

ETTER SELVMORDET

VEILEDER OM TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

Utkast til veileder er utarbeidet av:

Forsker, dr. psychol. Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Bærum kommune
(prosjektleder)

Forsker, dr. philos. Kari Dyregrov, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Senter for Krisepsykologi

Forsker, psykolog Mette L. Rasmussen, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Bærum kommune

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 /SABHF

Gunnar Næsheim. Sokneprest. Lommedalen

Kirsti Foss. Sentralstyremedlem og fagperson i LEVE

Marius Kampen Engevoid. 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	5
1.1 FORMÅL OG MÅLGRUPPE.....	5
1.2 BEGREPSAVKLARING	5
1.2.1 Selvmord	5
1.2.2 Selvmordsforekomst.....	6
1.2.3 Etterlatte	7
1.2.4 Postvention – tiltak for etterlatte	7
1.2.5 Kjønnsperspektivet	8
1.2.6 Selvmordsforsøk	8
2. BAKGRUNN FOR TILTAK.....	9
2.1 BAKGRUNN OG MÅL FOR HJELP TIL ETTERLATTE	9
2.2 VANLIGE REAKSJONER ETTER SELVMORD	10
2.2.1 Umiddelbare reaksjoner	10
2.2.2 Reaksjoner over tid	11
2.2.3 Familieproblemer	12
2.2.4 Problemer i forhold til sosialt nettverk	12
2.2.5 Holdninger til selvmord	13
2.3 KOMPLIKASJONER	13
2.3.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)	14
2.3.2 Forlenget sorgforstyrrelse / komplisert sorg.....	15
3. TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD	16
3.1 KOMMUNENES OPPGAVER I ETTERLATTEARBEID.....	16
3.2 FORANKRING, PLANLEGGING OG ORGANISERING	17
3.2.1 Planlegging gjennom kommunale rutiner.....	18
3.3 JURIDISK RAMMEVERK	18
4. BRUKERPERSPEKTIVET	19
4.1 BRUKERMEDVIRKNING	19
4.2 MEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ.....	19
5. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD.....	20
5.1 POLITI.....	21
5.1.1 Varsling om selvmord til kommunal hjelpeinstans.....	22
5.2 BEGRAVELSESBYRÅ	23
5.2.1 Prosedyrer for syning.....	24
5.3 PREST	25
5.3.1 Prestens rolle.....	25
5.3.2 Rutiner for formidling av dødsbudskap.....	25
5.4 KOMMUNEHELSETJENESTEN	26
5.4.1 Kommuneoverlege.....	27
5.5 HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTE	27
5.5.1 ”Smitteeffekt” ved selvmord (identifikasjons-selvmord)	28
5.6 BARNEHAGE	28
5.7 SKOLE.....	29
5.8 PSYKOLOGKOMPETANSE I KOMMUNEN	30
5.9 FAMILIEVERNET.....	30
5.10 PSYKISK HELSEVERN	31

5.11 LIKEMANNSSTØTTE	32
5.11.2 Likemannsstøtte Unge LEVE	33
5.12 SOSIALT NETTVERK	33
5.13 ARBEIDSPLASSEN	35
6. ULIKE TILBUD VED ULIKE BEHOV	36
6. 1 PROFESJONELL HJELP	36
6.1.1 Tidlig, utstrekende og gjentatte hjelptilbud	37
6.1.2 Koordinering av hjelp – et kommunalt ansvar	37
6.2.3 Informasjon	38
6.2.4 Variert og tilpasset hjelp	38
6.2.5 Hjelp til barn	39
6.2.6 Hjelp over tid	41
6.2.7 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse	42
7. PSYKOTERAPEUTISK HJELP	43
7.1 BEHOV FOR KUNNSKAP OM SELVMORD, TRAUME OG SORG	43
7.2 ARBEID I TIDLIG FASE	44
7.3 FINNE SVAR PÅ ”HVORFOR-SPØRSMÅLENE”	45
7.4 TRAUMEBEARBEIDING	45
7.5 SORGTERAPI	46
7.6 HÅNDBTERING AV SKYLDFØLELSE	47
7.7 KOMPETANSEKRAV	48
8. KONKLUSJON	48
VEDLEGG 1	50
KUNNSKAPSGRUNNLAGET.....	50
OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSGRUNNLAGET	51
Få effektstudier av postvention-programmer	51
Effektstudier av sorgintervensjon.....	52
Effektstudier av kriseintervensjon.....	53
VEDLEGG 2	55
1. MOBILISERINGSFASEN	55
2. AKUTTFASEN.....	55
3. DEN VIDERE OPPFØLGINGEN	59

1. INNLEDNING

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne veilederen er å gi faglige innspill til ulike aktører som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Helsemyndighetene har definert etterlatte ved selvmord som en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte, ut fra dokumentert kunnskap om flere belastninger i forhold til etterlatte ved naturlig død. Tiltak for etterlatte ved selvmord er derfor en prioritert oppgave. 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. Det er nødvendig at tiltak for etterlatte baseres på kunnskap som kan anvendes for å gi svar på slike spørsmål.

Målgruppene for veilederen vil være deler av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i tillegg til politi, begravelsesbyrå, kirkesamfunn, skoler og barnehager, familievernet, 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.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Selvmord

En av suicidologiens grunnleggere, den amerikanske psykologen E. Shneidman har formulert følgende definisjon:

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 udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen (6)

I denne definisjonen kommer det fram at selvmord må forstås i forhold til både den tid og den kultur mennesket lever i. Videre at det vanligvis er et komplisert samspill mellom uheldige indre og ytre faktorer som ligger bak et selvmord, ikke en enkelt faktor. Og endelig kan selvmord forstås som en måte å komme unna en krisesituasjon som der og da synes uløselig. En annen definisjon på selvmord er formulert av den britiske psykiateren E. Stengel (1967):

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

Denne definisjonen er mye brukt i Norge. Den er enkel, og avgrenser ikke mot visse forvirringstilstander og psykoser. Den avgrenser heller ikke mot overdosedødsfall ved bruk av narkotiske stoffer. Definisjonen er hovedsakelig en beskrivelse av selve handlingen, men sier også noe om intensjonen (skade seg selv). Den sier imidlertid ingenting om bakgrunnen for selvskadingen.

1.2.2 Selvmordsforekomst

Selvmord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer. Hvert år dør nær en million mennesker i selvmord på verdensbasis (www.who.int). Dette gjør selvmord til en av verdens ledende dødsårsaker, spesielt blant unge mennesker. I Norge ligger antall årlige registrerte selvmord relativt stabilt rundt 500, det vil si en gjennomsnittlig rate på 11.1 per 100.000 for de siste 5 år (2004-2008). 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. Flere menn enn kvinner tar livet sitt (i 2008 var M/K-ratioen i overkant av 2:1). Ser man på siste publiserte 5-årsperiode (2004-2008) har menn relativt høye selvmordstall for alle aldersgrupper. 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 5-årsperioder.

1.2.3 Etterlatte

Definisjonen av etterlatte er først og fremst knyttet til hvor mange man regner blir direkte berørt av et selvmord. Det har vært vanlig å tenke at det rundt hvert selvmord må regnes minimum 6 etterlatte (8), og at begrepet etterlatt hovedsakelig er blitt brukt om nærmeste familie. I dag er bildet mer nyansert, og begrepet etterlatt blir nå brukt om en videre krets enn den nærmeste familie. Hit regnes personer som er sterkt berørt av tapet av barn, ektefelle, søsken, besteforeldre, bestevenner, kjærester, medpasienter, terapeuter, arbeidskolleger; dvs. ”nærstående” som selv opplever å ha nære bånd til den som er død. Antallet etterlatte vil derfor være vanskelig å stipulere, men dersom man regner 10 etterlatte per selvmord, vil Norge med ca. 530 registrerte selvmord årlig ha ca. 5300 nye etterlatte per år. Hvor mange av dem som vil være sterkt berørt vil variere, men uansett vil det utgjøre svært mange.

Det er viktig å presisere at ikke alle etterlatte har behov for profesjonell bistand. Relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for og den enkeltes beskyttelsesfaktorer vil påvirke behov for hjelp. Imidlertid er det i både norske og internasjonale studier vist at så mange som 80 – 90 % av etterlatte ved selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. Det ses overraskende store likheter rundt slike behov i ulike land i den vestlige verden (9-13).

1.2.4 Postvention – tiltak for etterlatte

Begrepet ”postvention” ble lansert av suicidologen Edwin Shneidman i 1971 (14) 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 altså er tiltak som er ment å forebygge selvmord. Tiltak for etterlatte er tradisjonelt rettet mot de nærmeste i familien. I nyere tid anbefales det å inkludere flere enn den nærmeste familie 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 (15), blir oppfølging av etterlatte ved selvmord hos pasienter omtalt i et eget kapittel.

1.2.5 Kjønnsperspektivet

Forskning og klinisk praksis viser at kvinner i større grad enn menn er aktivt hjelpsøkende ved psykiske kriser. Menn søker i mindre grad hjelp, og de snakker generelt mindre om følelsesmessige belastninger enn kvinner. Mange menn takler sorg ved å være aktive i stedet for å snakke.

Det er viktig å lage oppfølgingssystemer som ivaretar både kvinners / jenters og menns / gutters behov for å få snakke om selvmordet på sin måte. I tillegg er det selvfølgelig store individuelle forskjeller, slik at tiltakene bør være individuelt tilpasset.

