

Etterlatte ved selvmord

Orems hjelpemetoder i praksis:
en litteraturstudie

Kandidatnummer.: 116

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

10SYKDEL

Antall ord: 10994

Innlevering: 03.10.2013



Foto: Privat

”Tre personer sto utenfor da jeg åpnet døra, to menn og en kvinne. De presenterte seg som politi. Den ene var politiprest. Inne i stuen forklarte de hva de trodde hadde skjedd, og hvor. Det var ingen vitner, og det gjenstod mye identifiseringsarbeid fordi min kone var skadet til det ugjenkjennelige. Men de hadde funnet identifikasjonspapirer like ved som gjorde det nokså sikkert at det var henne. Jeg forstod alt de sa, men det var som om jeg lyttet fra et sted langt inne i hodet. Ansiktene og stemmene deres var nære og langt borte på samme tid. Jeg svarte rolig på spørsmålene. Jeg hentet hårbørsten hennes og oppga navnet på tannlegen, til bruk for endelig identifisering. Da de hadde gått, sank jeg gråtende sammen i en stol. Jeg følte meg uendelig alene og forlatt.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009: 33-34).

SAMMENDRAG

Tittel: Etterlatte ved selvmord. **Problemstilling:** På hvilken måte kan sykepleier i kommunens kriseteam anvende hjelpemetoder for å ivareta etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg? **Formål:** Finne forskning som underbygger Dorothea Orems fem hjelpemetoder og på hvilken måte disse kan anvendes i møte med etterlatte ved selvmord, samt i forhold til andre som opplever tap, krise og sorg. **Metode:** Litteraturstudie. **Funn:** Seks vitenskapelige artikler. De belyser behovet for profesjonell hjelp. De etterlatte ønsker å fortelle sin historie, bli sett på som ”normale”, få hjelp til å komme i kontakt med andre etterlatte og/eller sorggrupper og bli undervist i sorgreaksjoner. **Diskusjon:** Drøfte Orems hjelpemetoder i lys av relevant teori og utvalgt funn. **Konklusjon:** Orems hjelpemetoder kan benyttes veiledende i møte med etterlatte. Sykepleierens kunnskap og evne til å anerkjenne den etterlatte, samt evnen til å lytte blir vektlagt.

Nøkkelord: selvmord, etterlatte, krise, sorg, Dorothea Orem, hjelpemetoder, kriseteam

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	6
1.1.1 Avgrensning og presisering	7
1.1.2 Begrepsavklaring	7
1.2 FØRFORSTÅELSE	8
1.3 FORMÅL MED OPPGAVEN	8
1.4 DISPOSISJON	9
2 TEORI	10
2.1 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI.....	10
2.1.1 Egenomsorg	10
2.1.2 Sykepleierens rolle	12
2.1.3 Helse og velvære	12
2.1.4 Hjelpemetoder	13
2.2 SELVMORD	15
2.3 ETTERLATTE	16
2.3.1 Følelser og reaksjoner etterlatte opplever.....	17
2.3.2 Hvilke behov har de etterlatte?.....	21
2.4 HVOR MØTER SYKEPLEIER DE ETTERLATTE?.....	22
2.4.1 Kommunens kriseteam	22
3 METODE	24
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	24
3.1.1 Etske overveielser.....	24
3.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØK.....	24
3.2.1 Søkeprosessen.....	25
3.2.2 Inklusjonskriterier.....	25
3.2.3 Utvidet forståelse og teorisøk	26
3.2.4 Søk etter vitenskapelige artikler	26

3.2.5 Leseprosess.....	27
3.2.6 Kildekritikk.....	27
4 FUNN.....	29
4.1 UTVALG.....	29
4.1.2 Presentasjon av funn.....	31
5 DISKUSJON	33
5.1 SAMMENDRAG HOVEDFUNN	33
5.2 ANVENDELSE AV HJELPEMETODER.....	34
5.2.1 Handle eller gjøre noe for en annen	34
5.2.2 Veilede og rettlede en annen	36
5.2.3 Gi fysisk eller psykisk støtte.....	37
5.2.4 Gi og opprettholde omgivelser som støtter personlig utvikling	39
5.2.5 Undervise.....	40
5.2.6 Anvendelse av Orems egenomsorgsteori til mennesker i sorg.....	42
6 KONKLUSJON	43
7 LITTERATURLISTE	44

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING

På verdensbasis dør like under 1 million mennesker av selvmord hvert år og selvmord er da å regne som en av de fremste dødsårsakene i verden. I Norge ligger tallet på antall registrerte selvmord relativt stabilt på ca. 520 (Dyregrov m.fl. 2009). Nyeste statistikk viser at det i Norge i 2011 ble registrert 598 selvmord (Statistisk Sentralbyrå 2012). Menn har forholdsvis høye selvmordstall fra 20 år og oppover, mens kvinner ligger lavere i antall med en opphopning midt i livet (Dyregrov m.fl. 2009).

I de ulike praksisperiodene gjennom dette bachelorstudiet har jeg utfordret min egen utrygghet med tanke på samtaler og samhandling med pårørende og etterlatte. Jeg har ønsket å møte denne sårbare gruppen og lære om deres opplevelser og reaksjoner.

Etterlatte ved selvmord er mennesker som opplever krise og sorg. En sykepleier vil kunne møte på mennesker som opplever disse reaksjonene uavhengig av arbeidsplass. På bakgrunn av dette ønsker jeg å få mer kunnskap om hvordan jeg møter mennesker som kjenner dette ubehaget. Et kriseteam er en instans de fleste kommuner har til å benytte ved traumatiske hendelser som blant annet selvmord og sykepleier er en av flere profesjoner et kriseteam er bygget opp av.

Dorothea Orems egenomsorgsteori og hennes hjelpemetoder blir benyttet som rammeverk. Hjelpemetodene dekker vesentlige punkter i møte med mennesker som er i behov for hjelp. Andre sykepleieteorier sier mer om krise, sorg og lidelse, eksempelvis Travelbee sin relasjonsteori (1999). Ekstra drivkraft og bakgrunn for valgt teoretisk rammeverk er utsagn fra Kirkevold (1998) om at Orems teori har lite å bidra med i situasjoner der sorg og lidelse er sentralt.

Problemstilling:

På hvilken måte kan sykepleier i kommunens kriseteam anvende hjelpemetoder for å ivareta etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg?

1.1.1 Avgrensning og presisering

Jeg tar utgangspunkt i voksne som etterlatte og med det de som er 18 år og eldre. Barn som etterlatte vil trenge alderstilpasset informasjon og annen type intervensjon og oppgaven vil ikke gå videre inn i dette.

Oppgaven avgrenses til at sykepleier møter etterlatte gjennom kommunens kriseteam.

Gjennom oppgaven brukes den/de etterlatte om menneskene som har mistet noe som sto de nær.

1.1.2 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringene er hentet fra aktuell litteratur om teamet.

Selv mord

Verdens helseorganisasjon:

”Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer.” (i følge Mehlum 2012:758).

Etterlatte

”I begrepet «nære etterlatte» inkluderes de som selv opplever å ha nære bånd til den som er død.” (Dyregrov og Dyregrov 2008:67).

Krise

”Dramatiske og potensielt traumatiske hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn, samt svekke deres muligheter til å utføre viktige og sentrale oppgaver på individ – og familienivå, så vel som i et samfunnsperspektiv.” (Helsedirektoratet 2011a:16).

Sorg

Sigmund Freud mener opplevelsen av tap er sentralt ved sorg, og det fokuseres på det tapte. Ved sorg foreligger det et klart ytre tap, hvor verden har blitt tom og fattig. Sorg og depresjon ligger nær hverandre, men ved depresjon er det tapet av jeget/selvet som ligger sentralt (i følge Malt m.fl. 2012).

Hjelpemetoder

Ordet hjelpemetoder benyttes av Orem om metoder som blir brukt for å kompensere for nye eller eksisterende behov (Orem 2001).

Kriseteam

Et kommunalt team som skal bistå med psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer som rammer både enkeltmennesker og lokalsamfunn (Kriser 2009).

1.2 FØRFORSTÅELSE

Jeg bygger min førforståelse på medieoppslag, forskjellige nettressurser og litteratur. I dagene etter terrorangrepet 22.07.11 var det mye om kriseteamene som møtte opp for å være der for de som savnet noen eller de som allerede hadde fått den verst tenkelige beskjeden.

Gjennom samtaler med en av mine praksisveiledere fikk jeg interessen for arbeidet de gjør i et kriseteam og medieoppslag og litteratur har gjort interessen større. Jeg har selv ingen erfaring med kriseteam eller etterlatte ved selvmord, og valgte dette temaet for å få mer kunnskap. Jeg går likevel inn i arbeidet med tanker om temaet og hva jeg kommer til å finne ut, og starter dermed ikke med "blanke ark" (Dalland 2012).

1.3 FORMÅL MED OPPGAVEN

Som menneske vil vi på et eller flere tidspunkt i våre liv oppleve tap av noen eller noe som vil føre til krise og sorg.

Jeg ønsker å utvide min forståelse av hvordan man henvender seg, støtter, samtaler og samhandler med mennesker i krise og sorg, som nylig har mistet noen de var glad i.

Jeg håper jeg gjennom denne oppgaven får kunnskap og lærdom jeg kan benytte meg av i møtet med etterlatte ved selvmord og at Orems hjelpemetoder kan benyttes veiledende. Jeg ønsker også å kunne benytte meg av kunnskapen i møte med mennesker som opplever tap,

krise og sorg av andre årsaker. Være seg pasienter, pårørende, arbeidskollegaer og egen familie og venner. Det er ønskelig at det vil være nyttig og lærerik informasjon for leseren av denne bacheloroppgaven og at Orems hjelpemetoder kan bli benyttet i praksis.

1.4 DISPOSISJON

Oppgaven er delt opp i syv ulike kapitler; innledning, teori, metode, funn, diskusjon, konklusjon og litteraturliste.

Innledningen bygger på førforståelse, erfaringer, samt noe selvmordstatistikk. Teorikapitlet starter med Dorothea Orems egenomsorgsteori og fortsetter med generell teori om selvmord, etterlattes situasjon og arbeidet i kommunens kriseteam. Metodekapitlet beskriver litteraturstudie og viser den systematiske søkeprosessen jeg har benyttet for å finne litteratur. Funnkapitlet tar for seg utvalg av vitenskapelige artikler samt kortfattet fremstillingen av disse i et transkriberingsskjema. Diskusjonskapitlet bygger på Orems fem hjelpemetoder. Under hvert av disse fem punktene diskuterer jeg funnene opp mot aktuell teori. I konklusjonen gir jeg en kort oppsummering, og forteller hva jeg har funnet som kan besvare problemstillingen. Siste kapittel gir oversikt over anvendt litteratur.

