller: “You absolutely have no idea what you need... because I certainly didn’t and you just need somebody to start you” og “You’re not in your own mind... you’re not thinking straight... But there’s nobody there to guide you along those lines either. There’s no guidance on “Okay, this is possibly what’s going to happen to you” ”(Ross et al., 2019, s. 635-636).

Et fleksibelt hjelpeapparat trekkes frem som en viktig faktor. De etterlatte ønsker et hjelpeapparat som har tilbud om langvarig oppfølging, og som kan tilpasse seg etter den etterlattes behov. Dette for at den etterlatte skal få tid til å føle seg klar til å få støtte. Erfaringene tilsier at flere ikke klarer å oppsøke hjelp tidlig i sorgprosessen, men at dette er lettere etter hvert. En etterlatt forteller om andre menneskers forventning om å komme over hendelsen og at de mener sorg har en utløpsdato (Ross et al., 2019, s. 636-367).

Når det gjelder navigering av tjenester, var det mange som ikke visste hvor de skulle søke hjelp. Andre som hadde fått kontaktnummer på flere tjenester, var usikre på hvem av de de skulle kontakte. Etterlatte etterspør en samtale med noen i hjelpeapparatet, som kan være med på å finne ut hva som kan hjelpe akkurat dem, og for å undersøke hvilke tjenester som kan passe (Ross et al., 2019, s. 637).

Postvention er intervensjoner som blir iverksatt etter et selvmord. Effekten av en slik intervensjon blir samlet sett sett på som manglende i den systematiske oversikten «Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review” (Andriessen et al., 2019). Likevel er det faktorer som bidrar til god effekt av postvention; likemannsstøtte og fokus på sorgen personene gjennomgår. Selvmordet påvirker etterlatte i ulik grad. Støtten og hjelpen som tilbys, bør derfor være tilpasset den enkelte sine behov (Andriessen et al., 2019, s. 18-19).

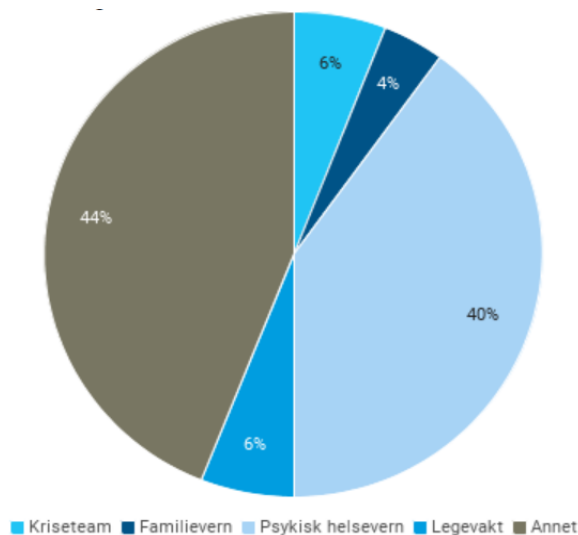
#### **4.2 Resultater fra spørreundersøkelse: Vernepleier-perspektiv**

Spørreundersøkelsen hadde samlet sett 54 respondenter, hvorav 21 respondenter (39%) fullførte undersøkelsen. Vi har valgt å inkludere alle svarene uavhengig av ikke

alle fullførte, da de kan være relevante for oppgavens besvarelse. Alle samtykket til å delta og at svarene kunne benyttes i vår besvarelse på oppgaven. Vi tar med forbehold at spørsmålene kan ha blitt tolket annerledes hos de forskjellige respondentene, da vi ikke har gitt en videre beskrivelse av spørsmålene. Ettersom vi rekrutterte fagpersoner med erfaring fra arbeid med etterlatte de siste ti årene, går vi ut fra at 100% (N=54) av respondentene oppfylte disse kravene.

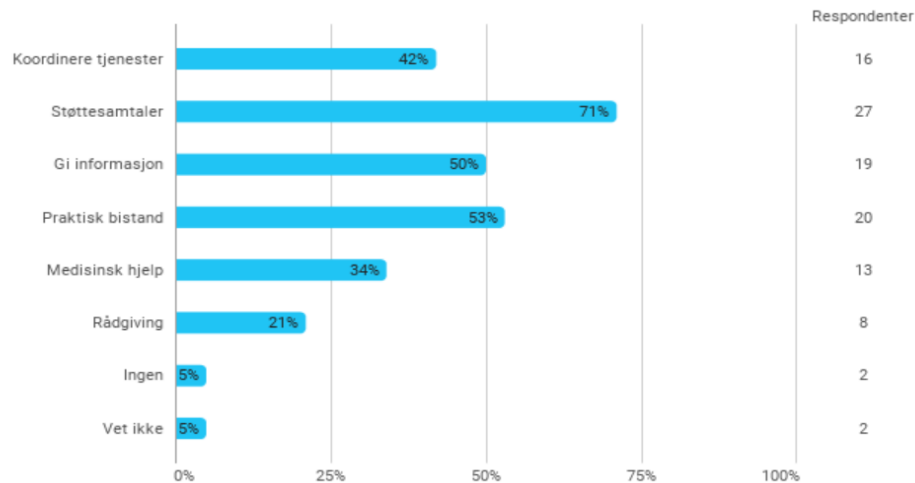
Flertallet av respondentene hadde erfaring fra “annet” (N=22) eller psykisk helsevern (N= 20).

Figur 1: Oversikt over instanser



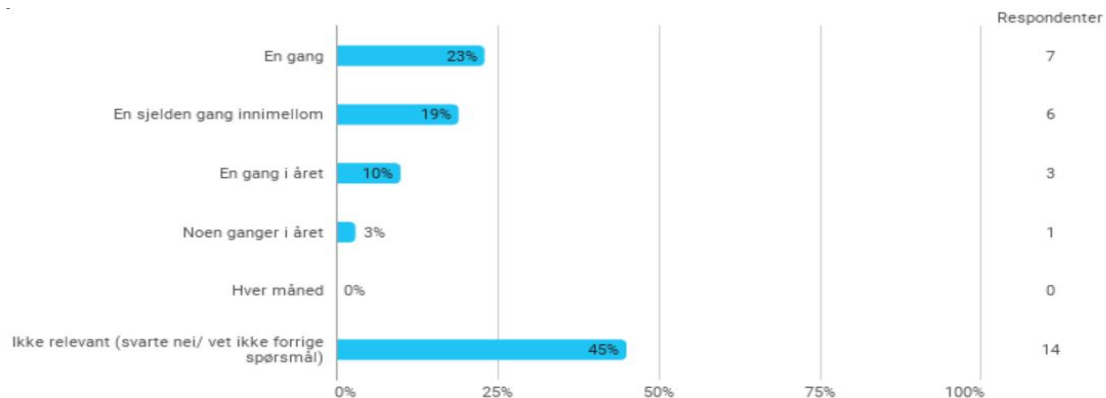
Neste spørsmål tar for seg hvilken punkter som er relevante i deres arbeid. I henhold til figur 2, har flertallet svart støttesamtale. Mange har også svart informasjon og praktisk bistand som relevant.

