

ETTER SELVMORDET – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord

Heftets tittel: Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord

Utgitt: November 2011

Bestillingsnummer: IS-1898

ISBN-nr. 978-82-8081-234-6

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1898

Forsidefoto: Julian Weber
Grafisk design: www.aasebie.no



Foto: Péter Gudella

Forord

Selv mord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer. Hvert år dør nær en million mennesker i selvmord på verdensbasis. I Norge ligger antall årlige registrerte selvmord relativt stabilt rundt 525.

Begrepet etterlatte har tradisjonelt vært brukt om nærmeste familie. I dag benyttes etterlatt også om barn, foreldre, ektefelle, søsken, besteforeldre, venner, bestevenner, kjærester, klassekamerater, medpasienter, terapeuter,

arbeidskolleger; noen som selv opplever å ha nære bånd til den som er død. Antallet etterlatte vil derfor være vanskelig å stipulere. Hvis man regner ti etterlatte per selvmord, vil det være ca. 5250 nye etterlatte per år, som i varierende grad vil være berørt. Barn er spesielt sårbare når en som står dem nær tar livet av seg. Ivaretagelse og oppfølging av barn som etterlatte omtales spesielt i veilederen.

Veilederen handler om «postvention» som er en betegnelse på alle tiltak som kan bidra til å redusere negative følger av en traumatisk død for de pårørende. Begrepet er det motsatte av «prevention», som er tiltak med mål å forebygge selvmord. Tiltak for etterlatte har tradisjonelt vært rettet mot nærmeste familie, men i nyere tid anbefales det å inkludere flere i slike tiltak.

Tiltak for etterlatte ved selvmord er basert på en relativt ny faglig erkjennelse av at mange etterlatte kan være i risikozonen for utvikling av alvorlige psykiske og fysiske problemer. Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord ga anbefalinger for hvordan pårørende og etterlatte kunne bli bedre ivarettatt. Med denne veilederen ønsker direktoratet å ytterligere styrke betydningen av ivaretagelse og oppfølging av tilbudet til etterlatte ved selvmord. Veilederen søker å tydeliggjøre behovet for samhandling og ansvarsfordeling mellom ulike aktører, herunder både kommunale og spesialiserte tjenester. Videre ønsker veilederen å synliggjøre hvilke behov etterlatte etter et selvmord kan ha og hvordan helsetjenestene og andre tjenester kan bidra til å ivareta dem. Det er også et mål at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for selvmordsforebyggende arbeid.

Veilederen omhandler ikke selvmordsforsøk da intervensjoner overfor selvmordsforsøkere og deres berørte parter er vesensforskjellig fra intervensjon overfor etterlatte ved selvmord.

Formålet med veilederen er å gi kunnskapsbaserte faglige råd til profesjonelle og frivillige hjelpere som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Etterlatte ved selvmord er en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte, basert på dokumentert kunnskap om flere belastninger sammenlignet med etterlatte ved naturlig død. Selve symptombelastningen for etterlatte ved selvmord vil ofte tilsvare den hos etterlatte ved annen brå død, men i tillegg kommer belastningen ved å være

pårørende til mennesker som har opplevd livet som så vanskelig at de har valgt å avslutte det. Etterlatte kan føle seg medansvarlige ved at de synes de burde ha oppdaget faren og vært med på å forebygge selvmordet. Andre kan plages av at de før selvmordet var i alvorlig konflikt med avdøde. Mange etterlatte blir gående i årevis, noen resten av livet, med ubesvarte spørsmål knyttet til hvorfor selvmordet hendte, hvorfor akkurat da, og hvorfor på den måten. Denne veilederen sikter mot å presentere et relevant kunnskapsgrunnlag for råd og anbefalinger som kan føre til bedre oppfølging for etterlatte ved selvmord.

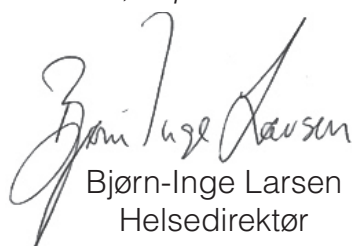
Målgruppene for veilederen vil være deler av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til politi, begravelserbyrå, trossamfunn, skoler/barnehager, familievernet, barnevernet, studenthelsetjenesten ved universitet og høyskoler, helsepersonell og prestetjenesten i Forsvaret og brukerorganisasjoner. I tillegg vil veilederen inneholde råd som kan hjelpe enkeltmennesker etter et selvmord, enten det dreier seg om etterlatte selv eller deres sosiale nettverk.

Uten spesifikk kunnskap om etterreaksjoner ved selvmord vil slike problemer vanskelig fanges opp av helsevesenet og andre aktører som kommer i kontakt med selvmordsetterlatte.

Etterlattes behov for profesjonell bistand varierer, avhengig av relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for og den enkeltes beskyttelsesfaktorer. Norske og internasjonale studier har imidlertid vist at så mange som 80–90 prosent av etterlatte ved selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. Det ses store likheter rundt slike behov i ulike land i den vestlige verden.

Helsedirektoratet håper at denne veilederen kan være et bidrag i arbeidet med å tilby etterlatte et bedre tjenestetilbud.

Oslo, september 2011



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

INNHold

1. INNLEDNING	11
1.1 FORMÅL OG MÅLGRUPPE	11
1.2 BEGREPSAVKLARING	12
1.2.1 Selvmord	12
1.3 FOREKOMST OG TILTAK	12
1.3.1 Etterlatte	14
1.3.2 «Postvention» – tiltak for etterlatte	15
1.3.3 Kjønnsperspektivet	16
1.3.4 Selvmordsforsøk	16
2. BAKGRUNN FOR TILTAK	19
2.1 BAKGRUNN OG MÅL FOR HJELP TIL ETTERLATTE	19
2.2 VANLIGE REAKSJONER ETTER SELVMORD	20
2.2.1 Umiddelbare reaksjoner	21
2.2.2 Reaksjoner over tid	22
2.2.3 Vanlige sorgreaksjoner	22
2.2.4 Familieproblemer	23
2.2.5 Problemer i forhold til sosialt nettverk	24
2.2.6 Holdninger til selvmord	24
2.3 KOMPLIKASJONER	25
2.3.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)	26
2.3.2 Forlenget sorgforstyrrelse/komplisert sorg	27
2.3.3 Skyldfølelse	28
2.4 SPESIELLE HENSYN	28
2.4.1 Hjelp til barn	28
2.4.2 Varsomhet ved omtale av selvmord og selvmordsforsøk	29
2.4.3 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse	30
2.4.4 Bruk av tolk	31
3. KOMPETANSEKRAV	33
3.1 OPPLÆRING I SUICIDOLOGI (SELMORDSLÆRE)	34
3.1.1 Andre kunnskapsformidlere	35
3.1.2 Forskning	35
4. IVARETAKELSE AV ETTERLATTE	37
4.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER	37
4.1.1 Forankring, planlegging og organisering	38

4.2	KOMMUNENS OPPGAVER I ETTERLATTEARBEID	38
4.2.1	Planlegging gjennom kommunale rutiner	39
4.3	AKTUELLE KOMMUNALE TJENESTER ELLER INSTANSER .	40
4.3.1	Psykososiale kriseteam	40
4.3.2	Andre kommunale tjenester.....	41
4.4	ETTERLATTES SPESIELLE BEHOV.....	42
4.4.1	Umiddelbar, proaktiv og gjentatt hjelp	42
4.4.2	Informasjon.....	42
4.4.3	Variert og tilpasset hjelp	42
4.4.4	Hjelp over tid	43

5. BRUKERPERSPEKTIVET OG

JURIDISK RAMMEVERK	45
5.1 BRUKERMEDVIRKNING	45
5.1.1 Medvirkning på individnivå	45
5.2 JURIDISK RAMMEVERK.....	46
5.2.1 Taushetsplikt.....	46
5.2.2 Aktuelt regelverk i forhold til medvirkning, informasjon og samtykke	47
5.2.3 Erstatning	47

6. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL

OPPFØLGING AV ETTERLATTE VED SELVMORD	49
6.1 POLITI	50
6.1.1 Varsling om selvmord til kommunal hjelpeinstans	51
6.2 PREST OG ANDRE TROS- OG LIVSSYNSORGANISASJONER.....	52
6.2.1 Prestens og andres rolle ved formidling av dødsbudskap.....	53
6.2.2 Rutiner for formidling av dødsbudskap	53
6.2.3 Kirkens og andres rolle og tilbud i oppfølging av etterlatte.....	54
6.3 KOMMUNEHELSESTJENESTEN.....	54
6.3.1 Kommuneoverlege	54
6.3.2 Fastlege.....	54
6.3.3 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	55
6.3.4 Psykisk helsetjeneste i kommunen.....	56
6.3.5 Psykologkompetanse i kommunen	57
6.4 BEGRAVELSESBYRÅ.....	57
6.4.1 Prosedyrer for syning.....	59
6.4.2 Ivaretagelse av barn	59

6.5	BARNEVERNTJENESTEN.....	60
6.6	PSYKISK HELSEVERN	60
6.7	PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE	62
6.8	FAMILIEVERNET	63
6.9	BARNEHAGEN	63
6.10	SKOLEN.....	64
6.10.1	Universitet og høyskoler	66
6.11	LIKEMANNSSTØTTE.....	67
6.11.1	Likemannsstøtte – LEVE	68
6.11.2	Likemannsstøtte UNGE LEVE.....	68
6.12	SOSIALT NETTVERK	69
6.13	ARBEIDSPLASSEN	71
	7. METODER FOR ARBEID MED ETTERLATTE	73
7.1	FINNE SVAR PÅ «HVORFOR» SPØRSMÅLENE	73
7.2	TRAUMEBEARBEIDING.....	74
7.3	SORGTERAPI.....	75
	8. KONKLUSJON	77
	9. AKTUELLE NETTSTEDER	78
	VEDLEGG 1	80
	KUNNSKAPSGRUNNLAGET	80
	SØKESTRATEGI	80
	OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSGRUNNLAGET	81
	Få effektstudier av postvention-programmer	81
	Effektstudier av sorgintervensjon.....	82
	Effektstudier av kriseintervensjon	83
	VEDLEGG 2.....	85
	1. MOBILISERINGSFASEN	85
	2. AKUTTFASEN	86
	3. DEN VIDERE OPPFØLGINGEN	92
	LITTERATUR	97

Utkast til veileder er utarbeidet av:

- Avdelingsdirektør, dr. psychol. Gudrun Dieserud,
Nasjonalt folkehelseinstitutt /Bærum kommune (prosjektleder)
- Forsker, dr. philos. Kari Dyregrov,
Nasjonalt folkehelseinstitutt /Senter for Krisepsykologi
- Dr.stip, psykolog Mette L. Rasmussen, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Rådgivningsgruppe

- Agnes W. Giertsen. Helsesøster. Bergen
- Anna S. Hølland. Kommunelege I. Nedre Eiker
- Arild Refsland. Politiet /LEVE Rogaland
- Eli Riefling Ree. Begravelsesbyrå. Sandvika
- Fredrik Jakhelln. Psykiater. DPS Asker/Vestre Viken HF
- Gunnar Næsheim. Prost, Bærum
- Kirsti Foss. Sentralstyremedlem og fagperson i LEVE
- Marius Kampen Engevoold. Sentralstyremedlem og etterlatt i LEVE
- Atle Dyregrov, psykologspesialist, dr. philos.
Senter for Krisepsykologi, Bergen
- Lars Mehlum, professor, dr. med.
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
- Steffen Torsnes, juridisk rådgiver, Folkehelseinstituttet



1. INNLEDNING

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne veilederen er å formidle kunnskapsbaserte faglige råd til profesjonelle og frivillige hjelpere som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Etterlatte ved selvmord er en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte, basert på dokumentert kunnskap om flere belastninger sammenlignet med etterlatte ved naturlig død. Selve symptombelastningen for etterlatte ved selvmord vil ofte tilsvare den hos etterlatte ved annen brå død, men i tillegg kommer belastningen ved å være pårørende til mennesker som har opplevd livet som så vanskelig at de har valgt å avslutte det (1–5). Etterlatte kan føle seg medansvarlige ved at de synes de burde ha oppdaget faren og vært med på å forebygge selvmordet. Andre kan plages av at de før selvmordet var i alvorlig konflikt med avdøde. Mange etterlatte blir gående i årevis, noen resten av livet, med ubesvarte spørsmål knyttet til hvorfor selvmordet hendte, hvorfor akkurat da, og hvorfor på den måten. Denne veilederen sikter mot å presentere et relevant kunnskapsgrunnlag for råd og anbefalinger som kan føre til bedre oppfølging for etterlatte ved selvmord.

Denne veilederen sikter mot å presentere et relevant kunnskapsgrunnlag for råd og anbefalinger som kan føre til bedre oppfølging for etterlatte ved selvmord.

Målgruppene for veilederen vil være deler av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til politi, begravellesbyrå, trossamfunn, skoler/barnehager, familievernet, barnevernet, studenthelsetjenesten ved universitet og høyskoler, helsepersonell og prestetjenesten i Forsvaret og brukerorganisasjoner. I tillegg vil veilederen inneholde råd som kan hjelpe enkeltmennesker etter et selvmord, enten det dreier seg om etterlatte selv eller deres sosiale nettverk.

Innholdet i Helsedirektoratets faglige veiledere er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for mottakerne og er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd. Dette betyr ikke at anbefalinger og råd som gis i faglige veilederne ikke kan ha rettslig betydning. Veilederne beskriver ofte en praksis eller fremgangsmåte som må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Det er også viktig å være oppmerksom på at veilederne kan inneholde referanser til lov- og forskriftsbestemmelser og beslutninger som vil være bindende for gruppene de retter seg mot.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Selvmord

Selvmord kan defineres på følgende måte:

I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen (6).

Selvmord må forstås i forhold til både den tid og den kultur mennesket lever i. Det er vanligvis et komplisert samspill mellom uheldige indre og ytre faktorer som ligger bak et selvmord, ikke en enkelt faktor. Selvmord

kan også forstås som en måte å komme unna en krisesituasjon som der og da synes uløselig.

En annen definisjon på selvmord som brukes mye i Norge er:

Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden (7).

Definisjonen er enkel og avgrenser ikke mot visse forvirringstilstander og psykoser. Definisjonen er hovedsakelig en beskrivelse av selve handlingen, samtidig som den også sier noe om intensjonen (skade seg selv). Den sier imidlertid ingenting om bakgrunnen for selvskadingen.

1.3 Forekomst og tiltak

Selvmord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer. Hvert år dør nær en million mennesker i selvmord på verdensbasis (www.who.int). I Norge ligger antall årlige registrerte selvmord relativt stabilt rundt 525, det vil si en gjennomsnittlig rate på 11,2 per 100.000 for de siste fem år (2005–2009). Flere menn enn kvinner tar livet sitt (i 2009 var M/K-ratioen i overkant av 3:1). Få unge mennesker under 15 år tar livet sitt, og relativt få mellom 15 og 19 år, men fra 20 år er raten betydelig høyere. Ser man på siste publiserte femårsperiode (2005–2009) har menn relativt høye selvmordstall fra fylte 20 år og for alle aldersgrupper etter dette. Kvinner har en lavere og relativt jevn aldersfordelt kurve fra fylte 20 år, med en opphopning av selvmord midt i livet, og en noe redusert rate fra 60-års alder (www.ssb.no). Fordi det forekommer variasjon fra år til år, uttrykkes nivået på selvmord i en befolkning gjerne i gjennomsnittsrater for femårsperioder.

Selvmord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer.

I perioden 1992–1998 skjedde ca. 25 prosent av registrerte selvmord i

Norge hos pasienter som var eller hadde vært innlagt i det psykiske helsevern innen tre år før selvmordet (8). På bakgrunn av det høye selvmordstallet blant pasienter i psykisk helsevern, ga Helsedirektoratet i 2008 ut «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (9). Målsettingen med retningslinjen er å bidra til å:

- Bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk ved å bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud innen psykisk helsevern i hele landet.
- Bidra til å redusere antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern ved å sikre et faglig forsvarlig tilbud til denne gruppen.
- Styrke tilbudet om god oppfølging og ivaretagelse av pårørende til pasienter med selvmordsproblematikk og etterlatte etter selvmord.
- Gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordstruede personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko.

Denne veilederen søker å tydeliggjøre behovet for samhandling og ansvarsfordeling mellom ulike aktører.

Retningslinjen omtaler blant annet oppfølging av pårørende og etterlatte. Denne veilederen søker å tydeliggjøre behovet for samhandling og ansvarsfordeling mellom ulike aktører, herunder både kommunale og spesialiserte tjenester. Videre ønsker veilederen å synliggjøre hvilke behov etterlatte etter et selvmord kan ha og hvordan helsetjenestene og andre tjenester kan bidra til å ivareta dem.

Det er også et mål at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for selvmordsforebyggende arbeid (20).

1.3.1 Etterlatte

Omfanget av etterlatte er først og fremst knyttet til hvor mange man regner blir direkte berørt av et selvmord. Det har vært vanlig å tenke minimum seks etterlatte rundt hvert selvmord (10), og at begrepet etterlatt hovedsakelig har vært brukt om nærmeste familie. I dag er bildet mer nyansert, og begrepet etterlatt blir nå brukt om en videre krets enn den nærmeste familie. Det kan være barn, foreldre, ektefelle, søsken, besteforeldre, venner, bestevenner, kjærester, klassekamerater, medpasienter, terapeu-

ter, arbeidskolleger; noen som selv opplever å ha nære bånd til den som er død. Antallet etterlatte vil derfor være vanskelig å stipulere. Hvis man regner ti etterlatte per selvmord, vil Norge med ca. 525 registrerte selvmord årlig ha ca. 5250 nye etterlatte per år, som i varierende grad vil være berørt.

Barn er spesielt sårbare når en som står dem nær tar livet av seg. Voksne må snakke med barn om selvmordet på en alderstilpasset måte, og sørge for at barn blir ivaretatt av andre voksne hvis forelder/foreldre i en periode ikke makter dette fullt ut, jf. kap. 6.5. Hjelp til barn omtales nærmere i kap. 2.4.1 og 6.4.2

Etterlattes behov for profesjonell bistand varierer, avhengig av relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for og den enkeltes beskyttelsesfaktorer. Norske og internasjonale studier har imidlertid vist at så mange som 80 – 90 prosent av etterlatte ved selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. Det ses store likheter rundt slike behov i ulike land i den vestlige verden (11–15).

Voksne må sørge for at barn blir ivaretatt av andre voksne hvis forelder/foreldre i en periode ikke makter dette fullt ut.

1.3.2 «Postvention» – tiltak for etterlatte

Begrepet «postvention» ble lansert i 1971 (16) som en betegnelse på alle tiltak som kan bidra til å redusere negative følger av en traumatisk død for de pårørende. Begrepet er det motsatte av «prevention», som er tiltak med mål å forebygge selvmord. Tiltak for etterlatte har tradisjonelt vært rettet mot nærmeste familie, men i nyere tid anbefales det å inkludere flere i slike tiltak. Der selvmord gjelder pasienter som er under behandling i psykisk helsevern, bør slike tiltak også omfatte medpasienter og behandlere. I den nasjonale retningslinjen for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (9), blir oppfølging av etterlatte ved selvmord hos pasienter omtalt i et eget kapittel.

1.3.3 Kjønnsperspektivet

Forskning og klinisk praksis viser at kvinner i større grad enn menn aktivt søker hjelp ved psykiske kriser og er generelt mer åpne om følelsesmessige belastninger enn menn. Mange menn takler sorg ved å være aktive i stedet for å snakke. Menn kan også ha behov for å ta opp vanskelige tanker og følelser knyttet til selvmord, men uttrykker seg kanskje på en annen måte enn kvinner. Det er viktig å lage oppfølgings-systemer som ivaretar både menn og kvinners behov for å uttrykke tanker og følelser om selvmordet på sin måte. I tillegg må det tas hensyn til individuelle forskjeller.

1.3.4 Selvmordsforsøk

Denne veilederen omhandler ikke selvmordsforsøk. Intervensjon overfor selvmordsforsøkere og deres berørte parter er vesensforskjellig fra intervensjon overfor etterlatte ved selvmord. Den åpenbare forskjellen er at selvmordsforsøkeren overlever, kan fortelle om årsakene til handlingen, og er hovedpersonen i oppfølgingen. Det kan være psykiske problemer hos den enkelte, mellommenneskelige problemer eller ytre kriseforhold som ligger bak et selvmordsforsøk og tiltak kan spenne fra økonomisk rådgivning, familierådgivning, eller individuell psykoterapi til innleggelse i psykisk helsevern. Pasientens psykiske helse og den suicidalе krisen skal vurderes av fagpersoner med nødvendig kompetanse, basert på oppdatert kunnskap (9).

Tiltak overfor selvmordsforsøkere må ha fokus på personen som forsøker å ta livet av seg, men også på hans/hennes nettverk. Det anbefales at pårørende trekkes aktivt med i behandlingen (17).