1.2.6 Selvmordsforsøk

Denne veilederen omhandler ikke selvmordsforsøk. Intervensjon overfor selvmordsforsøkere og deres berørte parter er vesensforskjellig fra intervensjon overfor etterlatte ved selvmord. Det kan være en rekke ulike intrapsyke, interpersonlige eller ytre kriseforhold som ligger bak et selvmordsforsøk. Ved selvmordsforsøk må derfor intervensjonen avspeile den krisesituasjonen personen er i, og tiltakene kan spenne fra økonomisk rådgivning, familierådgivning, eller individuell psykoterapi til innleggelse i psykisk helsevern. Pasientens psykiske helse og den suicidale krisen vurderes grundig av fagpersoner med nødvendig kompetanse, altså en vurdering av både av person, relasjon og situasjon. Vurdering av selvmordsfare baseres på oppdatert kunnskap (15).

Tiltakene bør dessuten ikke bare ha fokus på personen som forsøker å ta livet av seg, men også på denne personens nettverk. Det anbefales at pårørende trekkes aktivt med i behandlingen (16).

Oppsummering:

- Selvmord er resultatet av en sammensatt krisetilstand
- Årlig registreres omtrent 530 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. Mange studier har påvist forhøyet nivå av posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD), forlenget (komplisert) sorg og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte ved selvmord (17-19). Tilsvarende psykiske og fysiske plager er også påvist hos etterlatte ved andre former for brå død, i motsetning til hos etterlatte ved forventet død (20). Studier av negativ helseatferd i kjølvannet av brå død tyder på at grad av nærhet til avdøde er av spesiell betydning for symptomutvikling.

I en nyere norsk oversiktsartikkel (21) vises det imidlertid ikke til overbevisende evidens for økt symptombelastning hos etterlatte ved selvmord sammenliknet med etterlatte ved annen død. Men konklusjonen i artikkelen svekkes av at det sammenlignes studier av forventet og uventet død under ett, i tillegg til at informanternes relasjon til avdøde ikke er redegjort for.

Forskjellen mellom selvmord og annen brå død er primært knyttet til at reaksjonene hos etterlatte ved selvmord rent innholdsmessig atskiller seg fra reaksjonene hos etterlatte etter andre former for brå død. Dette er vesentlig for hva slags intervensjon etterlatte ved selvmord trenger. Det er spesielt 3 forhold som innholdsmessig atskiller situasjonen for etterlatte ved selvmord fra etterlatte ved annen brå død og naturlig død: 1) det tematiske innhold i traumat og sorgen, 2) den sosiale situasjonen for de etterlatte og 3) 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. Oppfølgingen blir derfor heller ikke alltid målrettet mot de spesielle belastninger det innebærer å miste ved selvmord. Den overordnede målsetting med denne veilederen er å presentere et relevant kunnskapsgrunnlag for råd og anbefalinger som kan føre til bedre oppfølging for etterlatte ved selvmord.

Det er et mål at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for selvmordsforebyggende arbeid (22).

2.2 Vanlige reaksjoner etter selvmord

Sterke reaksjoner hos pårørende ved brå død er vanlig, og bør ikke bli gjenstand for sykelligjøring. 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. Den angst eller frykt 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.

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. Men mange sørgende opplever perioder med intens gråt, tristhet, og lengsel etter avdøde. Følelse av uvirkelighet og endret tidsopplevelse er svært vanlig, og sterke sanseinntrykk 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: ”Hva nå?” ”Hvordan skal dette gå?” Det blir mye å forholde seg til på en gang, og alt synes kaotisk og uoversiktlig. Andre husker knapt noe fra denne tidsperioden (23,24).

Ikke sjelden oppleves selvbebreidelse og skyldfølelse. Tanker om hva man kunne gjort og sagt annerledes slik at selvmordet kunne vært forhindrede kan kverne nesten uten stopp. Mange grubler over, eller leter etter en hensikt og mening med det som skjedde, og noen ganger er etterlatte opptatt av om det er en ”straff” for noe som ble sagt eller gjort og som avdøde har svart på med denne mer eller mindre aggressive handlingen. Forskning på etterlattebrev viser at selvmord sjelden er ment som en hevn, men det er likevel vanlig at etterlatte kan føle det (25).

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. Enkelte etterlatte jobber seg gjennom hendelsen på en konstruktiv måte uten bistand ut over det eksisterende sosiale nettverket. De store individuelle forskjellene i etterlattes reaksjoner gjør at tiltak må tilpasses den enkeltes behov.

2.2.2 Reaksjoner over tid

Undersøkelser har vist at sorg kan gi økt forekomst av fysisk sykdom på grunn av den store psykologiske belastningen sorgen kan medføre (26,27). 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 ansenhet, 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.

For mange er tiden fra 3 til 12 måneder etter dødsfallet den tyngste perioden. Hele tiden omgis en av minner om den døde, og alle høytider og årsdager (fødselsdag, dødsdag) oppleves for første gang uten den døde. Det daglige savnet og den intense lengselen kan mange ganger oppleves som uutholdelig, samtidig som en føler seg ensom fordi få forstår hvordan en virkelig har det. 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. Etterlatte kan også selv ha forventninger til at det skal begynne å bli lettere, samtidig som de opplever at det går andre veien (28).

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 dårligere 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 (29). 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 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 de bærer på for seg selv for å beskytte hverandre innad. Familiemedlemmene kan bli reddet 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 (28,30).

2.2.4 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 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 (2,28).

2.2.5 Holdninger til selvmord

Den individuelle opplevelsen av døden 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 samfunnsskapt 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.

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

2.3 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 er:

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

Personer som finner avdøde er generelt i risikogruppen for å utvikle posttraumatisk stressforstyrrelse, på grunn av sterke sanseinntrykk knyttet til selvmordshandlingen (31,32). Barn som etterlatte er også en spesielt sårbar gruppe. I en norsk undersøkelse fant man at 73 % av yngre søsken og 39 % av eldre søsken til avdød bror eller søster utviklet alvorlige posttraumatiske reaksjoner (33). En annen norsk undersøkelse viste at så mange som 78 % av foreldre som mistet barn i selvmord eller ved ulykker, var i risikozonen for å utvikle komplisert sorg (34). 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 ettersom 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 sanseinntrykk 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.

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 gir 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.

2.3.2 Forlenget sorgforstyrrelse / komplisert sorg

Flere nyere forskningsprosjekter viser til enighet om en ny ”sorgdiagnose” kalt forlenget sorgforstyrrelse (35). Den karakteriseres av vedvarende (mer enn 6 måneder) og intens lengsel etter den døde, vansker med å gå videre i livet og en opplevelse av at livet og fremtiden er meningsløs og formålsløs. Forlenget sorg (tidligere komplisert sorg) viser seg gjennom vedvarende gråt, lengsel og oppfatning av tanker om den døde på en måte som delvis innebærer en benektning og manglende akseptering av dødsfallet. Etterlatte som utvikler forlenget sorg er utsatt for økt risiko for vedvarende svekket helse (36). Forlenget sorg kjennetegnes dessuten av et nervesystem som er overaktivt, med vedvarende angst og uro, eller den etterlatte legger lokk på og fremstår med en tilsynelatende rolig fasade, men omgivelsene vil merke at den sørgende er markert forskjellig fra før dødsfallet.

Forskning viser at ulike 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, lav selvaktelse og mestringssevne. For etterlatte ved selvmord kan utvikling av forlenget sorg knyttes til mangelfull bearbeiding av sentrale spørsmål om hvorfor selvmordet skjedde (37,38).

Viktige kjennetegn ved forlenget sorg er at den:

- ikke går over/endrer karakter etter 4-6 måneder
- er forskjellig fra depresjon
- ikke blir effektivt redusert ved sorggrupper, støttesamtaler eller antidepressive medikamenter (i motsetning til vanlig sorg og depresjon),
- innebærer negativ helseatferd
- har spesifikke karakteristika som gjør at den krever egne behandlingstiltak.

3. TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

3.1 Kommunenes oppgaver i etterlattearbeid

I oppfølgingen av etterlatte ved selvmord har kommunale instanser et spesielt ansvar. I mange kommuner er det etablert kommunale kriseteam eller selvmordsforebyggende team, som skal kunne bistå enkeltindivider eller grupper av mennesker i forbindelser med selvmord. Begge disse instansene skal kunne mobilisere rask hjelp til etterlatte ved 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 i forhold til det vi kaller identifikasjons-selvmord, eller "smitte" - det vil si at ett selvmord kan utløse flere, på kort eller lang sikt.