Figur 2: Relevante arbeidsoppgaver



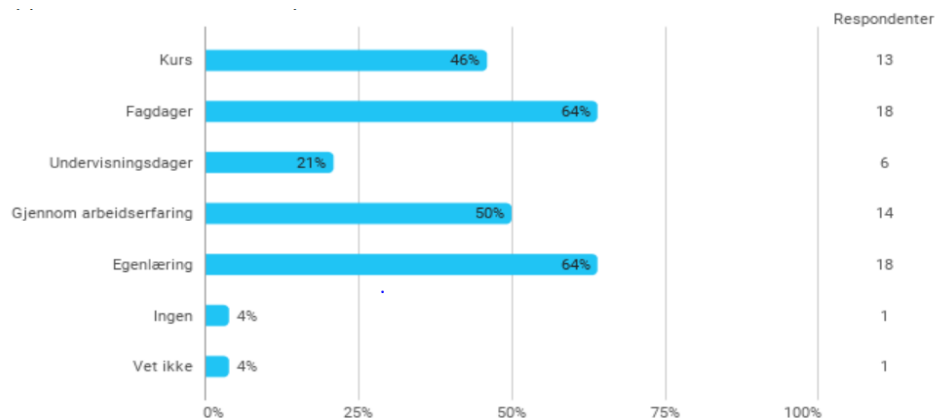
På spørsmål om respondentene har fått tilbud om kurs knyttet til sorg, livskriser og traumer, svarer 58% (N=18) ja, 35% (N=11) nei, mens 6% (N=2) svarer at de ikke vet. Figur 3 viser hvor ofte respondentene får kurs, der flesteparten har svart "ikke relevant". Resultatene viser at de som får kurs, ikke får det så ofte.

Figur 3: Hvor ofte respondentene får kurs



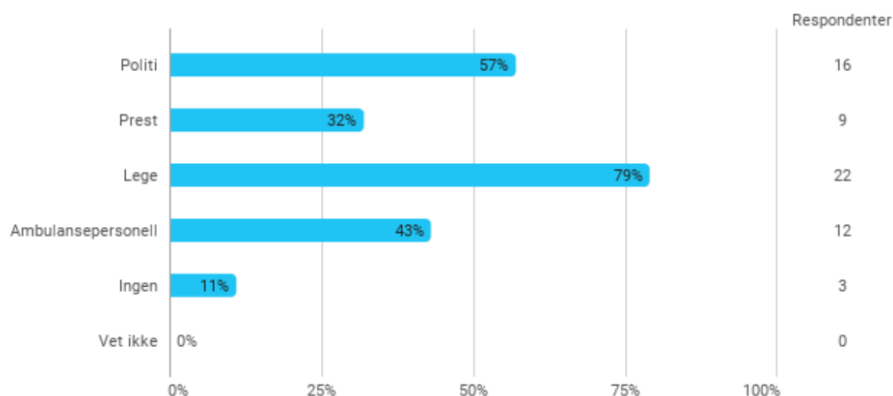
Videre ønsket vi å finne ut av hvordan opprettholdelse av kunnskap sikres. Resultatene tilsier at dette skjer oftest gjennom fagdager og egenlæring.

Figur 4: Hvordan kunnskap opprettholdes



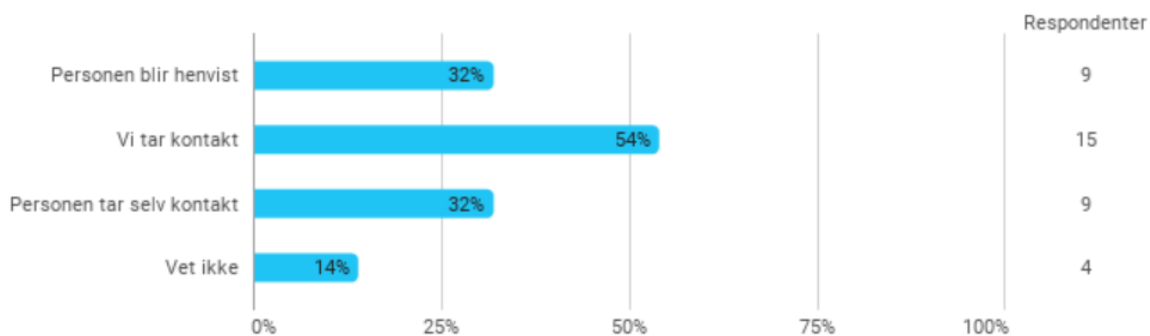
De fleste respondentene samarbeider med andre faggrupper. Bare 11% (N=3) svarte ingen av de nevnte.

Figur 5: Samarbeid med faggrupper



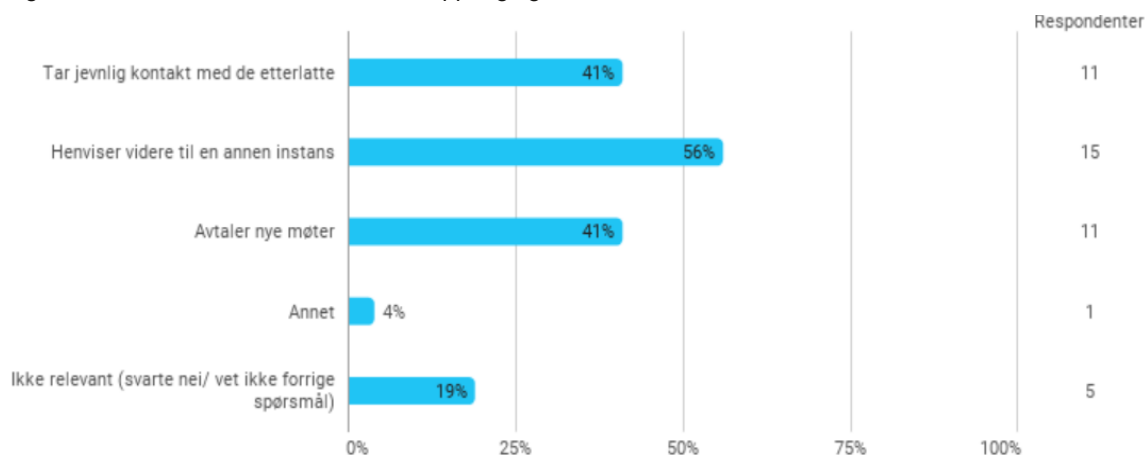
På spørsmål om hvordan respondentene kommer i kontakt med de etterlatte, svarer over halvparten at de tar kontakt. 32% (N=9) svarer at de blir henvist eller selv tar kontakt. 14% (N=4) vet ikke.

