



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
HT 2020

Efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid

En litteraturöversikt

Mimmi Gedda Berglund

Författare

Mimmi Gedda Berglund

Efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid

En litteraturöversikt

Relatives experience of support from healthcare professionals after suicide

A literature-review

Handledare

Ellinor Edfors

Examinator

Eva Clausson

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år dör tusentals personer i suicid i Sverige. Efterlevande anhöriga som drabbats av en sådan förlust utgör i förlängning själva en riskgrupp för psykisk ohälsa. Stöd till efterlevande anhöriga från hälso- och sjukvården är idag inte en självklarhet.

Syfte: Syftet var att beskriva efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid.

Metod: Allmän litteraturöversikt baserad på åtta kvalitativa, vetenskapliga studier från databaserna Cinahl Complete, Pubmed och PsycINFO. Studierna är granskade med hjälp av en granskningsmall för kvalitativa studier. Tematisk analysmetod tillämpades vilket resulterade i tre teman och två subteman.

Resultat: Deltagarna i studierna beskrev erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid som *Stöd och professionellt bemötande* med tillhörande subteman; *positiva erfarenheter och negativa erfarenheter. Hinder i att söka stöd* samt *Proaktivt stöd*

Diskussion: Metoden diskuterades utifrån trovärdighetsbegreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet. Resultatet diskuterades med förankring i personcentrerad vård samt Kris- och utvecklings-teori.

Sökord

Suicid, efterlevande anhöriga, stöd, hälso- och sjukvård,

Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund	4
Syfte.....	6
Metod.....	7
Design.....	7
Sökvägar och Urval	7
Granskning och Analys	8
Etiska överväganden.....	8
Förförståelse	9
Resultat	10
Stöd och professionellt bemötande.....	10
Hinder i att söka stöd.....	11
Proaktivt stöd.....	13
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats.....	24
Referenser.....	25

Inledning

År 2019 dog 1588 personer i suicid i Sverige vilket i genomsnitt är 4,3 personer per dag (Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention [NASP], 2020). Studier som gjorts på området visar att suicid direkt berör mellan fem och tio anhöriga och närstående personer. Om kretsen utökas till att omfatta hela det nätverk, vänner och bekanta som individen knutit genom livet, ökar antalet berörda avsevärt (World Health Organisation [WHO], 2008). Att förlora en anhörig i suicid innebär inte bara att ett liv har nått sitt slut, det är även en början på ett nytt liv för dem som lever vidare (Shneidman, 1973). Förlust av anhörig kan vara smärtsamt och sociala tabun kring psykisk ohälsa och suicid står ofta i vägen för återhämtningsprocessen (WHO, 2008). Shneidman (1973) menar att suicid är ett folkhälsoproblem och att arbetet kring suicid inte bara bör fokusera på suicidprevention eller att hantera försök till suicid, utan att det största folkhälsoarbetet ligger i att lindra effekterna av stress hos de efterlevande anhöriga vilkas liv är förändrade för evigt. Efterlevande anhöriga tillhör en grupp människor som behöver erbjudas stöd och omvårdnad i större utsträckning än vad som ges enligt de riktlinjer som finns i de flesta hälso- och sjukvårdssystem och samhällen i stort (Dyregrov, 2011). God omvårdnad innebär att vården är personcentrerad (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Personcentrerad omvårdnad vilar på en humanistisk grund och handlar om vikten av att sätta den vårdsökande i centrum. Att lyssna på hans livsberättelse och bilda sig en uppfattning om vilka egenskaper personen besitter för att på bästa sätt kunna inkludera hen i de processer och beslut som tas angående dennes vård. Vården syftar till att lindra lidande av de problem och symtom som påverkar livskvaliteten negativt (Edvardsson, 2020). Förståelse om suicid och traumatisk kris från hälso- och sjukvården kan hjälpa efterlevande att ta sig genom och underlätta bearbetning (WHO, 2008).

Bakgrund

Svårigheter i att bearbeta sorg på grund av stigmatisering, känslor av skuld och att klandra sig själv för en anhörigs död kan leda till så kallat komplicerad sorg om den sörjande

fastnar i sorgprocessen (Cullberg, 2006.) Komplicerad sorg kan beskrivas som ihållande, akut sorg vilket karakteriseras av överdrivet ältande och undvikande av platser eller situationer som kan trigga sorgen. Ofta finns en intensiv längtan efter den döde och svårighet att finna mening med vad som hänt eller till och med livet självt (Andriessen et al., 2019). Trots att suicid och psykisk ohälsa uppmärksammas mer och mer i samhället beskriver efterlevande anhöriga att sorg efter suicid är en ensam sorg, att vänner och bekanta drar sig undan på grund av stigmat kring just psykisk ohälsa och suicid (Dyregrov, 2011). Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES, 2020) skriver att sorgprocessen hos efterlevande anhöriga ofta innebär bearbetning av känslor av skuld och skam och att det kan vara svårt att finna mening efter en sådan traumatisk förlust. Därför kan närmsta kretsen inte alltid bistå med hjälp och stöd på samma sätt som vid naturlig död (Dyregrov, 2011). Att utsättas för förlust i suicid kan leda till sociala och psykiska problem som mental ohälsa, självdestruktivt beteende och suicidtankar. Det finns en förhöjd risk för suicid och psykiska besvär som ångest, depression, substansmissbruk och posttraumatiskt stressyndrom hos efterlevande anhöriga (Andriessen et al., 2019). Sådana reaktioner på traumatiska händelser eller traumatisk förlust kräver ofta professionell behandling i form av KBT, psykoterapi och ibland även farmakologisk behandling (Cullberg, 2006).

Hälso- och sjukvårdspersonal med kunskap om komplicerad sorg eller traumatisk förlust och mental ohälsa i allmänhet kan se till så att efterlevande anhöriga får det stöd de behöver. Fysiska symptom som kan uppstå till följd av komplicerad sorg och långvarig stress kan behandlas av läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter. Stöd av kurator kan bli aktuellt om den efterlevande anhörige behöver stöd i att hitta lösningar för att klara av vardagen och orka gå vidare. Psykologhjälp kan behövas för att bearbeta känslor av skam, ilska och ångest. Psykiater kan behövas om sorgen lett till en långvarig depression eller panikångest då samtalsterapi eller farmakologisk behandling kan behövas (WHO, 2008). Professionellt stöd kan innebära verklig hjälp eftersom de vård sökande inte heller behöver känna att de på något sätt är till last för sin familj och vänner (Cullberg, 2006).

Personcentrerad omvårdnad är en av sjuksköterskans kärnkompetenser för god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Fokus ligger på patienten som person och de erfarenheter, symtom och behov som patienten skildrar (Wijk, 2020). Personcentrerad omvårdnad är således relativ och påverkas av person, situation och kontext. Kärnan i personcentrerad omvårdnad är att sträva efter att skapa en terapeutisk relation mellan den vårdsökande och den professionella (Edvardsson, 2020). För att kunna skapa en terapeutisk relation krävs att sjuksköterskan som möter människor i sorg undviker att döma eller förringa patientens upplevelser. Det är i möten med andra människor vi undviker att objektifiera den andre och istället tar ansvar för de etiska krav som uppstår, som vi upptäcker både den andra och oss själva (Sandman & Kjellström, 2013). Kännedom och kunskap om individens erfarenheter, upplevelser och reaktioner spelar en viktig roll i sjuksköterskans bemötande av patienten (Malmsten, 2007). Genom aktivt lyssnande kan sjuksköterskan skapa en trygg plats för den vårdsökande (Sandman & Kjellström, 2013). Empatisk förmåga är en del i vad som kallas moralisk känslighet och handlar om att kunna se situationer ur andra parter perspektiv, att kunna tolka andras känslor och reaktioner (Malmsten, 2007). När stigmat kring suicid är lagt åt sidan i kombination med empatiskt bemötande kan efterlevande anhöriga känna sig trygga i att dela sina känslor med varandra och vårdgivaren (Dyregrov, 2011). Hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att reflektera över i vilken mån deras bemötande spelar in i mötet med en person som drabbats av traumatisk förlust samt bilda en vidare förståelse för efterlevande anhörigas behov av stöd.