Oppsummering

- Selvmord er resultatet av en sammensatt krisetilstand
- Årlig registreres omtrent 525 selvmord i Norge
- Over 5000 etterlatte kan være sterkt berørt av selvmord årlig
- Etterlatte kvinner og menn kan trenge ulik oppfølging
- Selvmordsforsøk er vesensforskjellig fra selvmord og omfattes ikke av veilederen



2. BAKGRUNN FOR TILTAK

2.1 Bakgrunn og mål for hjelp til etterlatte

Tiltak for etterlatte ved selvmord er basert på en relativt ny faglig erkjennelse av at mange etterlatte kan være i risikozonen for utvikling av alvorlige psykiske og fysiske problemer. Det er ikke alltid klart om et plutselig dødsfall er selvmord, men etterlatte kan likevel ha tilsvarende behov for oppfølging.

Mange studier har påvist forhøyet nivå av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget (komplisert) sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte ved selvmord (1, 11, 18). Tilsvarende psykiske og fysiske plager er også påvist hos etterlatte ved andre former for brå død, sammenlignet med etterlatte ved forventet død (3). Men i tillegg rapporterer etterlatte ved selvmord høyere nivåer på følelse av avvísning, skam, stigma, behov for å skjule dødsårsaken (19).

Reaksjonene hos etterlatte ved selvmord skiller seg fra reaksjonene hos etterlatte ved andre former for brå død. Dette er vesentlig for hva slags intervensjon etterlatte ved selvmord trenger. Tre forhold skiller situasjonen for etterlatte ved selvmord fra etterlatte ved annen brå død og naturlig død:

- det tematiske innhold i traumet og sorgen
- den sosiale situasjonen for de etterlatte
- den effekten selvmordet kan ha på familiesystemet (2)

Uten spesifikk kunnskap om etterreaksjoner ved selvmord vil slike problemer vanskelig fanges opp av helsevesenet og andre aktører som kommer i kontakt med selvmordsetterlatte.

2. 2 Vanlige reaksjoner etter selvmord

Sterke reaksjoner hos pårørende ved brå død er vanlig, og bør ikke bli gjenstand for sykeliggjøring. Slike etterreaksjoner er i utgangspunktet normale reaksjoner på en ekstrem hendelse og vil for en del pårørende gradvis dempes i løpet av de første månedene etter dødsfallet. Angsten, frykten, lengselen, eller det savnet eller sinnet som mange opplever etter et selvmord, henger sammen med en økt sensitivitet i tiden etter et slikt traume, samtidig som minner om hendelsen tvinger etterlatte til å konfrontere og bearbeide dødsfallet. Etterreaksjoner avspeiler altså ikke sykelige prosesser, men er reaksjoner som på ulike vis hjelper oss i tiden etter et dødsfall. Det er avgjørende at hjelpere tolker disse reaksjonene riktig.

Redselen for å bli gal eller miste kontrollen er vanlige reaksjoner i etterkant av et selvmord. Det samme er en sterk uvirkelighetsfølelse, samt grubling over årsak og mening. Etterlatte må få informasjon om at slike ettervirkninger, som til tider kan oppleves både motsetningsfylte og kaotiske, er vanlige. Slik informasjon kan være med på å normalisere og skape kontroll over situasjonen.

Vanlige etterreaksjoner ved selvmord er:

- sjokk, følelse av uvirkelighet, nummenhet, sterke følelser, tankekaos
- kroppslige reaksjoner som hjertebank, frostanfall, skjelving, kvalme, svimmelhet
- savn, lengsel og smerte, intens gråt
- søken etter svar på hvorfor selvmord
- (selv)bebreidelse og skyldfølelse
- gjenopplevelse av det som skjedde
- søvnforstyrrelser
- angst og sårbarhet
- konsentrasjons- og hukommelsesvansker
- irritasjon og sinne
- sosial tilbaketrekking

2.2.1 Umiddelbare reaksjoner

Mens de umiddelbare reaksjonene ofte består av sjokk, mistro og nummenhet ledsaget av sterke følelser, er senere reaksjoner ofte mer varierte. Mange sørgende opplever perioder med intens gråt, tristhet, og lengsel etter avdøde. En følelse av uvirkelighet og endret tidsopplevelse er svært vanlig, og sterke sanseintrykk kan «brenne seg fast» med en intensitet utenom det vanlige. Kroppslige reaksjoner som skjelving, hjertebank, kvalme, frostanfall eller svimmelhet er heller ikke uvanlig. For noen fortsetter disse utover de første dagene og forsterkes gjerne av manglende appetitt, for mye kaffe på tom mage og lignende. Mange etterlatte forteller om et «tankeras» av ulike tanker som farer rundt i hodet. Det blir mye å forholde seg til på en gang, og alt synes kaotisk og uoversiktlig. Andre husker knapt noe fra denne tidsperioden (21, 22).

Selvbebreidelse og skyldfølelse er ikke uvanlig hos etterlatte. Mange grubler over, eller leter etter en hensikt og mening med det som skjedde. Tanker om hva en kunne gjort og sagt annerledes slik at selvmordet kunne vært forhindrede eller at selvmordet var en «straff» kan kverne nesten uten stopp. Forskning på etterlattebrev viser at selvmord sjelden er ment som en hevn, men det er likevel vanlig at etterlatte kan føle det (23).

Det er viktig å respektere at det ofte vil komme en slik selvransakelsesperiode like etter et dødsfall, og at den må få gå sin gang. Samtidig bør intervensjonen overfor etterlatte være slik at den forebygger en utvikling av den akutte reaksjonen til en mer eller mindre kronisk belastningstilstand.

Noen etterlatte kan også føle en form for umiddelbar lettelse ved et selvmord, for eksempel når avdøde over lang tid har hatt så store belastninger at en avslutning på livet har vært sterkt ønsket av ham eller henne. Det er viktig at de som møter etterlatte ved selvmord er åpne for at etterlatte kan ha slike følelser og kan snakke om dette.

Selvbebreidelse og skyldfølelse er ikke uvanlig hos etterlatte. Mange grubler over, eller leter etter en hensikt og mening med det som skjedde.

2.2.2 Reaksjoner over tid

For mange etterlatte er tiden fra tre til tolv måneder etter dødsfallet den tyngste perioden. Man omgis av minner om den døde, og alle høytider og årsdager (fødselsdag, dødsdag) oppleves for første gang uten avdøde. Det daglige savnet og den intense lengselen kan mange ganger oppleves som uutholdelig, samtidig som man føler seg ensom fordi få forstår hvordan man virkelig har det. Mange etterlatte forteller at den tyngste

Mange etterlatte forteller at den tyngste tiden kommer når omgivelsene ikke viser så mye oppmerksomhet lenger, når andre forventer at etterlatte begynner å se fremover.

tiden kommer når omgivelsene ikke viser så mye oppmerksomhet lenger, når andre forventer at etterlatte begynner å se fremover. Etterlatte kan også selv ha forventninger til at det etter en viss tid skal begynne å bli lettere, samtidig som de opplever at det går andre veien (24).

Irritabilitet, utålmodighet og sinne er også vanlige reaksjoner for etterlatte ved selvmord. Dette kan skyldes noen av de forhold som er nevnt over, nemlig at reaksjonene kommer som følge av at en

tappes for energi, sover dårlig osv. Etterlatte ved selvmord opplever ofte en eksistensiell krise som kan føre til sosial tilbaketrekking og isolasjon. Etterlatte kan også komme til å stille krav til sine sosiale omgivelser som omgivelsene kanskje ikke forstår eller kan imøtekomme, noe som kan føre til sinne og irritasjon hos den etterlatte. Ikke sjelden retter sinnet seg mot den som har tatt sitt liv, hvilket igjen fører til dårlig samvittighet (25). Helsepersonell som kommer i kontakt med de etterlatte må kunne vurdere om den etterlattes sorgprosess er innenfor den normale variasjonsbredden av reaksjoner, eller om den etterlatte utvikler et mer patologisk reaksjonsmønster.

2.2.3 Vanlige sorgreaksjoner

Undersøkelser har vist at sorg kan gi økt forekomst av fysisk sykdom på grunn av den store psykologiske belastningen sorgen kan medføre (3, 26). Sørgende kan bli ekstra mottakelige for ulike typer sykdommer fordi immunsystemet ikke fungerer optimalt. Den økte uroen og angsten kan også gi kroppslige plager som anspenhet, hodepine og uro i mage/tarm.

Kombinasjonen av dårlig søvn, mange og til dels forvirrende tanker og dårlig matlyst, kan føre til at mange etterlatte opplever at de blir fysisk slitne i kjølvannet av et plutselig dødsfall. Selv om det finnes fellestrekk ved sorg, vil ulike mennesker sørge på ulike måter. Ikke alle har sterke reaksjoner, selv når de mister en som står dem nær, og det er ikke gitt at fravær av sterke reaksjoner skal føre til hjelp for å få frem slike. Forløpet av sorg følger heller ikke faser der følelser følger hverandre i et karakteristisk mønster, slik det ofte er beskrevet i lærebøker. Denne fasetenkningen er ikke bekreftet i forskning. Den rådende modellen for forståelse av sorg blant sorgforskere i dag, er beskrevet som «To-sporsmodellen» for sorg (27). En ser her på sorg i et mer dynamisk perspektiv, der den sørgende veksler mellom å forholde seg til tapet og savnet, samtidig som han eller hun forsøker å gå videre i livet.

2.2.4 Familieproblemer

Etter et selvmord kan hele familiesystemet bli rammet på en grunnleggende måte. Mange par og familier får problemer med å snakke sammen om det som har skjedd og det kan bli vanskelig å dele følelser og tanker. Både voksne og barn kan holde sorgen og fortvilelsen for seg selv for å beskytte hverandre. Familiemedlemmene kan bli redde for at noe alvorlig skal skje med de andre i familien. Uløste konflikter kan komme til overflaten og kan resultere i bebreidelser og gi økt skyldfølelse. Det er spesielt vanskelig å takle konflikter som springer ut av det forholdet man hadde til den som har tatt livet av seg.

Dersom fakta omkring dødsfallet holdes skjult for noen av familiemedlemmene, kan det påvirke familiens samhold, indre dynamikk og familiemedlemmenes muligheter til å bearbeide sorgen. Kommunikasjonen i familien kan forverres, familiemedlemmer kan selv få selvmordstanker og barn kan ut fra det som har skjedd oppfatte selvmordsatferd som en måte å løse problemer på. Barn og unge som mister foreldre eller søsken kan endre atferd både p.g.a. dødsfallet og gjenlevende omsorgspersons egen sorg. Dette kan føre til at barn og unge noen ganger blir overlatt mer til seg selv og vil da trenge økt oppfølging fra andre nære voksne (28, 29). Se kap. 2.4.1 og kap. 6.4.2 for mer omtale av hjelp til barn og familier.

2.2.5 Problemer i forhold til sosialt nettverk

Mange relasjoner ut over kjernefamilie, fjernere familie og nettverk påvirkes etter et selvmord. Voksne etterlatte kan få et vanskelig forhold til både venner, kolleger og naboer. Undersøkelser viser at mange etterlatte føler seg isolert og til dels stigmatisert. Dette kan være en konsekvens av å føle ansvarlighet for dødsfallet, men også knyttet til en opplevelse av

Etterlattes sosiale nettverk kan oppleve situasjonen som vanskelig og føle seg hjelpeløse. Ofte er de usikre på hva de skal si, og trekker seg unna, noe som de etterlatte igjen kan oppleve sårende.

samfunnets generelle fordomsfulle holdninger til det å ha psykiske vansker eller lidelser generelt og/eller det å ta livet av seg spesielt. Mange etterlatte gir uttrykk for at den indre dialog med konstant søken etter å forstå og ta inn over seg hva som har skjedd, gjør at de ikke har kapasitet til å forholde seg til omverdenen. Som en konsekvens av dette kan de komme til å trekke seg fra sosial kontakt, noe som kan oppleves uforståelig og sårende for omgivelsene. Etterlattes sosiale nettverk kan oppleve situasjonen som vanskelig og

føle seg hjelpeløse. Ofte er de usikre på hva de skal si, og trekker seg unna, noe som de etterlatte igjen kan oppleve sårende (2, 24).

2.2.6 Holdninger til selvmord

Den individuelle opplevelsen av selvmordsdøden er nært knyttet til holdninger i individets sosiale omgivelser. Mange har gjennom århundrer sett på selvmord som en dødssynd, temaet har vært tabubelagt og pårørende er blitt stigmatisert. Selv om selvmord i dag anses mer som et samfunns-kapt problem enn tidligere, er stigma-, skyld- og skamfølelsen fortsatt et fremtredende problem for etterlatte ved selvmord og en kompliserende faktor i bearbeidelse av sorgen. Dersom samfunnets syn på selvmord er fordømmende, vil dette synet også kunne prege etterlattes syn på seg selv.

2.3 Komplikasjoner

En rekke forhold spiller inn når etterlatte ved selvmord utvikler psykiske symptomer som går ut over det man kan kalle en vanlig, ikke-patologisk prosess.

Forhold av betydning for utvikling av patologiske symptomer:

- avdødes alder
- grad av dramatisk rundt dødsfallet
- være den som finner avdøde
- relasjonen mellom den etterlatte og avdøde
- sårbar livssituasjon
- tidligere livsbelastninger hos etterlatte

Noen ganger er det de nærmeste pårørende, også barn, som finner den døde, og som må håndtere varsling, evt. gjenopplivingsforsøk. Dersom selvmordet har foregått i hjemmet eller et annet sted man er ofte, kan det føre til redsel for å være alene, uhygge og evt. ønske om å flytte. Det som før var et trygt hjem har nå er blitt en belastet sted. Etterlatte kan da ha behov for spesielle hjelpetiltak for å gjenerobre hjemmet sitt til å bli et godt sted å være.

Personer som finner avdøde er generelt i risikogruppen for å utvikle posttraumatisk stress-forstyrrelse, på grunn av sterke sanseintrykk knyttet til selvmordshandlingen (1, 30). Barn som etterlatte er også en spesielt sårbar gruppe. I en norsk undersøkelse fant man at 73 prosent av yngre søsken og 39 prosent av eldre søsken til avdød bror eller søster utviklet alvorlige posttraumatiske reaksjoner (26). En annen norsk undersøkelse viste at så mange som 78 prosent av foreldre som mistet barn i selvmord eller ved ulykker, var i risikozonen for å utvikle komplisert sorg (1). Hvordan man som etterlatt klarer seg, vil også henge sammen med hvor god psykisk helse man hadde før selvmordet.

2.3.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

Dersom de traumatiske etterreaksjonene ikke endres nevneverdig etter som månedene går, kan de ubehandlet utvikle seg til en Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Dette manifesterer seg gjennom vedvarende invaderende minner, tanker, unngåelsesreaksjoner og ulike kroppslige reaksjoner. Deler av det som skjedde i forbindelse med dødsfallet kan ha brent seg fast for ens indre øye, eller om en ikke var tilstede, festet seg som fantasier om hva som foregikk da selvmordet skjedde. Etterlatte kan ha opplevd traumatiserende sanseintrykk i forbindelse med dødsfallet, og dette kan komme tilbake som gjenopplevelser av synet i våken tilstand

(såkalte «flashbacks»), eller stadig tilbakevendende mareritt. Gjenopplevelser av disse minnene eller fantasiene kan oppleves å være utenfor ens kontroll. PTSD fører til vedvarende redusert funksjonsevne.

Noen bruker mye energi på å holde alle vonde tanker og minner på avstand, noe som kan fungere til en viss grad på dagtid, men de dukker opp i nattlige mareritt.

Søvnforstyrrelser. Søvnforstyrrelser er relativt vanlig hos etterlatte, og ved PTSD har etterlatte store søvnproblemer over tid. Hvis søvnkvaliteten går ned over en lengre periode, kan det lett føre til at andre etterreaksjoner forverres. Noen bruker mye energi på å holde alle vonde tanker og minner på

avstand, noe som kan fungere til en viss grad på dagtid, men de dukker opp i nattlige mareritt. Slike unngåelsesreaksjoner tapper den etterlatte ytterligere for energi i hverdagen, søvnproblemene kan forsterkes og gi ytterligere næring til utvikling av PTSD. For noen kan vedvarende søvnproblemer føre til overforbruk av medikamenter eller alkohol.

Angst/konsentrasjonsproblemer. Økt angst og frykt, som er vanlig ved plutselig død, kan utvikle seg til et symptomnivå man ser ved PTSD. Angsten kan være knyttet til alt som minner om det en har opplevd, men enda mer vanlig er angst og frykt for at noe annet skal skje med egen familie eller med en selv. Et annet fenomen ved PTSD er høyt nivå av konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Mange forteller om svekket korttidshukommelse og problemer med å holde tankene samlet om oppgaver som krever komplisert tankevirksomhet. Ved PTSD kan etterlatte ha

hukommelsestap for deler av den traumatiserende hendelsen, noe som i seg selv kan skape forvirring og usikkerhet. PTSD innebærer at personen føler seg anspent, skvetten og overfølsom (www.krisepsyk.no).

2.3.2 Forlenget sorgforstyrrelse/komplisert sorg

Flere nyere forskningsprosjekter har dokumentert behovet for en ny «sorgdiagnose» kalt forlenget sorgforstyrrelse (31). En arbeidsgruppe har derfor utarbeidet et forslag til en sorgdiagnose for diagnosemanualen «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-5). Diagnosen skal kun gis i forbindelse med dødsfall, ikke andre former for tap. Arbeidet med sorgdiagnosen er ikke avsluttet – se siste oppdatering på dette arbeidet, per 15. mars 2011: (www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=367).

Symptomene på forlenget sorg forårsaker markert forringelse i sosial, yrkesmessig, eller annen viktig fungering. Forlenget sorg (tidligere komplisert sorg) karakteriseres av vedvarende (siste forslag er tolv måneder) og intens søken, lengsel og savn etter den døde, vansker med å gå videre i livet og en opplevelse av at livet og fremtiden er meningsløs og formålsløs. Den viser seg gjennom vedvarende gråt, lengting og opptatthet av tanker på den døde på en måte som delvis innebærer en benekting og manglende akseptering av dødsfallet. Etterlatte som utvikler forlenget sorg er utsatt for økt risiko for vedvarende svekket helse (32).

En rekke forhold øker sjansen for forlenget sorg ved selvmord. Foreldre som mister barn og ektefeller som mister sin partner er mer utsatt for forlenget sorg enn etterlatte i andre relasjoner. Andre risikoforhold som bidrar til forlenget/komplisert sorg er tidligere psykiske problemer, høy avhengighet av den døde, og lav selvaktelse og mestringsevne. For etterlatte ved selvmord kan utvikling av forlenget sorg knyttes til mangelfull bearbeiding av sentrale spørsmål om hvorfor selvmordet skjedde (1, 33).

Viktige kjennetegn ved forlenget sorg:

- går ikke over/endrer ikke karakter etter fire–seks måneder
- er forskjellig fra depresjon, tross en viss komorbiditet
- blir ikke effektivt redusert ved sorggrupper, støttesamtaler eller antidepressive medikamenter (i motsetning til vanlig sorg og depresjon)
- innebærer negativ helseatferd som f. eks. overspising, røyking, alkoholmisbruk, manglende fysisk aktivitet
- krever egne behandlingstiltak

2.3.3 Skyldfølelse

Selv om mange selvmord oppleves som «lyn fra klar himmel», viser både forskning og klinisk erfaring at mange selvmord (70–80 prosent) er varslet på forhånd (6). Mange etterlatte sliter med skyldfølelse for ikke å ha sett og forstått at selvmordet ville komme. Det er viktig at dette adresseres og bearbeides terapeutisk.

Selvmord er sjelden resultat av en enkelthendelse, men må forstås ut fra summen av en rekke faktorer. Det er heller ikke slik at selvmord vanlig-vis er ment som en hevnaaksjon fra avdøde. I de aller fleste tilfellene er en selvmordshandling et uttrykk for en enorm fortvilelse over livet, hvor personen der og da ikke så noen annen løsning enn å avslutte livet, heller enn en aggressiv handling rettet mot andre (7).

2.4 Spesielle hensyn

2.4.1 Hjelp til barn

Foreldre kan trenge råd fra fagfolk for hvordan de best kan hjelpe barna sine i kjølvannet av et selvmord. Barnepsykolog Magne Raundalen peker på noen overordnede prinsipper for ivaretagelse av barn som etterlatte ved selvmord (<https://krisepsykologi.no/fagstoff/veiledere/hva-skal-vi-si-til-barn-om-selvmord/>).

Rådene er først og fremst rettet mot voksne i barnas nærmiljø, og tar opp

emner mange voksne er usikre på hvordan de skal forholde seg til. Raundalen understreker betydningen av åpenhet.