Figur 6: Kontakt med etterlatte



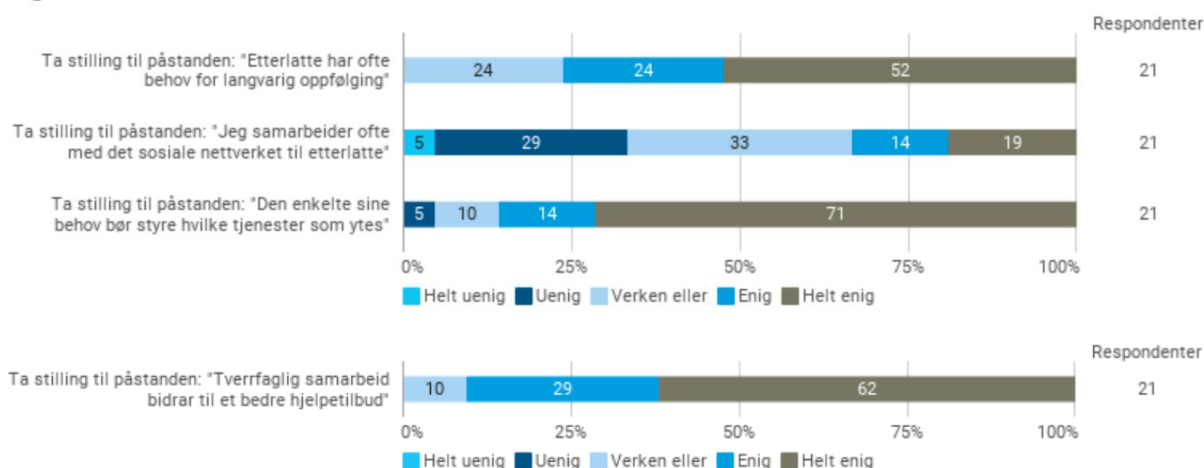
70% (N=19) av respondentene har rutiner for å sikre videre oppfølging. 26% (N=7) har ikke. 4% (N=1) vet ikke. Hvordan dette sikres vises i figur 7.

Figur 7: Hvordan sikre rutiner for videre oppfølging



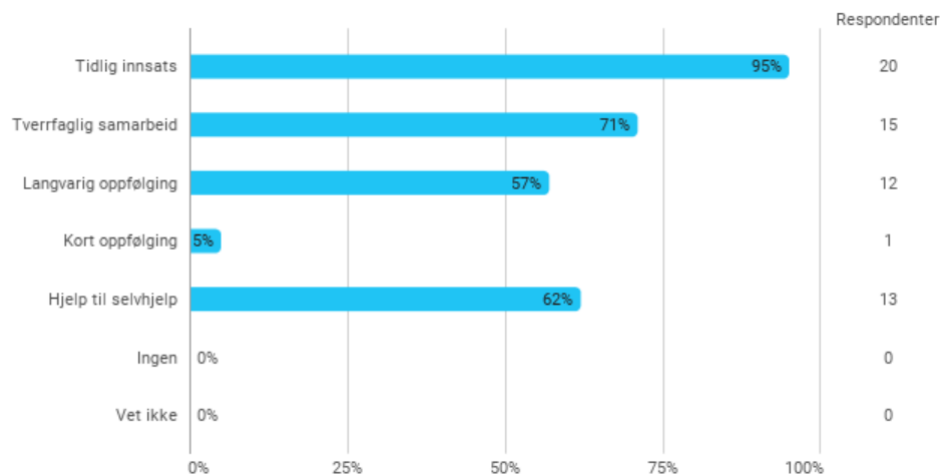
I første påstand er over halvparten helt enig i at etterlatte har behov for langvarig oppfølging. Flesteparten svarer uenig og verken eller, til om de ofte samarbeider med det sosiale nettverket. I påstanden om at den enkelte sine behov bør styre tjenestene, stiller flesteparten seg helt enig. I siste påstand svarer flesteparten at de er helt enig i at tverrfaglig samarbeid bidrar til et bedre hjelpetilbud.

Figur 8: Påstander



Det kommer frem at tidlig innsats er det viktigste tiltaket for å ivareta selvmordsetterlatte, i følge respondentene.

Figur 9: Viktige tiltak for ivaretagelse av etterlatte



## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi belyse problemstillingen vår: «*Hvilke behov har etterlatte ved selvmord i nære relasjoner, og hvordan kan vernepleieren bidra til å imøtekomme disse?*». Dette skal vi gjøre ved å drøfte resultatene fra litteraturstudier og spørreundersøkelse, opp mot teoretisk rammeverk som kriseteori og resiliens. Gjennom analyseprosessen av data, har vi kommet frem til følgende seks sentrale hovedområder: Medvirkning og informasjon, tidlig innsats, fleksibelt hjelpeapparat, støtte, nettverk, og kompetanse.

### 5.1 Medvirkning og informasjon

Flertallet av respondentene i spørreundersøkelsen vi gjennomførte var «helt enig» i påstanden om at etterlatte sine behov bør styre hvilke tjenester som ytes.

Medvirkning er en lovfestet rettighet. Det står at: «*Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det vil si at så lenge den etterlatte er pasient eller bruker innen spesialist- eller kommunehelsetjenesten, skal han eller hun kunne påvirke hvilke tjenester som tilbys, og hvordan det skal gjennomføres.

Hvilken grad av hjelp den enkelte trenger kan variere. Blant annet med hensyn til hvor sterk grad sorgen fremtrer (Andriessen et al., 2019, s 16). Dette kan ses i lys av resiliens. Personer som i større grad er resilient kan oppleve at selv om de går igjennom en vanskelig situasjon, går det ikke utover deres generelle helse. På den andre siden kan liten grad av resiliens bidra til både økt risiko for stress- lidelser, men også en økt selvmordsrisiko (Sher, 2019, s. 171). Et fellestrekk er likevel at behovene til den enkelte ikke er ensidig, og kan være i stadig endring ettersom hvor man befinner seg i sorgprosessen (Ross et al., 2019, s. 635).

Etterlatte etterspør mer informasjon. Dette innebærer generell informasjon om hvor og hvem de kan søke hjelp hos. I tillegg har de behov for å forstå sorgprosessen de gjennomgår, og hvordan veien videre kan se ut (Ross et al., 2019, s. 636). Når den etterlatte tildeles helsetjenester vil det gi rettigheter i forhold til informasjon jf. §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Informasjonen omhandler både egen helsetilstand, og hva helsetjenesten skal inneholde.

Som vernepleier må man ta hensyn til at det er enkelte ting den etterlatte muligens ikke vet eller har kunnskaper om. For eksempel at både sterke og svake sorgreaksjoner er helt vanlig (Dyregrov et al., 2010, s. 166). Sher (2019, s. 175) viser til viktigheten av å informere om styrkende faktorer som bidrar til økt resiliens. Blant annet mestringsstrategier. Hvordan man mestrer en hendelse kan i stor grad påvirkes av hvilke måter man forholder seg til det som har skjedd. Hos mange kommer disse som naturlige reaksjoner, slik at man ikke alltid er bevisst hva man gjør.