Syfte

Syftet var att beskriva efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid.

Metod

Design

För att svara på syftet tillämpades en allmän litteraturöversikt baserad på kvalitativa vetenskapliga artiklar. En litteraturöversikt förser läsaren med en överblick av den kunskap som finns inom valt område, vidare dokumenteras fynd, slutsatser och hur de kan bidra till evidensbaserad forskning (Polit & Beck, 2004).

Sökvägar och Urval

Inför arbetet utfördes en pilotsökning av artiklar för att få en uppfattning om underlag för litteraturöversikten. Val av informationsresurs baseras på tillgång till forskning inom omvårdnad relaterat till syftet (Östlundh, 2017). Sökningen genomfördes i databasen Cinahl Complete utifrån valda begrepp, suicid, stöd och hälso- och sjukvård. Resultatet var begränsat och efter en bedömning av studiernas relevans och kvalitet minskade urvalet i pilotsökningen från tre till en artikel. För att vidare utvidga underlaget för hela studien samlades material in via tre olika databaser; PubMed, PsychINFO och Cinahl Complete. För att få fram relevant forskning som svarade på syftet användes boolesk sökteknik. Till att börja med identifierades ämnesord eller söktermer (MeSH) som var bärande i syftet, som t.ex. Suicide och Relative. Sedan användes operatoren OR för att få träffar på mer än en sökterm med hjälp av fältsökning i t.ex. titel och/eller abstract detta för att samla nyckelord och synonymer kopplat till ämnet. Sedan användes AND för att para ihop de olika termernas sökblock. För att få med fler böjningsformer av ett ord i databaserna Cinahl Complete och PsychINFO användes trunkering genom att skriva in ordstammen och avsluta med ett trunkeringstecken, i detta fall en asterisk, "*" (Östlundh, 2017). Sökorden som användes var: Suicide, Death, Violent Death, Grief, Relative, Family, Loved one, Next of Kin, Experiences, Attitudes, Perceptions, Qualitative research, Primary health care, Primary care, Healthcare, Bereave*, Bereavement, Grief, Loss, Needs, Care och Postvention. Begränsningar som användes var peer-reviewed och årtal 2010–2020. Inklusionskriterier var att artiklarna som ingick i litteraturöversikten

skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Artiklarna skulle vara kvalitativa och fokusera på efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvården efter suicid. Med hälso- och sjukvårdspersonal menas i denna litteraturöversikt de legitimerade professioner som den vårdsökande möter i hälso- och sjukvården. Definition av anhörig är en person inom familjen eller närmaste släktingar (Socialstyrelsen, 2004). Ordet efterlevande syftar till de som lever vidare efter att en anhörig gått bort, i det här fallet i suicid. Artiklarna skulle vara peer-reviewed och etiskt granskade och godkända, en försäkran om att artiklarna var vetenskapliga och därmed styrker trovärdigheten (Birkler, 2012). För att hitta artiklar med relevans för att svara på syftet lästes titlarna i träfflistan. Sedan lästes artiklarnas inledning och abstract, en kort beskrivning av studien i början av den vetenskapliga artikeln (Polit & Beck, 2004). Tio artiklar valdes ut för vidare granskning, tre från Cinahl Complete, sex från PubMed och en från PsycINFO (se bilaga 1).

Granskning och Analys

Valda artiklar som utifrån titel och abstract ansågs kunna besvara syftet lästes och utvärderades utifrån Högskolan i Kristianstads granskningsmall för kvalitativa studier (Blomqvist, Orrung Wallin & Beck, 2016). Två artiklar exkluderades efter granskningen, på grund av ej relevant målgrupp (1) och val av studiedesign (1), vilket resulterade i att åtta artiklar från fem olika länder valdes som underlag för analysen (se bilaga 2).

Artiklarna analyserades enligt Febe Fribergs (2017) metod. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att bilda en uppfattning av innehållet. Sedan sorterades studierna in i artikelöversiktstabeller (se bilaga 2) för att skapa en mer överskådlig bild av underlaget. Studiernas likheter och skillnader sorterades och sammanställdes gällande utformning samt resultat. Sedan utformades nya rubriker där de tema som beskrev samma erfarenheter samlades som grund för resultatet som presenteras i denna studie.

Etiska överväganden

Forskning innebär att söka ny kunskap. Sjuksköterskan har ett personligt etiskt ansvar att hålla sig uppdaterad på ny forskning, likaså bidra till att utarbeta nya godtagbara riktlinjer

inom omvårdnad. Detta genom att aktivt ta del av ny forskning som stöd för ett evidensbaserat yrkesutövande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Etiska överväganden inför och under studiens gång ökar studiens kvalitet. Genom att hålla sig kritisk till det egna arbetet och vara medveten om sin förförståelse kan författaren undvika att påverka resultatet. Framförallt i det fall resultatet inte stämmer överens med den egna förförståelsen (Birkler, 2012).

Denna studie behandlar ett relativt outforskat område. Förhoppningen är att studien kan bidra till att sjuksköterskor får ökad kunskap och förståelse för mental ohälsa, sorg, kris och suicid och hur det kan bidra till god, personcentrerad omvårdnad. Detta kan kopplas till göra-gott-principen som är en av fyra etiska principer i Beauchamp och Childress (2009) etiska modell. Göra-gott-principen innebär att alla har en moralisk skyldighet att handla till fördel för andra, att minimera risk för skada, väga nytta mot risk och främja det goda som hälsa och välbefinnande (Sandman & Kjellström, 2013). Studierna som ligger för grund till resultatet är alla etiskt granskade och godkända. Deltagarna i studierna har själva fått välja tid och plats för var intervjuerna ägt rum med tanke på platsens betydelse för trygghet för att på så sätt stödja personens hälsa och återhämtning i enlighet med ett personcentrerat omvårdnadsarbete (Wijk, 2020). De har tillika fått ta del av transskript av intervjuerna före publikation för att säkerställa att författarna även följer autonomi-principen som behandlar människors rätt att själva bestämma över sina liv (Sandman & Kjellström, 2013).

Förförståelse

Vad jag har förstått ökar risk för ångestsyndrom, depression och suicid hos anhöriga efter en närståendes suicid. En traumatisk händelse kan leda till kris. Det är svårt att ta sig igenom en kris själv därför behöver sjukvården erbjuda hjälp eller hänvisa till grupper eller föreningar som till exempel SPES eller Randiga huset, så att de som vill kan ta emot den. Mina personliga erfarenheter som efterlevande anhörig har gett mig en avig bild av sjukvården när det gäller stöd efter suicid. Det pratas mycket om prevention för att minska och förhindra suicid. De som lever kvar efter en närståendes suicid utgör en skör grupp med risk för att själva utveckla psykisk ohälsa och borde, enligt mig, därför fångas upp så tidigt som möjligt och erbjudas stöd. Där kan preventivt arbete göra enorm nytta.