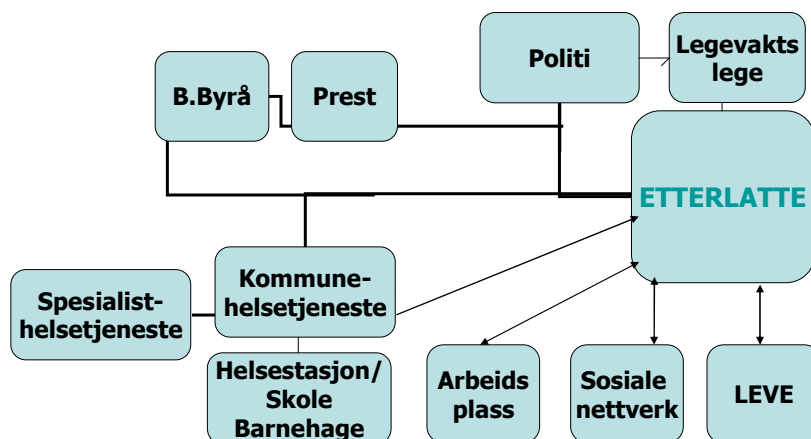
Kommunenes overordnede oppgaver i forbindelse med selvmord er å:

- 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 spesialisthelsetjenesten
- sørge for bistand fra, og samarbeide med spesialisthelsetjenesten eller andre aktører (skole, politi, trossamfunn, etc.) dersom det er behov for slik bistand
- drive "smitte"-relatert selvmordsforebyggende arbeid ved å rette tiltak mot sosiale arenaer avdøde har tilhørt, f. eks. skole og arbeidsplass

En rekke kommunale tjenester kan bli involvert i omsorg for etterlatte ved selvmord, fordi etterlatte vil være i alle aldre, fra barnehagebarn til eldreomsorgsbrukere. I denne veilederen rettes søkelyset mot de kommunale tjenester som ofte er viktige for etterlatte i tillegg til tjenester som er forankret i helseforetakene eller frittstående tjenester.

Ved selvmord er det viktig at oppfølgende instanser koordinerer sitt arbeid slik at etterlatte blir møtt på en oversiktlig og ryddig måte. Denne figuren viser de mest sentrale aktørene i en tiltakskjede:

Tiltakskjede ved selvmord



3.2 Forankring, planlegging og organisering

Ansvar for oppfølging av etterlatte ved selvmord kan legges til ulike instanser innenfor kommunehelsetjenesten. I kommuner der det er etablert selvmordsforebyggende team, kan det være naturlig å legge ansvar for etterlatte-oppfølging til disse teamene. I andre kommuner vil det være naturlig å legge dette arbeidet til deler av den generelle kriseberedskapen, f.eks. kommunale kriseteam. Det er viktig at én instans har ansvar for oppfølgingen, slik at ikke tiltak for etterlatte etter selvmord fragmenteres. Fordi organisering av psykososial kriseberedskap er ulikt organisert i ulike kommuner, vil det være vanskelig å anbefale et fast system for hele landet, men ansvaret for tiltak bør forankres i kommunehelsetjenesten.

Etterlatte ved selvmord er i utgangspunktet ikke spesielt belastet med psykisk sykdom, slik at oppfølging i alminnelighet vil ligge utenfor ansvaret til spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern. Men etterlatte kan 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.

- *Lov om helsetjenesten i kommunene (LOV-1982-11-19-66)*

§ 1-2 Helsetjenestens formål

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen sunnhet og folkehelsen.

3.2.1 Planlegging gjennom kommunale rutiner

Kommunale kriseteam/selvmordsforebyggende team bør lage skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved selvmord. 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. 6. 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.

3.3 Juridisk rammeverk

Lov om helsetjenesten i kommunene (LOV-1982-11-19-66)

§ 1-3 (Oppgaver under helsetjenesten)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom

5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

§ 2-1 (Rett til helsehjelp)

Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.

Lov om sosiale tjenester m.v. (LOV-1991-12-13-81)

§ 4-2. Tjenester

De sosiale tjenester skal omfatte

a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

4. BRUKERPERSPEKTIVET

Brukerperspektivet er spesielt viktig når det gjelder utforming av tiltak for etterlatte ved selvmord ettersom forskning både nasjonalt og internasjonalt har påvist både feilfokusert og til dels fraværende profesjonell bistand for denne gruppen (12,39). Slike forskningsresultater gir et alvorlig signal om at hjelpeapparatet trenger tilførsel av kunnskap som kan bidra til at etterlattes spesifikke behov blir møtt på en mer profesjonell måte enn det som ofte er tilfellet i dag.

4.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært et av hovedområdene i Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2008 (40). 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.

4.2 Medvirkning på individnivå

Det er tjenesteapparatets ansvar å legge til rette for reell brukermedvirkning. Dette betyr at tjenesteapparatet skal være lydhørt 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 skreddersydd, bredspektret profesjonell oppfølging.

Aktuelt regelverk i forhold til medvirkning, informasjon og samtykke (det siste gjelder barn under 16 år):

- Lov om pasientrettigheter (LOV-1999-07-02-63)

§ 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand.

§ 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.

- *Lov om sosiale tjenester m.v.* (LOV-1991-12-13-81)

§ 8-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen

Et barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

§ 8-4 Plikt til å rådføre seg med klienten

Tjenestetilbudet skal så langt mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

- Se også: Helsedirektoratets rapport "Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet" (2006) (41)

5. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

En rekke aktører vil ha klart definerte roller etter at det har skjedd et selvmord. Denne veilederen skisserer innholdet i de ulike tjenestene som er involvert, slik de ideelt sett bør

være. Aktørene presenteres i den rekkefølge de vanligvis tidsmessig kommer i kontakt med pårørende etter at det har skjedd et selvmord. For alle gjelder det å ha stor respekt for både avdøde og for de etterlatte.

Oversikt over ulike aktører ved selvmord

- Politi
- Begravelsesbyrå
- Prest
- Kommunehelsetjeneste
- Helsestasjons- skolehelsetjeneste
- Barnehage / skole
- Familievern
- Psykisk helsevern
- Støtteorganisasjoner
- Sosiale nettverk
- Arbeidsplass

5.1 Politi

Politiets oppgaver ved selvmord er knyttet til utrykning til dødsstedet, varslingsansvar (ofte delegert til prest), 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.

Politiet 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. Lege fra legevakt rykker også ut, slik at legen på stedet kan fastslå døden og skrive ut dødsattest (Legeerklæring om dødsfall).

Politiets oppgaver er knyttet til et lovpålagt ansvar for å undersøke omstendighetene rundt det som defineres som unaturlige dødsfall, for å fastslå så langt det lar seg gjøre om dødsfallet er

resultat av en selvpåført skade, eller om døden skyldes sykdom, ulykke eller drap. Er pårørende til stede, er det vanlig at politiet snakker med dem for å få mest mulig informasjon om omstendighetene rundt dødsfallet. Ved unaturlige dødsfall er det politiet som begjærer obduksjon.

Politiet har det formelle ansvaret for å varsle pårørende. I tilfeller hvor det ikke er pårørende som finner avdøde, vil politiet ofte delegerer sitt ansvar og kontakte vakthavende prest som deretter varsler de etterlatte. Politiets oppgave avsluttes vanligvis når forholdene rundt dødsfallet er klargjort, og rapport er skrevet. Denne rapporten sendes til obduksjonsinstansen. For politiets del er det en fordel å ha noe kunnskap om familieforholdene dit man skal, f. eks. antall husstandsmedlemmer, kjønn og alder på barn o.l. slik at man vet noe om hvem etterlatte er. Det anbefales at man tar seg tid til å finne disse opplysningene i Folkeregisteret før man rykker ut, slik at politiet er litt forberedt på familiesituasjonen man kommer til.

Dersom pårørende ikke er til stede, og politiet har behov for informasjon fra pårørende i ettertid, vil vanligvis andre enn de som rykker ut kontakte pårørende. For de etterlatte kan det være en fordel at prest 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. Spesielt vil informasjonsbehovet være stort der f. eks. 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 (42).

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 må gis høyeste prioritet, slik at de etterlatte snarest mulig får tilgang til egen bolig.

5.1.1 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. Juridisk kan en slik varsling sees som en del av politiets lovbestemte plikt til å organisere redningsinnsats. 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 politilovens § 24 som bl.a. fastsetter at forvaltningslovens §§ 13 – 13f gjelder for virksomhet som gjelder andre saker enn straffesaker, med de modifikasjoner som følger av politilovens § 24.

I politilovens § 27 er det imidlertid også bestemt vedrørende ulykkes- og katastrofesituasjoner: ”Det tilligger politiet å iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret.” Av interesse er også § 12-2 i FOR-1990-06-22-3963: Alm. tjenesteinstruks for politiet:

§ 12-2. Politiets plikter i ulykkestilfelle.

Politiet plikter å sette i verk, lede og organisere ettersøknings- og/eller redningsaksjoner av en hvilken som helst art og i samsvar med organisasjonsplan for redningstjenesten fastsatt ved kgl.res. av 4. juli 1980.

5.2 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 båretkapell. Det finnes ulike rutiner i ulike kommuner, enten politiet tilkaller et bestemt begravelsesbyrå eller man spør pårørende om deres ønsker. De etterlatte skal selvfølgelig bestemme hvilket byrå de vil bruke. Men der de trenger råd er gjerne politiet 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 betydning for dem i ettertid. Det er nå vanlig å forsøke og 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 fraråde at etterlatte velger å la begravelsen foregå ”i stillhet”.

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. 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.

5.2.1 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 så kan også venner, kolleger, skolekamerater og andre som har stått avdøde nær komme til syning sammen med konsulenten. Råd i forhold til inkludering av barn er for eksempel beskrevet i en bok av psykolog Renate G. Bugge (43).

5.3 Prest

Prestens oppgaver er knyttet til varsling, bæreandakt, sørgesamtale før begravelsen/bisettelsen, eventuelt syning, begravelse/bisettelse, urnenedsettelse, og informasjon om lokale oppfølgingstilbud til pårørende (i regi av kommune eller kirke). Ulike prester utfører av og til ulike oppgaver.