Man deler mestringsstrategier inn i to; hensiktsmessige og uhensiktsmessige. Hensiktsmessige mestringsstrategier, eksempelvis å skape forståelse, vil i større grad bidra til aksept for situasjonen. På den andre siden vil uhensiktsmessige mestringsstrategier, eksempelvis benektelse, forskyve de følelser man egentlig har. Noe som kan forlenge sorgprosessen (Håkonsen, 2017, s. 261). Ved å informere personen dersom han eller hun bruker uhensiktsmessige metoder, slik som å forskyve følelsene ved å innta alkohol, kan det tenkes at det bidrar til en bevisstgjøring (Gall et al., 2013, s. 432).

Hvordan informasjonen formidles kan ha en betydning for hvorvidt det som blir sagt er forståelig eller ei. For å sikre at behovene om informasjon blir ivaretatt, kan det å gi informasjon skriftlig i form av brosjyrer være til nytte slik at de enkelt kan finne tilbake til det som ble sagt (Helsedirektoratet, 2011, s. 42). Til tross for at helsepersonell skal gi “[...] den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter” (helsepersonelloven, 1999, § 10), var det likevel bare 50% (N= 19) av respondentene i spørreundersøkelsen som anså informasjon som en relevant arbeidsoppgave for dem.

## 5.2 Tidlig innsats

Det kommer frem at det kan være vanskelig for etterlatte å oppsøke hjelp etter selvmordet har skjedd. For mange er det godt med en samtale for å kartlegge hvilken hjelp og tjenester den etterlatte trenger (Ross et al., 2019, s. 636-637). Dette kan tilsi at det er viktig for hjelpeapparatet å være proaktiv og tidlig på plass. Tidlig innsats er også det viktigste tiltaket for å ivareta etterlatte, ifølge respondentene fra spørreundersøkelsen.

Helsedirektoratet (2011, s. 38) trekker frem dette som en sentral del av hjelpen, og legger til at tilbudet bør komme automatisk. Selv om tilbudet bør være plass, kan det ta tid før den etterlatte ønsker denne hjelpen. Dersom man er i sjokk- eller reaksjonsfasen av sorgprosessen, kan det følelsesmessige kaoset bidra til at ikke alle takker ja med en gang (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 17). Derfor må hjelpen gjentas hvis dette er tilfellet (Helsedirektoratet, 2011, s. 42). Tidlig og oppsøkende tilbud vil være avhengig av faktorer som at kommunen har organisert tilbudet hvor de rette instansene, for eksempel kriseteam, blir iverksatt (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 198).

Det er imidlertid ikke alle instanser som tilbyr oppfølging. 32% (N= 9) av respondentene fra spørreundersøkelsen svarte at den etterlatte selv må ta kontakt med deres arbeidsplass for å i det hele tatt få hjelp. Selv om de fleste svarte at de hadde rutiner for å sikre videre oppfølging, var det fortsatt noen som ikke hadde det. Dette gjør at etterlatte i noen tilfeller er overlatt til seg selv. Det kan vanskeliggjøre tiden etter selvmordet, da det å være overlatt til seg selv kan være følelsesmessig krevende, der alt handler om å få dagene til å gå rundt (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 199). Det er i denne perioden vanskelig å tenke klart og vite hva



man skal gjøre. Dette antyder hvor viktig det er at hjelpeapparatet er de som initierer hjelpen, da det kan være vanskelig å vite hvilken hjelp man selv trenger (Ross et al., 2019, s. 636). De hadde rutiner for å sikre videre oppfølging, var det fortsatt noen som ikke hadde det. Dette gjør at etterlatte i noen tilfeller er overlatt til seg selv. Det kan vanskeliggjøre tiden etter selvmordet, da det å være overlatt til seg selv kan være følelsesmessig krevende, der alt handler om å få dagene til å gå rundt.

### 5.3 Fleksibelt hjelpeapparat

I tillegg til at hjelpen må komme tidlig, er det også et ønske om at den er fleksibel. Et fleksibelt hjelpeapparat handler om både tid og tilnærming. Noen etterlatte har behov for at hjelpen står klar selv om det har gått lang tid, men også at tidsperspektivet for støtte følger den enkelte sitt behov (Ross et al., 2019, s. 636). Dette er noe de etterlatte har ulike erfaringer med. Den norske studien viste at hjelpeapparatet opplevdes som lite fleksibelt og for regelstyrt (Silviken et al., 2014, s. 39).

Sorgprosessen vil være ulik for alle, derfor vil også oppfølgingens varighet være ulik. Noen opplever at de trenger lang oppfølging, og andre trenger det kun i akutfasen av sorgprosessen. Uavhengig av hvor lang tid det tar før noens sorg er ferdig bearbeidet, bør det ikke være noen forventninger fra hjelpeapparatet sin side om hvor lang tid det normalt bør ta (Helsedirektoratet, 2011, s. 42-43).

Likevel viser forskning at noen etterlatte opplever forventninger knyttet til når de skal være «ferdig sørget». Det vises her til Ross et al. (2019, s. 637) sin studie, hvor en etterlatt forteller at andre rundt ofte setter en utløpsdato på sorg. I selvmordsforskningen tar det humanistiske perspektivet for seg etterlatte sine subjektive opplevelser. Et slikt perspektiv kan bidra til at hjelpeapparatet unngår å gi samme behandling ut fra samme situasjon, men heller ser den enkelte for hvem de er og hva de trenger (Mehlum & Larsen, 2021, s. 40).

At hjelpen skal ta hensyn til subjektive opplevelser, kan vi finne igjen i Fellesorganisasjonens yrkesetiske grunnlagsdokument. Her trekkes «anerkjennelse av ulikhet og ikke-diskriminering» frem som et av vernepleierens verdier. Det innebærer at man som yrkesutøver bør være forsiktig med å tilby samme hjelp til

ulike mennesker (FO, u.å., s. 4-5). Dette støttes i tillegg opp av Andriessen et al. (2019, s. 18) som skriver at tiltak må ses opp imot den enkelte sine behov for å være gunstig.

#### **5.4 Støtte**

Etterlatte bærer gjerne på en emosjonell belastning som er vanskelig å håndtere alene. Følgelig har de et behov for å dele sine tanker og følelser med noen. Å ha en arena hvor den etterlatte har rom for å dele sine tanker og følelser, enten det er gjennom likemannsstøtte eller individuell terapi, er hovedpoenget å få trøst og håp (Gall et al., 2013, s. 436). I gjennomføring av slike støttesamtaler må støtteapparatet gjøre vurderinger basert på den etterlatte sin følelsesmessige tilstand. Selv om de i hovedsak skal være den lyttende part, kan det i noen tilfeller være nødvendig at den støttende part styrer samtalen og legger opp til trygge rammer (Eide & Eide, 2016, s. 289).