2 TEORI

2.1 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI

Dorothea Elizabeth Orem, født 1914, er sykepleier og senere utdannet innen sykepleievitenskap. Hun er mest kjent for sin egenomsorgsteori, en teori som har hatt stor betydning for sykepleietenkningen i flere land, også Norge (Kristoffersen m.fl. 2005).

Boken hennes "Nursing: Concepts of practice" kom for første gang ut i 1971 og i revidert utgave siste gang i 2001 (Orem 2001).

Jeg ønsker i dette kapittelet å gi et innblikk i Orem's teori, med hovedvekt på hennes hjelpemetoder, som jeg senere i oppgaven diskuterer i sammenheng med funn.

2.1.1 Egenomsorg

Orem skriver om egenomsorg som handlinger et menneske utfører på egne vegne for opprettholdelse av liv, helse og velvære (Orem 2001). Disse handlingene påvirkes av flere ulike faktorer som blant annet kultur og modning (Cavanagh 1999).

Orem skriver om 3 typer egenomsorgsbehov mennesket har; universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte (Orem 2001).

Universelle egenomsorgsbehov

Det er åtte universelle egenomsorgsbehov (Universal Self-Care Requisites) Orem beskriver som nødvendig for å opprettholde liv, helse og velvære. Egenomsorgsbehovene gjelder mennesker i alle aldre og stadier i livet (Orem 2001).

De første fire går på menneskets behov for tilstrekkelig inntak av luft, vann, mat og eliminasjonsprosesser. Hennes 4 siste behov er mest aktuelle for denne oppgaven og går på balansen mellom hvile og aktivitet, balansen mellom å være alene og det å ha sosiale interaksjoner, forebygge farer som truer menneskelig liv, funksjon og velvære og det å

fremme menneskelig funksjon og dets ønske om å føle seg normal (ibid). Behovene består av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved menneskets liv (Cavanagh 1999).

For å forebygge stress og utmattelse vil balansen mellom hvile og aktivitet være viktig (Cavanagh 1999). Det vil også være viktig å velge aktiviteter som engasjerer og stimulerer og å beholde balansen mellom fysiske, intellektuelle og sosiale behov (Orem 2001). Det å ha sosiale interaksjoner og være i samvær med andre fører til sosialisering av den enkelte. I sosiale sammenhenger kan en dele tanker og opplevelser med medmennesker, en kan føle varme og nærhet som er viktig i et menneskes utvikling (Cavanagh 1999). Balansen mellom det å være alene og i sosiale interaksjoner er essensielt for å utvikle personlig autonomi og for å fremme hengivenhet, kjærlighet og vennskap (Orem 2001).

Behovet for å forebygge farer som truer menneskelig liv, funksjon og velvære, gjøres i følge Orem ved å være forberedt på ulike farer som kan oppstå i ulike situasjoner (Orem 2001). Mennesket må derfor bli kjent med situasjoner som kan være farlige, for å være i stand til å forebygge. Det er en forutsetning for menneskelig utvikling å forebygge farer og også nødvendig for å overleve (Cavanagh 1999).

I å fremme menneskets normalitet, legger Orem det å vedlikeholde og utvikle et realistisk selvbilde. Iverksette tiltak som fremmer og opprettholder menneskets integritet, struktur og funksjon (Orem 2001). Behovet for å fremme normalitet kan også gå på å bli akseptert av andre mennesker og i samfunnet. Den enkelte må selv gjøre adekvate handlinger når det oppstår problemer. Problemene kan være av ulik art, blant annet følelsesmessige og helsemessige (Cavanagh 1999).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov

De utviklingsrelaterte behovene lå tidligere under de universelle egenomsorgsbehovene. Orem har senere valgt å ha disse behovene som et eget punkt for å vektlegge behovenes betydning (Orem 2001).

Behovene relateres til menneskets utvikling og livsprosess. De skal fremme en utvikling mot høyere nivåer ved det å være menneske. Mennesket er i ulike utviklingsfaser gjennom livet, fra fosterstadiet til alderdom og ulike utviklingsfaser vil kreve ulike behov. I løpet av stadiene i livet vil det dukke opp ulike hendelser som vil påvirke menneskets utvikling, eksempelvis: manglende utdanning, sosiale tilpasningsproblemer, tap av slektninger og venner, tap av eiendeler eller arbeid, endring av status - enten sosialt eller økonomisk,

helseproblemer, dårlige levekår eller uførhet, dødelig sykdom eller forestående død, samt skadelige miljøfaktorer. Det vil øke krav til menneskets evne å dekke egenomsorgsbehov ved å komme ut for en eller flere av disse hendelsene (Cavanagh 1999).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov

Endringer i helsetilstanden medfører at den det gjelder er i behov for råd og veiledning fra kompetente hjelpere når de selv ikke er i stand til å ta seg av helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Helsesvikt kan medføre endret selvbilde og en må tilpasse seg disse endringene og akseptere hjelpetjenesten en er i behov av (Cavanagh 1999).

2.1.2 Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle beskrives av Orem som en hjelpetjeneste som skal hjelpe den enkelte med å nå mål de ikke er i stand til å nå uten hjelp fra andre (Orem 2001).

Sykepleie rettes mot å se og møte pasientens egne terapeutiske egenomsorgskrav (Therapeutic Self-Care Demands) for å gi pasienten muligheter for å utvikle egenskaper for selv å utføre egenomsorg (ibid).

Sykepleieren skal samle informasjon om pasienten, om hva pasienten opplever, hvordan de selv opplever å få dekket sine behov og deres helsetilstand, samt deres fysiske, psykiske og utviklingsrelaterte vurdering. Sykepleier jobber med pasienten og dens nærmeste om komponenter i forhold til terapeutiske egenomsorgskrav og utarbeider metoder og planer for å nå disse kravene (ibid).

Hvis sykepleieren skal bli kjent med hvordan deres pasient skal eller burde få hjelp, må det være et menneske – til – menneske - forhold (Interpersonal Relation). Dette forholdet er ikke et mål i seg selv (ibid).

2.1.3 Helse og velvære

Helse og velvære blir sett på som to forskjellige, men relaterte menneskelige tilstander. Helse er mennesket som en helhet i forhold til funksjon, både fysisk og psykisk. Velvære er menneskelig tilstand som preges av opplevelsen av en type lykke, tilfredshet og glede.

Velvære relaterer til helse, til det å ha suksess i personlige bestrebelser og inneha tilstrekkelige ressurser. Velvære kan også oppleves hos mennesker på tross av motgang grunnet forstyrrelser i menneskets struktur og funksjon (Orem 2001).

2.1.4 Hjelpemetoder

Orem (2001) skriver om det hun kaller hjelpemetoder (Helping Methods). Mennesker som lever sammen og som har ulike begrensninger og behov knyttet til ulike tilstander vil finne metoder for å kompensere for enten eksisterende eller nye behov. Hjelpemetoder sett fra et sykepleierperspektiv, er en rekke handlinger som skal kompensere for eller overvinne helserelevante begrensninger en person har. Det er ønskelig at personen engasjerer seg i tiltak for å finne seg til rette med egen funksjon. Det er minst 5 hjelpemetoder som kan benyttes, og sykepleiere benytter seg av disse metodene enkeltvis eller i kombinasjoner. De 5 hjelpemetodene Orem beskriver er;

Handle eller gjøre noe for en annen, en hjelpemetode som innebærer å ha utviklede kunnskaper for å oppnå resultater hos en person i behov for hjelp. Å hjelpe og handle for en annen er spesielt nyttig i situasjoner der sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter som den andre ikke har og som er nødvendig for å nå gode resultater (ibid).

Veilede og rettlede en annen når personen trenger hjelp til å ta egne avgjørelser. Det er her viktig at sykepleier, kommuniserer og samhandler med den andre. Personen som blir veiledet må være motivert og ha mulighet til utføre ønskede handlinger. Veiledningen som blir gitt må være passende til situasjonen personen er i (ibid).

Gi fysisk eller psykisk støtte, en metode brukt for å være der for den andre og forebygge at personen mislykkes eller opplever ubehagelige situasjoner. Støttende samhandling er en fin måte å assistere når en person opplever ubehag og smerte. Orem belyser her viktigheten av sykepleierens oppmuntrende og motiverende ord. Hun påpeker at det ikke trenger å være kommunikasjon ved bruk av ord, men at sykepleierens tilstedeværelse og hennes blikk og berøring er god støtte i seg selv (ibid).

Gi og opprettholde omgivelser som støtter personlig utvikling, innebærer at sykepleier sørger for omgivelser som legger til rette for å få og nå mål. Det kan være nødvendig at sykepleier legger til rette for å gi personen muligheter til interaksjon og kommunikasjon med både seg

selv og andre. Forhold med tanke på omgivelser og miljø som bidrar til utvikling, gir muligheter for at personer kan komme i kontakt med andre personer eller bli en del av en gruppe. Dette kan føre til personlig utvikling og følelsen av å være en del av og høre til noe. Respekt, mening og trøst blir her gitt til andre og kan være med å opprettholde og utvikle den personlige utviklingen. Hjelpemetoden avhenger av hvilke kunnskaper og kreative ferdigheter sykepleier har, sykepleierens vurdering av situasjonen og sykepleierens respekt for mennesket (ibid).

Undervise, å hjelpe en person som er i behov for instruksjoner for å utvikle kunnskap eller ulike ferdigheter. Sykepleier kan ikke undervise om personen ikke er klar eller interessert for å motta ny lærdom. For å undervise, må sykepleieren ha kunnskap om hva personen trenger å vite og kjenne til personens tidligere liv med tanke på bakgrunn, tidligere daglige rutiner og livsstil. Sykepleieren må undervise i forhold til personens alder, utdanning og tidligere erfaringer (ibid).

2.2 SELVMORD

Selvord er et relativt ubehagelig ord. Man utfører et mord på seg selv, eller dreper seg selv om man velger å kalle det selvdrap. For å jobbe med etterlatte ved selvmord kan det være nødvendig å kunne noe om selvmord og selvmordsadferd.

Mennesket vil på en eller annen måte i løpet av livet stifte bekjentskap med selvmordsproblematikken, som kan forstås som selvmord, selvmordsforsøk, selvmordstrulser, selvmordstanker og selvmordsrisiko. Det kan være viktig at vi alle har en form for kjennskap til dette temaet. Uavhengig av kunnskapen man har om temaet, vil selvmordet fortsatt komme som et sjokk (Retterstøl og Opjordsmoen 2008).