Der dødsfall skjer uten pårørende til stede er det politiet som har det overordnede ansvar for at pårørende varsles, men politiet delegerer ofte til presten 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. Presten blir oppringt av politiet og får informasjon om avdødes navn, alder og bosted.

5.3.1 Prestens rolle

Ved formidling av dødsbudskapet er prestens oppgave å få gitt de pårørende beskjed og være til stede for dem. Dette er ikke stedet for forkynnelse. Det hører hjemme i en eventuell seremoni som presten leder. Forkynnelsen skal ha fokus på omsorg, støtte og håp. Presten må aldri opptre som en dommer over folks liv eller være moraliserende. Det er viktig å være raus i møte med folks ønsker av sang, musikk og annet i seremoniene.

5.3.2 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.

- Når presten 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 presten enn at personen er død. I tillegg trenger presten navn og adresse til de pårørende som skal ha beskjed. Presten noterer også ned navn og nummer til polititjenestemannen som har gitt beskjeden.
- Presten 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 presten 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 presten ikke slippes inn, må hun/han levere en skriftlig melding med navn på avdøde, navn og telefonnummer til presten 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.
- Presten 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.
- Pårørende gis beskjed om at de kan kontakte politiet for nærmere informasjon.

Det hersker noe ulik oppfatning blant etterlatte om prester i Den norske kirken er de rette til å ha ansvar for å komme med dødsbudskap. I et flerkulturelt samfunn, der mange har helt andre kirketilknytninger enn den norske statskirken, eller ingen kirketilknytning i det hele tatt, kan det argumenteres for at varslingen bør legges til en trosnøytral instans. Per i dag er denne jobben lagt til den instans med bredest erfaring på kommunikasjon, ivaretagelse og organisering av tjenester i forbindelse med dødsfall for et flertall av befolkningen. Uansett hvem som kommer med dødsbudskapet så må vedkommende formidle skriftlig og muntlig hvor pårørende kan få videre hjelp (42).

5.4 Kommunehelsetjenesten

5.4.1 Kommuneoverlege

Tiltak for etterlatte ved selvmord berører en rekke kommunale instanser. Kommuneoverlegen har et overordnet ansvar for å utvikle et tjenestetilbud som er ivaretagende på ulike nivåer. Kommuneoverlegen kan selv være med i kommunale kriseteam, eller ha et overordnet veilederansvar. Flere kommuner har egne selvmordsforebyggende team (f.eks. Asker og Bærum (16,44), og alle kommuner skal ha en akuttberedskap som eventuelt trer i funksjon ved selvmord.

5.4.2 Fastlege

Det er viktig at fastlegen tar aktivt ansvar og at dennes rolle tydeliggjøres i arbeidet med etterlatte ved selvmord. I visse tilfeller vil fastlegen ha vært hele familiens lege, også avdødes. I slike tilfeller er det som regel et sterkt 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 i tillegg til selv å ivareta etterlatte, mulighet for å ha god oversikt over andre omsorgstiltak, og kan sørge for at etterlatte får kjennskap/hjelp til å komme i kontakt med de ulike tiltakene. Fastlegen vil være den pårørende henvender seg til for sykemelding på grunn av kroppslige plager, som søvnevansker og fysiske smerter, eller for 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 slik at det på et tidlig tidspunkt kan avdekkes hvis de også har symptomer på PTSD. I slike tilfeller er det nødvendig at fastlegen henviser etterlatte til det psykiske helsevernet.

5.5 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsesøster er en sentral kontaktperson for barn og unge som sliter, og derfor også for barn som etterlatte ved selvmord. Helsesøstre med spesialkunnskap kan 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 må inneholde klare råd for krisehåndtering ved selvmord.

5.5.1 "Smitteeffekt" ved selvmord (identifikasjons-selvmord)

Det hersker fremdeles mange myter rundt selvmord, en av dem er at det er best å ikke snakke om temaet. Men det er ved ikke å snakke om selvmord på en måte som demper selvmordsfaren hos andre at vi kan få flere selvmord i kjølvannet av det første. Dette omtales gjerne som "smitteeffekt" eller identifikasjonseffekt, det vil si at andre synes de finner så stor likhet mellom sine egne problemer og dem de tror avdøde hadde at de selv får tanker om å gi opp livet. Identifikasjonseffekten kan være ekstra stor i et skolemiljø der det feilaktig settes likhetstegn mellom avdøde og en selv ut fra overflatiske betraktninger om å være frustrerte skoleelever med en del tilleggsproblemer som kan oppleves mye likere enn de egentlig er. Det er derfor viktig å klargjøre for elevene at ingen er helt like, og at det er en komplisert prosess med sammenfall av mange problemer som fører til selvmord, selv om enkelte forhold kan virke lett gjenkjennelige. Glorifisering av den som tok sitt liv kan av og til oppstå i ungdomsmiljøer, og for enkelte kan dette være med på å senke terskelen for egne selvmordshandlinger. Det er derfor viktig at omtale og minnestunder i skolen eller andre steder har et nøkternt og empatisk preg uten idyllisering av selvmordshandlingen.

Selvmord må omtales som et tragisk problem og ikke som en løsning. Generelt kan man snakke om løsningsmuligheter når livet er vanskelig, og på denne måten hjelpe barn/unge til å se at det finnes mestringsmuligheter selv ved problemer som kan oppleves uløselige. Det å bli gående uten hjelp til bearbeiding av sjokk og sorg kan medvirke til selvmordsfare for enkelte medelever. Det er viktig at hele skolemiljøet vet hvordan de skal håndtere etterlatte elever, øvrige elever og lærerstab etter selvmord blant skoleelever eller deres nærmeste pårørende. Helsesøster kan hjelpe pårørende til å få kontakt med hjelpeapparatet ved behov, og alle bør få informasjon om hvor slik hjelp finnes. Den såkalte smitteeffekten kan også gjøre seg gjeldende ved selvmordsforsøk, der ett selvmordsforsøk kan utløse flere dersom de berørte ikke får hjelp til å takle situasjonen (www.selvmord.no).

5.6 Barnehage

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. Det at barn innimellom kan gi seg hen til lek og latter, avløst av ulike former for sorgreaksjoner hører med til barns normale væremåte. Det er viktig å snakke med barn om selvmord på en ærlig og likefrem

måte, med ord som selv små barn kan forstå. Begrepet ”tankesykdom”, 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, kan være en måte å forklare selvmord på for små barn (45).

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 skal ha utarbeidet planer for hvordan de ansatte håndterer kriser generelt. I disse planene bør det ligge retningslinjer for kommunikasjon med barn ved død/selvmord spesielt (46). En billedbok for små barn, ”Pappa ville ikke leve lenger”, kan og være til hjelp (47).

5.7 Skole

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.

Ivaretagelsen 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 skolens 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 må inneholde retningslinjer for ivaretagelse av både familiene til avdøde, kolleger og medelever på skolen (www.kriser.no).

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 reaksjoner og empati overfor de rammede (tegninger, blomster, deltakelse 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 imot, og har behov for

5.8 Psykologkompetanse i kommunen

For barn og unge med behov for psykologhjelp bør et lavterskeltilbud av kommunal psykologtjeneste være tilgjengelig, enten knyttet til skolehelsetjenesten eller som egen psykologtjeneste. Med midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse har flere psykologer blitt ansatt i kommunene. Slike psykologstillinger kan blant annet brukes til å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere og kommunetjenestene.

Psykologkompetanse kan også brukes i forebyggende arbeid og tidlig intervensjon overfor selvmordsetterlatte som sliter med psykiske og eksistensielle problemer av en karakter som i hovedsak ikke faller innunder spesialisthelsetjenestens ansvarsområde (psykiske lidelser).

5.9 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. På

familievernkontorene arbeider det blant annet psykologer og sosionomer med videreutdanning i familierapi. Fagpersonene har lang klinisk erfaring i å jobbe med kriser og problemer knyttet til tap.

Etter et selvmord blir mange i et familienettverk 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. Henvisning er ikke nødvendig. Kontorene tar imot enkeltpersoner, par og familier – unge og eldre.

5.10 Psykisk helsevern

For voksne etterlatte kan det være aktuelt med henvisning fra fastlege til et lokalt distriktpsykiatrisk senter (DPS). I en akutt krisesituasjon vil de fleste DPSer ikke kreve slik henvisning, men ta imot etterlatte nesten på dagen, og ordne henvisning i ettertid. Kontakt med psykisk helsevern vil være ønskelig der symptomtrykket er høyt, slik at det kan settes i gang arbeid med å diagnostisere og behandle i de tilfeller der pårørende har en psykisk lidelse. Det er altså primært ved fare for tilstedeværelse av en psykisk lidelse at henvisning til DPS er riktig. Fordi etterlattes reaksjoner etter et selvmord naturlig nok kan være svært sterke, er det ikke alltid lett å skille mellom patologi og det som er normale reaksjoner på en ekstrem situasjon.

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. Henvisning til psykisk helsevern for barn og unge vil derfor sjelden være nødvendig eller ønskelig, med mindre den unge fra før av sliter med en behandlingstrengende psykisk lidelse.

Når det gjelder etterlatte ved selvmord som skjer i tilslutning til behandling i psykisk helsevern, vises det til retningslinjen fra Helsedirektoratet (15). 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.