I noen tilfeller trenger de etterlatte hjelp til mer enn bare sorgstøtte. Hvilken rolle den avdøde hadde i familien kan påvirke hvilken hjelp de gjenværende trenger. Det fins etterlatte som trenger økonomisk eller praktisk støtte for å unngå at selvmordet fører til flere tap. Eksempler på dette kan være hjelp til dagligdagse beslutninger, eller avlastning til barna sine. Det kan likevel være vanskelig for de etterlatte å be om slik hjelp, da det kan oppleves som et bevis på at de ikke klarer seg på egenhånd. Det kan her være viktig at hjelpere presenterer tema som dette for dem (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 194-195).

I reaksjonsfasen av sorgprosessen, dukker gjerne spørsmål om skyld opp. Spørsmål om hvorfor selvmordet skjedde kan prege den etterlatte (Retterstøl & Ilner, 2008, s. 17-18). Å finne et godt nok svar på dette kan være vanskelig. Dersom den etterlatte ønsker det, kan den støttende part kan tilby nye perspektiver på hendelsen. Dette kan handle om å reflektere rundt hvorfor personen tok sitt liv, eller å forstå selvmord i seg selv. Noen kan velge å se på avdødes sykdomsbilde, risikofaktorer, manglende problemløsningsstrategier eller sosiale årsaker. Det er ikke nødvendigvis slik at selvmord kan forklares ut fra disse faktorene. Det vil alltid være noen som finner et godt nok svar, mens noen vil aldri finne et.

Først når den etterlatte begynner å søke etter og forstå hvorfor selvmordet skjedde, har de kommet til bearbeidelsesfasen (Retterstøl & Ilnér, 2008, s. 18). Til slutt bør fokuset ligge på å komme tilbake igjen til normal hverdag. For at de skal klare dette er det sentralt å akseptere at selvmordet ikke var den etterlattes skyld, men et valg den avdøde tok for seg selv (Gall et al., 2013, s. 435). Når de etterlatte klarer dette, har de nådd det siste stadiet; nyorienteringsfasen (Retterstøl & Ilnér, 2008, s. 18).

### **5.5 Nettverk**

For å mestre hverdagen og livet etter selvmord, kan nettverksstøtte ses på som en viktig ressurs. God støtte fra andre kan ses i lys av en bedret evne til å overkomme vanskelige situasjoner (Sher, 2019, s. 171). Støtte kan være å tilby praktisk hjelp, gi daglige oppmuntringer eller å bare være emosjonelt tilstede hvor man bidrar med en positiv holdning. Hensikten er å dempe negative virkninger av selvmordet. Dette skal bidra til recovery, altså at de etterlatte klarer å komme seg på beina igjen (Helsedirektoratet, 2011, s. 69).

På en annen side kan det være utfordrende for nettverket å vite hvordan de skal støtte, grunnet usikkerhet. Usikkerheten kan bunne i at den etterlatte isolerer seg fra det sosiale, eller usikkerhet rundt hvordan man skal møte den etterlatte (Ross et al., 2019, s. 638). Det kan føre til at nettverket trekker seg unna. Spørreundersøkelsen viste at flertallet av fagpersonene ikke samarbeidet noe særlig med det sosiale nettverket til de etterlatte, selv om de er en viktig støttespiller og ressurs. For å hindre at den etterlatte «mister» gode støttespillere, kan det være lurt for helsepersonell å ha et samarbeid med nettverket. For eksempel ved å ha en samling med temaet *hvordan støtte etterlatte på en best mulig måte* (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 200-201). Det er likevel avhengig av at den etterlatte samtykker til dette, slik at det ikke går på bekostning av hjelperen sin taushetsplikt jf. § 21 i helsepersonelloven (1999).

### **5.6 Kompetanse**

Hvordan kan vernepleieren imøtekomme etterlatte sine behov? "Tiltak for etterlatte ved selvmord må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om selvmord, kriser og sorg" (Helsedirektoratet, 2011, s. 33). Da kompetansen er både kunnskaper, ferdigheter og holdninger vil det være flere aspekter å peke på. Det kan stilles spørsmål til hvorvidt hjelpeapparatet har de kunnskaper som trengs i møtet med etterlatte. I spørreundersøkelsen har flertallet besvart at deres kunnskaper opprettholdes via fagdager og egenlæring. Samtidig som litt over halvparten av respondentene fått tilbud om relevante kurs.

Til tross for at over halvparten av respondentene hadde fått tilbud om kurs, viser det seg at dette ikke forekommer hyppig. Kan dette påvirke den manglende kompetansen blant flere i hjelpeapparatet? At etterlatte erfarer at hjelpeapparatet mangler kompetanse kan handle om at de ikke har nok kunnskap på selve sorg- og traumefeltet. I Ross et al. (2019, s. 638) fremheves det faktum at hjelpeapparatet som de etterlatte hadde erfaring med, tidvis mistolket sorg for depresjon. Dette førte til forverring i situasjonen deres. Manglende kompetanse kan også være knyttet til hvilke holdninger helsepersonell har.

I Silviken et al., (2014, s. 39) forteller en etterlatt kvinne at hun møtte en helsearbeider som unnlot å snakke, akkurat som om selvmordet aldri skjedde. Dette viser helsearbeiderens evne til å møte et menneske i krise, og kan være bunnet i en uvitenhet om hvordan en skal opptre overfor etterlatte. I slike situasjoner er vernepleieren nødt til å ta ansvar for å oppdatere sine kunnskaper, og sørge for at man handler i tråd av disse (FO, u.å., s. 5). Dette er særlig for å utføre arbeidet i tråd med forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

I Balto & Vestli (2021, s. 166-167) foreslås det kurs som bør fokusere på hvordan man som ressursperson skal møte etterlatte ved selvmord, der målet er å bli tryggere i rollen man har overfor disse menneskene. Det kan gjøre det lettere å spre kompetanse om hvordan man skal håndtere etterlatte. Det handler altså ikke bare om å inneha de riktige kunnskaper, men man må også kunne bruke dem.

## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi sett på "*Hvilke behov har etterlatte ved selvmord i nære relasjoner, og hvordan kan vernepleieren imøtekomme disse?*". Som vi nevnte innledningsvis er det lite forskning på helsetjenestebruk og oppfølging av etterlatte, spesielt norsk forskning. Derfor har vi henvendt oss mye til internasjonale studier. Opprinnelig startet vi oppgaven med problemstillingen «Hvordan ivareta pårørende etter et selvmord i nære relasjoner?». Vi synes at problemstillingen ikke var tilfredsstillende nok i forhold til de dataene vi innhentet. Derfor bestemte vi oss for å omformulere den til en som la mer vekt på erfaringer. Det er tydelig at selvmord fremdeles er et tema som trenger å bli belyst, særlig når det gjelder etterlatte og deres opplevelser med hjelpeapparatet.