Resultat

I resultatet presenteras fynd från åtta kvalitativa vetenskapliga artiklar, Sverige (1), Australien (3), Storbritannien (2), Kanada (1), Irland (1), med sammanlagt 223 deltagare i varierande ålder från 15–78 år. Övervägande var deltagarna vita, högutbildade kvinnor. Studierna fokuserar på anhörigas upplevelser/erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvård efter suicid. I de flesta studier har författarna aktivt valt att utesluta deltagare som drabbats av förlust i suicid inom 6–12 månader för att undvika personer som kanske fortfarande är i akut sorg. En longitudinell studie utvärderar stöd av anhöriga både i stadiet av akut sorg och 12 månader efter händelsen. Tre teman identifierades utifrån insamlade data, ett med två tillhörande subteman: *Stöd och professionellt bemötande - positiva erfarenheter och negativa erfarenheter, Hinder för att söka stöd samt Proaktivt stöd*

Stöd och professionellt bemötande

Betydelsen av stöd i form av professionellt bemötande var ett återkommande tema i artiklarna. Deltagarna vittnade om både *positiva* och *negativa* erfarenheter av bemötande. De som träffat läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal upplevde över lag att de var tillmötesgående och gjorde sitt bästa i att erbjuda stöd samtidigt uttrycktes också att mer hjälp och mer relevant stöd hade kunnat erbjudas av hälso- och sjukvårdspersonal med bredare kunskap om sorg, kris och suicid (Wainwright et al., 2020; Nic an Fahlí et al., 2016; Ross, V., Kölves, K., Kunde, L., & De Leo, D, 2018).

Positiva erfarenheter

Övervägande positiva erfarenheter handlade om hälso- och sjukvårdspersonal som varit aktiva lyssnare som tagit sig tid för mötet och inte vikt med blicken. Det terapeutiska värdet i att bli lyssnad på hade stor betydelse för många, även om det inte gav några konkreta lösningar eller svar på frågor var det en viktig form av stöd (Wainwright et al., 2020; Nic an Fahlí et al., 2016; Ross, V., Kölves, K., Kunde, L., & De Leo, D, 2018). Att få prata med sjukvårdspersonal som hade kunskap eller personlig erfarenhet av suicid hjälpte deltagarna att bryta sig ur isoleringen som ofta var en följd av skam och stigma

(Ross, V., Kølves, K., & De Leo, D, 2019). När sjukvårdspersonalen inte var dömande i sitt bemötande utan istället erbjöd en trygg och säker miljö kunde deltagarna i större utsträckning tala öppet om sin sorg (Pettersen et al., 2015). I en studie beskrevs en mycket positiv bild där läkare tagit sig tid och hjälpt till med remiss till kurator och information om självhjälsgrupper direkt (Wainwright et al., 2020). De som fått stöd i form av samtal med kurator kände att de blev lyssnade på, fick information om sorgprocessen och även här stöd i att söka hjälp hos frivilligorganisationer. (McKinnon & Chonody, 2014).

Negativa erfarenheter

Negativa erfarenheter beskrevs angående hälso- och sjukvårdspersonal som upplevts osäkra och nervösa över hur de skulle bemöta patienten. Några deltagare upplevde desperation och hjälplöshet när läkare eller annan sjukvårdspersonal varit osäker i sitt bemötande (Wainwright et al., 2020). Deltagare med erfarenheter av den typen av bemötande var de som i större utsträckning inte sökte hjälp igen eftersom de upplevde att vårdgivaren var oprofessionell eller okvalificerad (Pettersen et al., 2015). Bristande resurser eller upplevelse av avsaknad empatisk förmåga och professionellt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal resulterade i att deltagare kände sig osäkra och hjälplösa (Wainwright et al., 2020). Stöd i samtal eller samtalsterapi var inte rätt för alla. För några var det inte till någon hjälp utan förstärkte snarare deras känslor av ångest (Ross, V., Kølves, K., & De Leo, D, 2019). I tre av studierna påpekas att sorg inte är detsamma som depression och att läkarna ofta varit för ivriga i att skriva ut lugnande eller ångestdämpande läkemedel. Att deltagarna egentligen inte ville medicinera bort sin sorg men upplevde det som ett krav eller ett måste för att få träffa läkare mer kontinuerligt (Ross, V., Kølves, K., & De Leo, D, 2019; Nic an Fahilí et al., 2016; Pettersen et al., 2015).

Hinder i att söka stöd

Ensamhet och isolering som följd av skam och stigma beskrevs som vanligt förekommande konsekvenser efter suicid. Det utgjorde ett hinder eftersom deltagarna ofta kände sig obekväma i att prata öppet om suicid och upplevde sociala interaktioner som

svåra och ibland smärtsamma (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). Oro inför andra människors reaktioner och mottagande av dödsbeskedet gällde inte bara personliga relationer utan även professionella. Deltagarna upplevde lättnad när de kunde söka tröst hos och prata fritt med en professionell, objektiv person (Pettersen et al., 2015).

Att hitta en läkare, sjuksköterska, psykolog eller kurator med erfarenhet av suicid var svårt enligt deltagarna i samtliga studier (Nic an Fahilí et al., 2016; Wainwright et al., 2020; McKinnon & Chonody, 2014; Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019; Ross, V., Kölves, K., Kunde, L., & De Leo, D, 2018; Pettersen et al., 2015; Pitman et al., 2018; Gall et al., 2014). Hälso- och Sjukvårdspersonal med bra rykte ansågs svåra att få en tid hos eftersom de var så populära (Nic an Fahilí et al., 2016). Erfarenheter av långa processer och svårighet att få en tid och uppföljning med sjuksköterska, läkare, kurator eller psykolog inom hälso- och sjukvården var ett återkommande problem (Pettersen et al., 2015). De allra flesta beskrev känslor av förvirring, överklighet och kaos i det direkta skedet efter den anhöriges död och att det var svårt att ta sig för någonting, som till exempel att ta reda på var de kunde söka och få stöd (Gall, Henneberry, & Eyre, 2014; McKinnon & Chonody, 2014; Pettersen et al., 2015; Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). Att veta var en skulle vända sig för att få tillgång till stöd var enligt många en utmaning. Svårigheter att navigera i vårdssystemet utgjorde ett hinder och redan där tappade många ork att ta sig vidare (Pettersen et al., 2015; Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019; Wainwright et al., 2020). Triageprocessen upplevdes som ett hinder, många beskrev erfarenheter av att bli ifrågasatta och att de behövde berättiga sitt behov av stöd för att få rätt till det (Pitman et al., 2018). Hög personalomsättning sågs som ett problem. Att behöva återberätta sina smärtsamma upplevelser för främlingar vid upprepade tillfällen framkallade känslor av ångest och obehag (McKinnon & Chonody, 2014). Tiden som var avsatt för mötet upplevdes som för kort för att hinna öppna upp för ett samtal (Pettersen et al., 2015). Att söka stöd privat hos psykolog var inte ett alternativ för alla. Det beskrevs som för dyrt och därför bara tillgängligt för den som hade råd (Pettersen et al., 2015).

Anledningar till att inte söka stöd varierade, några ansåg sig inte behöva stöd från hälso- och sjukvården, andra att de hade en föreställning om att de inte skulle dra nytta av stödet som erbjöds. Ofta eftersom de ansåg att vården misslyckats med vården av anhörig som tagit sitt liv (McKinnon & Chonody, 2014; Nic an Fahilí et al., 2016; Pettersen et al., 2015). Några hade försökt söka vård men gett upp eller blivit avskräckta, andra var rädda att ta steget att be om hjälp även om behovet fanns eftersom ett första bemötande från hälso- och sjukvården hade upplevts dömande, okänsligt eller på annat sätt dåligt (Pettersen et al., 2015; Pitman et al., 2018). Många valde att dölja sin sorg av rädsla att bli dömda eller stigmatiserade av sin omgivning. De ville inte att andra skulle tycka synd om dem eller bli utsatta för särbehandling eller göra andra obekväma om de visade sina känslor (Pettersson et al., 2015). De flesta av dem som blivit erbjudna men inte tagit emot stöd vid ett första tillfälle sökte oftast vård själva vid ett senare tillfälle. Några valde att inte göra det av olika anledningar. En anledning var eftersom de trodde att de enligt andra i sin omgivning "borde" ha läkt vid det laget (Pitman et al., 2018). Det fanns ett behov av att få vägledning i att hitta vårdpersonal med rätt kvalifikationer (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). Brist på vårdpersonal med erfarenhet av suicid beskrevs som ett hinder för gott stöd. Deltagare som bodde på mindre orter behövde dessutom ta sig långa sträckor för att få tillgång till adekvat stöd (McKinnon & Chonody, 2014).