Gjennom tidene har selvmord blitt forbundet med en fordømmende handling. I England og Irland har selvmordsforsøk blitt sett på som en straffbar handling, i Irland helt frem til i 1994. I Norge har ikke selvmordsforsøk blitt straffet, men arven til mennesket som tok sitt eget liv tilfalt staten frem til 1842 og den avdøde kunne ikke begraves i viet jord. I årene etter 1842 fikk den avdøde som selv valgte å ta sitt eget liv også plass på kirkegården, men jordpåkastelse var forbudt frem til 1897. Siden 1902 og frem til i dag, er det bare medvirkning til selvmord som er straffbart (ibid).

Selvord er påvirket av flere forskjellige faktorer, både ytre og indre. En selvmordsprosess kan gå over lang tid eller oppstå på bakgrunn av en relativt kort krise. En del av forklaringen på hvorfor noen velger å ta sitt eget liv kan være at de hadde en psykisk sykdom, mistet jobben eller var i et samlivsbrudd (Dyregrov m.fl. 2009).

Det er ingen tvil om at det å ha en psykisk sykdom øker faren for selvmord, likevel er det "kun" ca. 5 % av de med diagnosen alvorlig depresjon som velger å ta sitt eget liv. Det vil si at de fleste med denne diagnosen altså ikke tar livet av seg. Den psykiske sykdommen schizofreni ligger på forholdsvis likt nivå som alvorlig depresjon. Selvmord kan derfor forklares grunnet andre forhold enn den psykiske sykdommen (ibid).

For den som velger å ta livet sitt, vil livet være uutholdelig smertefullt. For noen kan livet være vanskelig å leve når man har mistet jobben eller er i et samlivsbrudd, men fåtallet som er i en slik situasjon velger å avslutte livet. En enkelt hendelse på toppen av andre opphopede

faktorer, kan være avgjørende for den som tar sitt eget liv. Denne informasjonen kan være viktig for etterlatte å være klar over (ibid).

Læren om ulike faktorer ved selvmord og selvmordsadferd blir kalt suicidologi. Det er flere forskjellige forhold som kan forstås ut i fra et selvmord, så suicidologi er ikke hentet fra et spesielt fagområde, men er en sum av flere faglige tilnæringsmåter. Suicidologien har vært i utvikling i det siste tiår, og sannsynligvis vil denne nye kunnskapen gjøre at man i større grad kan forstå seg på en selvmordskrise. Dette kan være til hjelp for etterlatte for bedre forståelse (ibid).

2.3 ETTERLATTE

Selvord er en handling som berører mange. De som står den selvmordstruede nær, altså nær det mennesket som ikke lenger ønsker å leve, blir ofte kalt pårørende. Denne oppgavens tema er etterlatte. Og med det menes de som er igjen etter at mennesket som sto de nær valgte å ta sitt eget liv. En går her fra å være pårørende til etterlatt (Rekdal 2009).

De etterlatte kan også ha hatt en vanskelig tid i forkant av selvmordet. De kan ha kjent på en utrygghet og redsel i forhold til at en de var glad i ikke lenger ønsket å leve. Noen etterlatte kan derfor oppleve en følelse av lettelse, da den avdøde kan ha hatt store vanskeligheter over lang tid. Dette er viktig å vite i møtet med de etterlatte (Helsedirektoratet 2011b).

Antall etterlatte kan være vanskelig å beregne, det har vært vanlig å regne at det er 6 nære etterlatte per selvmord. I nyere tid ser man at etterlatte kan dreie seg om flere enn dette. Det regnes med blant annet familie, kjærester, klassekamerater, kollegaer og medpasienter. Hvis man da regner at det er 10 etterlatte per selvmord, vil det i Norge årlig være over 5000 etterlatte som er sterkt berørt. De etterlatte vil tilhøre alle aldersgrupper, representere begge kjønn, tilhøre alle deler av befolkningen og være fra alle deler av landet (Dyregrov m.fl. 2009).

Brå dødsfall er en grusom opplevelse for de etterlatte, det å miste noe i selvmord, bilulykke eller av sykdomsrelaterte årsaker vil uansett føre til et sjokk (ibid). Men det at døden skjer fordi den som er død forårsaket det selv og også ønsket å avslutte livet sitt, er ofte tyngre å bære for etterlatte enn ved for eksempel en bilulykke. Etterlatte ved selvmord stilles ovenfor

unike utfordringer og tapet ved selvmord er ikke som andre tap (Dyregrov m.fl. 2009, Harvard Woman's Health Watch 2009 og Young m.fl. 2012). Årsaken til dette kan være spørsmålene de etterlatte sitter igjen med som kan forklare hvorfor personen ikke ønsket å leve. Tanker om hendelser i barndom frem til nåtid blir grublet over. Sorgen og savnet blir ikke nødvendigvis lettere ved å få en forklaring, men da slipper de etterlatte den ekstra grublingen om hvorfor. Som hjelp for å finne svar på disse spørsmålene kan familie og venner bistå, men for flere vil profesjonell hjelp være viktig for å kunne se tydeligere hvordan tanker avdøde muligens hadde i forkant av selvmordet. Både med og uten profesjonell hjelp, vil de fleste etterlatte finne svar og teorier de kan leve med. Mellommenneskelige forhold er som regel ikke bare gode eller onde, det kan ha vært konflikter i forholdet mellom de etterlatte og den avdøde. Det kan være nyttig å bearbeide sine reaksjoner og ikke legge lokk på følelsene som dukker opp. Å få frem forholdet de etterlatte hadde med avdøde, kan være med på å lette sorgprosessen, profesjonell hjelp kan være nødvendig i denne sammenheng. Den profesjonelle hjelperen må i dette tilfelle ha kunnskaper om empati og selvmordsadferd (Dyregrov m.fl. 2009).

2.3.1 Følelser og reaksjoner etterlatte opplever

Det er mange sterke følelser og reaksjoner knyttet til det å miste noen som sto en nær. Det vil under dette punktet nevnes de som går igjen i litteraturen og som kan være nyttige å ha kunnskap om i møtet med etterlatte ved selvmord.

Krise og sorg

”Da vi kom av bussen ville han at vi skulle sette oss på en benk. Så sa han: Ingrid er død. Rett ut. Det var som en eksplosjon. Jeg tenkte, det var rart at jeg ikke døde, egentlig. Egentlig kunne jeg ha dødd, for det var en vanvittig eksplosjon i hodet. Jeg tenkte: Dør jeg nå? Hva er det som skjer?”(Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009:48).

En hver form for tap, blant annet tap av en som sto en nær ved dødsfall, utsetter personligheten for belastninger og kan utløse krisereaksjoner. Den sterkeste formen for krise oppstår gjerne ved uforberedte hendelser. Mennesker som opplever alvorlige og vanskelige

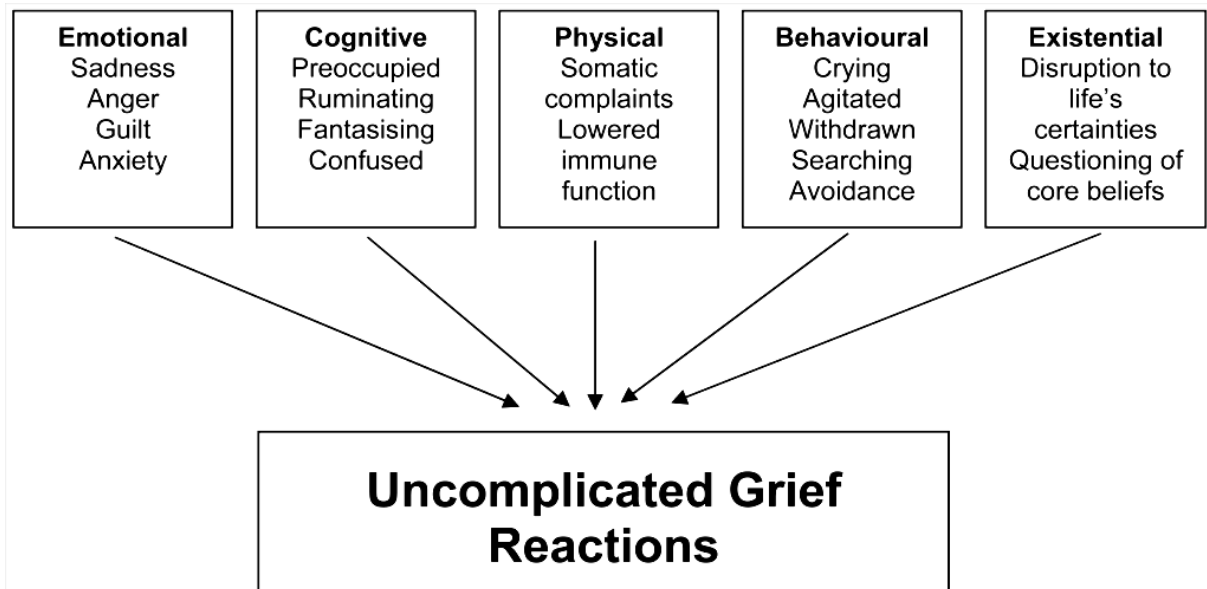
livshendelser, opplever det som kalles en krise. De vil ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide og Eide 2007). Det å møte mennesker i sorg kan for en fagperson oppleves utfordrende (Senter for krisepsykologi¹).

De aller fleste vil få en sjokkreaksjon når de mister noen som står de nær i selvmord. Man kan oppleve følelser og ubehag som nummenhet, svimmelhet, forvirring, uvirkelighet, vansker med å snakke, tenke klart og å fokusere. Reaksjoner som kvalme, hjertebank, skjelving og frostanfall kan også oppstå. Disse følelsene og reaksjonene kan bli for mye å forholde seg til, og en kan synes alt er kaotisk og uoversiktlig. Noen reagerer med å huske hver minste detalj i timene og dagene etter selvmordet, mens andre husker lite. Sjokket kan oppleves så sterkt at det kan være problematisk å ta inn over seg alt som har skjedd, for noen kan det derfor gå fra timer til uker og lenger, før de forstår hva som egentlig har skjedd (Dyregrov m.fl. 2009).

Sorg er en naturlig reaksjon på tapet av en som sto en nær. Forholdet man har til den som er død, avgjør hvordan tapet oppleves og hvilke reaksjoner som oppstår. Sorgen oppleves forskjellig, noen vil kunne prate åpent om den mens andre skjuler den, det vil være vanskelig å si hva som er riktig eller galt. Å hjelpe den sørgende til å gjennomleve sorgen for så å leve videre kan være en utfordring (Mathisen 2005). Sorgen er vond, men på samme tid nødvendig for at vi skal forsone oss med å ha mistet en vi er glad i. For at livet igjen skal bli godt, er det nødvendig med sorg (Thorsen 2005 og Hummelvoll 2012).