Åpenhet ved ivaretagelse av barn vil innebære å:

- fortelle sannheten om selvmordet, med grad av detaljer tilpasset ulike alderstrinn
- kommunisere åpent, slik at ikke familiehemmeligheter skaper et anstrengt klima der en rekke temaer ikke kan snakkes om
- være åpen om dødsårsaken, ikke legge opp til en misforstått skåning av barn ved å unnlate å fortelle at avdøde tok sitt eget liv
- hjelpe pårørende til å fremme åpenhet slik at barn opplever at selvmordet er noe vi tåler å prate om

Mange ønsker også familierådgivning for å bedre samspillet i familien og for å løse konflikter i foreldre-barn relasjoner. Ungdom peker ofte på behov for mer profesjonell støtte som henvender seg direkte til dem som selvstendige individer, og på deres premisser. Spesielt gir mange unge uttrykk for et behov for bistand fra hjelpeapparatet til gjenlevende foreldre slik at hun eller han raskest mulig greier å ivareta yngre søsken og på den måten avlaste ungdom for å ha en forelderrolle overfor yngre søsken (13). I den norske Omsorgsstudien fra 1998 var det 65 prosent av de voksne som ønsket mer hjelp til barn enn det de fikk, og svært mange kommuner rapporterte selv at de hadde for lite fokus på barneperspektivet (37). Se også mer om ivaretagelse av barn i kap. 2 og 6.

2.4.2 Varsomhet ved omtale av selvmord og selvmordsforsøk

Ukritisk og uheldig omtale av selvmord og selvmordsforsøk i det offentlige rom kan føre til økt forekomst av selvmordshandlinger, særlig blant unge. Det er særlig når et selvmord hos en ungdom i nærmiljøet, eller en kjent person i det offentlige rom, omtales på en sensasjonspreget, dramatiserende eller romantiserende måte at slike såkalte smitteeffekter kan oppstå. Man tenker seg at smitte oppstår gjennom at andre unge overidentifiserer seg med den avdøde og finner sterke likhetstrekk mellom sine egne problemer og sin egen situasjon og føler seg tiltrukket av å løse problemene på samme vis som avdøde. Selvmord kan også oppfattes som mer attraktivt når avdødes egenskaper og handlemåte glorifiseres. Konkret omtale

av selvmordsmetoder, sted for handlingen og andre detaljer kan også senke terskelen for selvmord i ungdomsmiljøer som er berørt.

Det er altså viktig å utvise varsomhet ved omtale av selvmord og selvmordsforsøk i det offentlige rom. Selvmord bør imidlertid ikke forties og tabuiseres. Åpen og nøktern informasjon om hva som har hendt (men uten detaljert omtale av omstendigheter og metode) bør formidles til alle berørte i ungdomsmiljøet og på skolen der avdøde gikk. Samtidig bør det formidles korrekt informasjon om hvilke alvorlige personlige og psykiske problemer selvmord som oftest henger sammen med og at selvmord er en tragisk utgang på slike problemer. Det bør gis god informasjon alternative løsninger og om tilgjengelige hjelperessurser og det bør også vurderes om terskelen for å få tilgang til hjelp bør reduseres for en kortere periode.

Omtale og minnestunder i skolen eller andre steder bør ha et nøkternt og empatisk preg uten idyllisering av selvmordshandlingen. Selvmord må omtales som et tragisk problem og ikke som en løsning. Det bør pekes på løsningsmuligheter selv ved problemer som kan oppleves uløselige.

Lokalt ansvarlige bør samarbeide med lokale massemedier med mål om formålstjenlig og ansvarlig medieomtale av hendelsen, jfr. Veileder for omtale av selvmord fra Norsk presseforbund:

- http://presse.no/Spesial/Skjulte_artikler/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=276
- www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/1997-nr3/Ystgaard.pdf

2.4.3 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse

Det er store forskjeller i holdninger til, og forståelse av selvmord som fenomen i ulike kulturer. Ved tiltak for etterlatte med en annen etnisk opprinnelse enn den norske, er det en rekke kulturelle forhold man må ta hensyn til. Det er også viktig å være oppmerksom på at det eksisterer store forskjeller i holdninger til selvmord innenfor den norske befolkningen, knyttet til religion og ulike kulturer. Det vises for øvrig til Samarbeidsrådet for tros- og livssyn for mer informasjon om riter ved dødsleie og gravferd (41).

baseres på en forståelse for det presset enkeltindivider kan føle dersom avstanden mellom grunnleggende verdier i deres opprinnelseskultur, er fundamentalt annerledes enn verdiene i det norske samfunn. Denne veilederen er ikke tilpasset alle de ulike innvandringsgruppene vi har i det norske samfunn, men tiltak for etterlatte ved selvmord må tilpasses ulike etniske gruppers forståelse av fenomenet selvmord. Når det gjelder generell kompetanse på flyktningshelse, vises det til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (www.nkvts.no) og til Senter for innvandringsforskning og flyktingestudier ved NTNU (www.samforsk.no) (49, 50).

Tiltak for etterlatte ved selvmord må tilpasses ulike etniske gruppers forståelse av fenomenet selvmord.

2.4.4 Bruk av tolk

Kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten skal i møte med kriserammede med fremmespråklig bakgrunn, innkalle kvalifisert tolk ved behov. Det er viktig å forsikre seg om at tolken har nødvendige kvalifikasjoner. Barn skal aldri benyttes som tolk. Tolking medfører et stort ansvar som krever modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter. I en tolkesituasjon vil barnet dessuten kunne bli utsatt for store påkjenninger og innsyn i saker som barn skal skånes for.

Nasjonalt tolkeregister er tilgjengelig på www.tolkeportalen.no og gir en oversikt over personer med dokumenterte kvalifikasjoner i tolking. Registeret er ikke et bestillingsregister, men gir kontaktinformasjon til de oppførte tolkene. Ved bestilling av tolk gjennom byrå, bør man forsikre seg om at tolken er oppført i Nasjonalt tolkeregister. I krevende terapeutiske samtaler kan det være nødvendig å sette av tid til et formøte med tolken for å avtale samarbeidsform.

Behov for tolk vil også kunne gjelde for kriserammede med funksjonsnedsettelse som i seg selv innebærer kommunikasjonsvansker, som døve og døvblinde. På www.nav.no finnes informasjon om tolketjenester for disse gruppene.



3 KOMPETANSEKRAV

Tiltak for etterlatte ved selvmord må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om selvmord, kriser og sorg.

Med kompetanse menes her teoretisk, forsknings-

og erfaringsbasert kunnskap samt holdnings- og handlingskompetanse.

Overfor etterlatte ved selvmord vil dette blant annet innebære:

- god og oppdatert spesialkunnskap om selvmord
- god og oppdatert kunnskap om kriser og sorg
- god og oppdatert kunnskap om profesjonell og sosial støtte ved selvmord
- samarbeidskompetanse og kjennskap til ulike instanser i kommune og helseforetak
- kompetanse om brukermedvirkning
- forvaltningskompetanse, som innebærer kjennskap til å kunne praktisere lover og regler i offentlig forvaltning

Tiltak for etterlatte ved selvmord må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om selvmord, kriser og sorg.

- Helsepersonelloven § 4: helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.
- Sosialtjenesteloven § 2-3: Kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like.

Oppsummering

Psykoterapeutisk hjelp baseres på kunnskap om:

- selvmord, traume og sorg
- spesielle forhold ved den akutte fasen etter traumet
- årsaksforhold ved selvmord for å kunne finne svar på hvorfor-spørsmålene
- traumbearbeiding
- bearbeiding av skyldfølelse
- behandling av barn som etterlatte

Det er viktig at etterlatte blir gjort kjent med sine rettigheter. Det vises til kap. 5.2 for mer informasjon om juridisk rammeverk.

3.1 Opplæring i suicidologi (selvmordslære)

Universiteter og høyskoler har ansvar for å sikre tilstrekkelig undervisning i suicidologi i grunnutdanningen til yrkesgrupper som har et formelt ansvar for vurdering og behandling av suicidale individer. Denne kunnskapen danner grunnlaget for adekvat oppfølging av etterlatte ved selvmord, fordi kunnskap om selvmord er nødvendig for å kunne hjelpe etterlatte til å finne noen svar på hvorfor selvmordet skjedde. Det vil først og fremst være leger og psykologer som ifølge den nasjonale retningslinjen for fore-

bygging av selvmord i psykisk helsevern har et overordnet ansvar for vurdering av selvmordsrisiko (9).

3.1.1 Andre kunnskapsformidlere

Universitetet i Oslo (UiO), tilbyr et 3-årig deltidsstudium som leder til graden Master i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging (NSSF) står for undervisningen i mastergradsprogrammet ved UiO og tilbyr spesialistkurs i suicidologi for leger og psykologer, terapeututdanning i dialektisk atferdsterapi, et E-læringsprogram om vurdering av selvmordsfare, og et undervisningssett «Tid for liv – Vurdering av selvmordsrisiko». NSSF driver de suicidologiske nettportalene: (www.selvmord.no, www.selvskading.info), (www.dbt.no) og (www.nordicsuicideprevention.org). På sin hovedportal www.selvmord.no gir NSSF informasjon om utdanning, forebygging, forskning, konferanser/kurs og litteratur.

Regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer.

VIVAT – Førstehjelp ved selvmordsfare er et to-dagers intensivt kurs som er ment å gi deltakerne større trygghet og kompetanse i å møte mennesker i selvmordskrise. Aktuelle deltakergrupper er helsearbeidere, sosialarbeidere, kirkelige ansatte, politifolk, fagpersoner fra skoleverket, ambulansepersonell, frivillige hjelpere, personalansvarlige osv. Vivat er et intensivt kurs på 14 timer som går over to påfølgende dager med to kursledere og maksimalt 24 deltakere.

3.1.2 Forskning

Hovedtyngden av selvmordsrelatert forskning i Norge skjer ved NSSF/UiO; Nasjonalt folkehelseinstitutt – Avdeling for selvmordsforskning og forebygging; og Akuttmedisinsk avdeling Oslo Universitetssykehus Ullevål.



4. IVARETAKELSE AV ETTERLATTE

4.1 Kommunens ansvar og oppgaver

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66 er utgangspunktet for kommunenes ansvar for psykososial oppfølging til kriserammede innbyggere. § 2-1: «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg». Bestemmelsen gir de som oppholder seg i kommunen rett til de tjenester kommunen har ansvar for etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Dette innebærer imidlertid ikke at man har rett til selv å bestemme innhold på tjenesten. Psykososiale tjenester kan således ytes av kompetent helsepersonell i ulike og relevante kommunale tjenester som del av nødvendig helsehjelp til kriserammede personer. Nødvendig helsehjelp i denne forbindelse er ikke entydig definert, men det er krav om at helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Kommunene er ansvarlige for at det utarbeides helhetlige kommunale eller interkommunale beredskaps- og kriseplaner. Planene bør inneholde beskrivelse av øvelser, evaluering, behovet for profesjonell fagkompetanse og samhandling mellom aktørene internt i kommunene, i forhold til helseforetakene og mellom de ulike forvaltningsnivåene på fylkeskommunalt og nasjonalt nivå.

4.1.1 Forankring, planlegging og organisering

Det anbefales at alle kommuner har en overordnet plan og strategi for å overvåke forekomst av selvmord og iverksette hjelp til etterlatte. Tilbud om oppfølging bør komme automatisk og hjelpeapparatet bør komme tidlig inn for å forebygge problemutvikling hos etterlatte.

Ansvar for oppfølging av etterlatte ved selvmord kan legges til ulike instanser innenfor kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid viktig at én instans har ansvar for oppfølgingen, slik at ikke tiltak for etterlatte ved selvmord fragmenteres. Fordi organisering av psykososial kriseberedskap er ulikt organisert i ulike kommuner, vil det være vanskelig å anbefale

Det er viktig at én instans har ansvar for oppfølgingen, slik at ikke tiltak for etterlatte ved selvmord fragmenteres.

et fast system for hele landet, men ansvaret for tiltak bør forankres i kommunehelsetjenesten. Det viktigste er at alle kommuner har en beredskap som kan tre i kraft ved selvmord, hvor ansvarsforholdet fra akuttintervensjonen til langtidsoppfølgingen er klart definert.

Små kommuner oppfordres til å samarbeide rundt oppfølging av etterlatte, spesielt der hvor mange parter er berørt. Også fordi etterlatte i små kommuner kan ha roller som gjør det vanskelig å motta hjelp fra lokale hjelpere.

4.2 Kommunens oppgaver i etterlattearbeid

En rekke kommunale tjenester kan bli involvert i omsorg for etterlatte ved selvmord, fordi etterlatte vil være i alle aldre, fra barn i barnehage til eldre. Tiltakene vil også variere i forhold til tid etter selvmordet og ut i fra den enkelte etterlattes behov for oppfølging og bistand. Ved selvmord er det viktig at involverte instanser og aktører koordinerer sitt arbeid slik at etterlatte blir møtt på en oversiktlig og ryddig måte. Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) kan også være til støtte fra et tidlig tidspunkt. LEVE har sammen med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) laget en brosjyre som kan være en hjelp både på kort og lang sikt: «Til deg som har mistet noen i selvmord». Brosjyren gir praktiske råd og informasjon om følelsesmessige

forhold som etterlatte ved selvmord kan oppleve. Denne bør gis til etterlatte i første møte. En aktuell bok om temaet er «Etter selvmordet – veien videre» (34).

Kommunenes overordnede oppgaver i forbindelse med selvmord er å:

- forebygge utvikling av psykiske problemer og selvmordsatferd hos etterlatte
- fange opp risikopersoner blant de etterlatte og sørge for videre tiltak for dem
- gi hjelp og behandling for dem som ikke er i behov av tiltak fra spesialist-helsetjenesten
- sørge for bistand fra, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller andre aktører (skole, politi, trossamfunn etc.) dersom det er behov for slik bistand
- drive selvmordsforebyggende arbeid for å unngå evt. smitteeffekter (jf. kap. 2.4.2), ved å rette tiltak mot sosiale arenaer avdøde har tilhørt, for eksempel skole og arbeidsplass

4.2.1 Planlegging gjennom kommunale rutiner

Alle kommuner bør lage skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte. Slike rutiner tilpasses den enkelte kommunes tilgang på faglig kompetanse, geografiske utbredelse og tjenesteorganisering, slik at hjelp til etterlatte tilbys systematisk etter hovedprinsippene i kap. 2 og 4. Prinsipper for anbefalinger av innhold og organisering av hjelp for etterlatte ved selvmord bør beskrives/operasjonaliseres i forhold til en mobiliserings- og en akutt- og langtidsoppfølgingsfase. Mål, virkemidler, koordinering og ansvarsfordeling, arbeidsform, tiltak og tidsrammer og overføring til videre oppfølging bør beskrives for hver av de tre fasene (for ideer, se www.kriser.no).

Hovedpunkter for planlegging og rutiner:

- Planlegging av tiltak for etterlatte bør skje i samarbeid med de aktører som vil komme i kontakt med pårørende på ethvert tidspunkt i oppfølgingsprosessen.

- De kommunale rutinene må tilstrebe å være så klare og operasjonaliserte at de kan nå alle i målgruppen.
- Planen bør bygge på faglig oppdatert kunnskap og gode erfaringer.
- Planen skal skape forutsigbarhet og være et verktøy for aktuelle tjenester og samarbeidspartnere, samt alle kategorier etterlatte.
- Ulike kommuner vil måtte tilpasse planer og tjenestetilbud etter lokale forhold, men slik at planene fyller hovedintensjonen i denne veilederen.

Etterlatte ved selvmord er i utgangspunktet ikke spesielt belastet med psykisk sykdom. Oppfølging vil derfor i alminnelighet ligge utenfor ansvaret til spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern. Etterlatte kan imidlertid ha stort behov for hjelp til bearbeiding av de spesielle forhold som knytter seg til selvmord, slik at de blir i stand til å takle selve traumet, i tillegg til å få hjelp til å forstå hvorfor avdøde valgte å avslutte livet. For å kunne yte slik hjelp, må tiltakene baseres på kunnskap om traumer og sorg knyttet til kunnskap om selvmord. For etterlatte der selvmord skjer hos pasienter i psykisk helsevern vises til Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (9).

4.3 Aktuelle kommunale tjenester eller instanser

4.3.1 Psykososiale kriseteam

Alle kommuner bør ha psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer. Kommunale psykososiale kriseteam bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester. Kriseteamet bør også etablere kontakt og samarbeid med det psykiske helsevernet. For kommuner som har kriseteam eller evt. egne selvmordsforebyggende team forankret i

kommunehelsetjenesten, vil etterlattearbeid naturlig falle inn under deres ansvarsområde.

Kommunale psykososiale kriseteam eller selvmordsforebyggende team bør kunne bistå enkeltindivider eller grupper av mennesker i forbindelser med selvmord. Etter et selvmord kan det også være nødvendig med forebyggende tiltak på arenaer som skole og arbeidsplass, noe som faller inn under kommunehelsetjenestens ansvar. En slik intervensjon vil ha en spesielt viktig funksjon for å unngå «smitteeffekt», jf. kap. 2.4.2.

4.3.2 Andre kommunale tjenester

Mange kommuner har i dag også lokale lavterskel helsetiltak, herunder helsestasjon- og skolehelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester og kommunalt psykisk helsearbeid, som ofte vil bli engasjert i akuttfasen og i den mer langsiktige oppfølgingen ved alvorlige kriser, ulykker og katastrofer på kommunalt nivå. Dette skal beskrives i kommunens helse- og beredskapsplan. Ved kriser, ulykker og katastrofer vil også fastlegen være en sentral aktør og bør derfor varsles tidlig. Det gjelder både ved større ulykker og ved dagliglivets traumatiske kriser som kan medføre potensielt traumatiserende stressreaksjoner.

Det viktige er at en koordinerende instans raskest mulig tar kontakt med de etterlatte, og sørger for at alle som er berørt av selvmordet får den støtten de trenger. Behovet for psykososial oppfølging kan variere og må tilpasses etterlattes behov. Den koordinerende instansen må ha tilstrekkelig kunnskap om selvmord, være lett tilgjengelig, og fortrinnsvis være forankret i kommunehelsetjenesten (jf. kommunehelsetjenesteloven).

En måte å sikre et tilbud til etterlatte er at politiet, som rutinemessig kommer i kontakt med alle selvmord, får ansvar for å varsle kriseteamet eller en annen instans (jf. kap.6.1.1). Dette forutsetter selvsagt at de etterlatte samtykker. I tillegg til muntlig informasjon om hjelptilbudet, bør skriftlig informasjon legges igjen hos etterlatte. Tilbudet bør gjentas flere ganger dersom etterlatte avslår kontakt den første gangen de får tilbudet.

4.4 Etterlattes spesielle behov

4.4.1 Umiddelbar, proaktiv og gjentatt hjelp

Mange etterlatte etterlyser et system som rutinemessig sikrer dem kontakt med offentlig hjelpeinstans med kompetanse på selvmord. For noen er selvmordet så skambelagt at man kvier seg for å søke profesjonell hjelp, og dessuten vet ikke etterlatte alltid hva slags hjelp de egentlig trenger i en situasjon som kan virke svært kaotisk. Hjelpen må tilbys umiddelbart, og dersom etterlatte ikke orker å takke ja med en gang, må tilbud om hjelp gjentas.

4.4.2 Informasjon

Etterlatte kan i tiden like etter et selvmord ha et stort behov for informasjon. Det kan dreie seg om forhold knyttet til selve dødsfallet, praktiske forhold, men også knyttet til sorgprosessen og hvordan dødsfallet kan innvirke på familiemedlemmer og familiesystemet. Spesielt etterspør voksne etterlatte råd for å hjelpe barn. Etterlatte bør få informasjon både i muntlig og skriftlig form fordi det ofte er vanskelig å huske det som blir sagt, og informasjonen trenger å bli lest gjentatte ganger. Aktuelt materiell kan være brosjyre fra LEVE, eller å henvise til nettsteder om selvmord (www.selvmord.no, www.kriser.no, etc.).

4.4.3 Variert og tilpasset hjelp

Etterlatte ved selvmord er like ulike som folk flest. Individuelle forskjeller i etterlattes reaksjoner innebærer at tiltak må tilpasses den enkeltes behov. Enkelte etterlatte jobber seg gjennom hendelsen på en konstruktiv måte uten bistand ut over det eksisterende sosiale nettverket. Etterlattes behov for ivaretagelse kan imidlertid omfatte både profesjonell hjelp og støtte fra både private og organiserte nettverk (for eksempel andre etterlatte).

Mange vet ikke helt hva eller hvem de trenger, men uttrykker et stort behov for «psykologhjelp» for seg og sin familie. Spesielt fremheves behovet for spesifikk psykologisk bistand og selvmestringsråd knyttet til selvmord, for å redusere stressreaksjoner, mareritt og flashbacks (26).