Proaktivt stöd

Det fanns i studierna en allmän uppfattning hos de efterlevande anhöriga om att hälso- och sjukvården hade ett ansvar att hjälpa den sörjande att få tillgång till lämpligt stöd och resurser, framförallt i direkt följd efter dödsfallet då deltagarna beskrev att de upplevde att de var allt för påverkade av sorg för att själva söka vård. (Pitman et al., 2018; Ross, V., Kölves, K., & DeLeo, D, 2019). En önskan om kontinuerligt eller proaktivt stöd uttrycktes. Behovet av och meningen med proaktivt stöd varierade. Kort kan det beskrivas som uppsökande och/eller upprepat erbjudande om både stöd i form av samtal likväl praktiskt stöd genom kris- eller sorgprocessen. Framförallt i de tidiga stadierna av bearbetningen av sorg eller kris. Många beskrev den akuta fasen som överväldigande och hade själva svårt att klara av att söka hjälp (Pitman et al., 2018; Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019).

I en studie av Gall, Henneberry, & Eyre (2014) beskrevs förlust i suicid som ett plötsligt och oväntat övergrepp med förvirring, chock och svårigheter att ta enkla beslut i vardagen som följd. Även om ett tidigt erbjudande av stöd var av vikt fanns de som inte känt sig redo att ta det steget vid den tidpunkt stödet erbjudits. De som kände sig för svaga för att söka vård i början men fått stöd i ett senare skede hade enligt utsago dragit fördel av det stöd de fått när chocken lagt sig (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). Önskan att hälso- och sjukvården skulle uppmuntra efterlevande anhöriga, som inte själva skulle ha sökt vård, att i större utsträckning ta emot vård uttrycktes (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). En vårdgivare som initierade kontakt och kom med erbjudande om stöd var tillräcklig för de efterlevande anhöriga. Att veta att stöd fanns att tillgå även om de inte själva ansett sig i behov vid just det tillfället hade öppnat för att söka stöd när hen själv var redo (Pitman et al., 2018). Uppföljningssamtal efterfrågades eftersom en övervägande majoritet upplevde att sorgen ändrade karaktär över tid. Nya händelser eller kriser i livet kunde trigga sorg eller framkalla ångest och obehagskänslor (Pitman et al., 2018; Ross, V., Kölves, K., Kunde, L., & De Leo, D, 2018; Nic an Fahilí et al., 2016; McKinnon & Chonody, 2014). Tidpunkten för när deltagarna var redo att ta emot stöd varierade från ett par månader till år efter självmordet. Flexibilitet kring stöd var av vikt för efterlevande anhöriga och upplevelser av hur behov av stöd förändrats över tid gjorde att olika typer av stödinsatser behövts under olika faser efter självmordet enligt deltagarna (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019). Många beskrev ett behov av att samla information för att försöka förstå mer om suicid och när den informationen inte funnits till hands uttrycktes en önskan att den informationen skulle finnas på till exempel vårdcentralerna i form av broschyrer eller skriftlig information om de olika stadierna i kris- eller sorgprocesser (Wainwright et al., 2020). Detta för att kunna ta informerade beslut angående sitt eget välbefinnande (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019).

Efterlevande anhöriga uttryckte en önskan att ha en läkare som ett kontinuerligt stöd igenom hela helandeprocessen (Pitman et al., 2018). Koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, mardrömmar, dålig aptit, låg energi, ökad ångest och okontrollerade känsloutbrott visade sig vara vanligt förekommande symptom efter förlust i suicid. För att

förstå och få hjälp med dessa reaktioner på sorg sökte sig många till just läkare (Pettersen et al., 2015). Likaså för fysiska, stressrelaterade, åkommor som hjärtklappning eller gastrointestinala besvär, eller för att få hjälp med praktiska moment som att skriva ut sjukintyg vid sjukskrivning efter dödsfallet. Den interaktionen bjöd enligt deltagarna ett ypperligt tillfälle för läkaren att erbjuda information, stöd och vägledning (Nic an Fahilí, Flynn & Dowling, 2016). Många uttryckte ett behov av psykoterapi i första hand eller i samband med medicinering. (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019; Nic an Fahilí et al., 2016; Pettersen et al., 2015). Även andra åtaganden som att kontakta bårhus, begravningsentreprenör, försäkringsbolag etc. upplevdes som svåra. Flera föreslog att vägledning från hälso- och sjukvården mot någon form av praktisk hjälp hade varit välbehövlig. För några hade begravningsentreprenörer spelat en stor roll i att erbjuda just den typen av stöd och vägledning (Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D, 2019; Pitman et al., 2018). Några hade inte mottagit någon form av stöd efter suicid (Pettersen et al., 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Därför genomfördes en allmän litteraturöversikt. Eftersom kvalitativa studier enligt Birkler (2012) syftar till att skapa förståelse för en person och dennes livssituation ges författaren möjlighet att redovisa resultat ur ett patientperspektiv. I detta fall efterlevande anhöriga. För att säkerställa studiens kvalitet gäller det att ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet. I kvalitativ forskning redovisas detta genom att steg för steg beskriva hur arbetet gått tillväga i design, metod, granskning, analys, referenser och förståelse. Det är viktigt att belysa både styrkor och svagheter för att öka trovärdigheten. I denna studie diskuteras metoden utifrån trovärdighetsbegreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Shenton, 2004).

Tillförlitlighet uppnås när studiens resultat svarar på syftet och deltagarnas erfarenheter och upplevelser speglas (Shenton, 2004). I denna litteraturöversikt presenteras en

tolkning av deltagarnas personliga erfarenheter med data samlad från vetenskapliga studier. Att noggrant granska material som samlas in och redovisa detta med fokus på syftet och valt perspektiv ökar resultatets trovärdighet (Shenton, 2004). Studiens tillförlitlighet stärks av att informationssökning och datainsamling skett via relevanta databaser, med sökord som identifierats i studiens syfte samt att Inklusionskriterier redovisats. Eftersom det visade sig vara svårt att hitta kvalitativa studier på ämnet och underlaget för litteraturöversikten blev skvalt sänks tillförlitligheten. Allt underlag refereras till originalkällor för att stärka studiens tillförlitlighet.

Verifierbarhet handlar om processens kvalitet med fokus på vald metod. Datainsamling, genomförande och analys. Studiens verifierbarhet styrks om metoden är väl beskriven och om studien kan göras om i samma kontext med liknande resultat (Shenton, 2004). Verifierbarheten styrks genom att författaren redovisar sin sökstrategi. Sökschema och val av databaser redovisas för att på så sätt visa att materialet kommer från säkra källor och även för att samma sökning ska kunna genomföras igen med samma resultat. Utöver det har samtliga artiklar granskats med hjälp av en granskningsmall för kvalitativa studier (Blomqvist, Orrung Wallin & Beck, 2016). Åtta artikelöversikter sammanställdes i en bilaga och analysprocessen är tydligt beskriven enligt Fribergs (2017) modell.