Forlenget eller komplisert sorg er brukt om sorg som ikke får et normalt forløp. Denne sorgen kan være vanskelig å beskrive da det ikke finnes noen teori som kan beskrive normal sorg (Straume 2003). Tegn på komplisert sorg kan være en vedvarende og intens lengsel etter den døde, vanskeligheter med å gå videre i livet og et meningsløst og formålsløst syn på livet (Dyregrov og Dyregrov 2007).

Vanlige sorgreaksjoner varierer, og det skilles mellom fem ulike typer; emosjonelle, kognitive, fysiske, adferdsmessige og eksistensielle, som vises i den godt fremstilte figuren under (Love 2007).



(Love 2007, ikke-kommersielt bruk)

Sorgen går i bølger og vil variere i styrke og omtales i flere sammenhenger som en sorgprosess. Sørgeåret har en sterk tradisjon i norsk kultur, og forklares ofte med året der merkedagene for personen som er død, gjennomleves for første gang (Mathisen 2005). Merkedager som første jul, bursdag og sommerferie kan oppleves som vondt, og er noe de sørgende blir konfrontert med ganske tidlig i sitt sorgforløp (Bugge m.fl. 2003). Den sørgende må få gjennomleve og bearbeide tapet, få lov til å vise svakhet og hjelpsløshet. En sørgende burde vite at yteevnen ikke alltid er på topp ved utførelse av praktiske gjøremål, mye av kreftene går med på å bearbeide sorg (Mathisen 2005).

Som sykepleier i en sorggruppe, vil det ligge et spesielt ansvar på å få de sørgende til å forstå sine reaksjoner. Ved å forstå disse reaksjonene, vil de sørgende kunne gjennomleve sorgen på en bedre måte (Mathisen 2005). Gradvis i sorgarbeidet vil den sørgende kunne minnes og savne den døde og samtidig mestre sitt hverdagsliv (Bugge m.fl. 2003).

Nonverbal kommunikasjon er viktig, en hånd og holde i eller en skulder å lene seg på kan i noen tilfeller være av større betydning enn ord. Det å være medmenneskelig innebærer å være

til stede som person, gi støtte, lytte og gi den andre hjelp til å åpne seg der det vil være naturlig (Eide og Eide 2007).

Det å gi god og tilstrekkelig informasjon vil være utfordrende, men viktig. En forutsetning for å få til dette vil være at en skaper en god og trygg relasjon til den eller de det gjelder (ibid). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011:8) viser til dette med informasjon under punkt 2.4:

”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.”

Selvbebreidelse, stigmatisering, skyld og skam

Etter traumatiske hendelser, er selvbebreidelse og skyldfølelse viktige reaksjoner. Uten disse reaksjonene, ville det ikke vært mulig å lære av feil, endre adferd eller utvikle oss (Dyregrov og Dyregrov 2007).

Etterlatte er usikre på hva som blir sagt om dem og hvordan andre oppfatter det at den avdøde tok sitt liv. De etterlatte i Norge uttrykker sjelden at de føler på en skam, men utsagn som «hadde han bare blitt påkjørt» eller «hadde det bare vært en ulykke» kan likevel oppfattes som utsagn om skam. Noen etterlatte ser i ettertid at det fantes varsler om selvmordsfare som de mistolket (Dyregrov m.fl. 2009). Familie og venner som er etterlatte grunnet selvmord, kan ha problemer med å vise sorg ovenfor andre da de kan kjenne på skam fordi den som sto de nær tok sitt eget liv (Mathisen 2005).

Noe av skammen og stigmatiseringen i forhold til selvmord henger nok igjen fra tidligere, og en del eldre mennesker ser ut til å fordømme denne handlingen i større grad enn yngre (Dyregrov m.fl. 2009).

Sykepleier møter ofte mennesker som føler seg som avvikere fra samfunnets krav, som kjenner mer på dette enn på problemet de oppsøker hjelp for (Dalland 2012). Mennesket kan ha tapt noe av sin autonomi og vil i vekslende grad ha behov for omsorg (Johannessen m.fl. 2007). Hvordan samfunnet ser på det å være normal, vil kunne sette et forventningspress så sterkt at mennesker gjør mye for å skjule sin situasjon. Samfunnets normer kan i seg selv

virke invalidiserende for noen (Dalland 2010). I forklaringen av samspillet mellom avvikerer og den normale, bruker Goffman i 1975 ordet stigma (i følge Dalland 2010:55).

2.3.2 Hvilke behov har de etterlatte?

”Jeg tenkte på hvordan jeg kunne brette begge beina mine, slik at jeg kunne bli tatt hånd om av noen i hjelpeapparatet.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009:161).

Kari Dyregrov (2004) gjorde fra 1997-2003 et Omsorgsprosjekt og et doktorgradsprosjekt. Resultatene av undersøkelsene er utgitt i tidsskriftet *Suicidologi* i 2004, et tidsskrift som utgis av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging. Resultatene er både kvalitative og kvantitative og går på hvordan hjelp de etterlatte får og hva de selv ønsker. Forfatteren presiserer at den sørgendes reaksjon vil være unik og kreve individuell tilnærming.

De etterlatte ønsker ikke å bli livslange klienter i et behandlingssystem, men hjelp til selvhjelp for selv å klare og leve livet videre. At hjelpen både kommer automatisk, er rutinepreget og raskt tilstede etter selvmordet er også ønskelig (ibid). Det samme skriver Wilson og Marshall (2010) i sin artikkel, når de anbefaler et raskt og passende kriseteam som kan gi støtte og tilby hjemmebesøk like etter selvmordet og også på lang sikt.

De etterlattes krefter er ikke tilstrekkelig tilstedet for at de skal evne og selv ta kontakt med et hjelpeapparat, da tap av energi er sentralt. Følelsen av skam og skyld er også en årsak til at de selv ikke kontakter et hjelpeteam. Hjelpen bør komme fra kompetente hjelpere, og samtidig være fleksibel og individuelt tilpasset (Dyregrov 2004).

Fasene i sorgen endrer seg og graden av hvilken hjelp de trenger og hvilket behov de har vil variere. Det foreslås derfor at hjelpen blir tilbudt gjennom det første året etter selvmordet. 73 % av de som deltok i undersøkelsen ønsket et hjelpetilbud som varte i minst ett år (ibid).

De etterlatte har et stort behov for informasjon om det som nettopp har skjedd. Informasjon om medisinske aspekter, samt informasjon om selve sorgprosessen de går igjennom. Informasjonen anbefales gitt i både muntlig og skriftlig form (ibid).

Dyregrov og Dyregrov (2007) belyser nytten av sosiale nettverk og likemannsstøtte som viktig for de etterlatte. De ønsker å komme i kontakt med andre som har opplevd det samme som de selv og en stor gruppe av de etterlatte hevder at sosial nettverksstøtte vil være sentralt utover den profesjonelle hjelpen de får. De etterlatte ønsker at kommunen mobiliserer den sosiale nettverksstøtten og også bidrar til å komme i kontakt med likemenn gjennom pårørendeforeninger og/eller gjennom sorggrupper.

2.4 HVOR MØTER SYKEPLEIER DE ETTERLATTE?

En sykepleier kan møte etterlatte ved selvmord gjennom flere forskjellige instanser; kriseteamet i kommunen eller kommunens hjemmesykepleie, psykiatrisk eller somatisk institusjon, gjennom foreningen LEVE (landsforeningen for etterlatte ved selvmord), Fransiscushjelpens sorggrupper eller andre organiserte sorggrupper.

2.4.1 Kommunens kriseteam

Hensiktet med at kommunen har et kriseteam, er så kommunen skal få en faglig og drivende instans med ansvar for ivaretagelse og psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer (Dyregrov og Dyregrov 2008). Det er ønskelig at kriseteamets tjeneste er der i den akutte fasen etter en krise og også på lang sikt (Litlere 2004). Det anbefales av Helsedirektoratet (2011b) at alle kommuner har en plan for å iverksette tiltak og hjelp for etterlatte ved selvmord. Videre står det at kommunehelsetjenesten er mest aktuell som første instans, da flertallet av de etterlatte ikke har psykisk sykdom som setter de inn i spesialisthelsetjenesten. Viser derimot etterlatte tegn på komplisert sorg eller annen psykisk sykdom, burde det henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kriseteamet er satt sammen av ulike profesjoner, de som møter de etterlatte tidlig er ofte prest, politi og lege. Senere vil de med spesiell kompetanse som sykepleier, helsesøster og psykolog komme inn (Dyregrov og Dyregrov 2008).

Det er politi og prest som først blir varslet om selvmordet og politiet tar videre kontakt med kriseteamet om de etterlatte ønsker dette (Helsedirektoratet 2011b, Kriser 2009).

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse – og omsorgstjenesteloven) 2011 står blant annet:

§ 3-1 Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse – og omsorgstjenester.

§ 3-3 Kommunen skal ved ytelse av helse – og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

3 METODE

3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Metode er den fremgangsmåten som velges for å innhente og etterprøve kunnskap om virkeligheten på (Thomassen 2006).

Litteraturstudie vil være en god metode for å besvare problemstillingen. Ved å utføre litteraturstudie, kan jeg søke etter litteratur som underbygger og gir svar på hvordan Orems hjelpemetoder kan anvendes i møte med etterlatte. Frederiksen og Beedholm (2012) skriver at metoden man velger veileder mot et mål. For å finne relevant data trenger man den riktige metoden som en best kan samle disse dataene inn på.

Litteraturstudie er også en metode for å innsamle og analysere viten som allerede finnes innenfor et bestemt område (Frederiksen og Beedholm 2012 og Dalland 2012).

3.1.1 Ethiske overveielser

Intervju av etterlatte som metode, kunne gitt kvalitativ informasjon og god innsikt i deres situasjon for arbeidet med denne oppgaven. I følge Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) skal sykepleieren som skal forske, undersøke om det finnes en annen måte å innhente data på ved å gjøre en omfattende litteraturstudie. Etterlatte ved selvmord er en sårbar gruppe, og det ble ikke aktuelt med intervju som metode grunnet dette og bacheloroppgavens begrensninger.

3.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØK

Systematisk litteratursøk gir gode muligheter til å finne nesten alt av nye artikler innenfor et emne. Man søker systematisk i strategiske databaser ved bruk av aktuelle ord i riktig kombinasjon (Hørmann 2012).

3.2.1 Søkeprosessen

Jeg vil nå beskrive fremgangsmåten jeg har brukt for å finne innhold og tekst til denne oppgaven. Ved litteraturstudie skal man tydelig vise arbeidsprosessen ved å beskrive litteratursøkingen, kriterier for utvalg, analyse av tekst og litteratursøkets formål (Frederiksen og Beedholm 2012 og Dalland 2012).