Regjeringen har som nevnt et mål om «umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5). Men hva skal denne oppfølgingen innebære? Her finnes det ikke ett svar, men vi har kommet frem til noen sentrale punkter; I den første tiden etter selvmordet er det viktig at de etterlatte får den informasjonen de trenger rundt selvmordet og veien videre. Hjelpen som gis må være tidlig på plass, oppsøkende og fleksibel. Støttesamtaler er viktige for å gi den etterlatte trøst og håp. Nettverksstøtte kan bidra til at de kommer seg på beina igjen. Til slutt er det viktig at vernepleieren har den kompetansen som trengs for å imøtekomme disse behovene. Hva som er viktig for den enkelte, vil variere. Derfor er det nødvendig at hjelpen er individrettet, og ikke basert på en fasit. Flere tusen etterlatte som sitter igjen etter at deres nære tok sitt liv hvert eneste år. Sjansen for at noen har opplevd selvmord, eller kjenner noen som gjør det er derfor stor. Disse menneskene kan sitte igjen med ubesvarte spørsmål, selvmordstanker og skam. La oss være der for dem som har mistet noen de er glad i.

*La oss varme dem som fryser.*

## 7.0 Referanseliste

- Andriessen, K., Kryszynska, K., Kölves, K. & Reavley, N. (2019). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Front. Psychol.* Hentet 20. april fra: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>
- Balto, J. A. H. & Vestli, C. B. (2021). Selvmordsforebygging og støttearbeid - i og utenfor Norge. I K. Dyregrov & V. Songe- Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 151-169). Cappelen Damm akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Hentet 23. april fra: [https://www.researchgate.net/publication/235356393\\_Using\\_thematic\\_analysis\\_in\\_psychology](https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Durkheim, E. (2001). *Selvordet: En sosiologisk undersøkelse* (3. utg., H. Roll, Overs.). Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 1897).
- Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2010). *Etter selvmordet: veien videre*. Abstrakt forlag.
- Eide, T. & Eide, H. (2016). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 8. april fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2019). *Treatment pathways for suicide victims and suicide bereaved - prosjektbeskrivelse*. Hentet 12.april fra: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/>

Folkehelseinstituttet. (2020). *Selv mord i Norge*. Hentet 20. februar fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>

Gall, T. L., Henneberry, J. & Eyre, M. (2013). Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide. *Death studies*, 38(7), 430-437. Hentet 14. april fra: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/07481187.2013.772928>

Grøm, T. (2021). Forord. I K. Dyregrov & V. Songe- Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 9). Cappelen Damm akademisk.

Hauge, N.-P. & Dyregrov, K. (2021). Er vi tilfredse med hjelpeapparatet si støtte til selvmordsetterlatne i dag? I K. Dyregrov & V. Songe- Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 186-209). Cappelen Damm akademisk.

Helsebiblioteket. (u.å.). *KBP- læringsverktøy*. Hentet 6. april fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/verktoy/kbp-laeringsverktoy?lenkedetaljer=vis>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet 6. april fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet 14. desember fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf> /attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Hentet 28. mars fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf> /attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf

Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp: Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Hentet 6. april fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf> /attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf



Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord*. Regjeringen. Hentet 28. februar fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet 28. mars fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet 28. april fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Houck, T. (u.å.). *Når det skjer*. Gjengitt med tillatelse. Hentet 10. mai fra:  
[https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Etterlatte/202%204261\\_Til%20deg%20som%20har%20mistet\\_bokmaal\\_2016\\_kommune\\_read.pdf](https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Etterlatte/202%204261_Til%20deg%20som%20har%20mistet_bokmaal_2016_kommune_read.pdf)

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

Mehlum, L. & Larsen, K. (2021). Ulike forskningstradisjoner innen selvmordsforebygging. I K. Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 32-51). Cappelen Damm akademisk.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Cappelen Damm.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 26. april fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Retterstøl, N. & Iler, S. O. (2008). *Mestring av livsvansker: Om kriser og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.

Ross, V., Kølves, K. & De Leo, D. (2019). Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of death and dying*, 82(4), 632-645. Hentet 18. april fra: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177%2F0030222819825775>

Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta psychiatrica scandinavica*, 140(2), 169-180. Hentet 23. april fra: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/acps.13059>

Silviken, A., Berntsen, G. & Dyregrov, K. (2014). Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord- Norge. *Sykepleien forskning*, 9(1), 36-42. Hentet 13. april fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/etterlattes-erfaringer-med-lokalt-hjelpeapparat-i-samiske-omrader-i-nord-norge>

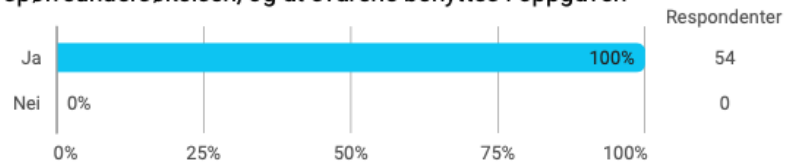
Songe-Møller, V., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2021). Hvorfor selvmord? I K. Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 14-30). Cappelen Damm akademisk.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Regjeringen. Hentet 7. april fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

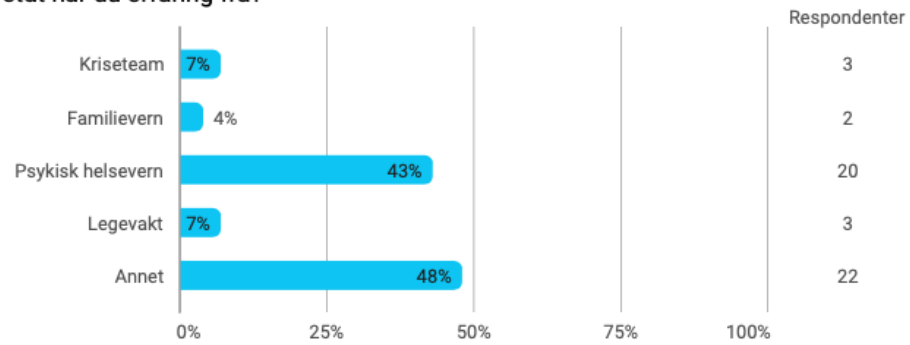
## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Spørreundersøkelse

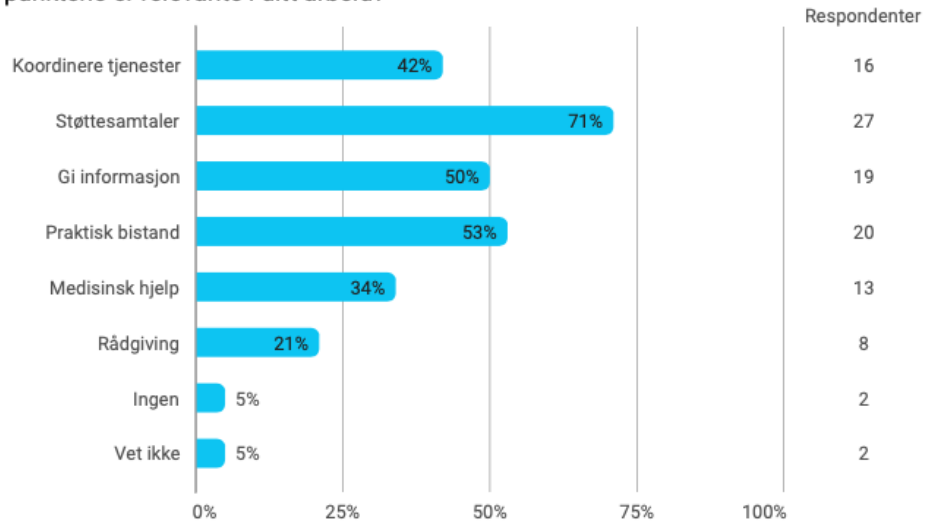
### Jeg samtykker til å delta på spørreundersøkelsen, og at svarene benyttes i oppgaven