Pålitlighet handlar om huruvida författaren låtit sina egna fördomar stå i vägen för ett neutralt och objektiva förhållningssätt eller ej. Detta kan styrkas genom att handledare och studiekamrater granskat arbetet (Shenton, 2004). Sanningshalten i forskningen kan även styrkas genom att granska exempelvis metod och referenser. Samtliga studier som ligger som underlag för denna litteraturöversikts resultat har redovisat liknande resultat. Därför stärker det pålitligheten. Vidare styrks pålitligheten om resultatet är baserat på vetenskapliga studier och om det är oberoende av författarnas förförståelse (Shenton, 2004). Författarens förförståelse är kopplad till personliga erfarenheter och det är osäkert om författaren lyckats hålla sig helt objektiv i frågan, här sänks pålitligheten. Det faktum att det bara var en författare och inte flera sänker pålitligheten. Men i detta fall har litteraturöversikten behandlats av fler kritiska blickar i grupphandledning och personlig handledning med Universitetsadjunkt. Samtliga studier i resultatet var etiskt granskade och godkända. I majoriteten av studierna har deltagarna fått ta del av intervjuer och

transskript för godkännande innan studierna publicerats. Detta tyder på god forskningsetik och styrker pålitligheten (Birkler, 2017).

Överförbarhet handlar om huruvida studiens resultat kan överföras i annan kontext, vilket bestäms av urval och sammanhang i vilket studien genomförts samt temanans abstraktionsnivå (Shenton, 2004). Studierna var utförda i 5 länder, Sverige (1), Irland (1), Australien (3), Kanada (1), England (2) (se bilaga 1). Ålder på deltagarna var mellan 15 och 78år. Sammanlagt deltog 223 personer i studierna. I samtliga studier var deltagarna övervägande, vita, högutbildade kvinnor. Enligt Dyregrov (2011) visar studier att lägre socioekonomisk status är en riskfaktor till suicid men gruppen representeras alltså nästan inte alls i den här litteraturöversikten. Även kulturella skillnader saknas då studierna uteslutande genomförts i länder med liknande ekonomisk status och statskicks. Resultatet kan överföras till samma målgrupp i samma kontext men troligtvis inte till annan målgrupp och/eller annan del av världen som t.ex. i länder utan statligt finansierad sjukvård eller utvecklingsland.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid. Resultatet i studien visade att deltagarnas erfarenheter handlade om betydelsen av *Stöd och professionellt bemötande*. Både positiva och negativa erfarenheter visade att hälso- och sjukvårdspersonal kan nå fram till efterlevande anhöriga genom att arbeta personcentrerat och med empatiskt bemötande. *Hinder i att söka stöd* beskriver personliga, fysiska eller mentala hinder. Hinder i utformning av hälso- och sjukvård som triagering och tillgänglighet. Samt hinder i negativa attityder från hälso- och sjukvård. *Proaktivt stöd* tar upp behov av uppsökande vård, kontinuitet och fortlöpande stöd. Med förankring i Johan Cullbergs teori om kris och utveckling (2006) samt begreppet personcentrerad omvårdnad diskuteras bemötande, flexibilitet och kontinuitet samt psykisk ohälsa.

Det finns inga nationella riktlinjer angående anhörigstöd efter suicid. Det finns därför inget givet stöd till efterlevande anhöriga efter suicid inom hälso- och sjukvården. Den vårdsökande möter både mentala och fysiska hinder när de söker stöd. Därför handlar

erfarenheterna till stor del om bemötande, både positivt och negativt, samt avsaknad av och en önskan om personligt anpassat stöd. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) innebär god omvårdnad att vården är personcentrerad, att patienten blir hörd och att beslut angående vård utgår ifrån de problem och symtom som ohälsan orsakar i vardagen.

Bemötande

Resultatet belyser framförallt vikten av ett professionellt bemötande. Positiva erfarenheter av bemötande från hälso- och sjukvården utgör i resultatet närvaro, aktivt lyssnande och ögonkontakt. Det sociala nätverket är viktigt, men det finns vissa bitar som de närmaste inte har kunskap och möjlighet att hjälpa till med (NASP, 2013). En person som för första gången söker vård för psykiska besvär känner sig ofta utsatt och förtvivlad. Utelämnad till vårdens kunskap och resurser befinner sig personen i en svår beroendesituation (Cullberg, 2006). Därför bör hälso- och sjukvårdspersonal reflektera över bemötande av efterlevande anhöriga.

Terapeutisk hållning innebär en yrkesmässig attityd. Ett öppet förhållningssätt inför den drabbade och dennes aktuella situation och behov utgör en förutsättning för ett professionellt bemötande (Cullberg, 2006). Genom att lyssna aktivt, inkludera och ta hänsyn till personens upplevelser och behov kan hälso- och sjukvårdspersonal röja hinder och åstadkomma god, personcentrerad vård (Edvardsson, 2020). Essensen i begreppet personcentrerad vård innebär att personens upplevelse av sjukdom är utgångspunkt. Personen som söker vård bekräftas och fokus läggs inte bara på sjukdom, eventuella funktionsnedsättningar, symtom eller begränsningar. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar personcentrerat genom att sträva efter att bekräfta och utgå från individens perspektiv, behov och önskningar och att kontinuerligt inkludera personen i alla behandlingar och beslut angående omvårdnaden (Edvardsson, 2020). Personcentrerad omvårdnad är således relativ eftersom den är bunden till person och kontext. I det här fallet spelar exempelvis vilka attityder samhället och personen har till suicid in och vilken relation den anhörige efterlevande har till den som tagit sitt liv (Edvardsson, 2020).

Förlust i suicid är en ny erfarenhet utan referenspunkt för de flesta. Efterlevande anhörigas behov behöver utvärderas och frågor besvaras i bästa möjliga mån (Andriessen et al., 2015). För att kunna närma sig en förståelse av sorgprocessen efter suicid är det en fördel att förstå hur död i suicid skiljer sig från andra dödsorsaker. Till att börja med är själva naturen av självförvårdad död i hög grad traumatiserande. Tankar hos den efterlevande anhöriga om det inträffade hade gått att avvärja, undvikas eller förebyggas är också vanligt förekommande (Jordan, 2017). Föräldrar som förlorat ett barn i suicid är en grupp som är extra svårt att bemöta, ofta eftersom det väcker starka känslor hos andra föräldrar och även hos föräldrar som arbetar inom hälso- och sjukvården (NASP; 2013). Föräldrar som förlorar ett barn av olika orsaker eller omständigheter kan bära på en känsla av misslyckande men den typen av känslor förekommer ofta mer intensivt och varar längre hos föräldrar som förlorat barn i suicid (Jordan, 2017). Efter suicid uppstår hos den efterlevande anhöriga ett behov av information. Framförallt information om sorgprocessen, medicinska aspekter kring den anhöriges suicid och hur dödsfallet kan komma att påverka familjemedlemmar och familjen som enhet. Vuxna efterfrågar information för att kunna hjälpa barn och unga vuxna som drabbats av en anhörigs suicid (Dyregrov, 2011). En trygg miljö kan ge personen möjlighet att hantera känslor, suicidtankar och stigma. Hälso- och sjukvårdspersonal kan ge den efterlevande anhöriga stöd i att hantera familjerelationer samt insikt angående suicid och omständigheter kring det suicid de varit med om. Genom att diskutera suicid, varningstecken och kulturella attityder angående suicid i ett varmt och stöttande klimat kan insikt angående suicidala mekanismer öka och på så sätt minska risken för suicid hos efterlevande anhöriga (Andriessen et al., 2015).

Tre egenskaper som är av vikt för hälso- och sjukvårdspersonal att kunna närma sig vårdtagaren i mötet är kunskap, empati och självkänedom. Empati innebär förmågan att kunna bilda en förståelse för en annan människas känslor och upplevelser utifrån vad hen säger eller hur hen betar sig. Empati är inte samma sak som att uttrycka medlidande. Självkänedom handlar om medvetenhet om sin egen förförståelse och att inte blanda in den, sina egna oros- och osäkerhetskänslor, irritation eller olust i mötet med patienten (Cullberg, 2006). Ett empatiskt och öppet förhållningssätt och förståelse för att alla är

individer och reagerar olika i olika situationer är ett fördelaktigt verktyg för den som arbetar inom hälso- och sjukvården (Cullberg, 2006). Respektfullt bemötande och att som hälso- och sjukvårdspersonal möjliggöra delaktighet för de efterlevande anhöriga främjar psykiska hälsa, och gör också att de anhöriga kommer att känna en större tillit till vården och mentala hinder som ilska, skam, skuld och besvikelse minskar (NASP, 2013).