5.11 Likemannsstøtte

Mange etterlatte opplever støtte fra likemenn (andre som har opplevd lignende/det samme) som svært viktig. De kan oppleve at ”sorgfellesskapet” 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.

Gjennom likemannsstøtte kan de etterlatte:

- møte andre og oppleve at de er i lignende situasjon som en selv
- få bekreftelse på det normale i egne reaksjoner
- få snakke om tanker og følelser en sjelden lufter 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 alvoret (11)

5.11.1 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.

- 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 på å synliggjøre og utnytte etterlatte som ressurs i arbeidet.

Siden LEVE ble etablert 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 én-til-én-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 andre tiltak.

5.11.2 Likemannsstøtte Unge LEVE

Unge LEVE er i ferd med å bygges 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 fylkesstyrene.

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.

5.12 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” (støtputeteorien) og «recovery»-teorien (bedringsteorien) (28). 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 fortære kommer seg til hektene igjen (”recovery”) fordi den positive ballasten de har minsker de store påkjenningene ved alvorlige livshendelser (48). Ifølge teoriene vil sorg- og kriserammede med gode støttenettverk ikke rammes så hardt som andre, og de vil komme seg fortære til hektene igjen.

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 (49). 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.

Generelle råd for nettverkstøtte

- 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 vis at du bryr deg.
- Send et brev, en blomst, en liten hilsen – og det varmer med en klem!

- Hør om de etterlatte ønsker å snakke om det som har hendt, og gjenta tilbudet.
- Vær 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 pårørendeforeninger.
- 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 den dødes navn i samtaler der det er naturlig.
- Vis at du bryr deg og stiller opp over tid.
- Vær forberedt på og tål å bli avvist (28).

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 (28). Fagfolks bidrag kan være av stor betydning for å gjøre nettverket i stand til å yte optimal støtte til etterlatte ved selvmord.

5.13 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.

Tiltak kan legges til rette for:

- åpen og direkte informasjon til kolleger om hva som har skjedd
- anledning for kolleger til å stille spørsmål, uttrykke egne reaksjoner og empati overfor de rammede (blomster, deltakelse i begravelse (evt. syning) i forståelse med etterlattes familie)
- mulighet for den rammede å snakke om og bearbeide det som har skjedd
- mulighet til å gjenoppta arbeidet så snart som mulig
- tilrettelegging av arbeidssituasjonen for å fungere gjennom dagen
- tilpasning av fravær ved velferdspermisjon og ulike former for sykmelding (50)

6. ULIKE TILBUD VED ULIKE BEHOV

Etterlatte ved selvmord er like ulike som folk flest. Det betyr at tilbudene må være slik at etterlatte blir hjulpet på sine egne premisser. Selv om selvmordsetterlatte som gruppe vil ha noen særegne belastninger som kan trenge bredspektret og behovstilpasset hjelp, vil behovet variere fra individ til individ, og over tid. Etterlattes behov for ivaretagelse omfatter både profesjonell hjelp og støtte fra både private og organiserte nettverk (for eksempel andre etterlatte).

Som tidligere omtalt kan symptombelastningen ved selvmord være ganske lik det man ser ved annen brå død, når det måles i forhold til angst, depresjon, PTSD eller forlenget / komplisert sorg. Det er imidlertid innholdet i reaksjonene til etterlatte som utgjør særegne belastninger. Felles, og spesielt for etterlatte ved selvmord er alle de ubesvarte spørsmålene; ”Hvorfor tok han livet sitt? Hvorfor akkurat nå? Hvorfor på denne måten? Hvorfor så jeg det ikke komme?” Mange sliter med skyldfølelse, og anklager seg selv for ikke å ha gjort noe som kunne forhindre dødsfallet eller nages av en opplevelse av selv å være ansvarlig for selvmordet.

6. 1 Profesjonell hjelp

I norske så vel som utenlandske studier rapporterer 80 – 90 % av etterlatte ved selvmord at de i varierende grad har behov for profesjonell hjelp. Gjennomgående presiserer etterlatte at de ikke ønsker å bli livslange klienter i et behandlingssystem, men at de ønsker hjelp til selvhjelp

for best mulig å klare og gå videre i livet. Deres behov er å få rutinemessig og hurtig hjelp for å forhindre at de blir klienter over tid.

Mange etterlatte gir uttrykk for at de vet at fagfolk og psykososial førstehjelp finnes, og at de har rett til hjelp, samtidig som de konstaterer at de ikke har krefter til å be om den hjelpen de trenger. Mange uttrykker ønsker om mer eller andre former for profesjonell hjelp enn det de mottar, og de etterspør et system som sikrer automatisk kontakt med offentlige hjelpeinstanser som har kompetanse på selvmord. De ønsker stabilitet og kontinuitet i støtten, kompetente hjelpere, og samtidig en hjelp som er fleksibel og individuelt tilpasset.

6.1.1 Tidlig, utstrekende og gjentatte hjelptilbud

I en krisesituasjon er det ofte vanskelig selv å mobilisere krefter til å kontakte hjelpeapparatet. Mange etterlatte etterlyser derfor et system der de ikke trenger å ta det første initiativet til kontakt. Det er ikke nok å informere etterlatte om hjelpetiltak, for deretter å la det være opptil dem å benytte seg av det. 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.

Mens det tidligere var svært få som ble kontaktet av hjelpeapparatet etter et selvmord, blir nå stadig flere etterlatte kontaktet av ulike former for kriseteam i løpet av den første uken etter selvmordet. Likevel gjenstår det å rutinisere og automatisere tilbudet slik at alle etterlatte kontaktes tidlig i alle kommuner, og at den akutte førstehjelpen følges av mer langsiktig oppfølging der det er behov for det.

6.1.2 Koordinering av hjelp – et kommunalt ansvar

Det er behov for en koordinerende instans som raskest mulig tar kontakt med etterlatte, og sørger for at alle som er berørt av selvmordet får den støtten de trenger. Hvert selvmord er unikt. Hver etterlatte er unik. Hver familie trenger tilpassete tiltak. Derfor må man ta utgangspunkt i hvert individs behov og de samlede sosiale systemenes ressurser.

Den koordinerende instansen må ha tilstrekkelig kunnskap om selvmord, være lett tilgjengelig, og fortrinnsvis være forankret i kommunehelsetjenesten (jf. kommunehelsetjenesteloven). I de kommunene som har kriseteam eller selvmordsforebyggende team forankret i kommunehelsetjenesten, vil etterlattearbeid naturlig falle inn under deres ansvarsområde.

En måte å sikre at hjelptilbud til pårørende blir formidlet på en aktiv måte er at politiet, som rutinemessig kommer i kontakt med alle selvmord, får ansvar for å varsle et kommunalt selvmordsforebyggende team/kriseteam om det selvmordet som har skjedd (se 5.1.1). Dette forutsetter selvsagt at de etterlatte ønsker at teamet tar kontakt. I tillegg til muntlig informasjon om hjelptilbudet oppfordres det sterkt til at skriftlig informasjon legges igjen hos etterlatte. Tilbudet bør gjentas flere ganger dersom etterlatte avslår kontakt den første gangen de får tilbudet.

6.2.3 Informasjon

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. Det er viktig å informere om at slike ettervirkninger, som til tider kan oppleves både motsetningsfylte og kaotiske, kan ses på som normale etterreaksjoner på en ekstrem hendelse. Slik informasjon kan være med på å normalisere og skape kontroll over situasjonen.

I den første tiden etter et selvmord vil mange pårørende ha behov for informasjon rundt medisinske/psykologiske aspekter ved dødsfallet, sorgprosessen, samt hvordan dødsfallet kan innvirke på familiemedlemmer og familiesystemet. Spesielt etterspør voksne etterlatte råd for å hjelpe barn, og for å takle kommunikasjonsvansker som kan oppstå mellom familiemedlemmer og samlivspartnere ved selvmord i familien. De ber om å 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. Dagens praksis har hovedvekt på muntlig informasjon. Noen kommuner og kriseteam har laget brosjyrer om sorg- og krisereaksjoner, hjelptilbud etter kriser, adresselister til psykologer, etc. Andre kommuner deler ut skriftlig materiell fra Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, eller henviser til nettsteder om selvmord (www.selvmord.no, www.kriser.no, etc.).

6.2.4 Variert og tilpasset hjelp

I tillegg til generell informasjon om selvmord, etterspørres hjelp i forhold til eksistensielle, praktiske, økonomiske, og juridiske spørsmål, så vel som terapeutisk hjelp og råd. Mange vet ikke helt hva eller hvem de trenger, men uttrykker et langt større behov for ”psykologhjelp” for seg og sin familie, enn det som ser ut til å være vanlig å tilby. Dette gjelder både unge og

voksne. Spesielt fremheves behovet for spesifikk psykologisk bistand og selvmestringsråd knyttet til selvmord, for å redusere stressreaksjoner, mareritt og flashbacks (12,26) – se Kap. 7.

I mange kommuner er hjelptilbudet, etter den akutte førstehjelpen, knyttet til ulike former for sorg- eller støttegrupper. Noen former for støttegrupper er profesjonelt ledet, har et strukturert innhold og er avgrenset i tid. Andre er legledet, er åpne i formen, og har ingen klar tidsbegrensning. Legledete sorg- eller støttegrupper 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 skaffe profesjonell hjelp.

6.2.5 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

(<http://krisepsyk.no/Temasider/Sorg/intervensjon/selvord>)

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 henvendte 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 forelder 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 (11). I den norske Omsorgsstudien fra 1998 var det 65 % 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.