Formålet med litteratursøket er å besvare problemstillingen: *På hvilken måte kan sykepleier i kommunens kriseteam anvende hjelpemetoder for å ivareta etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg?*

Søkene jeg gjorde ble utført fra april til september, 2013.

3.2.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene jeg benyttet for å finne relevant litteratur;

- belyse Orems hjelpemetoder
- publisert mellom 2003 og 2013- ny og oppdatert kunnskap
- skandinavisk eller engelsk språk – unngå store oversettelser, hvor tolkning og forståelse kan bli feil
- gjelde begge kjønn med alder 18 år eller eldre – unngå barn som etterlatte, kan by på andre utfordringer enn hos myndige og eldre
- artikler skal være peer reviewed (fagfellevurdert) – artiklene er da kvalitetssikret og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland 2012)
- ønskelig med en beskrevet metode i artiklene

Det var ønskelig at artiklene jeg søkte etter sa noe om etterlattes behov for hjelp, hvilken hjelp som var viktig, tjenester de ønsket å motta og hva som hjelper de etterlatte. Jeg ønsket altså å finne både kvantitative og kvalitative svar for å undersøke de etterlattes opplevelser og erfaringer (Kunnskapsbasert praksis 2012).

3.2.3 Utvidet forståelse og søk etter relevante fagbøker

For å øke min førforståelse for etterlatte ved selvmord, begynte jeg med søk på google.no med "etterlatte ved selvmord". Av de 40300 treffene jeg fikk, fant jeg blant annet nettsidene leve.no, helsedirektoratet.no, kriser.no og krisepsyk.no, som alle hadde rikelig med informasjon om temaet og henvisninger til litteratur.

I forhold til land artikler og eventuelle undersøkelser er utført i, ser det ut til at både England, Australia og USA i store trekk kan sammenlignes med Norge.

Jeg benyttet BIBSYS for å undersøke om jeg kunne finne relevante fagbøker på høgskolens bibliotek i tillegg til pensumlitteratur. Søkeord i denne databasen var "Dorothea Orem", "etterlatte", "sorg", "selvmord", "krise" og "Dyregrov".

Sitater fra boken "Etter selvmordet – veien videre"(Dyregrov m.fl. 2009) brukes gjennomgående i oppgaven for å belyse etterlattes følelser og reaksjoner.

3.2.4 Søk etter vitenskapelige artikler

For å finne relevante artikler søkte jeg i databasene CINAHL, SveMed+, PubMed, Google Scholar og søkesiden til tidsskriftet Suicidologi.

Søkeordene inkluderer ord fra problemstillingen, samt synonymer og andre relevante ord; "suicide", "grief", "crisis", "mobile crisis service", "district", "community", "home", "nursing", "nurs*", "coping", "next of kin", "bereave", "suicide survivors", "selvmord", "etterlatt", "sorg", "mestring", "communication" og "sykepleie".

Eksempel på mine søk med boolske operatører

I Cinahl med søkekombinasjonen "grief" AND "nurs*" fikk jeg 1224 treff. Av treffene var det flere artikler som omhandlet pediatri og kreft. Jeg utførte et nytt søk, denne gangen med kombinasjonen "grief" AND "nurs*" NOT "pediatric" NOT "cancer" og satt igjen med 498. Jeg forsøkte nye søkekombinasjoner, nå med bruk av ordet "suicide". Jeg byttet også ut ordet "grief" med "bereaved". "Bereaved" AND "suicide" AND "nurs*" endte med 18 treff hvor 4 var av interesse. Søk på "suicide" AND "bereaved" ga 73 treff, 11 av interesse.

Det engelske ordet "bereaved" eller "bereavement" fant jeg gjennom søk i CINAHL på "grief" og "suicide". Jeg ble raskt bevisst dette ordet, som gikk igjen i nesten samtlige artikler. Love (2007) forklarer meningen med ordet som tap av et meningsfylt forhold.

3.2.5 Leseprosess

Tittel og abstract ble i første omgang lest i inkluderings – og ekskluderingsprosessen. Titlene sier ofte mye om artikkelens data og mange artikler ble ekskludert på bakgrunn av tittel og abstract. Abstractet er kortfattet informasjon om artikkelens data, og ble lest der det forelå. Inkluderte artikler er lest i sin helhet.

Inkluderte artiklers litteraturliste ble gjennomgått med tanke på relevant litteratur her, også kalt "snowballing".

3.2.6 Kildekritikk

Kildekritikk tar sikte på å vise refleksjoner over valgt litteratur, og at en er kritisk til kildemateriale en har funnet (Dalland 2012). Jeg anser kildene jeg har benyttet til å være relevante og gi tilstrekkelig informasjon til å belyse problemstillingen. Pensumlitteratur og litteratur fra psykiatrifaget er benyttet og litteraturen er skrevet for helsepersonell.

Jeg har benyttet meg av 3 ulike fagbøker for å belyse Orems egenomsorgsteori. "Nursing: Concepts of practice" er en bok skrevet av Orem selv og er engelskspråklig. Kirkevold (1998), Cavanagh (1999) og Kristoffersen m.fl. (2005) har analysert Orems teori og jeg benytter alle da de har ulik innfallsvinkel på teorien, i tillegg til min egen tolkning.

Kari Dyregrovs litteratur ble jeg kjent med gjennom nettsidene krisepsyk.no og kriser.no. Forfatteren har skrevet mye innenfor gjeldende tema og blir brukt i store deler av teorien da jeg anser forfatteren til å ha faglig autoritet, samt litteraturen til å være relevant og troverdig (Reinecker og Jørgensen 2006).

Litteraturreviews og spørreskjema er blant utvalgte funn og inneholder både kvalitativ og kvantitativ informasjon. Litteraturreviewene har benyttet flere artikler som er av en alder lenger tilbake enn jeg ønsket å benytte meg av i egne inklusjonskriterier. Det at artiklene ikke

skulle være eldre enn 10 år, har gitt meg mindre data enn jeg kunne fått om tidsbegrensningen var lenger. Litteraturreviews, også kalt oversiktsartikler eller systematiske oversikter, er å anse som det en kaller sekundærlitteratur, og er tolkninger av andres arbeid (Dalland 2012).

Artikkelen til Hopkins og Niemiec (2007) inneholder ikke data om etterlatte ved selvmord, men sier noe om hva brukerne av kriseteam i England verdsetter med tjenesten. Jeg anser informasjonen som viktig.

Jordan og McMenemy (2004) oppfyller ikke inklusjonskriteriene da metode ikke er godt beskrevet, den viser heller ikke til å være fagfelleurdert. Artikkelen blir utgitt i ett fagfelleurdert tidsskrift, og informasjonen anses derfor som troverdig.

4 FUNN

4.1 UTVALG

Inkluderte artikler:

1. ***”Ways of coping in survivors of suicide”*** av Terhost, L. og Mitchell, A. M. (2012). Funnet i Cinahl med søkeord “suicide” AND “survivors”. Inkludert grunnet relevans i forhold til etterlattes behov om likemannsstøtte og sorggrupper.
2. ***“Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders”*** av Hopkins, C. og Niemiec, S. (2007). Funnet i Cinahl med søkeord “crisis” AND ”at home” AND ”nurs*”. Inkludert da den viser til kvalitativ informasjon om møte med mennesker i krise for ansatte i kriseteam.
3. ***“Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member”*** av Clements, P. T. m.fl. (2004). Funnet på PubMed med søk på “grief suicide survivors”. Inkludert da den belyser etterlatte ved traumatiske dødsfall som selvmord og ulykker og belyser noe av forskjellen. Artikkelen har fått noe mer tid enn andre funn.
4. ***“What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close?”*** av Grad, O. T. m.fl. (2004). Funnet i Google scholar med søkeordene “suicide survivors”. Inkludert da den setter lys på etterlattes behov for hjelp av profesjonelle og omsorgen som ønskes.
5. ***“Interventions for suicide survivors: a review of the literature”*** av Jordan, J.R. og McMenamy, J. (2004). Funnet i Google Scholar med søkeordene “suicide survivors”. Inkluder grunnet fokus på kjønnsbevissthet.

6. ***“Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature”*** av Cvinar, J. G. (2005). Funnet i Cinahl med søkeordene “suicide” AND “survivors” AND “stigma”. Artikkelen er inkludert da den tar sikte på det omtalte fenomenet stigma etterlatte ved selvmord kan oppleve.

4.1.2 Presentasjon av funn

Transkriberingsskjemaet viser kortfattet og viktig informasjon om inkluderte artikler.

TRANSKRIBERINGSSKJEMA				
Forfatter, Land, Årstall, Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn
1. Terhorst, L. og Mitchell, A. M. USA, 2012 <i>“Ways of coping in survivors of suicide”</i>	Å se hvordan etterlatte mestret det å miste et familiemedlem eller en annen betydningsfull person.	Sekundær dataanalyse, pilot studie, kvantitativ metode hvor det ble brukt spørreskjema – Ways of coping questionnaire.	60 etterlatte, 18 år eller eldre, som hadde mistet et familiemedlem eller annen betydningsfull person siste måned.	God effekt av likemannsstøtte og behov for flere etterlattegrupper. Burde være et fokus i arbeidet med etterlatte.
2. Hopkins C. og Niemiec S. England, 2007 <i>“Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders”</i>	Få svar på hva brukerne av kriseteam i England setter pris på og som er viktig når de bruker tjenesten.	Spørreskjema med både åpne og lukkede (kvalitative og kvantitative) spørsmål innen 7 ulike temaer.	694 tidligere deltagere av kriseteamets tjenester ble spurt om deltagelse, 76 aksepterte, men 6 angret. Altså 70 deltagere.	Viktig med en rask tilgjengelig tjeneste. Ansatte i kriseteamet viser respekt ved å vise kunnskap, ha forståelse, snakke vennlig og å gi pasienten en følelse av å være normal.
3. Clements, P.T. m.fl. USA, 2004 <i>“Life after death: Grief therapy after sudden traumatic death of a family member”</i>	Belyse kompliserte faktorer ved traumatiske dødsfall for så å smidiggjøre sorgen hos de etterlatte.	Omfattende litteraturreview	20 artikler om ”bereavement”, bruk av forfatterens erfaringer og anekdoter.	Traumatikken ved plutselige dødsfall, spesielt for etterlatte ved selvmord. Viktig å gi etterlatte ved selvmord informasjon om sorg og forandringene som skjer. Viktig med tidlig støtte.