4.4.4 Hjelp over tid

Varighet av oppfølging er et sentralt tema hos mange etterlatte. Mange etterlatte sliter med vansker over lengre tid enn både hjelpeapparatet og det sosiale nettverket synes å være klar over (24). Sorg tar tid, og en normal sorgprosess kan ikke forventes å være avsluttet for alle etter det konvensjonelle «sørgeåret». Samtidig blir det viktig å avklare om etterlatte kan ha utviklet komplikasjoner, jf. kap. 2.3. Etterlattes psykiske tilstand må ikke feiltolkes i retning av at det er normalt med forlenget/komplisert sorg etter selvmord.

Det er ikke gitt hvem som bør yte psykososial hjelp i de ulike fasene. Dette vil avhenge av hvordan kommunens har organisert sitt psykososiale tjenestetilbud, samt tilgjengelig kompetanse og etterlattes ulike behov. Fastlegen vil imidlertid være naturlig instans for oppfølging over tid i mange tilfeller. Men dersom etterlatte viser tegn på komplisert sorg eller en psykisk lidelse, vil det være behov for henvisning til det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten.

Råd fra etterlatte til profesjonelle hjelpere:

- Ta kontakt – tilby hjelp, ikke overlat initiativet til oss.
- Organiser dere og lag rutiner, ikke la hjelp bli tilfeldig.
- Fordel dere, ikke kom alle på en gang i starten.
- Vær der også når hverdagen kommer.
- Være fleksible, lytt til oss, og ta over når det trengs.
- Hjelp oss til å ta farvel på en best mulig måte.
- Informer om: hvordan dødsfallet skjedde, hva som skal skje videre, hvor og av hvem vi kan få hjelp, sorg- og krisereaksjoner og hvordan menn/kvinner og barn reagerer forskjellig.
- Hjelp oss til kontakt med psykolog/andre faggrupper.
- Hjelp barna våre, og/eller hjelp oss til å hjelpe dem.
- Ikke glem andre utenfor nærmeste familie.
- Hjelp oss til kontakt med andre som har opplevd lignende.
- Gjenta tilbudet og vær der så lenge vi trenger dere (24).



5. BRUKERPERSPEKTIVET OG JURIDISK RAMMEVERK

5.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært et av hovedområdene i Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2008 (38). Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og brukernes erfaringer, ved at man erkjenner at de kan bidra med nyttig kunnskap og innsikt om egen situasjon. For brukere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behov for tiltak blir ivaretatt. Brukerne kjenner seg selv best og må bli gitt autonomi slik at hans/hennes opplevelser, ressurser og egenmestring blir anerkjent. Når det gjelder brukermedvirkning for etterlatte ved selvmord kanaliseres dette primært gjennom LEVE.

5.1.1 Medvirkning på individnivå

Det er tjenesteapparatets ansvar å legge til rette for reell brukermedvirkning. Dette betyr at tjenesteapparatet skal være lydhør overfor brukernes behov slik de selv definerer det. Tiltak for etterlatte ved selvmord kan ikke følge behandlingsmodeller for psykisk helsevern fordi etterlatte som gruppe ikke er mennesker med en psykisk sykdom som trenger ordinær behandling, men er mennesker i en krisesituasjon etter å ha opplevd en stor belastning. Dette, så vel som etterlattes uttrykte behov, tilsier at de bør tilbys en bredspektret profesjonell oppfølging med utgangspunkt i gruppe- og individspesifikke behov.

5.2 Juridisk rammeverk

De tiltak som iverksettes i forbindelse med selvmord vil kunne utløse rettigheter og plikter. Særlig relevant regelverk vil være: Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62), Lov om helsetjenestene i kommunene (LOV-1982-11-19-66), Lov om spesialisthelsetjenester (LOV-1999-07-02-61) og Lov om sosiale tjenester (LOV-1991-12-13). Lov om helse-tjenestene i kommunene og Lov om sosiale tjenester vil bli erstattet av ny helse- og omsorgslov. Under nevnes de mest sentrale rettigheter og plikter for nærmeste pårørende til pasient med selvmordsrisiko eller som har tatt sitt liv, og for personallet som setter i verk tiltakene. Omtalen er ikke uttømmende.

5.2.1 Taushetsplikt

Under utøving av den type arbeid som beskrives i veilederen, vil utøveren i mange tilfeller få kjennskap til personopplysninger av sensitiv karakter. Et sentralt tema vil da være om vedkommende har taushetsplikt.

For helsepersonell er taushetspliktbestemmelsene oppstilt i helsepersonelloven¹ kap 5. Hovedregel og utgangspunkt er at helsepersonell har taushetsplikt om de opplysninger de måtte ha om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Det er imidlertid flere unntak fra denne regelen. Et av disse er helsepersonelloven § 24 om opplysninger etter en persons død. Nærmeste pårørende har etter bestemmelsen innsynsrett i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det².

Når det gjelder sensitiv informasjon om den/de etterlatte vil helsepersonellovens bestemmelser komme til anvendelse dersom helsepersonell yter helsehjelp til de etterlatte. Andre aktører enn helsepersonell vil også kunne ha taushetsplikt, men da etter andre lover. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan vil ha taushetsplikt etter forvaltningsloven³. Som forvaltningsorgan regnes et hvert organ for stat eller kommune⁴.

1. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli nr 64 1999

2. Jf. helsepersonelloven § 24, andre ledd.

3. Jf Forvaltningsloven av 10. februar 1967 § 13

4. Jf Forvaltningsloven av 10. februar 1967 § 1

5.2.2 Aktuelt regelverk i forhold til medvirkning, informasjon og samtykke

Dersom de tiltak som settes i verk er å anse som helsehjelp til de etterlatte vil disse bli å anse som pasienter og derved ha rettigheter etter Lov om pasientrettigheter (LOV-1999-07-02-63).

Noen viktige bestemmelser vil være:

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

§ 4-4. Samtykke på vegne av barn

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

5.2.3 Erstatning

Pårørende og etterlatte kan søke erstatning i henhold til Norsk pasient-skadeerstatning i forbindelse med behandlingssvikt.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets veileder «Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester» (36) og «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (9). I tillegg vises det til rundskrivet «Mor/far er syk – Barn som pårørende» som omtaler bestemmelsene knyttet til barns rettigheter til informasjon når foreldre er psykisk syk, rusmiddelavhengig, alvorlig somatisk syk eller skadd.



6. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL OPPFØLGING AV ETTERLATTE VED SELVMORD

En rekke aktører vil ha klart definerte roller etter at det har skjedd et selvmord. De mest sentrale aktørene nevnes her, men alle aktører som kommer i kontakt med etterlatte forutsettes å ha kjennskap til de instanser i sin kommune som har ansvar for aktuelle tiltak. Virksomhetens leder eller den som har blitt delegert oppgaven, er ansvarlig for at det foreligger beredskapsplaner og at nødvendige tiltak blir iverksatt.

Under skisseres innholdet i de ulike tjenestene som er involvert, slik de ideelt sett bør være.

Oversikt over ulike aktører ved selvmord:

- Politi
- Prest og andre tros- og livssynsrepresentanter
- Kommunehelsetjenesten
- Begravelsesbyrå
- Barneverntjeneste
- Specialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Familievernet
- Barnehage
- Skole
- Likemannsstøtte
- Sosiale nettverk
- Arbeidsplass

6.1 Politi

Politiets oppgaver ved selvmord er knyttet til utrykning til dødsstedet, varslingsansvar, undersøkelse og sikring av bevis, og evt. obduksjonsbegjæring. Ettersom politiet også rykker ut ved andre kategorier «unaturlige dødsfall», er anbefalingene nedenfor knyttet til dødsfall som er klare selvmord eller der pårørende oppfatter det som mest sannsynlig selvmord.

Politiets er ofte den instansen som først kommer til åstedet. Den som har funnet en avdød, ringer vanligvis 113 eller den lokale legevakt, som setter over til politiets operasjonssentral. Politiet rykker ut umiddelbart og vil i mange tilfeller komme til stedet før lege ankommer. Fastlege eller legevakt rykker også ut, slik at legen på stedet kan fastslå døden og skrive ut dødsattest (Legeerklæring om dødsfall). Legen som kommer til stedet, må sammen med politi vurdere situasjonen for de etterlatte og sørge for tilstrekkelig ivaretagelse av de etterlatte i akutfasen. Der etterlatte er på funnstedet, bør ikke legen forlate dem før annet helsepersonell er ankommet, eller pårørende er brakt til annet helsepersonell.

Er pårørende til stede, tar politiet som første instans hånd om dem og gir informasjon og støtte. Politiet klargjør/etterforsker omstendighetene rundt dødsfallet og skriver rapport om dette. Ved unaturlige dødsfall, er det politiet som begjærer obduksjon. Politirapporten sendes obduksjonsinstansen. Dersom ambulanse og politi kommer til et hjem i forbindelse med selvmord, vil dette vanligvis vekke oppmerksomhet i nabolaget. Med familiens tillatelse kan politiet informere de nærmeste naboene om hva som har skjedd, slik at det kan mobiliseres støtte og forebygge ryktedannelse.

I de tilfeller der det ikke er de nærmeste pårørende som finner avdøde, har politiet det formelle ansvaret for varslingen. Politiet går med dødsbudskapet selv, eller delegerer ansvaret, ofte til vakthavende prest, helsepersonell eller andre samarbeidspartnere. De som skal gå med dødsbudskapet forberedes av politiet på varslingsoppgaven gjennom å motta informasjon om hvem de nærmeste pårørende er, fakta om dødsfallet, og kunnskap om hvordan den døde er identifisert, hvor han eller hun er brakt og om eventuelle muligheter for syning. For de etterlatte kan det være en fordel at prest eller andre og politi kommer hjem og varsler om dødsfallet

sammen. I enkelte kommuner har man god erfaring med dette ettersom pårørende ofte har mange spørsmål knyttet til funnstedet som bare politiet kan svare på, og etterlatte er gjerne i behov av disse svarene umiddelbart. Informasjonsbehovet vil være særlig stort der avdøde har vært savnet en tid og blitt funnet langt fra hjemmet. Det er viktig at politiet gir pårørende mulighet for slike samtaler, og at det gis muligheter for flere samtaler.

Det kan være et stort behov for å rydde/vaske der det har skjedd selvmord ved metoder som skyting eller kutting. Av og til kan politiet ha behov for å plombere boligen inntil alle forhold rundt dødsfallet er grundig undersøkt, og boligen rengjort. Politiet bør ha et system for rekvirering av spesielt kyndige folk til å rengjøre og rydde et slikt åsted, slik at etterlatte slipper å gjøre dette selv. De etterlatte må ivaretas den tiden det tar å få vasket og ryddet. I slike situasjoner må det veie tungt at etterlatte kan påføres ekstra belastning dersom de holdes borte fra egen bolig i lengre tid enn det nødvendigvis tar å få gjort disse undersøkelsene og oppryddingen. Dette arbeidet bør gis høyeste prioritet, slik at de etterlatte snarest mulig får tilgang til egen bolig.

6.1.1 Varsling om selvmord til kommunal hjelpeinstans

Ut fra etterlattes uttalte behov for rask og automatisk bistand, er det grunnleggende viktig at det etableres rutiner for varsling om selvmord til en oppfølgingsinstans som tar kontakt med etterlatte og sørger for at hjelpebehov dekkes så godt det lar seg gjøre, både på kort og lengre sikt. Et slikt varslingssystem kan etableres mellom politi og den kommunale instans som naturlig kan påta seg en slik oppgave, for eksempel krise-team eller selvmordsforebyggende team, evt. fastlege eller annet helsepersonell, jf. kap. 4. Et slikt varslingssystem vil også lette politiets arbeid.

Den rettslige begrensning av å gi slik informasjon uten samtykke er i utgangspunktet taushetsplikten.

Politiets taushetsplikt er regulert i politiloven § 24 som bl.a. fastsetter at forvaltningsloven §§ 13-13f gjelder for virksomhet som gjelder

andre saker enn straffesaker, med de modifikasjoner som følger av politiloven § 24. Unntaksbestemmelser for taushetsplikt finnes i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 2 og straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 2.

I følge både forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 2 og straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 2 er taushetsplikten ikke til hinder for at opplysningenes utleveres «for å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for, blant annet kan (de) brukes i forbindelse med saksforberedelsene, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll».

Videre sier forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 5 at taushetsplikten ikke er til hinder for at forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningssgrunnlag.

6.2 Prest og andre tros- og livssynsorganisasjoner

Kirken ved prest eller andre tros- og livssynsorganisasjoner kan forespørres for bistand ved oppgaver knyttet til varsling, bæreandakt, sørge-samtale før begravelsen/bisettelsen, eventuelt syning, begravelse/bisettelse, urnenedsettelse, og informasjon om lokale oppfølgingstilbud til pårørende (i regi av kommune eller kirke). Det er ikke nødvendigvis den samme presten som varsler og følger opp videre. Der avdøde blir brakt til sykehus, kan det være sykehuspresten som står for den tidlige kontakten med pårørende.

Når dødsfallet blir oppdaget av andre enn de nærmeste pårørende, er det som nevnt politiet som har det overordnede ansvar for at pårørende varsles, men delegerer ofte til prest å gå med dødsbudskapet. De statsansatte prestene har siden 2005 hatt en beredskapsavtale der denne tjenesten er

regulert, bl.a. i forhold til vakttiden som er mellom kl. 17.00–08.00 på hverdager og hele helgen. De lokale prostekontorer har etablert vaktberedskapen, slik at politiet alltid vil kunne få kontakt med prest til denne oppgaven. Uansett hvem som kommer med dødsbudskapet så må vedkommende formidle skriftlig og muntlig hvor pårørende kan få videre hjelp. Politiet kan også etter egen vurdering formidle dødsbudskapet selv eller delegere til andre enn Den norske kirkes prester.

6.2.1 Prestens og andres rolle ved formidling av dødsbudskap

Ved formidling av dødsbudskapet, er formidlerens oppgave å få gitt de pårørende beskjed og være til stede for dem. En prest vil i en slik situasjon ikke ha noen forkynnende rolle, men ha fokus på omsorg, støtte og veien videre (håp). Så langt det er mulig, bør presten eller annen formidler være raus i møte med etterlattes ønsker når det gjelder sang, musikk og annet i forbindelse med evt. seremonier.

6.2.2 Rutiner for formidling av dødsbudskap

For etterlattes bearbeidelse av å miste en kjær person ved selvmord, er det avgjørende at formidlingen av dødsbudskapet skjer på en best mulig måte (40). Når presten eller andre blir bedt om å gå med et dødsbudskap, er det nyttig å få vite noe om omstendighetene rundt dødsfallet, slik at de etterlatte kan få vite noe mer fra formidleren enn at en person er død. I tillegg trenger formidleren navn og adresse til de pårørende som skal ha beskjed. Formidleren noterer også ned navn og nummer til polititjenestemannen som har gitt beskjeden.

- Formidleren bør alltid dra hjem til de pårørende for å gi beskjed. Hvis værforhold eller store avstander gjør dette umulig, prøver en å få en annen person til å overbringe beskjeden. Telefonbeskjed bør unngås, men dersom det tar lang tid for varsleren å nå frem, kan det av og til være nødvendig å ringe.
- Når formidleren ringer på og presenterer seg, sjekkes det først at hun/han har kommet til riktig sted. En sier at man har en viktig melding å gi, og ber om å få komme inn. Om formidler ikke slippes inn, må hun/han levere en skriftlig melding med navn på avdøde, navn og telefonnummer til seg selv og navn og telefonnummer til polititjenestemannen.

- Meldingen gis på en slik måte at det raskest mulig formidles hvem som er død. Vær forberedt på og gi rom for ulike reaksjoner: benektelse, fortvilelse, sinne, osv.
- Melding gis tilbake til politiet om at beskjed er gitt. Om det ikke er folk hjemme, må politiet få beskjed om dette.
- Formidleren bør bli hos de etterlatte så lenge de trenger det, og helst til noen slektninger eller venner har kommet for å være sammen med dem.
- De etterlatte gis beskjed om at de kan kontakte politiet for nærmere informasjon.

6.2.3 Kirkens og andres rolle og tilbud i oppfølging av etterlatte

Den norske kirke er landsdekkende og prest og diakon har utdanning i og erfaring med etterlattesamtaler. De tilbyr oppfølgende samtaler med etterlatte. Prester i frikirker har tilsvarende tilbud overfor sine medlemmer. Mange diakoner driver også sorggrupper for etterlatte, blant annet finnes det enkelte steder egne grupper relatert til selvmord. Lokalt vil Den norske kirkes personell ha kunnskap om, og kunne være behjelpelig med å kontakte, ressurspersoner innen andre tros- og livssynssamfunn. Nyttig informasjon finnes i heftet «Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge» (41) og i Helsedirektoratets informasjonshefte «Når en av våre nærmeste dør» (89).

6.3 Kommunehelsetjenesten

6.3.1 Kommuneoverlege

Tiltak for etterlatte ved selvmord kan berøre en rekke kommunale instanser. Kommuneoverlegen har et overordnet ansvar for å utvikle et tjenestetilbud som er ivaretagende på ulike nivåer. For mange kommuner vil kommunale kriseteam være en naturlig instans for oppfølging av etterlatte, evt. egne selvmordsforebyggende team (f.eks. Asker og Bærum (17, 42). Kommuneoverlegen kan selv være med i kommunale kriseteam, eller ha et overordnet veilederansvar.

6.3.2 Fastlege

Hvis selvmordet har skjedd utenfor vanlig arbeidstid, vil politiet tilkalle

lokal legevakslelege i første instans, slik at legen kan fastslå at døden har inntrådt, syne liket og skrive ut dødsattest. Men denne oppgaven kan også falle på den avdødes fastlege. Uansett er det viktig at de etterlattes fastlege blir informert tidlig i forløpet, slik at fastlegen kan ta aktivt ansvar i arbeidet med etterlatte ved selvmord, dersom de etterlatte ønsker det. Fastlegen har etter fastlegeforskriften ansvar for at innbyggerne på sin liste får utført nødvendige allmennlegetjenester og får henvisning til andre helsetjenester ved behov. I noen tilfeller vil fastlegen ikke bare ha vært avdødes, men hele familiens lege. I slike tilfeller kan det være et behov hos etterlatte for hjelp fra fastlegen til å forstå selvmordet. Men etterlatte kan også klandre fastlegen for ikke å ha forstått at en suicidal krise var under utvikling, og for ikke å ha forebygget selvmordet. Slike forhold må fastlegen være åpen for å drøfte med de etterlatte. Fastlegen har en viktig oppgave i å ivareta etterlatte. Fastlegen har ofte god oversikt over andre omsorgstiltak og kan sørge for at etterlatte får kjennskap til og hjelp til å komme i kontakt med de ulike tiltakene. Fastlegen vil også være den som etterlatte henvender seg til for eventuell sykemelding og oppfølging av kroppslige plager som søvnvansker og fysiske smerter eller psykiske reaksjoner som angst, uro, nedstemthet. Det er viktig at fastlegen skiller normale reaksjoner på en unaturlig hendelse fra symptomer på psykisk sykdom, og forlenget sorg fra normal sorg. Fastlegen må følge pårørende tett slik at det på et tidlig tidspunkt kan avdekkes hvis det oppstår symptomer på mer kompliserte sorgreaksjoner, hvor behovet for evt. henvisning til det psykiske helsevernet bør vurderes i samråd med pasienten.

6.3.3 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilbud til alle barn, unge og deres foreldre. En god psykisk helse er viktig fra første leveår og tjenesten har en sentral rolle i forebyggende psykososialt arbeid for målgruppen. Tjenestens tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.

Helsesøsters bakgrunn og kjennskap til familien gjør helsesøster til en sentral kontaktperson for barn og unge som sliter, og derfor også for barn

som etterlatte ved selvmord. Helsesøstre kan også ha en sentral rolle i skolering av lærere/skolehelsetjenesten i selvmordsproblematikk, krise og sorg, for å kunne ivareta berørte parter. Det er nødvendig med en slik ansvarlig person på skolen slik at ivaretagelsen skjer automatisk og planlagt. De generelle kriseplanene, som alle skoler er pålagt å utarbeide, jf. kap. 6.10, bør inneholde klare råd for krisehåndtering ved selvmord.

6.3.4 Psykisk helsetjeneste i kommunen

Etterlatte kan, etter et gjennomført selvmord, oppleve skyldfølelse, hjelpelessness og kompliserte sorgreaksjoner, som kan vedvare over tid. Pårørende og etterlatte bør få korrekt og rask informasjon i den akutte fasen, tilbud om samtale og bistand til videre oppfølging etter behov samt informasjon

Pårørende og etterlatte bør få korrekt og rask informasjon i den akutte fasen, tilbud om samtale og bistand til videre oppfølging etter behov samt informasjon om sine rettigheter.

om sine rettigheter. Kommunens psykiske helsetjeneste kan vurdere behov for tjenester fra kommunen, ofte skjer dette i samarbeid med fastlege.