Barns rettigheter er nedfelt en rekke steder i lovverket. Spesielt er det naturlig å trekke frem Lov om barneverntjenester (LOV 1992-07-17 nr 100).

Enkelte sentrale bestemmelser gjengis her:

§ 3-1. Barneverntjenestens forebyggende virksomhet.

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer.

Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke og avdekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.

§ 4-3. Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser.

Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter dette kapitlet, skal barneverntjenesten snarest undersøke forholdet, jf. frister inntatt i § 6-9.

§ 4-6. Midlertidige vedtak i akuttsituasjoner.

Dersom et barn er uten omsorg fordi foreldrene er syke eller barnet er uten omsorg av andre grunner, skal barneverntjenesten sette i verk de hjelpetiltak som umiddelbart er nødvendige. Slike tiltak kan ikke opprettholdes mot foreldrenes vilje.

Er det fare for at et barn blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet, kan barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten uten samtykke fra foreldrene umiddelbart treffe midlertidig vedtak om å plassere barnet utenfor hjemmet.

Der voksenpersoner ikke klarer å ivareta barna i en periode fordi foreldrekapasiteten er midlertidig (eller varig) svekket, og de har mer enn nok med sin egen situasjon, har barnevernet støttetilbud til familiene.

LOV 1992-07-17 nr 100: Lov om barneverntjenester (barnevernloven)

§ 4-4. Hjelpetiltak for barn og barnefamilier.

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien, f.eks. ved å oppnevne støttekontakt, ved å sørge for at barnet får plass i barnehage, ved besøkshjem, ved avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak. På samme måte skal barneverntjenesten også søke å sette i verk tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktivitet, eller bidra til at barnet får tilbud om utdanning eller arbeid, eller anledning til å bo utenfor hjemmet. Barneverntjenesten kan videre sette hjemmet under tilsyn ved at den oppnevner tilsynsfører for barnet.

Barneverntjenesten kan også yte økonomisk stønad som hjelpetiltak for barnet.

6.2.6 Hjelp over tid

Varighet av oppfølging er et sentralt tema hos mange etterlatte, og selv om enkelte ikke er i behov av hjelpetiltak over tid, vil andre trenge bistand langt utover den første kriseintervensjonen. Mange etterlatte påpeker at de sliter med vansker over lengre tid enn både hjelpeapparatet og det sosiale nettverket synes å være klar over (28). Sorg tar tid, og en normal sorgprosess kan ikke forventes å være avsluttet for alle etter det konvensjonelle "sørgeåret". På den annen side kan etterlatte ha utviklet komplikasjoner (se 2.3) uten at noen har forstått det, og etterlattes psykiske tilstand kan feiltolkes i retning av at det er normalt med forlenget/komplisert sorg etter selvmord.

Dersom tiltak for etterlatte baseres på mangelfull forståelse av forskjellen på en normal sorgprosess og en sorgprosess som beveger seg i patologisk retning, kan tiltakene virke i

retning av å forsterke etterlattes problemer i stedet for å lette dem. For etterlatte er det lett å tenke at det viktigste er at hjelpen varer lenge. Men dersom hjelpen ikke er tilpasset den enkeltes behov er det ikke nødvendigvis et gode at den varer lenge. Ubehandlet depresjon, PTSD eller forlenget sorg kan føre til et unødvendig langt forløp av etterlattes plager. Ledere av ikke-profesjonelle hjelpetiltak har derfor et ansvar for å ha tilstrekkelig kunnskap om psykopatologi til å kunne fange opp risikopersoner og skaffe dem profesjonell hjelp.

6.2.7 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse

Ved tiltak for etterlatte med en annen etnisk opprinnelse enn den norske, er det en rekke kulturelle forhold man må ta hensyn til. Det eksisterer for eksempel store nasjonale forskjeller i holdninger til selvmord, fra en form for akseptering i Japan til fordømmelse i muslimske land. Den relative betydning av ulike årsaksforhold til selvmord varierer også i ulike kulturer. I et land som India kan en religiøs overbevisning som ikke fordømmer selvmord oppfattes som medvirkende til handlingen på en helt annen måte enn i mer sekulariserte land. En ser også at psykisk lidelse har en svakere posisjon som forklaring i India enn i den vestlige verden (51).

Tiltak for etterlatte ved selvmord i ulike innvandrergupper må derfor være basert 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 innvandrerguppene vi har i det norske samfunn, men vi vil understreke at tiltak for etterlatte ved selvmord må tilpasses ulike etniske gruppers forståelse av fenomenet selvmord. Når det gjelder generell kompetanse på flyktingehelse, 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) (52,53).

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
- Vær 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 (28)

7. PSYKOTERAPEUTISK HJELP

Å sørge etter dødsfall er normalt. De fleste mennesker vil kunne arbeide seg gjennom sorg ved hjelp av egne ressurser, sosialt nettverk og ved å ta tiden til hjelp, og ikke behøve spesifikke sorgintervensjoner. Det spesielle ved selvmord (og andre former for brå, uventet død) er at sorgen er ledsaget av et traume knyttet til det særegne dødsfallet. Traumet påvirker individet på en annen måte enn forventede og naturlige dødsfall. I tillegg kan det rent innholdsmessig være plagsomme minner knyttet til ubearbeidet konfliktstoff i forkant av selvmordet. Dette gjør at etterlatte 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.

I sin søken etter å forstå hvorfor avdøde tok livet av seg kan mange bli tvangsmessig opptatt av detaljer rundt selvmordet, eller siste gang de møtte avdøde. Når en slik søken ikke over tid avløses av en slags forsoning med selvmordet, kan det være nødvendig med profesjonell hjelp for å komme videre. Det finnes gode terapeutiske behandlingsmetoder som innebærer hjelp til å bearbeide eget symptomtrykk slik at man 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.

7.1 Behov for kunnskap om selvmord, traume og sorg

Uheldigvis beskriver mange etterlatte møter med terapeuter uten nødvendig kunnskap om krisereaksjoner og sorgprosessen knyttet til selvmord. Hvis man ikke får arbeidet grundig med alle ”hvorfor”-spørsmålene, noe som er nødvendig for å forløse sorgprosessen, kan man bli stående fast i mange av de samme tankemønstrene 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. Det er av stor betydning at psykoterapeuter som skal jobbe med etterlatte etter selvmord baserer intervensjonen på relevant kunnskap

En rekke prinsipper for arbeid med etterlatte gjelder uavhengig av alder. Men der barn mister nærstående (mor, far, søsken, besteforeldre) ved selvmord, er spesifikk kunnskap om barns behov av vesentlig betydning for kvaliteten på den psykoterapeutiske hjelpen.

7.2 Arbeid i tidlig fase

Like etter en har fått dødsbudskapet opplever de fleste en sjokkreaksjon. Den kan innebære en følelse av nummenhet, ”dette skjer ikke”, altså en slags benektning av det som har skjedd. En slik reaksjon kan gi en mental beskyttelse der og da, idet man utsetter å ta inn over seg hva som faktisk har skjedd. Sjokket av å høre om selvmordet kan oppleves som så enormt at det kan være umulig med en gang å forholde seg til den faktiske situasjonen. Noen kan gå inn og ut av denne distansen til det som faktisk har skjedd gjennom hele begravelsesperioden. Dette kan være funksjonelt ved at det er mye som skal ordnes rent praktisk, og som krever at man handler rasjonelt. Nummenheten, distansen og sjokkopplevelsen kan vare fra timer til dager, og for noen få vedvare i lengre tid.

En del etterlatte kommer også til samtaler med en opplevelse av å være ”avskåret” fra egne følelser. Etterlatte trenger da å få vite at det kan henge sammen med et behov for å beskytte seg fra den smerten som der og da er for stor til å klare å ta inn over seg. For mange er denne forklaring med på å roe ned, og gjøre det uhåndterbare mer håndterbart. De trenger hjelp til å sortere i det kaoset de opplever. Enkelte ting, som det å glemme, kan for eksempel skape stor fortvilelse for ellers kontrollerte mennesker. Kunnskap om sjokkreaksjoner er spesielt viktig i første fase slik at disse reaksjonene ikke feiltolkes som symptomer på en patologisk utvikling. 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 (kognitiv atferdsterapi) klart reduserer slike plager, mens uspesifikk kriseoppfølging (støttesamtaler) på langt nær gir denne effekten (54).

7.3 Finne svar på ”Hvorfor-spørsmålene”

Etter den første sjokkfasen 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. For noen etterlatte betyr det å snakke om sensitivt konfliktstoff, noe som kan være ekstremt smertefullt. Den profesjonelle hjelpen må selvfølgelig 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 (6,25,55-57).

Noen etterlatte har stor nytte av relativt få samtaler der en aktivt jobber mot en økt forståelse for selvmordet, for å forløse den videre sorgprosess. Andre vil trenge lengre tids bearbeiding. 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 (58). Denne type bearbeiding 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.

7.4 Traumbearbeiding

Kunnskap fra traumefeltet viser at de fleste mennesker som har vært eksponert for sterke psykiske påkjenninger vil være i behov av profesjonell hjelp. Ved å få profesjonell hjelp kan etterlatte klare å håndtere sterke ubehagelige tanker og følelser. Uten slik hjelp er det en fare for at etterlatte heller prøver å skyve dem 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 aktivisering 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 sterk unngåelsesatferd for å holde alt som kan utløse minnene om selvmordet og flashbacks/påtrengende minnebilder (59) 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 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 (60-65).