<p>4. Grad, O. T. m.fl. Australia, 2004</p> <p>”What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close?”</p>	<p>Finne ut hva som hjelper og hva som hindrer prosessen med å overleve selvmordet til en som sto en nær.</p>	<p>Ulike undersøkelser gjort i Slovenia, Australia, Norge og Belgia.</p>	<p>Deltagere i Australia = 110 hvor N-30 er etterlatte og N-80 er profesjonelle. Norge 128 etterlatte foreldre og 59 søsken. Belgia 171 etterlatte og 393 omsorgs - arbeidere. Slovenia uviss, hatt program for etterlatte siden 1989. Resultatene ble diskutert blant 80 deltagere på en konferanse.</p>	<p>Etterlatte trenger støttegrupper, støtte fra andre enn familie, undervisning i hvordan sorg fungerer, bli møtt personlig og ikke per telefon eller brev. Helsearbeidere som jobber med etterlatte ved selvmord trenger også å få undervisning i hvordan en kan hjelpe.</p>
<p>5. Jordan, J. R. og McMenemy, J. USA, 2004</p> <p>”Interventions for suicide survivors: a review of the literature”</p>	<p>Undersøke tre relevante områder; studier gjort om mottatt støtte for etterlatte, generelle intervensjoner for etterlatte ved selvmord og effekten ved ulike intervensjoner.</p>	<p>Litteraturreview</p>	<p>61 artikler, begrenset til meta-analyser og omfattende litteratur - reviews.</p>	<p>Intervensjonene for etterlatte ved selvmord kan være mer effektive. Intervensjonene burde være mer kjønnsbevisste, da kvinner og menn ofte har ulike behov. Etterlatte setter pris på å få satt selvmordet i perspektiv, uttrykke følelser uten å bli dømt og å diskutere og prate om selve selvmordet.</p>
<p>6. Cvinar, J.G. USA, 2005</p> <p>”Do suicide survivors suffers social stigma: a review of the literature”</p>	<p>Få innsikt i fenomenet stigma. Hvilken påvirkning har dette hos etterlatte ved selvmord og de profesjonelle som arbeider med de?</p>	<p>Litteraturreview</p>	<p>21 artikler, begrenset til historiske reviews og empiriske studier</p>	<p>Forskjell på sorgen for etterlatte ved selvmord og naturlig død. Stigmaet etterlatte ved selvmord opplever er en faktor som kan bidra til dette. Sykepleier må ha kunnskap om hvordan en kan hjelpe etterlatte som føler seg stigmatisert, med å mestre hverdagen. Følelsen av stigma kan bli svakere ved tidlig støtte og veiledning.</p>

5 DISKUSJON

5.1 SAMMENDRAG HOVEDFUNN

Samtlige funn tyder på at etterlatte ved selvmord har et behov for hjelp fra profesjonelle (Clemets m.fl. 2004, Cvinar 2005, Grad m.fl. 2004, Hopkins og Niemiec 2007, Jordan og McMenemy 2004 og Terhorst og Mitchell 2012). Med profesjonelle menes de som har kunnskaper innen helse og omsorg, som blant annet sykepleier, lege, psykolog og sosiolog.

Etterlatte har et behov for å snakke om det som har skjedd, de har et ønske om å bli snakket til uten å bli dømt og sett på som ”normal” (Grad m.fl. 2004 og Hopkins og Niemiec 2007 og Jordan og McMenemy 2004).

Det poengteres viktigheten av sosial nettverksstøtte, og behovet for at etterlatte kommer i kontakt med andre etterlatte eller andre sorggrupper (Terhorst og Mitchell 2012 og Grad 2004). Det vil her være sykepleierens jobb å sette de etterlatte i kontakt med disse ulike nettverkene.

Å få undervisning i hvordan sorg fungerer er vesentlig for å se hvilke prosesser som foregår (Clements m.fl. 2004 og Grad m.fl. 2004). Sykepleier har i denne situasjonen en undervisende funksjon og trenger kunnskap om ulike sorgprosesser og reaksjoner (Cvinar 2005, Grad m.fl. 2004 og Hopkins og Niemiec 2007). Det er ønskelig å finne den funksjonelle sorgen, en sorg med normal utvikling som tillater den etterlatte til over tid å kunne snakke om avdøde med glede på tross av savn (Clements m.fl. 2004).

Kjønnsbevisste holdninger kan være nødvendig, da menn og kvinner ofte sørger ulikt (Clements m.fl. 2004 og Jordan og McMenemy 2004).

En rask og tilstrekkelig tjeneste som er der når det trengs etterspørres (Clements m.fl. 2004 og Hopkins og Niemiec 2007).

5.2 ANVENDELSE AV HJELPEMETODER

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere meg frem til svar på problemstillingen. Ved å drøfte Dorothea Orems hjelpemetoder i lys av teori og data fra artikler jeg har funnet, ønsker jeg å komme frem til hvordan sykepleier kan anvende Orems hjelpemetoder i møte med etterlatte ved selvmord.

Jeg kunne benyttet hovedfunnene fra artiklene som punkter i denne diskusjonen, men ønsker å benytte Orems fem hjelpemetoder for å tydeliggjøre disse.

5.2.1 Handle eller gjøre noe for en annen

”Det burde jo være et team som på en måte til enhver tid står klar til å hjelpe hvis det har skjedd noe. For du vet jo aldri når du kan trenge hjelp. Går du på en knekk, så lønner det seg å få hjelp for at du skal komme deg fortest mulig på beina og sånn... altså du selv skal slippe å måtte ta kontakt. Det er mange som sliter veldig mye for å få den hjelpen de trenger. Det burde være automatisk at presten, lege, politi, ambulanse tar kontakt med det teamet og sånne ting, synes jeg. De burde komme tilbake flere ganger.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009:160).

En hjelpemetode som innebærer å ha utviklede kunnskaper for å oppnå resultater hos en person i behov av hjelp. Å hjelpe og handle for en annen er spesielt nyttig i situasjoner der sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter som den andre ikke har og som er nødvendig for å nå gode resultater (Orem 2001).

Litlere (2004) skriver i sin artikkel om de mange norske kommunene som har tverrfaglige kriseteam. Kriseteamene har i oppgave å planlegge og oppdatere katastrofeberedskapen i kommunen, samt å benytte psykososiale støttetiltak ved kriser. Som nevnt tidligere består et kriseteam blant annet av en eller flere sykepleiere, og sykepleieren vil i arbeidet i kriseteamet kunne ha kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige i møtet med etterlatte ved selvmord. En sykepleier har da muligheten til å handle eller gjøre noe for en annen som nettopp har mistet noen ved selvmord.

Studiene til Clements m.fl. (2004), Hopkins og Niemiec (2007) og Litlere (2004) underbygger den etterlattes ord i sitatet i innledningen av dette punktet. Det er ønskelig med rask tilgang til kriseteamet.

At den i kriseteamet som kom på besøk var kjent med den etterlattes historie, var også en faktor som kom frem av studien. Ved første møte ble det satt pris på at kriseteamet introduserte seg, fortalte og forklarte hva kriseteamets oppgaver er og hva den etterlatte kunne forvente av dem (Hopkins og Niemiec 2007).

Sykepleiere vil være bærere av holdninger og mellommenneskelige ferdigheter som mennesker i sårbare situasjoner er spesielt følsomme for (Litlere 2004). Holdninger kan gå på innstilling og hvordan en ser på ulike situasjoner en står ovenfor. Sykepleier vil ha holdninger på lik linje med andre, men har yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011) å følge og må handle ut i fra disse.

Orem skriver om menneske-til-menneske-forhold som en nødvendighet i forhold til at sykepleieren skal bli kjent med pasienten, det er i dette forholdet sykepleier skal avdekke pasientens egenomsorgsbehov. Hun presiserer at forholdet ikke er et mål i seg selv, men nødvendig for å se på hvilken måte pasienten ønsker omsorgen utført (Kristoffersen m.fl. 2005).

For å hjelpe et menneske i sorg reflekterer jeg rundt at det burde være en form for kjemi, altså en form for menneske – til – menneske – forhold. Her tenker jeg på følelsene man får når man første gang møter noen. Kjennes det riktig eller feil? Det å gjøre som artikkelen til Hopkins og Niemiec (2007) anbefaler, å introdusere seg og fortelle om kriseteamets oppgaver, antar jeg kan bidra til en riktig start og som vesentlig i å bygge et menneske – til - menneske – forhold. Min holdning er vel som Orem's, at det ikke er et mål i seg selv å få til dette forholdet, en kan utøve sykepleie uavhengig av dette. Likevel ser jeg på det som et stort pluss i møte med mennesker i en sårbar situasjon.

Den handlingen sykepleieren utfører ovenfor det sårbare menneske er ikke bare en god handling, men en informert handling på bakgrunn av sykepleievitenskap og sykepleiefaglig praksis (Johannessen m.fl. 2007).

5.2.2 Veilede og rettlede en annen

”Man må innse hva som har skjedd, få kontroll med de sterkeste følelsene, og la resten komme som det vil. Jeg glemmer det aldri, men jeg må lære å leve med dette.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009:114).

Hjelpemetode blir brukt når en personen trenger hjelp til å ta egne avgjørelser. Det er i dette tilfelle viktig at sykepleier kommuniserer og samhandler med den andre. Personen som blir veiledet må være motivert og ha mulighet til utføre ønskede handlinger (Orem 2001). Det er den etterlatte som er i sentrum og som er i behov for å mestre. Da er det også den etterlatte som selv må utføre arbeidet som vil gjøre tilværelsen bedre. Følelsen av mestring kan gå fra å skyve unna til å slippe til, forvirring til forståelse, lukke og åpne seg og til det å mestre situasjonen ut i fra handlingen situasjonen krever. Dette kan være en kommunikativ utfordring for sykepleier. Sykepleier kan her være aktiv lyttende til den etterlattes tanker, følelser og vurderinger, reformulere dette ovenfor den etterlatte og å komme med informasjon om hvordan man eventuelt kan endre disse vurderingene i stedet for å gå i dybden på den etterlattes følelser. Sykepleier skal ikke legge skjul over den etterlattes følelser, disse er viktige og har stor betydning for den etterlatte. Sykepleier må være åpen for å prate om følelser underveis (Eide og Eide 2007).

Målsetting kan være en konkret metode for å redusere stress i den kaotiske tilværelsen som ofte er etter tapet av en nær i selvmord. Målsettingen vil gi veiledning til oppgaver som kan gjennomføres og mestres, for så å gi en underliggende beskjed om å fokusere på fremtiden. Samtidig vil mestring kunne føre til en følelse av kontroll i en verden som føles ute av kontroll (Clements m.fl. 2004). Sykepleierens rolle beskrives av Orem (2001) som en hjelpetjeneste som skal hjelpe den enkelte med å nå mål som de ikke er i stand til å nå uten hjelp fra andre.