Proaktivt stöd

Önskan om proaktivt stöd och en flexibilitet i hur stödet kan se ut och när stöd kan erbjudas återkommer i resultatet. Att själv söka stöd i hälso- och sjukvård kändes för många som en enorm påfrestning och många stötte på både psykiska spärrar och fysiska hinder i uppsökande av stöd. I chockfasen är det svårt för många efterlevande anhöriga att veta var man ska vända sig och vilket faktiskt behov av stöd man har (NASP, 2013). Därför kan behov av stöd variera och även vid vilken tidpunkt stödet kan erbjudas, alltså när den efterlevande anhöriga är mottaglig för stöd.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) och Socialtjänstlagen (SoL, 2001) ska vård och omsorg präglas av respekt för individens integritet och självbestämmande (Wijk, 2020). I Patientlagen (PL, 2014) står att den vårdsökande har rätt till delaktighet i sin vård. Det innebär att sjukvårdspersonal ska kunna informera, guida, erbjuda och ge råd om den hjälp som hälso- och sjukvården kan erbjuda för att själva kunna ta ett informerat beslut om sin egen hälsa och vilken typ av stöd de kan behöva. Uppsökande vård med upprepat erbjudande om stöd var ett tydligt önskemål. Enligt Henderson (1982) är sjuksköterskan patientens språkrör som ska tala för patienten när hen inte själv har förmåga till det. Sjuksköterskan kan tillsammans med patienten upprätta en vårdplan. En sammanfattning av patientens behov, mål och de stödinsatser som planeras (Nationella vård- och insatsprogrammen, 2020). Målet är att ge den efterlevande anhörige åter sin självständighet och (Henderson, 1982).

Sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal kan bidra med stöd, vård och behandling som är evidensbaserad och professionell. Samtidigt är det personen som söker vård som är den som bäst känner sina egna styrkor och svagheter. Därför behöver hälso-

och sjukvårdspersonal arbeta personcentrerat. Det innebär att vårdgivaren strävar efter att möta den vårdsökande på ett gemensamt plan. Vårdtagaren har rätt att hållas informerad angående de olika behandlingsalternativ som finns att tillgå. Genom att tillsammans diskutera alternativ bjuds den vårdsökande in till delaktighet och ges inflytande över beslut angående vård och behandlingar. För att få en uppfattning om vilka resurser personen har att arbeta med kan vårdgivaren börja med att ta reda på vem personen är, eventuella önskemål och behov samt vilka förväntningar hen har. Även personens livshistoria, relation till den som gått bort, kunskap om mental ohälsa samt attityder till suicid kan ha betydelse för vilken typ av stöd som passar bäst och vilket resultat omvårdnaden eller behandlingen ger (Edvardsson, 2020).

Psykisk ohälsa

Att söka stöd från hälso- och sjukvård var inte en självklarhet för alla. Det var enligt resultatet ofta först när fysiska eller svåra psykiska symtom uppstod som vården blev tillgänglig. Det kan betyda att den vårdsökande då är i behov av lång behandlingstid och dyra läkemedel. Vilket innebär en enorm kostnad för samhället och påfrestning på ett redan sårbart vårdssystem som kanske kunde undvikas med enkla medel. Att fånga upp och förebygga psykisk ohälsa är av vikt på individ-, grupp- och samhällsnivå. Stöd till personer som förlorat en anhörig i suicid har visat sig vara en viktig strategi i arbetet med suicid-prevention (Andriessen, 2019; WHO, 2014).

Cullberg (2006) menar att för att kunna ge stöd behöver sjukvårdspersonal ha kunskap om de processer efterlevande anhöriga går igenom i sorg och kris och vad som kan hjälpa och stötta bearbetning av just detta. Inom hälso- och sjukvården betraktas känslor av nedstämdhet ofta som sjukliga och behandlas då i första hand medicinskt, något som ansågs negativt i samtliga studier. Man bortser då från patientens erfarenheter och känslor och deras relevans i den psykologiska processen, något som kan försvåra för patienten i bearbetningen av kris och/eller sorg. Att förlora någon i suicid ökar risken för komplicerad sorg (Andriessen et al., 2019). I en studie på temat komplicerad sorg hos personer som förlorat ett barn, förälder eller syskon i våldsamt död (självmod, mord, olycka) dras slutsatsen att personer som förlorar en anhörig i plötslig eller våldsamt död

behöver mer stöd från hälso- och sjukvården när det handlar om en traumatisk förlust, till skillnad från en mindre våldsam död (Nakajima, Masaya, Akemi, och Takako, 2012). Enligt NASP (2013) har föräldrar som har förlorat ett barn i självmord nästan alltid komplicerad sorg. Därför behövs aktiva interventioner från hälso- och sjukvården från första början. Efterlevande anhöriga löper även större risk att utveckla PTSD, depression och eget självmord. Det är alltså känt att mental ohälsa och suicid går i arv (Andriessen, 2019; Shneidman, 1973). När sorg kommer upp till ytan långt i efterhand blir processen ofta mer komplicerad och medför nya inslag som försvårar bearbetningen. Det är inte ovanligt att den drabbade då går in i en kris som leder till att personen inte längre har kontroll eller resurser att hantera situationen (Fyhr, 2003).

Hälso- och sjukvårdspersonal kan genom att ge den drabbade stöd att uttrycka sina känslor av sorg, smärta skuld och aggressivitet göra så att krissymtomen ses som mindre sjuka eller onaturliga. Sjukvårdspersonalen kan även försiktigt förbereda den drabbade på hur det vidare förloppet av sorg eller kris kan te sig (Cullberg, 2006). Sorgens uppgift är att läka det psykiska sår som uppstår med hjälp av bearbetning. Sorgearbetet tar olika lång tid för olika individer och är beroende av faktorer som vilken betydelse förlust i suicid har på den drabbades livssituation och vilken relation hen har till den som har gått bort (Fyhr,2003). Cullberg (2006) menar att skillnaden vid plötslig eller traumatisk förlust är att den sörjande kan fastna i sorgearbetet om känslor av skuld eller skam står i vägen.

Vid en allvarlig händelse som terrorattack eller omfattande olycka finns underlag för hur drabbade och anhöriga bör tas om hand (Socialstyrelsen, 2018). När en förälder förlorar ett barn i plötslig spädbarnsdöd finns utarbetade rekommendationer för omhändertagande av föräldrarna efter de förlorat sitt/sina barn (Socialstyrelsen, 2016). Anhöriga efterlevande till personer som tagit sitt liv är däremot inte patienter som får vård med självklarhet (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention [NASP], 2013). I de fall då det finns risk för eller att en efterlevande anhörig har fastnat i sorgearbetet behövs professionell hjälp för att ta sig vidare. Felaktigt bemötande kan försvåra sorgprocessen och det kan leda till att det blir svårt för den efterlevande anhörige att anpassa sig och återgå till ett normalt liv (NASP, 2013). Det behövs tydliga rekommendationer och/eller

riktlinjer för vårdande av efterlevande anhöriga till personer som tagit sitt liv. Det är framförallt viktigt att patienten vet att det är helt normalt att ha behov av och att ta hjälp av specialisttjänster (WHO, 2008). I Sverige är det lagstadgat att alla har rätt till lika vård (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Det finns en allmän brist på förståelse i samhället angående ökad risk för psykisk stress, existentiell kris, sociala hinder och ökad grad av komplicerad sorg likväl en ökad risk för suicid hos efterlevande anhöriga. Att förlora en anhörig i suicid kan få så vida konsekvenser att det borde betraktas som ett folkhälsoproblem (Dyregrov, 2011).