Etterlatte vil kunne ha behov for helsehjelp i form av støttesamtaler med for eksempel psykiatrisk sykepleier i kommunen, tilbud om deltakelse i sorggruppe eller annen type helse – og sosialfaglig oppfølging fra kommunen. Det er viktig å

ha oppmerksomhet på om det er barn og unge blant de etterlatte og da ta hensyn til deres behov for oppfølging. Det er den enkeltes behov for bistand som bestemmer hva slags tjenester som ytes. Noen kan for eksempel ha behov for praktisk hjelp og støtte i hjemmet for en periode, for å mestre hverdagen etter selvmord.

Det bør, som beskrevet ovenfor, utvikles gode rutiner og prosedyrer for ivaretagelse av etterlatte ved selvmord i kommunehelsetjenesten, og prosedyrene bør gjøres kjent for relevante samarbeidspartnere både i kommune – og spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsetjeneste/enhet i kommunen vil være en sentral samarbeidspartner i dette arbeidet.

6.3.5 Psykologkompetanse i kommunen

I kommuner som har psykologer ansatt, er det naturlig at disse har et særskilt ansvar og en sentral rolle i forhold til selvmord og oppfølging av etterlatte. Psykologene kan vurdere behov for tiltak og følge opp med terapeutiske intervensjoner eller veiledning. Kommunepsykologer kan være knyttet til kriseteam og selvmordsforebyggende team i kommunene.

Kommunen bør ha et lavterskeltilbud tilgjengelig for både barn, unge, voksne og eldre med behov for hjelp. Tilbudet kan blant annet være knyttet til helsestasjons-/skolehelsetjenesten, fastlegekontor eller som egen psykologtjeneste. Satsingen på psykologer i kommunen, har bidratt til en betydelig økning i antall kommunepsykologer. Psykologkompetanse kan brukes i forebyggende arbeid og tidlig intervensjon overfor selvmords-etterlatte som sliter med psykiske og eksistensielle problemer av en karakter som i hovedsak ikke faller inn under spesialisthelsetjenestens ansvarsområde (psykiske lidelser). En kommunal psykologtjeneste kan redusere ventetid til behandling og gi god vurdering mht. henvisning til psykisk helsevern. Kommunepsykologer kan også brukes til å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere og veilede og undervise andre tjenesteytere i kommunetjenestene.

6.4 Begravelsesbyrå

Gravferdskonsulentens oppgaver er knyttet til transport, stell og syning av avdøde, fulgt av samtaler med pårørende, utføring av ønsker for begravelsen og gjennomføringen av gravferdsseremonien.

I mange tilfeller vil begravelsesbyrået komme ganske raskt etter politiet/legen til stedet der et selvmord har funnet sted. Deres oppgave består da i å transportere den døde til obduksjon eller til bårekapell. Det finnes ulike rutiner i ulike kommuner, enten politiet tilkaller et bestemt begravelsesbyrå eller man spør pårørende om deres ønsker. Der etterlatte trenger råd, er politiet gjerne godt kjent med de ulike byråers erfaring med å møte etterlatte ved selvmord på en profesjonell og omsorgsfull måte.

Hvordan begravelsesbyrået møter etterlatte ved selvmord, vil ha stor be-

tydning for dem i ettertid. Det er nå vanlig å forsøke å fremme åpenhet om at avdødes dødsfall var selvmord. Ved åpenhet vil en på et tidlig tidspunkt forebygge eventuelle spekulasjoner og rykter, samt at pårørende vil slippe å være usikre på om venner/bekjente vet hva som ligger bak dødsfallet. Ikke minst fungerer åpenheten som en «invitasjon» til deltakelse for sosiale nettverk. Mange etterlatte gir uttrykk for at de er glade for at de har valgt å være åpne om selvmordet. Erfaring tilsier derfor at gravferdskonsulenter som hovedprinsipp kan gi råd om åpenhet i forhold til døds måte, samt å informere om at mange etterlatte i ettertid har vært glade for at de ikke har valgt å la begravelsen foregå i «stillhet» (24, 34). Gravferdskonsulenten kan også gi råd om å inkludere barna i familien i ritualene omkring dødsfallet, og informere omsorgspersoner om at man ikke «skåner barn» gjennom å ekskludere dem, jf. kap. 2.4.1 og 6.4.2.

Ved selvmord kan det være spesielle problemer knyttet til utforming av dødsannonse, hvor mye som skal sies under gravferdsseremonien, om det skal være minnestund etterpå, hva slags musikk man skal velge, og om annonseringen av dødsfallet skal skje før begravelsen eller om man ønsker å vente til etterpå. Det er viktig å hjelpe de etterlatte på en slik måte at alle disse vanskelige tingene kan snakkes om. Gravferdskonsulenten må være godt kjent med vanlige sjokkreaksjoner, slik at f.eks. alle avtaler nedfelles skriftlig til de pårørende, fordi noen husker lite av denne samtalen etterpå. Det kan være nyttig å tilby en oppfølgingsamtale for å gjennomgå avtalene en gang til. Det er en hjelp for etterlatte at alle rutiner fremgår av en brosjyre som deles ut til pårørende, jf. brosjyren fra LEVE og RVTS. Ved selvmord er det spesielt viktig at gravferdskonsulenten er oppdatert på kunnskap om etterlattes spesielle behov, samtidig som man er lydhør overfor den enkeltes ønsker. Det finnes tilbud om å opprette minnebok på internett, hvor familie og venner kan legge inn en hilsen. Å lese eller skrive i minneboken kan være til hjelp for etterlatte i en viss tid etter gravferden.

6.4.1 Prosedyrer for syning

Der avdøde har omfattende skader, kan det være vanskelig å gi råd om å se vedkommende. Imidlertid uttrykkes det ofte fra pårørende i ettertid at det var viktig for dem å se avdøde for å virkelig forstå at hun/han var død. En måte å løse denne situasjonen på kan være å dekke til hodet hvis det er svært skadet, og vise f. eks. avdødes hender og armer, slik at man kan kjenne ham/henne igjen. Man skal også huske at det kan være viktig for langt flere enn den nærmeste familie å se avdøde. Gravferdskonsulenten kan formidle til familien at dersom de ønsker det, kan også venner, kolleger, skolekamerater og andre som har stått avdøde nær komme til syning sammen med konsulenten.

6.4.2 Ivaretagelse av barn

Både gravferdskonsulenter, prester politi, og andre som tidlig kommer i kontakt med den rammede familien kan støtte omsorgspersoner på å inkludere barn i ritualer rundt et selvmord. Ved å inkludere barn i f.eks. begravelse, minnestund eller syning reduseres følelsen av uvirkelighet, fantasier kan forhindres, og det kan bli hjelp til å få et tankemessig grep om selvmordet. I tillegg vil barn få mulighet til å gi følelsesmessig uttrykk for sorg og fortvilelse, ta konkret farvel med avdøde, og gi barn og voksne en felles opplevelse som grunnlag for senere samtaler om selvmordet.

Viktige prinsipper for å ivareta barn under ritualer og ellers vil være at alt som sies skal være sant – uten at man behøver å si alt som er sant. Dette innebærer blant annet at sannheten ikke skal bli verre og verre etter hvert som barnet blir eldre, men sannheten om dødsfallet skal formidles med ord tilpasset til barnets alder og modning til enhver tid. I forbindelse med barns deltakelse i ritualer, er det sentralt at barnet ivaretas av en trygg og rolig voksen som har fokus på barnet og som barnet har tillit til. Omsorgspersonen må gi direkte og saklig informasjon om hva som kommer til å skje. Dette kan innebære å fortelle barnet hvor syningen skal være, hvem som vil være der, at den døde vil ligge i en åpen kiste, at mange vil gråte og hvorfor, at barnet kan få legge ned en tegning, etc. Videre bør omsorgspersonen være med barnet gjennom syningen og gi mulighet for spørsmål/samtale både underveis og etter at ritualet er avsluttet (39).

6.5 Barneverntjenesten

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Omsorg for og oppdragelse av barn er i første rekke foreldrenes ansvar. Foreldre kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder, f.eks. på grunn av en vanskelig livssituasjon. Her kan barnevernet komme inn for å bistå barn og familier med hjelp og støtte, slik at barn sikres gode levekår og utviklingsmuligheter, også etter at en forelder har tatt livet av seg.

Barneverntjenesten har myndighet til å fatte vedtak om hjelpetiltak for barnet og familien ved særlige behov. Det kan være særlig behov for praktisk hjelp og avlastning for å bidra til at barnas hverdag med skole, barnehage, lekser, hverdagsrutiner og fritidsaktiviteter ivaretas.

6.6 Psykisk helsevern

I henhold til lov om spesialisthelsetjenesten m.m. plikter spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen, jf. § 2-1 a tredje ledd. Psykisk helsevern er en del av spesialisthelsetjenestens tilbud, mens kommunene tilbyr psykiske helsetjenester.

Det psykiske helsevernet har et ansvar for å yte øyeblikkelig helsehjelp til befolkningen. De regionale helseforetakene er ansvarlig for å utpeke tilstrekkelig antall institusjoner som skal ha dette ansvaret. De fleste distriktspsykiatriske sentra (DPS) og poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP) har dette ansvaret på dagtid. Det er også mulig å kontakte dem for konsultasjon og drøfting. For voksne etterlatte kan det være aktuelt med henvisning fra fastlege til et lokalt DPS og for barn og unge til en BUP. I en akutt krisesituasjon kan de fleste DPSer og BUPer la være å kreve slik henvisning, men ta imot etterlatte direkte.

Det psykiske helsevernet forutsettes å ha kunnskap og kompetanse om ulike reaksjoner hos etterlatte etter et selvmord. Både det psykiske helsevernet for barn og unge og voksne kan bistå med å vurdere etterlattes symptombelastning og hvorvidt det er behov for behandling i spesialist-helsetjenesten.

Henvising til psykisk helsevern vil være aktuelt der symptomtrykket er høyt/vedvarende over en lengre periode, og har betydelig effekt på den etterlattes funksjonsnivå. Vanligvis vil kommunale tiltak være prøvd ut før en evt. henvising til det psykiske helsevernet. I tillegg til høyt symptomtrykk, kan også et betydelig funksjonsfall utløse en henvising. Etterlatte ved selvmord bør henvises til det psykiske helsevernet dersom det er bekymring for at personen har eller er i ferd med å utvikle en psykisk lidelse. Se også omtale av forlenget/komplisert sorg og posttraumatisk stressyndrom, kap. 2.3. Ved indikasjoner på komplisert sorg, bør det iverksettes utredning, evt. diagnostisere og behandle i de tilfeller der pårørende/etterlatte har en psykisk lidelse. Fordi etterlattes reaksjoner etter et selvmord.

For barn og unge vil omgivelsenes reaksjoner og ivaretagelse fra voksne i de fleste tilfeller være tilstrekkelig til at det ikke utvikles patologiske reaksjoner i kjølvannet av selvmord, forutsatt at omsorgen gis i overensstemmelse med faglige råd. Henvising til psykisk helsevern for barn og unge vil derfor sjelden være nødvendig eller ønskelig, med mindre den unge fra før av sliter med behandlingstrengende psykiske problemer.

Når det gjelder etterlatte ved selvmord som skjer i tilslutning til behandling i psykisk helsevern, vises det til retningslinjen fra Helsedirektoratet (9). I forbindelse med dette minner vi om at i tillegg til de nærmeste utenfor behandlingssituasjonen, er medpasienter og behandlere også etterlatte. Mange av de prinsippene vi legger til grunn i denne veilederen vil også gjelde innefor et behandlingssystem.

Behov for henvising til spesialisthelsetjenesten må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Følgende kan være av betydning:

Generelle anbefalinger om henvisning til spesialisthelsetjenesten:

- Det foreligger sterke og akutte stressreaksjoner med symptomer på realitetsbrist
- Når de psykologiske ettervirkninger øker i stedet for å avta
- En pårørende endrer atferd med sosial tilbaketrekning, økende angst, depressive symptomer, økt søvnløshet, diverse kroppslige symptomer etter 2–4 uker
- Barn endrer betydelig atferd, får økende søvnvansker og mareritt, tør ikke være alene, trekker seg tilbake i forhold til venner, får vansker på skolen, får ubestemmelige kroppslige symptomer
- Risikopersoner som har en latent eller manifest psykisk lidelse
- Barn som lever i vanskelige familiesituasjoner med omsorgssvikt og dårlig sosialt nettverk

6.7 Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en kommunal/fylkeskommunal instans som bistår barn og foreldre, samt barnehager, skoler og lærere med råd og sakkyndige vurderinger for barn, ungdom og voksne som har en vanskelig opplærings- eller oppvekstsituasjon. PPT gir råd til foreldre, barnehager/skoler i forhold som angår barnets utvikling og opplærings-situasjon. PPT er en viktig samarbeidspartner for barnehager og skoler. PPT har nødvendig systemkunnskap om barnehager og skoler som organisasjoner og kompetanse når det gjelder psykososiale kriser. PPT kan bistå barnehager/skoler med råd og veiledning om hvordan håndtere psykososiale kriser for enkeltelever, klasser eller hele skolen. Foreldre eller andre pårørende kan selv ta kontakt med PPT, evt. samtykke til at barnehagen/skolen kontakter dem.

6.8 Familievernet

Familievernet gir tilbud til mennesker med ulike typer samlivs- og relasjonsproblemer. Det er en spesialtjeneste som gir tilbud om behandling og rådgiving når det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Samtaleterapi for par og familier er det viktigste tilbudet. De fleste familievernkontor har kunnskap og kompetanse om traumer og sorgbearbeiding. Tilbudet er det samme om kontoret er statlig eller kirkelig. Familievernet gir også tilbud over generasjonsgrenser. Etter et selvmord kan etterlatte ha behov for et samtaletilbud til flere generasjoner. Fordelen kan være at familiemedlemmene får mulighet til å dele sorgen og tapet over den døde sammen med terapeuter. Tema som skyld, skam og sinne kan være nyttig å bearbeide sammen med andre familiemedlemmer og med kompetente terapeuter. Dersom avdøde hadde barn, kan både foreldre og øvrig familie få råd om hva barn trenger i etterkant av et selvmord. Mange i familievernet har viktig erfaring og kompetanse i arbeid med barn og sorg. Der arbeider det blant annet psykologer og sosionomer med videreutdanning i familierterapi. Fagpersonene har lang klinisk erfaring i å jobbe med kriser og problemer knyttet til tap.

Etter et selvmord blir mange i familienettverket berørt. Ofte trenger hele familien hjelp. Selv om den/de etterlatte kan trenge individuell hjelp til bearbeiding av selvmordet og til å takle traumet, er det viktig at noen ser hele familiesystemet under ett. Her kan familievernet bidra med sin kompetanse på familiearbeid.

Det er familievernkontor i alle fylker i Norge. Tjenesten er gratis og alle kan selv ringe og be om time. Henvising er ikke nødvendig. Kontorene tar imot enkeltpersoner, par og familier – unge og eldre.

6.9 Barnehagen

Barnehagebarn kan miste mor, far, søsken eller andre familiemedlemmer ved selvmord, eller en ansatt i barnehagen kan ta livet av seg. Barnehagen er en arena der etterlatte barn både kan få støtte i sorgen og være omgitt av et normalt miljø med lek og glede. Barn vil ofte raskt leke og le

som før, og bare innimellom vise ulike former for sorgreaksjoner. Barn er som regel triste i kortere tidsperioder enn voksne og skyver oftere smertefulle følelser unna. Det er viktig å snakke med barn om selvmord på en ærlig og likefrem måte, med ord som selv små barn kan forstå. Dersom voksne tenker at selvmordet skyldtes depresjon, kan bruk av begrepet «tankesykdom» være en måte å forklare selvmord for små barn på. En «tankesykdom» kan beskrives som hvordan de syke og svarte tankene kan ta over i hjernen og gjøre det mørkt og kaldt, slik at de friske tankene visner og dør. Det er imidlertid svært viktig å gjøre informasjonen så konkret og spesifikk at den skiller situasjonen fra andre situasjoner som barna opplever. Da blir barna beroliget og opplever forutsigbarhet. Generell og unøyaktig informasjon kan gjøre barn mer urolige. Dersom den som har tatt livet sitt f.eks. beskrives som veldig trist, vil barna bli mer urolige fordi etter et dødsfall er jo alle veldig triste, og de kan tenke at da kan jo flere ta livet sitt (43).

All kommunikasjon om selvmord som rammer barnehagebarn må foregå i samråd med barnas nærmeste pårørende. Det er viktig at det som blir sagt hjemme og det som sies i barnehagen er i overensstemmelse med hverandre. Barn må også gis lov til å reagere både med følelser og ord slik at de ikke bringes til taushet ved at omgivelsene signaliserer at selvmord er noe som ikke kan snakkes om. Det er viktig at det gis tilstrekkelig informasjon slik at barn ikke får ny og viktig informasjon fra utenforstående. Barnehager og skoler skal ha planer for hvordan de ansatte håndterer kriser generelt (FOR 1995-12-01 nr 928: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.). I disse planene bør det ligge retningslinjer for kommunikasjon med barn ved død/selvmord spesielt (44). En billedbok for små barn, «Pappa ville ikke leve» (45) eller «Hva skjer når vi dør?» (46) kan også være til hjelp. Se også neste kapittel om Skolen.

6.10 Skolen

Skolen er en svært sentral arena for støtte til kriserammede barn og unge, men også for støtte til den rammede familien som helhet. Skolens målsettinger om et nært forhold mellom hjem og skole for å ivareta barn og

unges trivsel og miljø, vil kreve involvering og ivaretagelse når barna opplever selvmord blant nærstående. Mange skoler har et slikt fokus i dag. Ivaretakelsen kan innebære flaggheising, minnestund og i noen tilfeller også syning dersom det er en medelev som har tatt livet sitt. Videre kan støtten bestå i hjemmebesøk, tegninger og hilsener til hjemmet, evt. deltakelse i begravelse, tematisering av sorg, tap, krisereaksjoner, markering av merkedager (eks. v/høytider: blomster på grav, besøk til foreldre). Lærere kan også drøfte hendelsen med elevene og gi råd om egenmestring, samt ivaretagelse av de mest berørte elevene, eventuelt i samarbeid med pedagogisk-psykologiske tjeneste (PPT).

Ved å gi medelever tid og muligheter til empatisk innlevelse i skoletiden, kan skolens personale bli en god støtte for både de nærmest berørte barn/unge og andre skoleelever som indirekte er berørt av selvmord. Det er derfor viktig med høy bevissthet i forhold til å ivareta berørte elever og miljøet på en slik måte at unge etterlatte kan være åpne om det som har skjedd uten å bli stigmatisert ut fra manglende kunnskap om selvmord.

Skolen kan også bli direkte berørt ved at en elev eller lærer tar livet av seg. Skolens kriseberedskapsplan bør inneholde retningslinjer for ivaretagelse av både familiene til avdøde, kolleger og medelever på skolen (www.kriser.no).

I likhet med barnehager skal skolen ha planer for hvordan de ansatte håndterer kriser generelt. En slik krise- og/eller beredskapsplan bør også omfatte selvmord. Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en veileder for beredskap og krisehåndtering i en skolesituasjon, herunder også medie- håndtering, på sine nettsider (www.udir.no). Se også Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2619_1459a.pdf).

Tiltakene i skolen bør inneholde:

- åpen og direkte informasjon til elever og lærere om hva som har skjedd
- grensesetting i forhold til spekulasjoner om årsaker
- anledning for medelever til å stille spørsmål, uttrykke egne reaks-

joner og empati overfor de rammede (tegninger, blomster, deltagelse i begravelse, i forståelse med etterlattes familie)

- mulighet for elevene å snakke om og bearbeide det som har skjedd over tid
- mulighet til å gjenoppta skolen så snart som mulig for etterlatte elever
- tilrettelegging for å overkomme lærings- og konsentrasjonsvansker
- empati og støtte som de unge rammede kan ta i mot, og har behov for

6.10.1 Universitet og høyskoler

Når studenter tar sitt liv, finnes de berørte etterlatte i familien, men også i vennekretsen, blant medstudenter og lærere. Studiestedet skal opptre på en verdig og ivaretagende måte overfor pårørende når studenter dør, som å sende kondolanshilsen og blomster til familien, og tilby praktisk eller annen bistand etter behov. Slik bistand kan også gis fra studentprest eller helse- og rådgivningstjenestene.

Primæroppgaven for helse- og rådgivningstjenestene er å gi tilbud til berørte studenter som søker individuell hjelp. Ved selvmord blant studenter, kan tjenestene bidra til å arrangere informasjonsmøter eller minnestund på lærestedet, i studentbolig eller i et vennenettverk. Studentpresten eller annen religiøs leder kan også ha en rolle i slike sammenhenger. Lystening og samtale om den avdøde kan være naturlige deler av en slik minnestund.