Sykepleier må ha i tankene at det bare er den etterlatte selv som vet hvordan de innerst inne har det. Sykepleier må derfor benytte sin kunnskap i å veilede etterlatte i å finne tilpassede mestringsstrategier og å oppnå funksjonell sorg. Funksjonell sorg er sorg som vises ved at den etterlatte klarer å prate om den avdøde uten å bli overveldet av tårer og følelser. Den etterlatte vil kunne føle å ha kontroll over sine følelser og kjenne på økt energinivå, bedre matlyst og søvn. Oppnår man gode mestringsstrategier og funksjonell sorg, vil man kunne unngå

komplisert sorg. Komplisert sorg er av en art som sterkt preger den etterlattes ADL (activities of daily living- dagliglivets aktiviteter). Sykepleier setter sammen med den etterlatte opp kortsiktige mål som vil være realistiske for den etterlatte å nå (Clements m.fl. 2004). Veiledningen som blir gitt må være passende til situasjonen personen er i (Orem 2001) og kan være forslag eller råd, anbefalinger eller anvisninger (Kristoffersen m.fl. 2005). Kriser vil som regel ha stor innflytelse på en persons tanker og følelser, sykepleier burde være klar over dette i forhold til å skape tillit og i forhold til å skape gode behandlingsopplegg (Eide og Eide 2007).

Clements m.fl. (2004) skriver at det kan være vanskelig for etterlatte å ta egne avgjørelser, spesielt avgjørelser som er store. En sørgende person ser ikke nødvendigvis konsekvenser så godt. Sykepleier informerer om dette og anbefaler nøye evaluering før endelige avgjørelser.

5.2.3 Gi fysisk eller psykisk støtte

”Det har vært til hjelp å snakke med andre ved å fortelle om opplevelser og følelser til alle som gidder å høre på, formulere tanker om og om igjen til en føler en har klart å si det en tenker.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009:101).

Er metode brukt for å være der for den andre og forebygge at personen skal mislykkes, oppleve ubehagelige situasjoner eller stå ovenfor vanskelige avgjørelser. Støttende samhandling er en fin måte å assistere når en person opplever ubehag og smerte. Orem belyser her viktigheten av sykepleierens oppmuntrende og motiverende ord. Hun påpeker at det ikke trenger å være kommunikasjon ved bruk av ord, men at sykepleierens tilstedeværelse og hennes blikk og berøring er god støtte i seg selv (Orem 2001).

Eide og Eide (2007) skriver om psykisk førstehjelp ved alvorlige hendelser og forklarer medmenneskelighet som det viktigste. Videre nevnes viktigheten av;

- å la personen avreagere
- berolige og oppmuntre
- godta, ikke bebreide
- aktivisere

- ha mulighet for søvn og hvile
- vektlegge reaksjoner som naturlige

En etterlatt i artikkelen til Grad m.fl. (2004) forteller om ubehagelige bemerkninger som ”det er godt du har flere barn”, ”det var Guds mening”, ”han var jo et problem, så dette må jo være en lettelse” eller ”gode” råd som ”nå må du glemme og gå videre med livet”.

Det er heller ikke betryggende å høre velmente forsikringer som ”det vil bli bedre” og ”nå lider han i hvertfall ikke mer”. Dette kan føre til at den etterlatte føler en ikke anerkjenner selvmordet og tapet og følelsene som er tilstede (Harvard Woman’s Health Watch 2009). Det er viktig å anerkjenne alvoret i den etterlattes situasjon og anerkjenne at sorg innebærer smerte og elendighet (Love 2007).

En av de viktigste tingene sykepleier kan gjøre i en støttende rolle ovenfor etterlatte er å lytte, anerkjenne tapet og følelsene den etterlatte har. At sykepleier har evnen til å lytte omtenkstomt og rolig er en egenskap som er nyttig for en som jobber med mennesker i krise. Denne egenskapen gir den etterlatte mulighet til å fortelle sin historie. Ved å bli lyttet til når en forteller sin historie, kan positivt påvirke hvordan en senere ser på seg selv (Hopkins og Niemiec 2007). Det vil, som sitatet innledningsvis i dette underkapittelet nevner, være godt for etterlatte å repetere sin historie til familie, venner og sykepleier. Det er først når den etterlatte prater om det, en begynner å forstå hva det betyr for en (Clements m.fl. 2004).

En må gjerne stille den etterlatte spørsmål om hvordan det går, men det er da viktig å ha tid til å lytte til svaret. Det er ikke sikkert mange som spør om akkurat dette da de er redd for svaret, den etterlatte har kanskje mye på hjertet. Ønsker ikke den etterlatte å svare på spørsmålet, respekterer en dette.

Det finnes ingen enkel og konkret oppskrift på hvordan man kommuniserer hjelpende og problemløsende. Hver enkelt etterlatt vil ha sitt unike behov. Hjelpende kommunikasjon kan være anerkjennende, tillitskapende, gi trygghet og formidle informasjon som er med på å bidra til å løse problemer og stimulere den etterlatte til å mestre egen situasjon på best mulig måte (Eide og Eide 2007).

5.2.4 Gi og opprettholde omgivelser som støtter personlig utvikling

”Jeg har fått en ny forståelse for hva som er viktig, jeg prioriterer annerledes. Jeg er mer følsom for andre menneskers sorg og forsøker å gjøre mer for andre.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009: 198).

Metoden innebærer at sykepleier sørger for omgivelser som legger til rette for å nå mål. For å støtte personlig utvikling i denne sammenheng, er det hele miljøet og ikke bare deler av det, som gjelder (Orem 2001). Sykepleieren fra kriseteamet kan aldri erstatte familie og venners betydning for de etterlatte, men endringer i samfunnsstrukturen tilsier at organisert omsorg er nødvendig. Den organiserte omsorgen skal rettes mot å gi hjelp til selvhjelp og egenomsorg (Litlere 2004).

Som en av de åtte universelle egenomsorgsbehovene, skriver Orem om det menneskelige ønske om å føle seg normal. Hun legger i dette å vedlikeholde og utvikle et realistisk selvbilde. Det å bli akseptert av mennesker og i samfunnet generelt bidrar til denne utviklingen (Orem 2001). Cvinar (2005) skriver at sykepleier kan hjelpe den etterlatte med å utvikle følelsen av selvtilit gjennom menneskelige relasjoner.

Resultatene i forhold til personlig utvikling innebærer å legge til rette for forandringer i væremåte, se kreativt på muligheter og justeringer i forhold til selvoppfattelsen. Det kan være nødvendig av sykepleier å legge til rette for å gi muligheter for de etterlatte til interaksjon og kommunikasjon med både seg selv og andre (Orem 2001 og Terhorst og Mitchell 2012). Selvmord kan føre med seg andre utfordringer enn ved naturlige dødsfall (Dyregrov m.fl. 2009, Harvard Woman's Health Watch 2009 og Young m.fl. 2012). En av grunnene til dette kan være stigmatiseringen de opplever (Cvinar 2005). Jeg ser for meg at følelsen av stigma kan bli mindre om sykepleier hjelper etterlatte å komme i kontakt med andre etterlatte som kjenner på lignende følelser. Dette også for å få støtte og veiledning fra andre enn sykepleier.

Forhold med tanke på omgivelser og miljø som bidrar til utvikling, gir muligheter for at personer kan komme i kontakt med andre personer og/eller å bli en del av en gruppe. Dette kan føre til at personen som mottar hjelp i forhold til personlig utvikling kan føle at de er en del av noe og hører til et sted (Orem 2001). En viktig sykepleieoppgave er også å legge til rette for ro og hvile (Kristoffersen m.fl. 2005). Jeg kan se for meg at en balanse mellom sosial

aktivitet og hvile vil være det mest fornuftige for flertallet av de etterlatte. Samtidig vil det være individuelt hvor denne balansen ligger, og en viktig faktor å ta hensyn til.

Av erfaring har jeg sett pasienter som blir utslitt av ”for mye” besøk. De besøkende gjør det antageligvis i beste mening, og pasienten har selv problemer med å si i fra om hvor grensene går. Sykepleier kan i situasjoner som dette sørge for omgivelser som tilrettelegger for hvile ved å henvende seg til pårørende og informere om pasientens situasjon og behov for hvile.

Mennesker med godt sosialt nettverk viser seg å klare seg bedre enn personer som ikke har det (Eide og Eide 2007 og Terhorst og Mitchell 2012). Det vil være viktig at sykepleieren gir støtte til alle involverte for å kunne tilrettelegge for et bedre samarbeid mellom de etterlatte, som igjen vil kunne føre til å mestre situasjonen bedre (Eide og Eide 2007). Støttesamtaler sammen eller individuelt kan være et behov hos de etterlatte og må derfor tilbys. Sykepleier må informere om organiserte sorggrupper og om foreningen LEVE. Sykepleier kontakter disse om de etterlatte ønsker dette (Litlere 2004). Det er viktig å hjelpe etterlatte med å komme i kontakt med andre etterlatte (Terhorst og Mitchell 2012 og Harvard Woman’s Health Watch 2009). Respekt, mening og trøst blir gitt til andre og kan være med å opprettholde og utvikle den personlige utviklingen. Å opprettholde omgivelser og støtte en person til utvikling avhenger av hvilke kunnskaper og kreative ferdigheter sykepleier har, sykepleierens vurdering av situasjonen og sykepleierens respekt for mennesket (Orem 2001).

5.2.5 Undervise

”Det er nå 2 ½ år siden Svein døde, og det går ikke en eneste dag uten at han er i tankene mine. Forskjellen nå er at jeg også kan tenke på ham med glede, til tross for sorg og savn.” (Sitat fra etterlatt, Dyregrov m.fl. 2009: 192).

Undervise er å hjelpe en person som har behov for instruksjoner til å utvikle kunnskap eller ulike ferdigheter. Sykepleier kan ikke undervise om personen ikke er klar for eller interessert i å motta ny lærdom. For å undervise, må sykepleieren ha kunnskap om hva personen trenger å vite og kjenne til personens tidligere liv med tanke på bakgrunn, tidligere daglige rutiner og livsstil (Orem 2001).

Undervisningen begynner ikke før den kaotiske og stressende akutfasen er under kontroll (Kriser 2009) og personen er klar for det (Orem 2001). Sykepleieren i kriseteamet må ha kunnskap om de kompliserte faktorene ved traumatiske dødsfall for å kunne undervise de etterlatte om naturlige sorgreaksjoner (Clements m.fl. 2004). Undervisning i forhold til selvhjelp og egenomsorg kan være at den etterlatte ikke trykker ned følelsene som kommer, men konfronterer de for å klargjøre situasjonen. Ha gode samtalepartnere, det er viktig å prate om det som har skjedd. Energinivået er ikke nødvendigvis som tidligere med det er anbefalt å komme i arbeid forholdsvis rask. Grunnet lavt energinivå kan dagene virke tyngre. Bruk tid på å sørge, ikke flykt fra følelsene eller bli overbevist om at de ikke er der (Senter for krisepsykologi¹).