Politiker, professionella, och allmänheten behöver lägga mer resurser på både pre- och postvention. Regeringen har i början av augusti i år, 2020, lämnat i uppdrag till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att samla in underlag till en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention i samverkan med flera berörda myndigheter vilket förhoppningsvis kan leda till nytt ljus över rådande situation och bredare kunskap gällande psykisk ohälsa inom offentlig sektor. I Sverige finns ett antal organisationer som besitter enorm kunskap och erfarenhet kring suicidprevention och postvention. Bland annat Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Randiga Huset, Suicide Zero och Föreningen för suicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES). Det är organisationer som erbjuder stöd och hjälp till människor som mist en närstående i suicid i form av självhjälpsgrupper, telefonjourer, föreläsningar och kurser och styrs till stor del av människor som själva är direkt berörda av suicid.

Hälso- och sjukvårdspersonal kan genom att lyssna på patientens erfarenheter och upplevelser försöka sätta sig in i och förstå hur och varför patienten påverkas av symtom och ohälsa i vardagen. Vi kan då i samråd med patienten komma fram till den omvårdnadsåtgärd som gör mest nytta och minst skada för patientens välmående. Genom att respektera patientens sårbarhet, integritet, autonomi och värdighet kan vi ge stöd genom att ingjuta tillit och hopp och på så sätt minska lidande. Sjuksköterskor med hög kompetens resulterar i lägre dödlighet och lägre kostnader. Genom att tillförskansa sig kunskap om kris och krisreaktioner kan sjuksköterskan skapa en säker vård med hög kvalitet.

Slutsats

Enligt de erfarenheter som beskrivits av efterlevande anhöriga till personer som dött i suicid visar litteraturöversiktens resultat att bemötande och vårdgivarens förmåga att lyssna av stor betydelse för de som drabbats. När en person som varit utsatt för traumatiska händelser inte blir mött på ett adekvat sätt finns vissa risker med det. Genom att hjälpa den vårdsökande att inte känna sig ensam i sin sorg och normalisera sina sorgereaktioner kan hälso- och sjukvårdspersonal skänka hopp om att ta sig igenom sorgen och ta sig ur isolering och känslor av stigma och skam. Professionellt bemötande och förhållningssätt hos hälso- och sjukvårdspersonal är ett av huvudinstrumenten inom sjukvården och är något som utvecklas genom utbildning och erfarenhet. Ingen blir egentligen någonsin färdig eftersom det handlar om en ständigt pågående, dynamisk utveckling.

Referenser

Referenser markerade med ”*” är de artiklar som används i resultatet.

Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P B. (2015). Bereavement after suicide. Disentangling clues to better help adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(5), 299-303. doi:10.1027/0227-5910/a000339

Andriessen, K., Kryszynska, K., Kölves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10 (2677), 1-22. doi:10.3389/fpsyg.2019.02677

Beauchamp, TL., & Childress, JF. (2009). *Principles of Biomedical ethics*. Oxford University Press

Birkler, J. (2012). Vetenskapsteori: En grundbok (E. Björkander Mannheimer, Övers. 2 uppl.). Liber AB.

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., & Beck, I. (2016). HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Cullberg, J. (2006). Kris och utveckling (2., [omarb. och utökade] uppl.). Natur och Kultur.

Dyregrov, K. (2011). What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 310-318. doi:10.1027/0227-5910/a000098

Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad i teori och praxis. I D. Edvardsson & A. Backman (Red.), *Personcentrerad Omvårdnad i teori och praktik*. (2 uppl. s.47–61). Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl. s.129–140). Studentlitteratur AB.

Fyhr, G. (2003). Hur man möter människor i sorg. (2 uppl.). Natur och Kultur.

*Gall, T L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2014). Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. *Death Studies*, 38 (7), 430–437. doi:10.1080/07481187.2013.772928

Henderson, V. (1982). Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Solna: Almqvist & Wiksell.

Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jordan, J R. (2017) Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41 (10), 614–621. doi: 10.1080/07481187.2017.1335544

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I. M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl. s.81–97). Lund: Studentlitteratur AB.

Malmsten, K (2007). Etik i Basal Omvårdnad: i någon annans händer. (2 uppl.). Studentlitteratur AB.

*McKinnon, J M., & Chonody, J. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work in Mental Health*, 12 (3), 231-248. doi: 10.1080/15332985.2014.889637

Nakajima, S., Masaya, I., Akemi, S., & Takako, K. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 210–214.

Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention [NASP]. (2020). Statistik: självmord i Sverige. Hämtad 2020-05-14 från <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>

Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention (2013). *Föräldrars erfarenheter och behov av stöd efter ett barns självmord* (NASP 2013:1). https://ki.se/sites/default/files/migrate/foraldrars_erfarenheter_och_behov_av_stod_efter_ett_barns_sjalvmord_2013_web.pdf

Nationella vård- och insatsprogrammen. (20 december, 2020). *Vårdplan*. <https://www.vardochinsats.se/sjaelvskadebeteende/behandling-och-stoed/vaardplan/>

*Nic an Fhailí, M., Flynn, N., & Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice*, 66 (643), 92-98. doi: 10.3399/bjgp16X683413

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2_014_821_sfs-2014-821

*Pettersen, R., Omerov, P., Steineck, G., Dyregrov, A., Titelman, D., Dyregrov, K., & Nyberg, U. (2015). Suicide-Bereaved Siblings' Perception of Health Services. *Death Studies*, 39. 323–331. doi: 10.1080/07481187.2014.946624

*Pitman, A., De Souza, T., Khrishna Putri, A., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Morant, N. (2018). Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide:

Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 666. doi: 10.3390/ijerph15040666

Polit, F, D., & Beck, C, T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 uppl.). Lipincott, Williams & Wilkins

Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd [SPES]. (2020). Om sorg. 2020-03-15. <https://spes.se/om-sorg/>

*Ross, V., Kølves, K., & De Leo, D. (2019). Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 0 (0), 1–14. doi: 10.1177/0030222819825775.

*Ross, V., Kølves, K., Kunde, L., & De Leo, D. (2018). Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (4), 618. doi:10.3390/ijerph15040618

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - Etik för vårdande yrke*. (1 uppl.). Studentlitteratur.

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2004), 63 - 75.

Shneidman, E, S. (1973). *Deaths of man*. (1 uppl.). Quadrangle/New York Times Book Co

Socialtjänstlag (2001:453). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Svensk sjuksköterskeförening om omvårdnad och vård* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr] Svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Socialstyrelsen (2004). *termbanken: anhörig*. Hämtad 2020-03-17 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=263&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen (2016). *Plötslig oväntad död hos spädbarn*. (Artikelnummer 2016-11-6). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2016-11-6.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Krisstöd vid allvarlig händelse* (Artikelnummer 2018-10-9). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-9.pdf>

*Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70 (691), 102-110. doi: 10.3399/bjgp20X707849

Wijk, H. (2020). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson & A. Backman (Red.), *Personcentrerad Omvårdnad i teori och praktik*. (2 uppl. s.141–163). Studentlitteratur AB.