7.5 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 (66). Sentralt i moderne sorg-teori står den såkalte to-sporsmodellen, det vil si å veksle mellom konfrontasjon av ulike sider ved tapet og å gå videre i livet ut fra den faktiske livssituasjonen (36). 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). Anbefalinger av traumeintervensjon er omtalt under Kap. 7.4.

I denne sammenheng vil vi spesielt peke på at det eksisterer en fare for utvikling av forlenget sorg når etterlatte blir ukritisk støttet i overdreven gjentakelse av detaljer ved selvmordet, endeløse spekulasjoner og dveling ved hendelsen og ensidig fokus på negative følelser. Begrepet sam-grubling (”co-rumination”) er nytt, men har røtter i forskning knyttet til ”rumination” eller grubling. Ved sam-grubling er fokus på 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 (67).

Faren for å gjøre vondt verre er altså til stede der etterlatte ikke får hjelp til å komme videre i sin forsoningsprosess, men blir stående på stedet hvil, mer og mer fastlåst. En skal derfor være observant på at støtte- eller sorggrupper som ikke har en struktur for å forebygge utvikling av patologiske reaksjoner kan komme til å virke mot sin hensikt (68).

7.6 Håndtering av skyldfølelse

Selv om mange selvmord oppleves som “lyn fra klar himmel”, viser både forskning og klinisk erfaring at mange selvmord (70-80 %) er varslet på forhånd. 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, og ikke forbigås på en overflatisk måte. I forhold til å bearbeide skyldfølelse, er det viktig å erkjenne at man i ettertid kan oppfatte varsler som man ikke forsto alvoret i da de kom. Selvmordsvarsler kan dessuten være tildekket og presentert på en slik måte at pårørende ikke gis stor mulighet til å forstå hva de er ment som og liknende utsagn kan komme fra mennesker som ikke har selvmordstanker/-planer (7).

I andre tilfeller kan selvmord ha vært varslet på en tydelig måte, uten at pårørende forsto den reelle selvmordsfaren. Kanskje hadde avdøde tidligere sendt ut mange varsler uten at det hadde ført til selvmord, med den følge at det siste varslet heller ikke ble vurdert alvorlig nok. I arbeid med skyldfølelse må man både erkjenne den varslingen som forelå, og få hjelp til å forstå de mekanismene som gjorde at man ikke reagerte med tiltak som kunne ha forhindre selvmordet.

Etterlattes skyldfølelse knyttes ofte til noe de sa eller gjorde like før selvmordet. I den sammenheng er det viktig å formidle at selvmord sjelden er resultat av en enkelthendelse, men må forstås ut fra summen av en rekke faktorer. Det er heller ikke slik at selvmord vanligvis er ment som en hevnaksjon 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).

Det er utviklet kognitive metoder for skyldbearbeiding som har vist gode resultater på traumeområdet (69). Klinisk erfaring tilsier at slike arbeidsmetoder også er virkningsfulle i forhold til skyld og selvbebreidelser etter selvmord.

7.7 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 i 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

- *Helsepersonelloven § 4:* helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon 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

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. Hjelpeapparatet bør komme offensivt inn for å forebygge problemutvikling hos de etterlatte.
- Forslag til igangsetting av tilbud om hjelp: Politiet melder behov for bistand til et kommunalt selvmordsforebyggende team/kriseteam, som snarest tar kontakt med de etterlatte.
- Krisehjelpen bør inkludere pårørende i vid forstand, ikke bare nærmeste familie. Barn må sikres omsorg og hjelp.
- Hjelpen bør være individuelt tilpasset, også i forhold til lengden på kontaktperioden.
- 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.

Lenker: www.kriser.no
www.krisepsyk.no
www.levenorge.no
www.nkvts.no
www.selvmord.no
ungeleve@leve.no

VEDLEGG 1

Kunnskapsgrunnlaget

Anbefalingene i veilederen bygger på systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt prosjektgruppens vurderinger. Det har vært foretatt systematiske sammenfatninger av nyere vitenskapelige forskningsresultater 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 survivor\$.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 155 abstracts ble vurdert, 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 var 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 kunnskapsgrunnlaget

Få effektstudier av postvention-programmer

Det foreligger få/ingen effektstudier av helhetlige oppfølgingstiltak ved selvmord (70). 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 (70-72). Effektstudiene er ikke begrenset til et såkalt RCT-design (randomisert kontrollerte studier), ettersom slike studier nesten er fraværende i dette feltet. Kunnskapsgrunnlaget 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*) (73)
- Aktiv og oppsøkende hjelp (*Amaya-Jackson et al., 1999; Provini et al., 2000*) (74,75)
- Gjentakelse av tilbud om hjelp - ulike behov over tid (*Provini et al., 2000*) (76)
- Barnefaglig hjelp (*Hung & Rabin, 2009; Pfeffer et al., 1997*) (77,78)
- Informasjon om hendelsen, vanlige reaksjoner, og veiledning i viktige spørsmål (*Murphy 2000; Murray et al., 2000*) (79,80)
- Individuelt tilpasset hjelp til familie (*Bryant et al., 1998; Murray et al., 2000*) (81,82)
- Hjelpetiltak over tid (*Murphy 2000; Murray et al., 2000*) (83,84)
- Brukervurderinger av behov for et hjelptilbud (*Dyregrov, 2003*) (85)

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 brukermedvirkningstradisjoner. 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 helse mål tildels mangelfull/svak (13,86-90).

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 bearbeiding av.

Effektstudier av sorgintervensjon

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 (91). Dette betyr at tiltak for selvmordsetterlatte i stor grad baseres på tilgrensende fagområders effektstudier.

I en oversiktsstudie (meta-studie) fra 2005 (92) 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 (93) konkluderer 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 (94,95). 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/støttegrupper, og i liten grad på etterlattes spesifikke behov ved å oppleve selvmord hos nærstående person (96,97).

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 (98).

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. Men man fant ikke støtte for at aktiv oppsøking av etterlatte med tilbud om rask oppfølging og deltagelse i sorggruppe i seg selv hadde positiv helseeffekt (99). Det er dermed vanskelig å konkludere med hva som faktisk viser effekt, men det ser ut til å være liten støtte for helsegevinst fra deltagelse i ordinære sorggrupper for etterlatte ved selvmord.

Effektstudier av kriseintervensjon

Den norske kunnskapsoppsummeringen (100) 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. I forhold til studier av enkeltsamtaler (ofte feilaktig kalt psykologisk debriefing (PD)), ble det i kunnskapsoppsummeringen ikke funnet forebyggende effekt av slike korte samtaler like etter en traumatisk hendelse verken på PTSD eller angst-, depresjons- eller posttraumatiske symptomer, sammenlignet med ingen intervensjon. Imidlertid er det påvist store metodologiske svakheter ved studiene som ligger til grunn for konklusjonen.

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 (60). 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 (101) 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 & McMenemy 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 (102). 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 (103).

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 ved 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 varslers ansvarlig kriseteam med 24 timers tilgjengelighet og orienterer om selvmordet
- Kriseteamets leder informerer resten av teamet om situasjonen for å sikre koordinert oppfølging
- Etterlatte blir kontaktet av kriseteamet (KT)

Målgruppe og kriterier for oppfølging er etterlatte ved fullbyrdede selvmord. 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 nærmeste familie, kartlegges det hvem som stod avdøde nærmest. Hvis avdøde var ungdom, er det viktig å være spesielt oppmerksom på at ungdom utenfor nær familie kan ha stått avdøde nærmest av alle, og kan være svært sårbar.
- Arbeidsplass, skoleklasse, og andre "minisamfunn" sikres ivaretagelse gjennom egne kriseplaner.

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 (jf. 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 og 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*).
- 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, sanseinntrykk, tanker og reaksjoner, og supplere berørte med faktaopplysninger rundt dødsårsak og omstendigheter rundt hendelsen. NB! Om en eller flere av familiens medlemmer (eller venner) har vært med og 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 om vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser og råd om hvordan disse kan dempes (www.krisepsyk.no / *Klikk på Temasider, deretter på Traumer*).
- 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 traumet. 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 akutfasen 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 informasjon gitt tidlig bør som regel gjentas senere.
 - Informasjonen bør gis 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 - *Klikk på Temasider, deretter på Barn*).
 - Informere foreldre om barns reaksjoner og behov for støtte etter traumatiske dødsfall (www.krisepsyk.no /*Klikk på Temasider, deretter på Sorg*).
 - Hjelp til å informere barnet om det som har skjedd (www.krisepsyk.no /*Klikk på Temasider, deretter på Sorg*).
- Undersøke om nær familie/sosiale nettverk er tilkalt for å bistå familien/nærmeste berørte gjennom de første døgnene. Mange etterlatte ved selvmord kan trenge døgnkontinuerlig tilstedeværelse 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 medisinert 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. 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 etterlattes familie. 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*).
- 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*).
- Stimulere til at ungdom finner egne uttrykkskanaler for eksempel gjennom musikk eller via å lage Web-side for kondolanse (Se www.kriser.no *Klikk på Temasider, deretter på Sorg*).
- 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 screeningsresultater.