Ved dødsfall formidles informasjon til familie og medstudenter om hvor de kan henvende seg for bistand i sorgprosessen og for praktisk etterarbeid (overtakelse av studentens nettside, rydding av studenthybel med mer). Familien oppfordres til å benytte tjenester i sitt lokale miljø. En sorggruppe på studiestedet kan eventuelt være til hjelp for studenter som har mistet en venn i selvmord. Studentsamskipnadens nettside kan også egne seg for informasjon om hvor studenter kan henvende seg hvis selvmordstanker blir påtrengende.

6.11 Likemannsstøtte

Mange etterlatte opplever støtte fra likemenn (andre som har opplevd lignende/det samme) som svært viktig. De kan oppleve at «sorgfelleskapet» bidrar til å normalisere den ekstreme situasjonen de er i etter et selvmord, ved at de får muligheten til å dele følelser og uttrykke sorgen sammen med noen som forstår uten at de hele tiden må forklare. I tillegg kan de få råd om strategier for å takle egne så vel som andres reaksjoner, og om hvor man kan få ulike former for hjelp. Likemannsstøtte kan gis på ulike måter. Det er vanskelig å gi konkrete råd i forhold til hvordan eventuelle grupper for etterlatte bør utformes, fordi det finnes lite evalueringsforskning på dette feltet. Generelt kan vi verken fraråde eller anbefale sorg- eller støttegrupper for etterlatte ved selvmord, men peke på fraværet av systematisk kunnskap i dette feltet (se Vedlegg 1). Sorg- eller støttegrupper ledet av lekfolk kan være et godt supplement til profesjonell bistand, men ved fare for utvikling av behandlingstrengende psykiske plager, er det viktig at gruppeledere tar ansvar for å bistå med eller oppfordrer til å skaffe profesjonell hjelp. Om mulig bør slike grupper ledes av folk med profesjonell kompetanse. Der dette ikke er mulig, anbefales det at gruppeleder får veiledning av profesjonelle. Terapeutiske grupper bør ledes av fagfolk, eller som veiledere av ikke-profesjonelle ledere. Sosiale grupper kan med fordel ledes av ikke-profesjonelle.

Gjennom likemannsstøtte kan de etterlatte:

- Møte andre i lignende situasjon som en selv
- Få bekreftelse på det normale i egne reaksjoner
- Få snakke om tanker og følelser en sjelden luffert med andre, bli lyttet seriøst til og virkelig føle seg forstått av andre
- Føle seg forstått uten å måtte si så mye
- Få råd og informasjon (egenmestring, hjelpetilbud, litteratur)
- Få håp og tro på at det er mulig å gå videre (gjennom å møte andre med lengre «fartstid»)
- Ta «time-out», gjøre lystbetonte ting, eller våge å slippe til gleden sammen med andre, fordi man samtidig kan ha med seg alvor

(13)

6.11.1 Likemannsstøtte – LEVE

I Norge er likemannsstøtte ved selvmord organisert gjennom etterlatteforeningen LEVE (www.levenorge.no) eller andre frivillige organisasjoner, kommunale sorg- eller støttegrupper, eller menigheter i ulike trossamfunn. Det påligger ansvarlig instans i kommunen å gi etterlatte informasjon om LEVE og andre støttetiltak, slik at etterlatte kan ta stilling til hva som passer for dem.

- På bakgrunn av et dokumentert behov (26) ble LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, etablert i Norge i 1999.
- Foreningen arbeider aktivt for å sikre offentlig oppfølgingstilbud til de pårørende.
- Gjennom sitt arbeid er også LEVE med å synliggjøre og utnytte etterlatte som ressurs i arbeidet.

Siden LEVE ble etablert i 1999 er det bygget opp mange tiltak på landsbasis. Organisasjonen er representert i alle landets fylker, og har per i dag over tusen medlemmer. Hovedsatsingsområder er omsorg, støtte og informasjon. I tillegg bidrar organisasjonen i det forebyggende arbeidet og ønsker så langt det er mulig å medvirke til forskning. LEVE driver blant annet sorggrupper, kontakttelefoner, treffsteder, seminarvirksomhet, og markeringer av Verdensdagen for selvmordsforebygging. Foreningen gir også ut et medlemsblad. LEVE driver opplysningsvirksomhet om selvmord og etterlattes situasjon, både i befolkningen og blant helsepersonell.

Likemannsstøtten kan skje gjennom en-til-en-møter eller telefonsamtaler, gjennom grupper, eller ulike samlinger og møter i LEVEs regi. For noen vil likemannsstøtten gjennom deltakelse i LEVE være tilstrekkelig hjelp etter selvmord, for andre vil det være nødvendige med ytterligere tiltak.

6.11.2 Likemannsstøtte Unge LEVE

Unge LEVE er bygget opp som en egen avdeling i organisasjonen og består av unge som selv har opplevd selvmord blant sine nærmeste. Unge LEVE har en egen side med informasjon på LEVEs hjemmesider, og

egen e-post for henvendelser fra unge: ungeleve@leve.no. Det er tre representanter for unge etterlatte i sentralstyret, og fylkeslagene arbeider med å rekruttere ungdomsrepresentanter til sine fylkesstyrer.

I samarbeid med hovedorganisasjonen, bidrar Unge LEVE til å sikre tilstrekkelig hjelp og støtte til unge etterlatte ved selvmord gjennom aktiviteter og tiltak, og er pådriver for at alle unge som trenger det skal få et profesjonelt oppfølgingstilbud. Unge LEVE driver opplysningsvirksomhet om ungdom og selvmord, og ved sin aktivitet synliggjør organisasjonen bruken av ungdom som en ressurs i sorgstøtte og i det selvmordsforebyggende arbeidet.

6.12 Sosialt nettverk

Støtte fra sosiale nettverk er av stor betydning for etterlatte ved selvmord. Når etterlatte i enkelte undersøkelser gir uttrykk for at de har opplevd mangelfull støtte fra sitt nettverk, kan det henge sammen med en del spesielle forhold knyttet til selvmord. Det kan råde stor usikkerhet i nettverket om hva slags hjelp de etterlatte trenger, hva man skal si, hvordan man skal møte etterlattes klandring av seg selv, hvordan man kan takle eventuell aggressivitet fra etterlatte mot avdøde, mot andre i familien, mot helsevesenet osv.

De to hovedteoriene som har vært rådende for å forklare den positive effekten fra sosial nettverksstøtte ved kriser, er «bufferteorien» (støtpute-teorien) og «recovery»-teorien (bedring-teorien) (24). Bufferteorien forklarer effekten av støtte gjennom en generell demping av negative virkninger av krisehendelser. Eksempel på dette kan være når venner stiller opp i etterkant av dødsfall for å trøste, gi praktisk hjelp eller bare være til stede.

Sosial nettverkstøtte kan og være i form av et mer eller mindre konstant «klima» av daglig omsorg, daglige oppmuntringer, gode følelser og samvær med andre. Slik kan det tenkes at kriserammede fortere kommer seg til hektene igjen («recovery») fordi den positive ballasten de har minsker de store påkjenningene ved alvorlige livshendelser (47). Ifølge teoriene vil sorg- og kriserammede med gode støttenettverk ikke rammes så hardt

som andre, og de vil komme seg fortere til hektene igjen. Sosiale nettverk omfatter også ulike fritidsarenaer som idrettslag, sangkor og andre foreninger etterlatte var medlem av. Det er viktig at instanser som har ansvar for oppfølging av etterlatte ved selvmord husker på at etterlattegruppen kan omfatte mer enn nærmeste familie og venner. Alle kan ha behov for oppfølging, men kanskje ulike tiltak.

Den viktigste støtten ved store livsbelastninger er ofte den støtten pårørende selv gir hverandre. «Pårørende – en ressurs» er tittelen på en veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (36). Det å ha et ressursperspektiv i forhold til pårørende er også viktig ved selvmord. Det overordnede mål for all hjelp til etterlatte bør være å bistå dem i den vanskeligste fasen slik at de snarest mulig kan ivareta seg selv og sine nærmeste. Dette gjelder spesielt for foreldre med ansvar for barn i oppveksten.

Generelle råd for nettverksstøtte

- Ta aktivt og tidlig kontakt.
- Finn ut om de etterlatte har behov for din støtte.
- Fortell dem at du er der for dem og ønsker å støtte.
- Vær direkte og ærlig om din usikkerhet på å støtte.
- Finn ut hva du kan gjøre – spør dem hva de ønsker.
- Vis respekt, tålmodighet og vær forberedt på en eventuell avvisning
- Det er ikke viktig å si mye, men vise at man bryr seg.
- Send et brev, en blomst, en liten hilsen.
- Hør om de etterlatte ønsker å snakke om det som har hendt, og gjenta tilbudet.
- Være spesielt oppmerksom på barn i familien.
- Gi støtte som viser at du minnes den avdøde over tid.
- Stimuler til deltakelse i sosiale aktiviteter.
- Tilby hjelp til praktiske ting, men ikke ta over uten at de etterlatte ber om det. Praktisk hjelp kan for eksempel være avlastning med barn eller hage- og husarbeid.

- Bidra til kontakt med andre etterlatte, sorggrupper eller pårørende-foreninger.
- Vær til stede og tilgjengelig.
- Lytt oppriktig og innstendig – vis empati.
- Vis respekt og tålmodighet for de etterlattes sørgemåte.
- Ta initiativ og kom med forslag uten å forvente like mye initiativ tilbake.
- Bruk avdødes navn i samtaler der det er naturlig.
- Vis at du bryr deg og stiller opp over tid.
- Være forberedt på og tål å bli avvist (24).

Erkjennelsen av at selvmord oppleves som et traume for langt flere enn den nærmeste familie, innebærer at profesjonell bistand bør være tilgjengelig for større deler av det sosiale nettverket enn de aller nærmeste. Fagfolk som kommer i kontakt med etterlatte kan være med å optimalisere støtten til de nærmeste ved å gi et tilbud til det utvidete nettverket. Dette kan dreie seg om kortvarig kontakt, som gjennom å mobilisere, stimulere og støtte det sosiale nettverket, slik at det kan styrke deres mulighet for å støtte de nærmeste (24). Fagfolks bidrag kan være av stor betydning for å gjøre nettverket i stand til å yte optimal støtte til etterlatte ved selvmord.

6.13 Arbeidsplassen

Arbeidsplassen er en viktig arena etter kriser i mange menneskers liv, fordi den har en identitetsskapende-, og identitetsbevarende funksjon. Arbeidsplassen kan også være en nøkkelarena for sosial støtte, fordi den for mange er et sentralt møtested med samfunnet utenfor familien. Det kan være av avgjørende betydning for bearbeidingen av tapet hvordan man blir møtt der, det være seg av ledere, kolleger eller bedriftshelsetjeneste.



7. METODER FOR ARBEID MED ETTERLATTE

Selvordsetterlatte kan bli gående over lang tid mer eller mindre i krise, med fare for langvarige og til dels alvorlige helsemessige problemer, dersom de ikke får adekvat hjelp. Det finnes gode terapeutiske behandlingsmetoder som innebærer hjelp til å bearbeide symptomtrykket slik at etterlatte ikke må slite unødige. Ved å gi tilpasset profesjonell bistand til etterlatte på et tidlig tidspunkt etter selvmordet, kan man forebygge utvikling av en patologisk prosess. I det følgende omtales noen sentrale elementer i slik bistand.

7.1 Finne svar på «hvorfors» spørsmålene

Etter den første sjokkfasen, jf. kap. 2.2, er en viktig del av den profesjonelle hjelpen at etterlatte og terapeut raskest mulig i fellesskap søker å finne best mulige svar på noen av hvorfor-spørsmålene. Det er viktig at de etterlatte får arbeidet grundig med alle «hvorfors»-spørsmålene for å forløse sorgprosessen og unngå å bli stående fast i mange av de samme tanke-mønstrene som preget den første sjokkfasen (2). I tillegg kan gjentatte mareritt, invaderende minnebilder, opplevelse av uvirkelighet, unngåelsesreaksjoner, fobisk angst, etc. være uttrykk for psykoterapeutiske behov. Felles de for etterlatte ved selvmord er at de trenger en hjelp som er tilpasset de spesielle reaksjonene mange av dem har, slik at hver og en kan finne frem til et meningsinnhold de kan leve videre med (55). Meningsinnholdet kan være knyttet til en generell forsoning med dødsfallet eller knyttet til helt spesielle forhold i avdødes liv. En bearbeiding knyttet til forhold av konfidensiell natur, kan vanskelig finne sted i grupper, da det kan være behov for å snakke om sensitive ting som mange etterlatte ikke ønsker å blottlegge for mange andre. På den annen side kan en forsoning med dødsfallet på et mer generelt grunnlag skje i en gruppe-sammenheng, jf. kap. 6.11.

Den profesjonelle hjelpen må inkludere hele familiesystemet og andre berørte parter på en slik måte at alle blir hjulpet. Et selvmord er aldri et resultat av en enkeltstående hendelse, heller ikke av psykopatologi alene, men må forstås i all sin kompleksitet. Flere teoretikere har utarbeidet modeller for å forstå samspillet mellom faktorer som kan føre til selvmord (6, 23, 52–54).

7.2 Traumebearbeiding

Kunnskap fra traumefeltet viser at de fleste mennesker som har vært eksponert for sterke psykiske påkjenninger vil være i behov av profesjonell hjelp. Uten slik hjelp er det en fare for at etterlatte heller prøver å skyve ubehagelige tanker og følelser bort eller prøver å kontrollere dem ved å fortelle sin historie ubearbeidet igjen og igjen. Det er viktig å få hjelp til å anerkjenne situasjonen slik den faktisk er. Det er for eksempel godt dokumentert at pårørende som finner avdøde etter selvmord, senere kan reagere med intens emosjonell aktivering på alt som minner om hendelsen. Barn som opplever dette trenger som oftest profesjonell bistand til å bearbeide opplevelsen, selv om de tilsynelatende ikke utvikler etterreaksjoner ut over det normale.

De symptomer som oftest er forbundet med traumerelaterte reaksjoner er nettopp sterk unngåelsesatferd for å holde alt som kan utløse minnene om selvmordet og flashbacks/påtrengende minnebilder på avstand. Mange vil derfor ha stor nytte av å jobbe seg gjennom hendelsen via forskjellige former for eksponering. Det er dokumentert at individuell traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TFCBT), eksponeringsterapi og «Eye movement desensitization and reprocessing» (EMDR) har gitt gode resultater i behandlingen av PTSD-symptomer. I traumespesifikk sorgterapi er erfaringer fra moderne traumeterapi med vekt på kognitiv atferdsterapi (CBT) bygget sammen med kunnskap om sorg. Slike opplegg har vist gode resultater i arbeid med komplisert sorg. For dem som sliter med følelsesmessige unngåelsesreaksjoner, kan teknikker fra «oppmerksomt nærvær»-tradisjonen («mindfulness») være til stor hjelp. Enklere støtte- eller kun samtaleterapi har ikke funnet å redusere PTSD-symptomer (56–62). Bryant og Harvey (1998) har vært opptatt av den akutte stressforstyrrelsen (ASD) som

oppstår ved traumatiske opplevelser, utviklingen av PTSD og hvordan man kan forebygge en slik utvikling. De har vist at spesifikk hjelp (CBT) klart reduserer slike plager, mens uspesifikk kriseoppfølging (støttesamtaler) på langt nær gir denne effekten (51).

Det er også utviklet kognitive metoder for skyldbearbeiding som har vist gode resultater på traumeområdet (66). Klinisk erfaring tilsier at slike arbeidsmetoder også er virkningsfulle i forhold til skyld og selvbebreidelser etter selvmord.

7.3 Sorgterapi

Traumereaksjoner som ikke blir avdempet kan stenge for normal sorg. I dag anses sorg i stor grad som en individuell prosess, og dagens sorgteori har primærfokus på meningskonstruksjon, hvordan mennesker forstår og utvikler ny mening etter tap (63). Sentralt i moderne sorgteori står «to-sorsmodellen», det vil si å veksle mellom konfrontasjon av ulike sider ved tapet og å gå videre i livet ut fra den faktiske livssituasjonen (27). Behovet for intervensjon ved sorg er dokumentert ved dramatiske dødsfall, mens det ved naturlig død ikke er vist tilsvarende behov. For etterlatte ved selvmord er det spesielt viktig å få den nødvendige bistand til å bearbeide traumet slik at man kommer inn i en sorgprosess, og deretter å bistå på en slik måte at etterlatte ikke blir stående fast i sorgen (forlenget sorg).

Ukritisk støtte i overdreven gjentakelse av detaljer ved selvmordet, endeløse spekulasjoner og dveling ved hendelsen og ensidig fokus på negative følelser, kan medføre en fare for utvikling av forlenget sorg. Samgrubling («co-rumination») omhandler den negative effekten det å gruble sammen med andre kan ha på symptomer på angst og depresjon når man har problemer. Det som er ment som støtte kan tvert imot virke forsterkende på de emosjonelle vanskene (64). Ved å være oppmerksomme på faren for at dette skjer, kan gruppeledere gripe inn og sørge for at de som trenger det får annen hjelp i tillegg. Støtte- eller sorggrupper som ikke har en struktur for å forebygge utvikling av patologiske reaksjoner, kan komme til å virke mot sin hensikt (65). Se også kap. 6.6 om psykisk helsevern og evt. henvisning.



8. KONKLUSJON

Hovedmål for tiltak

Å forebygge utvikling av alvorlige traumatiske etterreaksjoner, forlenget sorg og psykisk sykdom, slik at etterlatte gradvis kan komme tilbake til en normal hverdag.

Noen hovedprinsipper for hjelpen

- Alle kommuner bør ha en overordnet plan og strategi for å overvåke forekomst av selvmord og iverksette hjelp til etterlatte.
- Tilbud om oppfølging bør komme automatisk. Hjelpemiddelet bør komme offensivt inn for å forebygge problemutvikling hos de etterlatte.
- Forslag til igangsetting av tilbud om hjelp: Politiet melder behov for bistand til en kommunal instans, som snarest tar kontakt med de etterlatte.
- Krisehjelpen bør inkludere etterlatte i vid forstand, ikke bare nærmeste familie. Barn må sikres omsorg og hjelp.
- Hjelpen bør være individuelt tilpasset, også i forhold til lengden på kontakt-perioden.
- Krisehjelpen bør innebære individuell psykoterapeutisk samtalehjelp for dem som trenger dette, fordi etterlatte kan oppleve dødsfallet svært forskjellig.
- Krisehjelpen bør ha bredde på tiltakene, basert på etterlattes ulike behov.
- De som finner avdøde trenger ofte spesiell hjelp for å forebygge/ bearbeide invaderende minnebilder (flashbacks), mareritt og andre plagsomme reaksjoner på opplevelsen.
- Det kommunale hjelpeapparatet bør samarbeide med LEVE og Unge LEVE, slik at nettverksstøtte fra andre etterlatte går parallelt med profesjonell bistand for de etterlatte som ønsker og trenger dette.
- Fagfolk kan støtte etterlattes sosiale nettverk slik at deres ressurser utnyttes best mulig.

9. AKTUELLE NETTSTEDER

www.kriser.no

En hjelp for fagfolk i håndtering av krisesituasjoner. Anbefalinger for psykososial oppfølging etter traumatiske hendelser.

www.leve.no

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord sine nettsider. LEVE tilbyr etterlatte støtte, omsorg og informasjon gjennom kontakt med fylkeslag og lokale sorggrupper og støtteapparat

www.nkvts.no

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress.

www.selvmord.no

Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging har som målsetting å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge.

www.selvskading.info

Nettside fra NSSF om selvskading og suicidalitet blant ungdom.

www.dbt.no

Nettside fra NSSF om dialektisk atferdsterapi terapeututdanningsprogram

www.unn.no/category10022.html

www.vivatundervisning.net (under utvikling)

Vivat sine nettsider. Vivat er et landsdekkende undervisningsprogram. Målet er å spre kompetanse om førstehjelp ved selvmordsfare.

www.rvts.no

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er en ressurs for deg som i ditt arbeid møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk.

www.krisepsyk.no

Senter for Krisepsykologi sine nettsider. Her finnes informasjon om senteret, tjenester og kurs.

www.ung.sorg.no

Senter for Krisepsykologi har en egen nettside om barn og unge i sorg.

VEDLEGG 1

Kunnskapsgrunnlaget

Anbefalingene i veilederen bygger på gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt prosjektgruppens vurderinger. Det har vært foretatt systematiske sammenfatninger av nyere vitenskapelige forsknings-resultater og kliniske erfaringer.

Det ble søkt etter litteratur i databasene Cochrane Library, AMED, British Nursing Index, EMBASE, Medline og PsycINFO. Mange skandinaviske tidsskrifter indekseres i disse databasene, men for å sikre at flest mulig relevante artikler ble inkludert, ble det i tillegg gjort et søk i Swemed+.

Søkestrategi

1 suicide survivo?r\$.mp.

2 suicide bereav\$.mp.

3 1 or 2

4 treatment\$.mp.

5 intervention\$.mp.

6 support.mp.