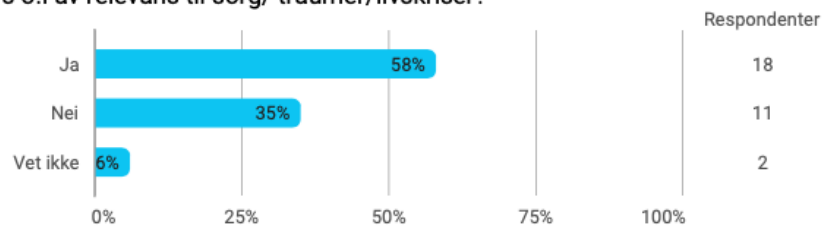
### Hvilken instans/ etat har du erfaring fra?



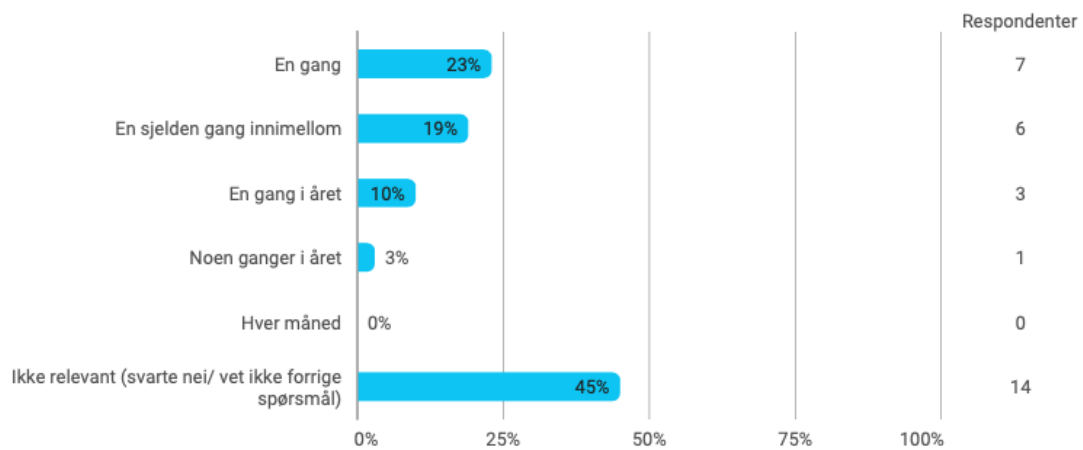
### Hvilke av disse punktene er relevante i ditt arbeid?



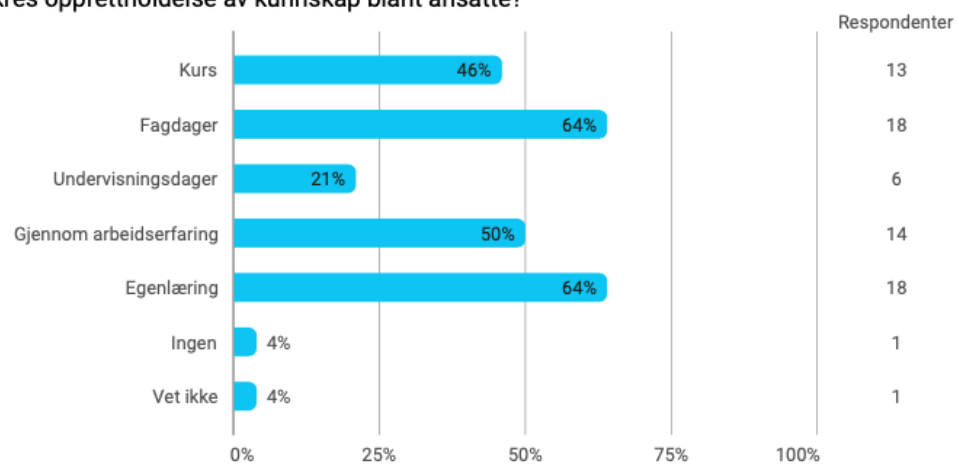
### Har du fått tilbud om kurs o.l av relevans til sorg/ traumer/livskriser?



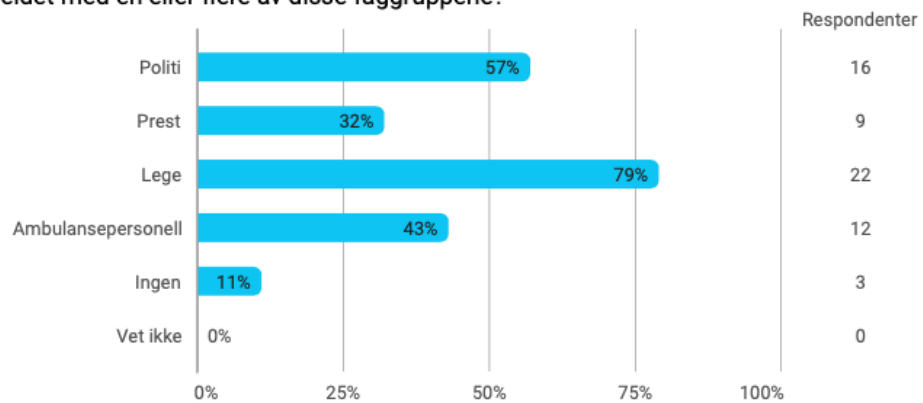
### Hvis ja, omtrent hvor ofte?



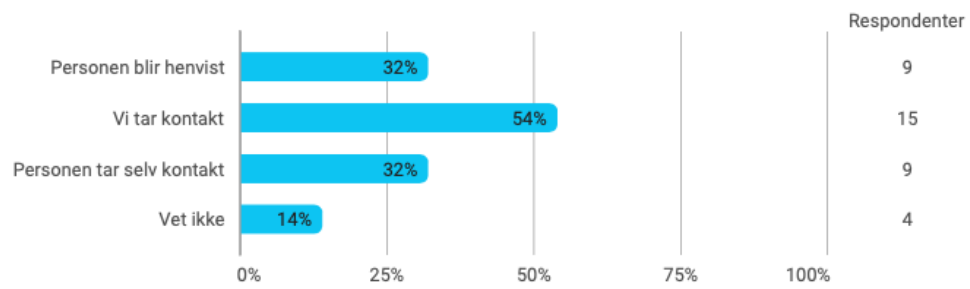
### Hvordan sikres opprettholdelse av kunnskap blant ansatte?