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 *Ressurser/samarbeid - skolen*) (www.krisepsyk.no - *Klikk på Temasider, deretter på 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 innen kort tid, 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 1 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 berørte grupper. 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 sanseeksponering 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 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 kan være viktig i den videre oppfølgingen av enkeltindividet.
- Leder av Kriseteamet (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 feste 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):

- Telefonkontakt rutinen 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. (Skolen 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- 4-8-12 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 akuttfasen.

Videreføre forebygging av psykososiale vansker gjennom repetering/supplering av informasjon fra akuttfasen (*se Tiltak/støttesamtaler*) på KT-etterlattermøte en måned etter dødsfallet. Støttesamtalene i langtidsoppfølgingen vil avhenge noe av hva som er tatt opp i akuttfasen, 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-etterlattermøte 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 (www.levenorge.no)
- 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
 - Fransiscus-hjelpen - www.sfpn.org
- Der unge mennesker har tatt livet sitt:
 - Oppfølgingsamling 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-etterlattermøte etter én og 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 ett år bør KT/fastlegen vanligvis kunne forholde seg mindre utstrekking 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 utstrekking fasen fortsette utover det første året.

Kommentarer:

Videreoppfølgingen består bl.a. i oppfølgingsamtaler som gradvis spres utover i tid. Disse bør 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*). Øvrige støttetiltak må igangsettes ved behov, ved at fagperson/kriseteam som har ansvar for oppfølgingen følger kommunens rutiner og avgjør, i samråd med den/de pårørende, hva som er nødvendig psykososial hjelp. Sorggrupper passer for noen, men ikke for alle.

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. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
2. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 91-102.
3. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
4. McIntosh JL. Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 146-61.
5. Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega: Journal of Death and Dying* Vol 58(4), 2009, pp 251-273 2009; 2009, pp-2009, 273.
6. Shneidman ES. *Definition of suicide*. New York: Wiley, 1985.
7. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. *Selv mord: et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
8. Shneidman E. *On the nature of suicide*. San Fransisco: Jossy-Bass, 1969.
9. De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J. Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 418-31.
10. Dyregrov K. Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Stud* 2002; 26: 647-68.
11. Dyregrov K. Støtte til unge etterlatte. Styrket omsorgsapparat for unge etterlatte ved selvmord. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen, 2006.
12. McMenamy J, Jordan J, Mitchell A. What do survivors tell us they need? Results from a pilot study. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 375-89.
13. Wilson A, Clark S. South Australian Suicide Postvention Project. Report to Mental Health Services. Department of Health. 2005.
14. Leenaars A. *Lives and deaths: selections from the works of Edwin S. Shneidman*. London: Brunner/Mazel, 1999.
15. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Rapport. IS-1315, 2008.
16. Statens helsetilsyn. *Bærumsmodellen, 1984-1994*. Skriftserie. IK-2524, 1996.

17. De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J. Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 418-31.
18. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
19. Pfeffer CR, Martins P, Mann J et al. Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 65-74.
20. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
21. Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 13-29.
22. Statens helsetilsyn. Handlingsplan mot selvmord - Sluttrapport. Rapport. IK-2720, 2000.
23. Dyregrov A. Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforl., 2002.
24. Reed MD. Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 285-301.
25. Leenaars A. Psychotherapy with suicidal people: a person-centred approach. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, 2004.
26. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Etterlatte studien: rapport. 2000.
27. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
28. Dyregrov K, Dyregrov A. Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe? Bergen: Fagbokforl., 2007.
29. Dyregrov A. Complicated grief: Theory and treatment. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2006; 43: 779-86.
30. Schwab R. A child's death and divorce: Dispelling the myth. *Death Stud* 1998; 22: 445-68.
31. Leenaars A, Wenckstern S. Post-traumatic stress disorder: a conceptual model for prevention. I: Leenaars AA, Wenckstern S, red. *Suicide prevention in schools*. New York: Norton, 1990: 173-179.
32. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 616-23.
33. Dyregrov K, Dyregrov A. Siblings after suicide - "The forgotten bereaved". *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 714-24.

34. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
35. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A Case for Inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. I: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al., red. *Handbook of bereavement research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008: 165-186.
36. Stroebe MS, Hansson R, Schut H et al. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008.
37. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
38. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG et al. Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2004; 25: 12-8.
39. Dyregrov K. Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? *Suicidologi* 2004; 9: 8-11.
40. Sosial- og helsedirektoratet. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Rundskriv. IS-24/2004, 2004.
41. Sosial- og helsedirektoratet. *Plan for brukermedvirkning - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport. IS - 1315, 2006.
42. Dyregrov K, Dyregrov A. *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl., 2008.
43. Bugge RG. *Når krisen rammer barn og unge*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2008.
44. Statens helsetilsyn. *Selvmondsforebyggende arbeid - Bærumsmodellen*. Utredningsserie. IK-2456, 1994.
45. Raundalen M, Schultz J-H. *Kan vi snakke med barn om alt?* Pedagogisk forum, 2008.
46. Dyregrov A. *Sorg hos barn: en håndbok for voksne*. Bergen: Fagbokforl., 2006.
47. Runvik MJ. *Pappa ville ikke leve*. [Oslo]: Seksjon for selvmordsforebygging og - forskning [i.e. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging], Universitetet i Oslo, 2003.
48. Bø I. *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, 2003.
49. Helsedirektoratet. *Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Rapport. IS-1512, 2008.
50. Dyregrov A, Dyregrov K. *Når sorgen rammer en av dine ansatte*. Informasjonshefte. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød, 2008.

51. Vijayakumar L, John S, Pirkis J et al. Suicide in Developing Countries (2): Risk Factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2005; 26: 112-9.
52. Dahl S, Sveaass N, Varvin S. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger - veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
53. Neumayer SM, Skreslett A, Borchgrevink MC, Gravråkmo S. Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
54. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
55. Joiner TE. *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2005.
56. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. *Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press, 2001.
57. Williams M. *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. London: Penguin Books, 2001.
58. Begley M, Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2007; 28: 26-34.
59. Callahan J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 104-24.
60. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Collaboration* 2007; 3: 1-82.
61. Blindheim A-R. Hjernen, integrering og traumebehandling. I: Dyregrov K, Dyregrov A, red. *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008: 172-185.
62. Dyregrov A. Complicated grief: Theory and treatment. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2006; 43: 779-86.
63. Segal ZV. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press, 2002.
64. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; 293: 2601-8.
65. Vøllestad j. Oppmerksomt nærvær. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2007; 44: 860-7.

66. Neimeyer RA. Meaning reconstruction & the experience of loss. (2001) Meaning reconstruction & the experience of loss xiii, 359 pp Washington, DC, US: American Psychological Association 2001; 359.
67. Rose AJ, Carlson W, Waller EM. Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-rumination. *Dev Psychol* 2007; 43: 1019-31.
68. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003; 27: 765-86.
69. Kubany ES, Hill EE, Owens JA et al. Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 3-18.
70. Cerel J, Padgett JH, Conwell Y et al. A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* Vol 39(3), Jun 2009, pp 269-281 2009; Jun-281.
71. Hawton K, Simkin S. Helping people bereaved by suicide. *BMJ: British Medical Journal* 2003; 327: 177-8.
72. Jordan JR, McMenamy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
73. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
74. Amaya-Jackson L, Davidson JR, Hughes DC et al. Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *J Trauma Stress* 1999; 12: 709-24.
75. Provini C, Everett JR, Pfeffer CR. Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud* 2000; 24: 1-19.
76. Provini C, Everett JR, Pfeffer CR. Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud* 2000; 24: 1-19.
77. Pfeffer CR, Martins P, Mann J et al. Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 65-74.
78. Hung NC, Rabin LA. Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies* Vol 33(9), Oct 2009, pp 781-814 2009; Oct-814.
79. Murphy SA. The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Stud* 2000; 24: 585-602.

80. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
81. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
82. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
83. Murphy SA. The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Stud* 2000; 24: 585-602.
84. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
85. Kari Dyregrov. 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, 2003.
86. Anderson M, Jenkins R. The national suicide prevention strategy for England: The reality of a national strategy for the nursing profession. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 641-50.
87. Beautrais AL. (2004). Suicide Postvention. Support for Families, Whanau and Significant Others after a Suicide. <http://www.myd.govt.nz/media/pdf/postvention-lit.pdf>
88. Campbell FR, Cataldie L, McIntosh J et al. An Active Postvention Program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2004; 25: 30-2.
89. Defauw N, Andriessen K. Networking to support suicide survivors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2003; 24: 29-31.
90. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003; 27: 765-86.
91. Hawton K, Simkin S. Helping people bereaved by suicide. *BMJ: British Medical Journal* 2003; 327: 177-8.
92. Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al. Bereavement Research: 21 st-Century Prospects. I: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al., red. *Handbook of Bereavement Research and Practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008: 577-603.
93. Sikkema KJ, Hansen NB, Ghebremichael M et al. A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects on grief. *Health Psychol* 2006; 25: 563-70.
94. Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR. A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 1465-73.

95. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; 293: 2601-8.
96. Clark S. Bereavement after suicide--how far have we come and where do we go from here? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2001; 22: 102-8.
97. Jordan JR, McMenemy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
98. Shear MK, Smith-Caroff K. Traumatic loss and the syndrome of complicated grief. *PTSD Research Quarterly* 2002; 13: 1-7.
99. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 30-4.
100. Kunnskapssenteret. Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Rapport. NR 14-2007, 2007.
101. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
102. Jordan JR, McMenemy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
103. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*.