Orem har åtte universelle egenomsorgsbehov hun sier er nødvendig for opprettholdelse av liv, helse og velvære. De fire første går på behovet for luft, vann, mat og eliminasjon (Orem 2001). Jeg har tidligere nevnt de fire siste som mest aktuelle i temaet for denne oppgaven, men ser også viktigheten av å gi etterlatte informasjon om de fire første. Menneske trenger væske og næring for å fungere og sykepleier i kommunens kriseteam kan forklare etterlatte betydningen av dette også i en tid hvor krise og sorg er kontrollerende.

Undervisning er ikke forbeholdt et klasserom og ved å være tilgjengelig for personen som trenger hjelp, gir man de en mulighet til å stille spørsmål. Sykepleieren må undervise i forhold til personens alder, utdanning og tidligere erfaringer (Orem 2001 og Clements m.fl. 2004). Sykepleier sørger for at de etterlatte får tilgang til all tilgjengelig informasjon, slik at de kan få et bilde av hendelsen (Litlere 2004). I samtale med mennesker i krise er det ikke hensiktsmessig å bruke lange faguttrykk (Hopkins og Niemiec 2007) og informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig (Clements m.fl. 2004 og Dyregrov 2004).

Menn og kvinner sørger ulikt (Clements m.fl. 2004 og Jordan og McMenemy 2004). Menn gråter sjelden på lik linje som kvinner, men dette betyr ikke at mannen ikke sørger like mye. Det er ikke alle som tillater seg å gråte i nærvær av andre, og en skal tenke over at mennesker ikke trenger å vise tydelig at de sørger, selv om de er i sorg (Clements m.fl.2004). Menn kan ha godt av å skrive ned sine tanker da de kan ha vanskeligere for å uttrykke følelser muntlig (Jordan og McMenemy 2004).

Det er ikke et mål gjennom sorgen å glemme eller komme over tapet, men å minnes den avdøde, også med glede. Sorg er ikke et endepunkt, men en prosess (Clements m.fl. 2004).

5.2.6 Anvendelse av Orems egenomsorgsteori til mennesker i sorg

Orems egenomsorgsteori er omfattende og Nursing: Concepts of practice er en forholdsvis innviklet bok. Jeg har i dette arbeidet lest mye av innholdet i boken. Som Kirkevold (1998), oppfatter heller ikke jeg at Orem med ord sier mye om sorg og lidelse. Ved å skrive denne oppgaven anser jeg likevel Orems teori til å være gjeldende også her. Hun trekker i hjelpemetodene frem viktige fokusområder, som belyses i utvalgt teori og forskning. Hjelpemetodene er handlinger som skal kompensere for eller overvinne helserelaterte begrensninger ett menneske har. Orem legger i begrepet helse mennesket som helhet, i forhold til både fysisk og psykisk funksjon.

6 KONKLUSJON

Selv mord er å anse som en av de fremste dødsårsakene i verden og i Norge er det ca. 520 mennesker som årlig tar sitt eget liv, noe som tilsvarer ca. 5000 etterlatte (Dyregrov m.fl. 2009).

Denne litteraturstudien ønsket å finne ut på hvilken måte sykepleier kan anvende Orems fem hjelpemetoder i møte med etterlatte ved selvmord som opplever krise og sorg.

Det har ikke bydd på store utfordringer å finne belysende data til Orems hjelpemetoder, diskusjonen preges av dette. Pensum og litteraturen til Kari Dyregrov utgjør store deler av teorien og seks artikler utgjør utvalgte funn.

Som Orem (2001) selv sier vil sykepleier kunne benytte seg av hjelpemetodene enkeltvis eller i kombinasjon. Gjennom diskusjon og erfaring ser jeg at en kombinasjon ofte vil være realistisk. Ved å sette hjelpemetodene inn i aktuelt tema, anser jeg de for å være aktuelle innenfor all sykepleie.

Sykepleier i kommunens kriseteam *handler for en annen* ved å møte opp hos etterlatte med sin kunnskap. Hun *veileder* ved å kommunisere og samhandle og setter sammen med den etterlatte opp realistiske mål som kan bidra til mestring. *Støtte* kan oppleves gjennom sykepleierens motiverende ord. Sykepleierens anerkjennelse av den etterlatte og dens situasjon, samt følelsene som er til stede og evnen sykepleieren har til å lytte, blir vektlagt. *Opprettholdelse av omgivelser* gir sykepleier mulighet til å bidra med å utvikle følelsen av selvtillitt, hjelpe den etterlatte med å komme i kontakt med andre og også sørge for ro og hvile. Sykepleier må ha kunnskap om sorg for å *undervise*. Undervisning og informasjon bør gis både muntlig og skriftlig og være individuelt tilpasset.

Jeg ønsker å legge vekt på ordet anerkjennelse og dets viktighet i denne konklusjonen. Det går igjen i litteraturen og Orem (2001) skriver at å bli anerkjent av andre mennesker og også av samfunnet bidrar til å fremme menneskets integritet.

Forskningen ønsker større fokus på etterlatte ved selvmord. I tillegg ønsker jeg større fokus på Orems fem hjelpemetoder og deres anvendelse. Ikke bare i møte med etterlatte ved selvmord, men i utførelse av sykepleie generelt. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett nytten sykepleieren har av å bruke hjelpemetodene veiledende og sett deres relevans og betydning for sykepleiens fag og praksis.

7 LITTERATURLISTE

1. Bugge, K. E. m.fl. (2003) *Sorg*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
2. Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
3. Clements, P., T. m.fl. (2004). Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*. 40 (4). s. 149-154. Hentet fra Cinahl. (lest 4.mai 2013)
4. Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in psychiatric care*. 41 (1). s. 14-21. Hentet fra Cinahl. (lest 5.september 2013)
5. Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse – og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
6. Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
7. Dyregrov, K. (2004). Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? *Tidsskriftet Suicidologi*. 9 (2). s. 8-11. Hentet fra NSSFs kunnskapsbase. (lest 9.mai 2013)
8. Dyregrov, K. og Dyregrov, A. (2007) *Sosial nettverksstøtte ved brå død: Hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
9. Dyregrov, K. og Dyregrov, A. (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
10. Dyregrov, K. m.fl. (2009). *Etter selvmordet: - veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag
11. Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
12. Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Forskjellige metodiske tilgange: Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. s. 47-53
13. Grad, O. T. m.fl. (2004). What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close? *Crisis*. 25 (3). s. 134-139. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.134>
14. Harvard Woman's Health Watch (2009). Left behind after suicide. *Harvard health publications*. 16 (11). s. 4-6. Hentet fra Cinahl. (lest 25.mai 2013)

15. Hopkins, C. og Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 14 (3). s. 310-318. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01083.x>
16. Hørmann, E. (2012). Forskjellige metodiske tilgange: Litteratursøgning I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. s. 36-46
17. Helsedirektoratet (2011a) *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf> (lest 01.juni 2013)
18. Helsedirektoratet (2011b). *Etter selvmordet: Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*.URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord.pdf> (lest 01.juni 2013)
19. Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
20. Johannessen, K. I. m.fl. (2007). *Godt, rett, rettferdig: Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe
21. Jordan, J. R. og McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life threatening Behavior*. 34 (4). s. 337-349. Hentet fra Google Scholar. (lest 21.august 2013)
22. Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal
23. Kriser (2009). URL: <http://www.kriser.no/> (lest 4.april 2013)
24. Kristoffersen, N. J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
25. Kunnskapsbasertpraksis (2012). *Kvalitativ metode*. URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/> (lest 8.april.2013)
26. Litlere, M. (2004). Hjelp og støtte til etterlatte ved selvmord: en integrert del av krise – og sorgberedskap i kommunen. *Tidsskriftet Suicidologi*. 9 (2). s. 12-15. Hentet fra NSSFs kunnskapsbase.(lest 24.mai.2013)

27. Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (helse - og omsorgstjenesteloven) av 24.juni 2011 nr.30. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html> (lest 1.juni 2013)
28. Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary nurse: A journal for the Australian Nursing Profession*. 27 (1), s. 73-83. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.27.1.73>
29. Malt, U. F. m.fl. (2012). *Lærebok i psykiatri*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
30. Mathisen, J. (2005). Livets avslutning. I: N. J. Kristoffersen m.fl. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s.271-318
31. Mehlum, L. (2012) Selvmord og selvmordforsøk. I: Malt, U. F. m.fl. (red.). *Lærebok i psykiatri*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 757-779
32. Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf(lest 5.juni 2013)
33. Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*.6.utg. USA, Missouri: Mosby inc.
34. Reinecker, L. og Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
35. Rekdal, K. W. (2009). Ivaretagelse av pårørende og etterlatte ved selvmord: Kan de nye nasjonale retningslinjene ha betydning? *Tidskriftet Suicidologi*. 14 (1), s. 25-27. Hentet fra NSSFs kunnskapsbase. (lest 22.mai.2013)
36. Retterstøl, N. og Opjordsmoen, I. (2008). *Mestring av livsvansker: Om kriser og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
37. Senter for krisepsykologi. URL: <http://krisepsyk.no/> (lest 28.april 2013)
38. Statistisk Sentralbyrå (2012). *Dødsårsaker. Dødsfall, etter årsak. Hele landet. 1991-2011*. URL: <https://www.ssb.no/a/kortnavn/dodsarsak/tab-2012-10-19-01.html> (lest 8.april 2013)
39. Straume, M., W. (2003). Når sorg får et komplisert forløp. I: K. E. Bugge, m.fl. (red.). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. s. 169-187
40. Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer*. URL: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (lest 1.august. 2013)

41. Terhorst, L. og Mitchell, A. M. (2012). Ways of coping in survivors of suicide. *Issues in Mental Health Nursing*. 33 (1). s. 32-38. doi:
<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.618584>
42. Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
43. Thorsen, R. (2005). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen m.fl. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s.15-42
44. Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
45. Young, I. T. m.fl. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 14 (2), s. 177-186. Hentet fra PubMed. (lest 15.juni 2013)
46. Wilson, A. og Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death studies*. 34 (7). s. 625-640.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07481181003761567>

Foto: Privat (2011) Tittel: *Utydelig kandelaber*.

¹ Mangler årstall. I kontakt med nettstedet henvises det ikke til årstall.