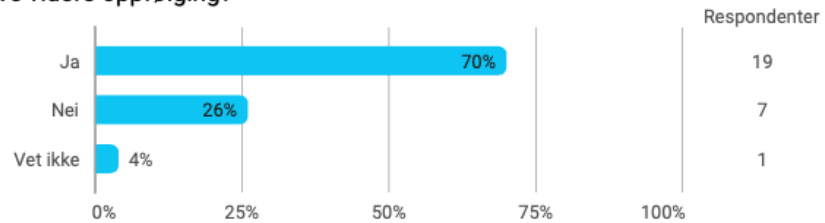
### Har du samarbeidet med én eller flere av disse faggruppene?



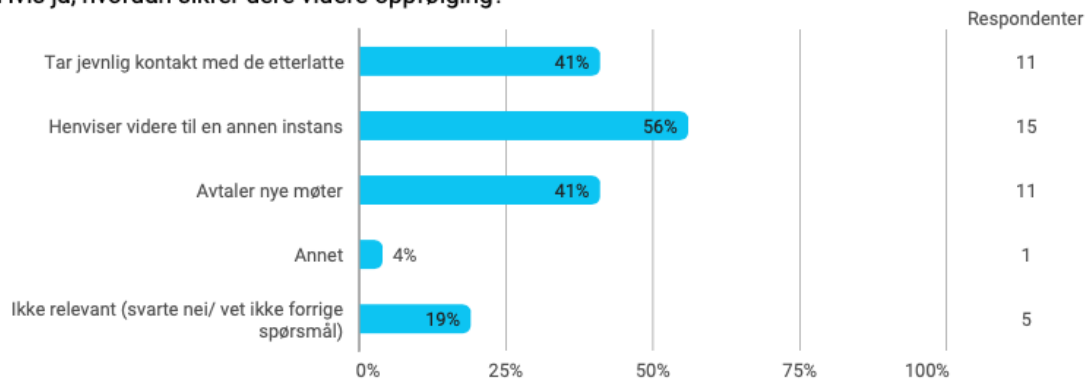
### Hvordan kommer dere i kontakt med de etterlatte?



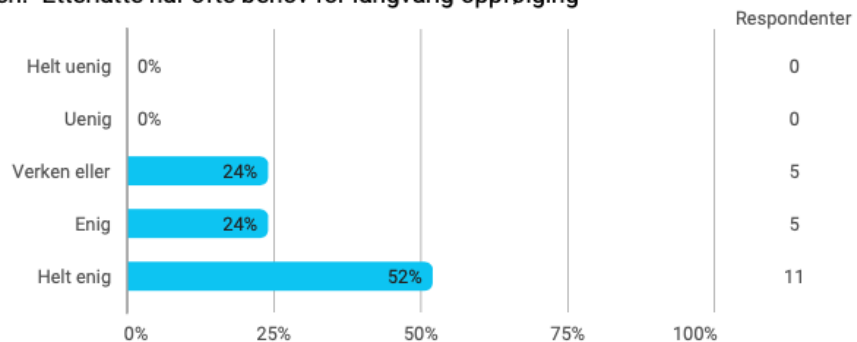
#### Har dere rutiner for å sikre videre oppfølging?



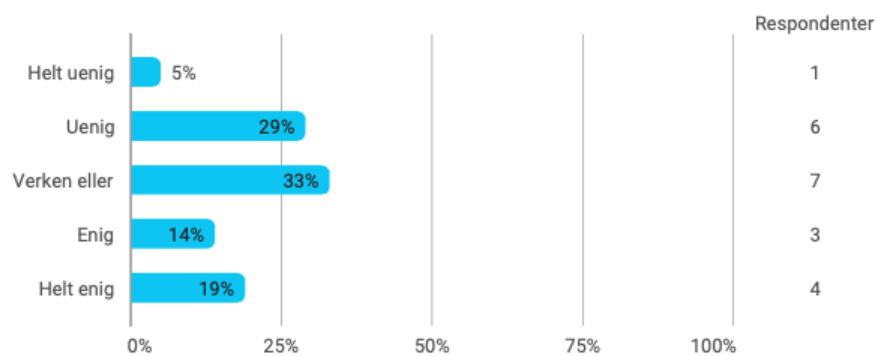
#### Hvis ja, hvordan sikrer dere videre oppfølging?



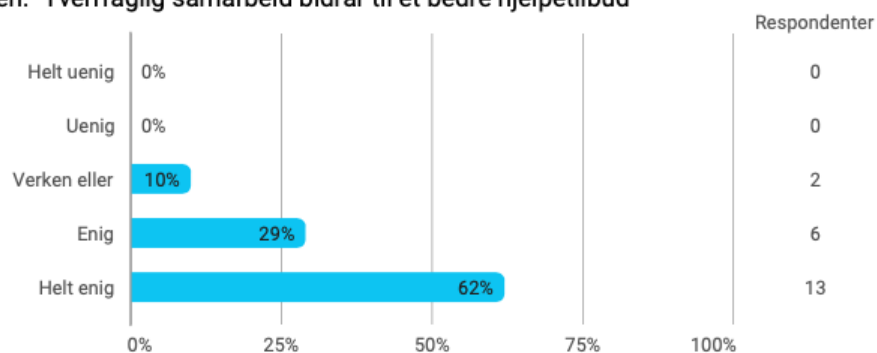
#### Ta stilling til påstanden: "Etterlatte har ofte behov for langvarig oppfølging"



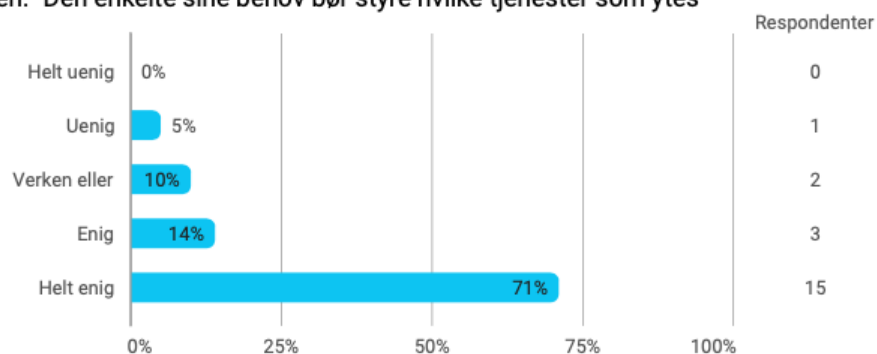
#### Ta stilling til påstanden: "Jeg samarbeider ofte med det sosiale nettverket til etterlatte"



Ta stilling til påstanden: "Tverrfaglig samarbeid bidrar til et bedre hjelpetilbud"



Ta stilling til påstanden: "Den enkelte sine behov bør styre hvilke tjenester som ytes"



Hvilken av punktene under mener du er de viktigste for å ivareta etterlatte ved selvmord?