7 effect\$.mp.

8 impact\$.mp.

9 4 or 5 or 6 or 7 or 8

10 3 and 9

Søket ble utført i januar 2010, og det ble ikke satt noen begrensninger når det gjelder tidspunkt for publisering. Til sammen ble 155 abstracts vurdert av forfatterne, 32 ble tatt ut på grunn av dubletter, irrelevant innhold og språk (til sammen 3 artikler på henholdsvis tysk, fransk, spansk). Søket i Swemed+ ga 13 treff, ingen av artiklene ga tilleggsinformasjon som ikke allerede er dekket av artikler i hovedsøket. Søket ble gjort av bibliotekar Wenche Jacobsen, Folkehelseinstituttet.

Forfatterne har basert veilederen på fulltekst av relevant litteratur fra søket, i tillegg til annen relevant litteratur. Veilederen er utarbeidet i tråd med det internasjonale instrumentet for vurdering av retningslinjearbeid AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation).

Oppsummering av kunnskapsgrunlaget

Få effektstudier av postvention-programmer

Det foreligger få/ingen effektstudier av helhetlige oppfølgingstiltak ved selvmord (67). De effektstudiene som er gjort, er primært knyttet til effekt av avgrensede sorg- og traumeintervensjoner som har vist effekt i forhold til ulike former for traumer (67–69).

Effektstudiene er ikke begrenset til et såkalt RCT-design (randomisert kontrollerte studier), ettersom slike studier nesten er fraværende i dette feltet. Kunnskapsgrunlaget er derfor hentet fra studier med annet design, både kvantitative og kvalitative studier er inkludert. Noen sentrale studier er listet nedenfor.

- Tidlig hjelp (Murray et al., 2000) (70)
- Aktiv og oppsøkende hjelp (Amaya-Jackson et al., 1999; Provini et al., 2000) (71, 72)
- Gjentakelse av tilbud om hjelp – ulike behov over tid (Provini et al., 2000) (72)
- Barnefaglig hjelp (Hung & Rabin, 2009; Pfeffer et al., 1997) (73, 18)
- Informasjon om hendelsen, vanlige reaksjoner, og veiledning i viktige spørsmål (Murphy, 2000; Murray et al., 2000) (74, 70)
- Individuelt tilpasset hjelp til familie (Bryant et al., 1998; Murray et al., 2000) (51, 70)
- Hjelpetiltak over tid (Murphy, 2000; Murray et al., 2000) (74, 70)
- Brukervurderinger av behov for et hjelptilbud (Dyregrov, 2003) (75)

Basert på eksisterende kunnskap er det internasjonalt utviklet enkelte oppfølgingsprogrammer for etterlatte ved selvmord. Overføringsverdien til vårt land kan være noe begrenset på grunn av ulikheter i helsetjenesteforhold, holdninger til selvmord/etterlatte, og brukervedvirknings-

tradisjoner. Innholdsmessig fokuserer de programmene som er internasjonalt tilgjengelige hovedsakelig på hjelp i den akutte fasen, og effekt måles som regel ved psykisk symptomlette i forhold til angst og depresjon. I tillegg inneholder programmene primært deltagelse i etterlattegrupper, enten i terapeutiske-, støtte- eller selvhjelpsgrupper. Til tross for at mange som deltar i sorggrupper opplever å få hjelp fra gruppen, er dokumentasjonen av slike gruppers positive effekt på anvendte helsemål tildels mangelfull/svak (13, 65, 76–79).

For behandlere kan denne mangelen på dokumentert kunnskap om effektiv intervensjon være problematisk ved at de må generalisere fra sorg- og traumelitteratur, uten at det spesielle ved selvmord nødvendigvis er tilstrekkelig ivaretatt. Det å basere seg på aspekter av ulike teoretiske systemer er ikke ukjent i psykoterapi, og betyr ikke nødvendigvis at etterlatte får dårlig behandling. Men kunnskap fra andre sorg- og traumefelt må knyttes til kunnskap om selvmord for å kunne adressere de spesifikke problemer etterlatte ved selvmord trenger hjelp til i bearbeidingen av sin spesielle situasjon.

Effektstudier av sorgintervensjon

For å starte med konklusjonen, så er det vanskelig å anbefale eller fraråde ulike tiltak for etterlatte. Årsakene til dette er både mangel på tiltaksforskning i dette fagfeltet, og fordi ulike studier gir til dels sprikende funn. Effektstudier av akseptabel kvalitet rettet mot selvmordsetterlattes spesielle behov synes å være nærmest fraværende. Eksisterende studier er blitt kritisert både for metodologiske mangler og svake effekter (68). Dette betyr at tiltak for selvmordsetterlatte i stor grad baseres på tilgrensende fagområders effektstudier.

I en oversiktsstudie (meta-studie) fra 2005 (80) er konklusjonen at det ikke kan vises til positiv effekt fra sorgintervensjoner rettet mot etterlatte ved naturlig død. Tvert imot advarer forskerne mot å sette i gang rutinetiltak ved naturlig død, spesielt i tidlig fase. Dette fordi slike tiltak kort tid etter vanlige dødsfall kan komme i veien for en naturlig sorgprosess. Sorgstøtte bør primært rettes mot etterlatte ved plutselige og dramatiske dødsfall, spesielt etterlatte som ikke makter å håndtere dødsfallet og som derfor

står i fare for å utvikle psykiske symptomer. Også Sikkema og medarbeidere (81) konkluderer i 2006 med at det er behov for skreddersydde intervensjoner og strukturerte opplegg rettet inn mot dem som sliter med vansker i sorgen, mer enn å rette seg mot alle som opplever sorg.

Det er etter hvert utviklet spesifikke sorgterapi, både individualterapi og gruppeterapi, som sikter seg inn mot forlenget sorg/kompliserte sorgreaksjoner (82, 83). Men eksisterende intervensjonsstudier har hovedsakelig målt generell tilfredshet med oppfølgingstilbudet i tillegg til nivå på angst- og depresjon, ikke symptomer på forlenget/komplisert sorg. Hovedfokus har vært på effekt av avgrensede sorgintervensjoner i etterlatte/støtte-grupper, og i liten grad på etterlattes spesifikke behov ved å oppleve selvmord hos nærstående person (69, 84).

Shear og Smith-Caroff (2002) vurderte to hovedintervensjonstyper rettet mot forlenget/komplisert sorg. Den første hadde et forebyggende perspektiv ved å tilby støtteterapi og deltakelse i selvhjelpsgruppe. Resultatene viste moderat effekt. Den andre strategien var direkte rettet mot reduksjon av patologisk (forlenget) sorg og reetablering av normale daglige aktiviteter. Det ble påvist signifikant reduksjon av sorgsymptomer og symptomer på angst og depresjon ved den andre strategien. Denne kunnskapen er relevant for hjelp til selvmordsetterlatte (85).

En nyere studie av effekten av aktiv oppsøking av etterlatte kort tid etter selvmord viser, i motsetning til den mer tradisjonelle «vent til de etterlatte selv oppsøker hjelp»-modellen, at etterlatte som aktivt ble kontaktet umiddelbart etter selvmordet både kom raskere i gang med behandling og i større grad deltok i tilbudte intervensjoner (86). Studien omfatter ikke målinger på psykisk helse-funksjon, og er metodisk svak. Det er dermed vanskelig å konkludere med hva som faktisk viser effekt, men resultatene peker mot betydningen av å aktivt tilby etterlatte rask hjelp.

Effektstudier av kriseintervensjon

Den norske kunnskapsoppsummeringen (87) om forebyggende effekt av ulike psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker (del II) viser at flere sesjoner med kognitiv atferdsterapi (CBT) effektivt kan redusere nivå

på PTSD, samt symptomer på angst, depresjon, og posttraumatiske reaksjoner, sammenlignet med annen form for behandling generelt eller støttende terapi spesielt. Slike funn er gjort både for voksne og barn, og effekten vedvarer over tid. Korte, enkeltstående samtaler med kriserammede har vist liten dokumentert nytte.

De behandlingsmetoder som er mest undersøkt i forhold til psykiske traumer er eksponeringsterapi, kognitive metoder og blandingsmetoder av disse. En rekke effektstudier (også RCT) viser at kombinasjonsmetoden EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) har vist gjennomgående god effekt på ulike traumer, sammenlignet med andre intervensjoner (57). EMDR er en kombinasjonsmetode der elementer fra psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi, personsentrert terapi, kroppsbasert terapi og interaksjonell terapi er integrert (www.kriser.no).

Ulike kognitive teknikker har vist effekt i forhold til ulike former for traumer. For eksempel har Bryant og medarbeidere allerede i 1998 (51) dokumentert at kognitiv atferdsterapi har vist bedre forebyggingseffekt i forhold til PTSD hos traumerammede enn vanlig behandling. I tiåret som har fulgt, har kognitive teknikker i økende grad vært integrert i traumbearbeiding, men få effektstudier er spesifikt rettet mot etterlatte ved selvmord. I en artikkel fra 2004 gjennomgikk Jordan & McMenamy (2004) det de inntil da fant av effektstudier av tiltak rettet mot selvmordsetterlatte, selv om de inkluderte studiene ikke hadde et design med kontroller. Studiene er svært ulike, og det er vanskelig å trekke noen slutning fra disse i forhold til traumbearbeiding ved selvmord (69). Sakinofsky trakk noe av den samme slutningen i en oversiktsartikkel fra 2007: det er få gode effektstudier av tiltak for etterlatte med symptomer på komplisert sorg, selv om enkelte tiltak kan virke lovende (88).

VEDLEGG 2

RÅD FRA www.kriser.no VED SELVMORD

1. Mobiliseringsfasen

Mål

Skaffe oversikt over og kontakt med alle nære etterlatte som trenger psykososial oppfølging etter et selvmord, for å igangsette adekvat bistand så snart som mulig. Kalle inn og samordne de som skal være ansvarlige for hjelpen som ytes.

Virkemidler

Målsettingen oppnås gjennom skriftlige rutiner som er klare i forhold til varsling og henvisning, samt målgruppe for hjelpetiltak, og kriterier for oppfølging av etterlatte ved selvmord.

Varsling skjer gjennom oppdaterte navne- og telefonlister over oppfølgingsansvarlige som danner utgangspunkt for varslingsrutinene:

- Politiet får kjennskap til selvmordet (fra pårørende, lege, prest, etc.)
- Politiet varsler kriseteamet og orienterer om selvmordet
- Kriseteamets leder informerer resten av teamet om situasjonen for å sikre koordinert oppfølging
- Etterlatte blir kontaktet av kriseteamet

Målgruppe og kriterier for oppfølging er etterlatte ved fullbyrdede selvmord, ikke selvmordsforsøk. (For oppfølging etter selvmordsforsøk fins egne rutiner tilknyttet sykehus – eks. Molde Sykehus og Haukeland Sykehus, og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF). Se også: Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonale faglige retningslinjer: Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, rapport. IS-1511, 2008).

- Rutinene trer i kraft når et selvmord er varslet til kriseteamet.
- Rutinene trer i kraft uavhengig av avdødes alder.
- Etterlatte defineres som nærmeste berørte (foreldre, søsken, partner, kjæreste, etc.).

- I tillegg til biologisk nærhet (nærmeste familie), kartlegges det hvem som stod avdøde nærmest. Vær spesielt oppmerksom på ungdom utenfor nær familie som kan ha stått avdøde nærmest av alle, og som kan være svært sårbar.
- Arbeidsplass, skoleklasse, og andre «minisamfunn» sikres ivaretagelse gjennom egne krisepplaner.

2. Akuttfasen

Mål

Dempe akuttreaksjon og begrense opplevelse av kontrolltap ved å redusere stress, gjøre akuttreaksjoner mulige å kontrollere, og reetablere en viss orden og struktur, slik at nærmeste etterlatte og evt. andre berørte på lengre sikt kan gjenvinne og gjenoppta tidligere funksjoner.

Virkemidler

Målsettingen oppnås gjennom klare skriftlige rutiner for emosjonell førstehjelp og ivaretagelse, informasjon og rådgivning, ritualer, mobilisering av sosial nettverksstøtte, og eventuelt organisering av praktisk eller juridisk hjelp.

Koordinering og ansvarsfordeling

- Leder av kriseteamet leder/koordinerer oppfølgingen.
- Prest og/eller politi varslers pårørende ved personlig fremmøte til hjemmet når andre enn pårørende finner avdøde.
- Politi, prest, lege, evt. psykolog/psykiatrisk sykepleier drar hjem til nærmeste etterlatte umiddelbart etter varslings.
- Obs! Fagfolk som tar kontakt må kjenne at de er handlingskompetente i den enkelte situasjonen (jfr. klare å takle særskilte traumatiske omstendigheter).

Arbeidsform

- Direkte, i form av samtale for å kartlegge behov for hjelpetiltak, gjennomgang av hendelsesforløpet og støttesamtaler (se Tiltak).
- Indirekte, i form av evt. råd og veiledning til involverte hjelpeinstanser

(politi, lege, etc.), og skoler, arbeidsplasser mht. tilrettelegging for nære etterlatte.

- Hjelp til å mobilisere nære sosiale nettverk som kan komme å være hos de etterlatte (se Ressurser/Samarbeid).

Tiltak (forslag)

- Sørge for emosjonell førstehjelp gjennom omsorg, skjerming og informasjon. Emosjonell støtte og stressreduksjon vil være avgjørende før en kan nå etterlatte med annen informasjon (se Tiltak/emosjonell førstehjelp). Det er viktig at en ikke stimulerer til en samtale om de emosjonelle sidene ved selvmordet samme dag som den har skjedd, da dette kan forsterke minnene fra hendelsen. Søvn innen de seks første timene etterpå bør unngås av samme grunn.
- En person i Kriseteamet (eks. lege, prest, psykolog, psykiatrisk sykepleier) går systematisk gjennom hendelsen med de nærmeste berørte. NB! Her er det viktig at informasjonen har utspring i innsatspersonell med førstehåndskunnskap om hva som har skjedd (evt. gi tilbud om at politi kommer og orienterer). Dette kan gjøres etter modell av debriefing eller defusing, og kan gjennomføres med enkeltpersoner eller grupper, for eksempel en familie (se Tiltak/debriefing).
- Samtalen bør inneholde etterlattes beskrivelse av hendelsesforløp, inntrykk og tanker, og supplere berørte med faktaopplysninger rundt dødsårsak og omstendigheter rundt hendelsen. NB! Om en eller flere av familiens medlemmer (eller venner) har vært med å funnet eller sett den døde, må samtaler om disse inntrykkene gjennomføres atskilt fra dem som ikke har sett for å unngå unødvendig eksponering for detaljer.
- Informere kort om vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser og råd om hvordan disse kan dempes (www.krisepsyk.no/Temasider-selvhjelps-metoder) (se Reaksjoner).
- Unge og voksne gis psykopedagogisk informasjon og rådgiving som er avgjørende for å bidra til økt egenmestring for gradvis å komme tilbake til en normal hverdag der det går an å leve videre med sorgen og traumat. Avhengig av den enkelte berørte families situasjon, og enkeltindividets alder, tilstand, spørsmål og initiativ vil det variere en del hva man kan ta opp og informere om på hvilket tidspunkt. I løpet av akutt-

fasen og videreoppfølgingen er det en rekke temaer som de etterlatte kan forberedes på, gis forståelse for, lære eller opplyses om (se Tiltak/støttesamtaler).

- Ha avklart på forhånd hvilke yrkesgrupper som har ansvar for hvilken type informasjon overfor de etterlatte og berørte. Det er nødvendig å presisere at både timing og mengde informasjon må tilpasses den enkeltes behov. Noe informasjon kan starte umiddelbart for noen men ikke hos andre, og tidlig gitt informasjon bør som regel gjentas senere.
- Informasjonen bør være både muntlig og skriftlig.
- Informasjon om normale reaksjoner ved «unormale hendelser», og «ivaretagelse av barn som etterlatte», anbefales trykket opp og gitt til nærmeste berørte som skriftlig materiale.
- Tilbud om følge til identifisering av avdøde og informasjon på sykehuset.
- Råd om gjennomføring av syning, minnestund og begravelse (se Ritualer).

Dersom barn er nære etterlatte:

- Råd mht. barn som pårørende, og barn og ritualer, (www.krisepsyk.no / Temasider – Sorg hos barn), og (se Ritualer).
- Informere foreldre om barns reaksjoner og behov for støtte etter traumatiske dødsfall (www.krisepsyk.no / Temasider – Sorg hos barn og Søsken etter selvmord).
- Hjelp til å informere barnet om det som har skjedd (www.krisepsyk.no / Temasider – Hvordan snakke med barn om selvmord?).
- Undersøke om nær familie/sosiale nettverk er tilkalt for å bistå familien/nærmeste berørte gjennom de første døgnene. Mange etterlatte ved selvmord kan trenge døgntilstedeværelse fra nære venner/familie som ivaretar enkle fysiske behov, f.eks. at de får i seg mat og drikke, og legger seg til å hvile.
- Vurdere behov for praktisk hjelp med krevende omsorgsoppgaver.
- Medisinsk konsultasjon/behandling kan være nødvendig. Hyperventilering, akutte angsttilstander, besvimelser, el.lign. kan ses. Sedaterende behandling kan være nødvendig, men det er viktig at personer ikke blir medisineret unødvendig.

- Dersom avdøde tok livet av seg ved skyting i hjemmet vil det være av avgjørende betydning at kriseteamet, i overensstemmelse med de etterlatte, tar ansvar for vask og rydding av inventar. Blir nærmeste berørte overlatt dette til seg selv, kan slik opprydding være svært traumatiserende for de etterlatte både på kort og lang sikt.
- Vurdere behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, og vurdere behov for videre oppfølging (se Kartlegging).
- Dersom avdøde var i arbeid, sørge for at vedkommendes arbeidsplass, samt etterlattes evt. arbeidsplass(er) blir orientert slik at de kan iverksette sine tiltaksplaner ved selvmord. Dette må skje i samarbeid med de etterlatte. Håndtert riktig kan kollegaer ved arbeidsplassene bli en viktig støtte for nærmeste berørte (se Ressurser/samarbeid/arbeidsplassen).

Tiltak for vennenettverk (forslag)

Det er viktig med tiltak for venner når unge mennesker har tatt livet sitt, fordi det hos denne gruppen vil være økt risiko for «smitteeffekt» for nye selvmord. Langt flere enn den berørte familien er som oftest rammet ved selvmord hos unge. Ungdomsgrupper søker sjelden hjelp for egen del, og kan slite med mange vonde reaksjoner på det som har skjedd (se Barn/Unge, Sosial nettverksstøtte, og www.krisepsyk.no /Temasider – Unges situasjon ved selvmord). Ved tiltak for vennegrupper er det viktig å innhente og samarbeide med de etterlatte, dersom mulig. En skal også huske at venners deltakelse etter et selvmord kan være en betydelig støtte for den etterlatte familien. Aktuelle tiltak for å ivareta de unge kan være:

- Gjennomgang av hendelsesforløp, normalisering av reaksjoner, og informasjon om selvhjelpsmetoder.
- Fange opp ungdom som trenger tettere oppfølging (se Kartlegging).
- Informasjon om selvmordet og hvordan det skjedde (dersom familien synes det er greit). Mange unge vil gjerne støtte opp om den nærmeste familien til sin avdøde venn, men kan være usikre på hvordan dette skal gjøres, og hjelp til å komme over den første barrieren kan være viktig. Her er det store forskjeller fra ungdomsmiljø til ungdomsmiljø.
- Tilbud om informasjon til skole, og eventuelt arbeidsplass (i samråd med de etterlatte), for å redusere ryktespredning og engstelse.

Aktuelle tiltak

- Råd om gjennomføring av ritualer, f.eks. organisering av besøk til dødsstedet (dersom ungdommene ikke allerede har gjort dette på egen hånd) (se Ritualer/«spontanalter»).
- Forberedelse på minnestund og begravelse, evt. være med å utforme (dersom nærmeste etterlatte ønsker det).
- Informere om litteratur tilpasset aldersgruppen (eks. Ranheim, U. (2002) – «Vær der for meg», Bugge, K. (1997) – Også unge trenger støtte i sorgen. Eller: Ungdom og sorg. Brosjyre fra LUB, LEVE, Kreftforeningen og Vi som har et barn for lite).
- Stimulere til at ungdom finner egne uttrykkskanaler for eksempel gjennom musikk (www.krisepsyk.no /Temasider – Unges situasjon ved selvmord/mestringsstrategier) eller via å lage Web-side for kondolanse.

Ettersom nære venner til ungdom som tar sitt liv er en høyrisikogruppe (bl.a. for nye selvmord) bør helsepersonell og andre være spesielt oppmerksomme dersom de har det vanskelig. Unge som sliter i stor grad bør screenes for depresjon og PTSD, eventuelt med kliniske intervju (se Kartlegging) og evt. henvises til spesialisthelsetjenesten basert på screenings-resultater.

Tiltak for skole/barnehage (forslag)

Tiltakene samkjøres med skolens eller barnehagens egne planer for kriser og dødsfall. Avhengig av hvilken nærhet og relasjon barna har hatt til den avdøde, må ulike tiltak vurderes:

- Informere klasse eller barnehageavdeling (i samråd med de etterlatte og foreldre), for å starte bearbeiding, gjøre det lettere å forholde seg til de etterlatte og bidra til å hindre ryktespredning.
- Gjennomføre ritualer for å minnes den som er død (se Ritualer og Resurser/samarbeid/skolen) (www.krisepsyk.no /Temasider – Sorg hos barn).
- Forberedelse til å delta i begravelse, evt. også minnestund.
- Aktiviteter i klasserom og barnehage for å la barna uttrykke tanker og savn, for eksempel gjennom tegning, snakke om det som har skjedd i grupper, felles oppmerksomhet til den omkomnes familie.
- Vurdere behov for tilrettelagt undervisning, fritak fra prøver for barn som er pårørende.

Tiltak for innsatspersonell/hjelpere

I enkeltsaker er det vanligvis ikke nødvendig med oppfølging av innsatspersonell ved selvmord, men det er viktig med regelmessig gjennomgang omkring hvordan hjelpetiltakene fungerer. (I tilfeller der Kriseteamet blir særskilt berørt – se «Tiltak for hjelpere» under Transportulykker.) Det kan også være sentralt å diskutere akuttforebyggende tiltak, dersom det i et avgrenset område skjer mange selvmord på kort, bl.a. for å diskutere hvorvidt forekomsten kan skyldes «smitteeffekt».

Tidsrammer og overføring til videre oppfølging

- Akuttfasen da Kriseteamet iverksetter en del tiltak avsluttes ofte etter en uke (etter begravelsen).
- Dersom kommunen har få innbyggere og er liten i utstrekning, vil det ofte være Kriseteamets fagpersoner som følger opp videre, fordi kommunen ofte ikke har mange andre profesjonelle å spille på. Teamet lager da en plan for videre oppfølging av familien eller ulike enkeltindivider eller grupper berørte. Har kommunen få innbyggere som bor spredt (eks. utkantkommuner) kan det være hensiktsmessig å forholde seg som i punktet under forutsatt at det fins fagpersoner i kommunen.
- Dersom kommunen har mange innbyggere og de bor tett (eks. byer), knytter Kriseteamet kontakt til fagpersoner i kommunen som har ansvar for nærområdet som de berørte bor i. KT kan gi anbefalinger og råd for omfang og videre oppfølging basert på hva som til nå er gjort eller igangsatt av tiltak overfor de berørte.
- Noen sentrale veiledende kriterier for hvem som særskilt skal følges opp videre:
 - voksne som nærmeste etterlatte
 - barn og unge som nære etterlatte
 - personer som har funnet avdøde
- Noen sentrale kriterier som øker behov for videre og mer intensiv oppfølging:
 - høy sanseeksposering eller høy grad av traumatiske etterreaksjoner
 - individ/familier/grupper (eks. ungdom) med psykososiale vansker forut for selvmordet
 - foreldre som har mistet eneste barn

- når en ser at voksenpersoner ikke er i stand til å fylle omsorgsroller, eks. overfor mindreårige barn eller gamle og syke
- etterlatte med dårlig/lite sosialt nettverk
- mennesker som tidligere har strevd med psykiske problemer eller lidd smertefulle tap
- den siste som hadde kontakt med den som tok sitt liv
- For å sikre mest mulig stabilitet for de berørte, bør den fra Kriseteamet (KT) som de har hatt mest kontakt med fortrinnsvis være kontaktperson for individet/familien også i den videre oppfølgingen. Denne personen bør kommunisere tett med fastlegen, som vil være sentrale i den videre oppfølgingen av enkeltindividet.
- Leder av KT (evt. en annen ansvarlig i KT) bør ha ansvar for å påse at videre oppfølging kommer i gang og for eventuell overføring til andre instanser.

3. Den videre oppfølgingen

Mål: Gi etterlatte den psykososiale hjelp og støtte over tid som de trenger for gradvis å gjenoppta en normal hverdag. Bidra til å normalisere de etterlattes tanker, følelser og reaksjoner som en viktig del av sorgbearbeidelsen. Søke å hindre at den traumatiske opplevelsen får befeste seg som fysisk eller psykisk sykdom, eller gi unødvendig lidelse som vanskeliggjør deltakelse i arbeidsliv, skolegang, eller sosialt liv.

Virkemidler: Målsettingen oppnås gjennom klare skriftlige rutiner for regelmessig kontakt med nære etterlatte og ved sammen med dem å fortløpende vurdere behov for tiltak, videre undersøkelser og eventuelt gi nødvendig hjelp og støtte. Kontakt og tilbud om hjelp bør være der det første året etter selvmordet og for noen kanskje enda lengre.

Koordinering og ansvarsfordeling (forslag)

- Telefonkontaktrutinen sikres alle berørte familier ved selvmord gjennom en klart definert kontaktperson fra KT eller fastlegen. Denne personen koordinerer videre oppfølging.
- Skole, arbeidsplass følger sine rutiner videre i det omfang som er

skissert i den enkelte plan. (Skole har ansvar for ivaretagelse av berørt elev, mens arbeidsplassen ivaretar arbeidstaker som etterlatt.)

Arbeidsform

Direkte eller indirekte gjennom støttesamtaler, råd og veiledning, og vurdering av behov for videre oppfølging:

- KT-etterlattermøte en måned etter dødsfallet.
- KT-etterlattermøte tre måneder etter dødsfallet.
- Telefonkontakt-rutine: f.eks. 2, 4, 8, og 12 måneder etter dødsfallet.
- Dersom nærmeste etterlatte signaliserer ulike behov for hjelp (medisinsk, traumeterapeutisk intervensjon, familierådgivning, spesifikk barnefaglig hjelp, sjelesorg, støttesamtaler, eller praktisk-, økonomisk eller juridisk hjelp) ved den rutinemessige henvendelsen fra KT-kontakten, henvender KT-kontakten seg til relevante hjelpeinstanser i kommunen og skaffer slik hjelp.

Tiltak (forslag)

- Videreføre påbegynte støttesamtaler fra prest, psykolog, psykiatrisk sykepleier, etc. Likeledes fortsetter medisinsk behandling/konsultasjon, praktisk avlastning etc., som er påbegynt i akutfasen.
- Videreføre forebygging av psykososiale vansker gjennom repetering/supplering av informasjon fra akutfasen (se Tiltak/støttesamtaler) på KT-etterlattermøte en måned etter dødsfallet. Støttesamtalene i langtidsoppfølgingen vil avhenge noe av hva som er tatt opp i akutfasen, og hva det har vært naturlig og riktig å vente med. Følgende tema vil likevel oftest være sentrale i langtidsoppfølgingen:
 - Sosiale omkostninger og følelse av å stå alene i sorgen
 - Andres forventninger om hvordan man bør forholde seg til tapet/traumet
 - Realistiske tidsperspektiver på sorg, reaksjoner og vansker
 - Slitasje på parforhold
 - Hvordan selvmordet kan påvirke videre samliv (dersom ikke partner døde)
 - Bekymring for mindreårige berørtes utvikling og reaksjoner
 - Den døde, savnet og tomrommet

- Hvordan mestre hverdagen
- Videre behov for praktisk hjelp/avlastning med små barn i familien
- Familiens fungering i den nye situasjonen
- Spørsmål rundt obduksjonsrapport
- Hvordan takle merkedager og påminnere
- Traumespesifikk kartlegging/screening av PTSD, angst, depresjon, og komplisert sorg iverksettes på KT-etterlattemøte tre måneder etter dødsfallet dersom noen ser ut til å ha det særlig vanskelig (se Kartlegging).
- Vurdering av behov for forlenget sykemelding.
- Rådgivning/veiledning: Håndtering av sorg-/krisereaksjoner; håndtering av samlivsvansker; håndtering av barns sorg.
- Informasjon om viktigheten av å nyttiggjøre seg hjelp fra venner, familie, og øvrige sosiale nettverk.
- Juridisk og økonomisk veiledning (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord)
- Kontaktetablering til andre berørte, eks. sorg- og støttegrupper/organisasjoner:
 - LEVE – www.levenorge.no
 - Vi som har et barn for lite – www.etbarnforlite.no
 - Kirkens SOS – www.kirkens-sos.no
 - Humanetisk Forbund – www.human.no
 - Fransiskus-hjelpen – www.fransiskushjelpen.no
 - Mental helse hjelpetelefon 116 123
 - Si det med ord – www.sidetmedord.no
 - Alarmtelefonen for barn og unge – 116 111
- Der unge mennesker har tatt livet sitt:
 - Oppfølgingssamling for venner (eks. av ungdomsleder, lærer, prest) med fokus på livet videre, hvordan takle egne reaksjoner, kriterier for å søke mer hjelp og forsøk på å fange opp ungdom som trenger henvisning videre.
 - Oppfordre vennenettverk til å holde kontakt med unge etterlatte søsken/ foreldre.

Tidsrammer

- Kontakten med de etterlatte bør vedvare i alle fall inntil årsdagen etter selvmordet.
- Et viktig kriterium for avslutning av kontakt at de etterlatte opplever at de kan ta del i dagligliv og fritid uten at reaksjonene etter selvmordet hemmer deres deltakelse og livsutfoldelse.
- Ideell hyppighet: KT-etterlattemøte etter en, og etter tre måneder fra dødsfallet, supplert med telefonkontakt-rutine: f.eks. 2, 4, 8, og 12 måneder etter dødsfallet. Dette kan evt. følges opp av fastlegen i samarbeid med KT.
- Dersom berørte uttrykker manglende interesse for kontakt, eks. i starten eller ved en av de foreslåtte kontaktpunktene, bør en respektfullt trekke seg, etter å ha bedt om lov til å kontakte vedkommende på et senere (angitt) tidspunkt. De berørte bør opplyses om den kunnskap man har om variasjoner i opplevelse av behov for hjelp over tid, samt det normale ved et svingende sorgforløp hos etterlatte ved selvmord. En må imidlertid også opplyse om at noen greier seg utmerket uten hjelp, og de må ikke sykeliggjøres. Dersom berørte ikke ønsker videre kontakt overhodet, bør de opplyses om personer eller telefonnumre som kan kontaktes ved eventuelt senere opplevd behov for hjelp.
- Etter et år bør KT/fastlegen vanligvis kunne forholde seg mindre utstrekende og aktivt med psykososial oppfølging overfor de etterlatte og fortsette klientkontakt/lege-pasientforholdet som tidligere. Ved tegn på isolasjon eller andre former for passivitet bør likevel den aktivt utstrekende fasen fortsette utover det første året.

Kommentarer:

Videreoppfølgingen består bl.a. i oppfølgingssamtaler som gradvis spres utover i tid. Disse må bl.a. ta opp familiekommunikasjon om dødsfallet, søskenreaksjoner, familiedynamikk, meningsaspekter og selvhjelpsmetoder. Fordi et selvmord innebærer et traume i tillegg til sorgen, er det viktig å vurdere om familiemedlemmer trenger oppfølging av psykolog for å få hjelp til mer spesifikke problemer. Det samme gjelder dersom sorgen er kronisk eller utsatt eller av andre grunner er blitt komplisert (se Reaksjoner). Etter at de første månedene har forløpt er det viktig at de etterlatte

får tilbud om å bli med i sorggrupper. Dette gjelder selvfølgelig også søsken. Øvrige tilbud må igangsettes ved behov, ved at fagperson/krise-team som har ansvar for oppfølgingen følger kommunens rutiner og avgjør, i samråd med den/de pårørende, hva som er nødvendig psykososial hjelp.

Hyppighet av kontakt må vurderes i hvert enkelt tilfelle, men ta sikte på kontakt i forbindelse med merkedager og høytider. Oppgaven for fagpersoner er å være realistisk i forhold til varighet av sorgprosess og være aktive i å tilby støtte og hjelp. Fra forskning vet vi at etterlatte har behov for å:

- forsøke å forstå motiv og utløsende årsaker til selvmordet. (NB! Barn og unge har behov for alderstilpassede forklaringer/samtaler)
- snakke om dødsfallet og opplevelser rundt det
- sortere og sette ord på følelser og tanker, særlig skyld og skam
- diskutere og få råd for å takle barns reaksjoner og vansker
- få råd om praktiske og sosiale problemer

LITTERATUR

1. Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial Distress after suicide, SIDS, and accidents. *Death studies*, 27, 143–165.
2. Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–103.
3. Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361 (9355) 363–367.
4. McIntosh, J. L. (1993). Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 146–161.
5. Feigelman, W., Jordan, J., & Gorman, B. S. (2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega. Journal of Death and Dying*, 58(4) 251–273.
6. Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
7. Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
8. Walby, F. A., Odegaard, E. & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective Disorders*, 2, 253–60.
9. Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. IS-1511.
10. Shneidman E. S. (1969). *On the nature of suicide*. San Fransisco: Jossy-Bass.
11. de Groot, M. H., de Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 418–431.
12. Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26, 647–68.
13. Dyregrov, K. (2006). *Støtte til unge etterlatte*. Styrket omsorgsapparat for unge etterlatte ved selvmord. Rapport. Senter for Krisepsykologi/ LEVE. Bergen.
14. McMenemy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do survivors tell us they need? Results from a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 375–89.

15. Wilson, A., & Clark, S. (2005). South Australian Suicide Postvention Project. Report to Mental Health Services. Department of Health. Department of General Practice. University of Adelaide. Australia.
16. Leenaars, A.A. (1999). *Lives and deaths: selections from the works of Edwin S. Shneidman*. London: Brunner/Mazel.
17. Statens helsetilsyn (1996). *Bærumsmodellen, 1984–1994*. Skriftserie. IK-2524.
18. Pfeffer, C. R., Martins, O., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J. P., et al., (1997). Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 65–75.
19. Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threatening Behavior*, 38, 13–29.
20. Statens helsetilsyn (2000). *Handlingsplan mot selvmord – Sluttrapport*. Rapport. IK-2720.
21. Dyregrov A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
22. Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide Life Threatening Behavior*, 28, 285–301.
23. Leenaars, A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people: a person-centred approach*. Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons.
24. Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget.
25. Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 43, 779–786.
26. Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2000). *Etterlatte studien. Omsorg for etterlatte ved selvmord*. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi.
27. Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA. Journal of Death and Dying*. 61(4) 273–289.
28. Leenaars, A.A., & Wenckstern, S. (1990). Post-traumatic stress disorder: a conceptual model for postvention. I: Leenaars, A. A., & Wenckstern, S., (red.), *Suicide prevention in schools* (s.173–179). New York: Norton.
29. Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide –«The forgotten bereaved». *Suicide Life Threatening Behavior*, 35, 714–24.
30. Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V. et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 154, 616–23.
31. Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A Case for Inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. I: Stroebe, M.

- S., Hansson, R. O., Schut, H. et al. (red.), Handbook of bereavement research and practice (s.165–186). Washington, DC: American Psychological Association.
32. Stroebe, M. S., Hansson, R., Schut, H. et al. (2008). Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington, DC: American Psychological Association.
 33. Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. et al. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 12–8.
 34. Dyregrov, K., Plyhn, E., & Dieserud, G. (2010). Etter selvmordet – veien videre. Oslo: Abstrakt Forlag.
 35. Sosial- og helsedirektoratet (2006). Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapport. IS-1315.
 36. Helsedirektoratet (2008). Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Rapport. IS-1512.
 37. Dyregrov, K. (2004). Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? *Suicidologi*, 9, 8–11.
 38. Sosial- og helsedirektoratet (2004). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008. Rundskriv. IS-24/2004.
 39. Dyregrov, A. (2010). Å ta avskjed. Ritualer som hjelper barn gjennom sorgen. Bergen: Fagbokforlaget.
 40. Dyregrov, A. (2008). Å gi dødsbudskap – rammer og fremgangsmåte. I: Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (red.). *Krisepsykologi i praksis* (s.33–50). Bergen: Fagbokforlaget.
 41. Plesner, I. T., & Døving, C. A. (2010). Livsfaseriter. Religions- og livssyns-politiske utfordringer i Norge. Samarbeidsrådet for tros- og livssyn.
 42. Statens helsetilsyn (1994). Selvmordsforebyggende arbeid – Bærumsmodellen. Utredningsserie. IK-2456.
 43. Raundalen, M., & Schultz, J-H. (2008). Kan vi snakke med barn om alt? Oslo: Pedagogisk forum.
 44. Dyregrov, A. (2006). Sorg hos barn: en håndbok for voksne. Bergen: Fagbokforlaget.
 45. Runvik, M. J. (2003). Pappa ville ikke leve. Seksjon for selvmordsforebygging og -forskning. Universitetet i Oslo.
 46. Dyregrov, A. (2010). Hva skjer når vi dør? Å snakke med barn om døden. Oslo: Gyldendal.
 47. Bø, I. (2003). Hva betyr det for ungdom å oppleve sosial støtte?: på sporet av sammenhenger mellom hjemmebakgrunn, sosiale nettverk og opplevelse av psykososiale problemer hos 14–17-åringer. Stavanger: Høgskolen i Stavanger, Senter for atferdsforskning.

48. Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2008). Når sorgen rammer en av dine ansatte. Informasjonshefte. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød.
49. Dahl, S., Sveaass, N., & Varvin, S. (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
50. Neumayer, S. M., Skreslett, A., Borchgrevink, M. C., & Gravråkmo, S. (2006). Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
51. Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T. et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*, 66, 862–6.
52. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
53. Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press.
54. Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. London: Penguin Books.
55. Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28, 26–34.
56. Callahan, J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide Life Threatening Behavior*, 30, 104–24.
57. Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Collaboration*, 3, 1–82.
58. Blindheim, A. R. (2008). Hjernen, integrering og traumebehandling. I: Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (red.), *Krisepsykologi i praksis* (s.172–185). Bergen: Fagbokforlaget.
59. Dyregrov, A. (2006). Complicated grief: Theory and treatment. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 779–86.
60. Segal, Z. V. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
61. Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. et al., (2005). Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293, 2601–8.
62. Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 860–7.
63. Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
64. Rose, A. J., Carlson, W., & Waller, E. M. (2007). Prospective associa-

- tions of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-rumination. *Dev Psychol*, 43, 1019-31.
65. Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-86.
66. Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A. et al. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol*, 72, 3-18.
67. Cerel, J., Padgett, J. H., Conwell, Y. et al. (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 269-281.
68. Hawton, K., & Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *BMJ: British Medical Journal*, 327, 177-8.
69. Jordan, J. R., & McMenemy, J. (2004). Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threatening Behavior*, 34: 337-49.
70. Murray, J. A., Terry, D. J., Vance, J. C. et al. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies*, 24, 275-305.
71. Amaya-Jackson, L., Davidson, J. R., Hughes, D. C. et al. (1999). Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *J Trauma Stress*, 12, 709-24.
72. Proveni, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24, 1-19.
73. Hung, N. C., & Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies*, 33, 9, 781-814.
74. Murphy, S. A. (2000). The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Studies*, 24, 585-602.
75. Dyregrov, K. (2003). The loss of a child by suicide, SIDS, and accidents: consequences, needs and provisions of help. Doctoral dissertation. Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen/ Center for Crisis Psychology.
76. Anderson, M., & Jenkins, R. (2006). The national suicide prevention strategy for England: The reality of a national strategy for the nursing profession. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13, 641-50.
77. Campbell, F. R., Cataldie, L., McIntosh, J. et al. (2004). An Active Postvention Program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 30-2.

78. Defauw, N., & Andriessen, K. (2003). Networking to support suicide survivors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24, 29–31.
79. Beautrais, A. L. (2004). Suicide Postvention. Support for Families, Whanau and Significant Others after a Suicide. <http://www.myd.govt.nz/media/pdf/postvention-lit.pdf>
80. Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. et al. (2008). Bereavement Research: 21 st-Century Prospects. I: Stroebe M. S, Hansson R. O., Schut, H. et al., (red.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: advances in theory and intervention* (s.577–603). Washington, DC: American Psychological Association.
81. Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Ghebremichael, M. et al. (2006). A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects on grief. *Health Psychol*, 25, 563–70.
82. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 1465–73.
83. Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. et al. (2005). Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293, 2601–8.
84. Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – how far have we come and where do we go from here? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22, 102–8.
85. Shear, M. K., & Smith-Caroff, B. S. (2002). Traumatic loss and the syndrome of complicated grief. *PTSD Research Quarterly*, 13, 1–7.
86. Cerel, J., & Campbell, F. R. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threatening Behavior*, 38, 30–4.
87. Kunnskapssenteret (2007). Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Rapport. NR 14-2007.
88. Sakinofsky, I. (2007). The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, (6 suppl 1), 129S–136S. Review.
89. Helsedirektoratet (2009). Når en av våre nærmeste dør. IS-1189B.
90. Helsedirektoratet (2010). Mor/far er syk – Barn som pårørende. IS-5/2010.



Helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no