World Health Organization [WHO]. (2008). *Preventing Suicide How to Start a Survivors' Group*. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl. s.59–82). Studentlitteratur AB

PubMed 4/1 2021			
Syfte Syftet var att undersöka efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Relevanta artiklar
1-Suicid	Suicide [MeSH] OR Suicide [Title/Abstract]	37,810	
2-Support	Support [Title/Abstract] OR Postvention [Title/Abstract] OR Needs [Title/Abstract]	742,563	
3-Förlust	Bereavement [MeSH] OR Bereavement [Title/Abstract] OR Loss [Title/Abstract]	496,483	
4-Erfarenheter/ Upplevelser	experiences [Title/Abstract] OR experience [Title/Abstract] OR qualitative research [Title/Abstract] OR attitudes [Title/Abstract] OR attitude [Title/Abstract] OR perceptions [Title/Abstract] OR perception [Title/Abstract]	633,094	
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	138	6
Begränsningar	2010–2021		

Databas: Cinahl Complete			
Datum: 4/1 2021			
Syfte: Syftet var att undersöka efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1-Suicid	Suicide [MH] OR "Suicide" [fritext]	44,998	
2-Förlust	Bereavement [MH] OR bereave* [fritext] OR loss [fritext]	308,069	
3-Stöd	Support [MH] OR Postvention [fritext]	1,846,556	
4-Erfarenheter/ Upplevelser	Experience [MH] OR "experience*" [fritext] OR "Perception*" [fritext]	792,142	
5-Sorg	Grief [fritext]	15,747	
6- Primärvård	Primary Health Care [MH] OR "Primary health care" [fritext]	67,176	
6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	1	1
7	S1 AND S2 AND S3	130	2
Begränsningar	2010–2021		

PsycINFO 4/1 2021			
Syfte Syftet var att undersöka efterlevande anhörigas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal efter suicid.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Relevanta artiklar
1-Suicid	suicide [abstract]	1,429	
2-Stöd	postvention [abstract] OR support [abstract]	16,088	
3-Förlust	bereavement [abstract] OR Bereaved [abstract] OR loss [abstract]	4,391	
4-Anhörig	Relative [abstract] OR Family [abstract] OR Next of kin [abstract]	15,776	
5-	1 AND 2 AND 3 AND 4	7	1
Begränsningar	peer reviewed och 2010–2020		

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Gall, TL., Henneberry, J., & Eyre, M</p> <p><i>Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide</i></p> <p>Kanada, 2014</p>	<p>Denna kvalitativa studie syftar till att genom intervjuer redovisa begränsningar i stöd för individer som förlorat en anhörig i suicid och professionella inom psykvården. Med mål att informera om bäst rutiner i postvention.</p>	<p>Strategiskt urval.</p> <p>Deltagarna rekryterades via ett nyhetsbrev i en reklamtidning. Även Snowball sampling - snöbollsurval.</p> <p>Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara 18 år eller äldre och hade förlorat en anhörig i suicid inom två år. Medelåldern var 49 år, 9 kvinnor och män.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Intervjuerna tog plats på universitetet eller i deltagarnas hem. De spelades in och varade i ca 45 min upp till 2,5 timme. Intervjuerna transkriberades och författarna analyserade transkripten fenomenologiskt i syfte att fånga och beskriva deltagarnas levda erfarenheter.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Erfarenheter av sorg. -Hantering (coping) -Mellanmänskliga bekymmer -Kamp för mening -Självreflektion -Att gå vidare 	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. svarar på syftet samt att citat från deltagarna presenteras.</p> <p>Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod och analys. Sänkt p.g.a. semistrukturerade intervjuer som försvårar replikering.</p> <p>Pålitlighet: Stärkt p.g.a. att flera personer deltog i analysen samt att deltagarna fick ta del av transskript av intervjuer. Stärks även p.g.a. etiskt granskad och godkänd.</p> <p>Överförbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskrivet urval och kontext. Sänkt p.g.a. få deltagare samt att det inte framgår vilka frågor som ställts i intervjuerna, ingen intervjuguide.</p>
<p>McKinnon, MJ., & Chonody, J</p> <p><i>Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study</i></p> <p>Australien, 2014</p>	<p>Syftet med studien var att utforska det formella stödet som erbjuds efterlevande närstående efter suicid.</p>	<p>Strategiskt urval. 14 deltagare. 6 boende på mindre orter och 8 boende i storstad. Rekryterades via självhjälpsorganisationer, artiklar och flyers.</p> <p>Djupgående intervjuer.</p> <p>Tolkande fenomenologisk metod.</p>	<p>Deltagarna tog kontakt med författarna för att boka en tid för intervju.</p> <p>Genom att följa ett intervju-schema kunde intervjuaren undersöka användandet av formellt stöd med tillsammans med deltagaren i semistrukturerade intervjuer. Både med inledande frågor och möjlighet att ställa följdfrågor för att fånga essensen av upplevelsen. Tid ca 90 min / intervju.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stöd direkt efter händelsen - Fortlöpande stöd <p>Inom båda teman; hjälpsamma och ohjälpsamma aspekter av stöd identifierades likväl ouppfyllda behov.</p> <p>Bemötande initialt. Svårt att orka söka hjälp.</p> <p>Fanns ingen hjälp på landsbygd och mindre orter.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. resultatet svarar på syftet samt att citat från deltagarna redovisats.</p> <p>Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod, tydligt beskrivet urval och genomförande.</p> <p>Pålitlighet: Sänkt p.g.a. endast två författare. Stärkt p.g.a. studien är etiskt granskad och godkänd. Deltagarna har mottagit information om genomförande och syfte och har fått läsa igenom transskript för godkännande innan publikation.</p> <p>Överförbarhet: stärkt p.g.a. att det framgår vilka frågor som ställts i intervjuerna. De inledande frågorna redovisas i texten. Sänkt p.g.a. få deltagare, 14, vara endast två år män.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Nic an Fhailí, M., Flynn, N., & Dowling, S</p> <p><i>Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP</i></p> <p>Irland, 2016</p>	<p>Syftet var att förbättra allmänläkares hantering och bemötande av personer som förlorat anhörig eller nära vän i suicid genom att undersöka levda erfarenheter av de som drabbats. Med fokus på allmänläkarens involvering i sorgeprocessen.</p>	<p>Strategiskt urval.</p> <p>fokusgrupp-intervjuer med individer från stödgrupper för efterlevande anhöriga vid suicid. 3 olika grupper på olika orter på Irland.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer fokusgrupp</p>	<p>Fokusgrupper, varje grupp bestod av 5 deltagare. Intervjuerna/ diskussionerna tog ca 1 timme. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman;</p> <p>-Behov av erkännande.</p> <p>-Stigma efter förlust i suicid.</p> <p>-Behov av proaktivt stöd och vägledning under sorgeprocessen. Allmänläkaren ansågs vara i en bra position i samhället att se efter de efterlevande anhörigas behov.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. att resultatet svarar på syftet, citat från deltagarna presenteras samt lämplig datainsamlingsmetod.</p> <p>Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod och analys.</p> <p>Pålitlighet: Stärkt p.g.a. många författare har deltagit i analysen. Samt att deltagarna fick ta del av transskript av intervjuer. Studien är etiskt granskad och godkänd.</p> <p>Överförbarhet: Stärkt p.g.a. att det framgår tydligt vilka frågor som ställts i intervjuerna. Samt att studien genomförts på olika orter.</p>
<p>Pettersen, R., Omerov, P., Steineck, G., Dyregrov, A., Titelman, D., Dyregrov, K., & Nyberg, U</p> <p><i>Suicide-Bereaved Siblings' Perception of Health Services</i></p> <p>Sweden, 2015</p>	<p>Syftet var att öka kunskap om a.) efterlevande syskons anledningar till att söka eller att inte söka professionellt stöd. Och b.) Faktorer som avgör deras tillfredsställelse eller otillfredsställelse med den hjälp de fått. Och c.) Efterlevande syskons erfarenhetsbaserade rekommendationer till vårdgivare.</p>	<p>Strategiskt urval. Deltagarna var 18 syskon till person som dött av suicid. 13 kvinnor och 5 män. Vid tidpunkten för intervju var deltagarna mellan 15–38 år. 11 av deltagarna hade sökt hjälp hos hälso- och sjukvård efter dödsfallet.</p> <p>Semistrukturerade djupgående intervjuer.</p>	<p>Författaren tog kontakt med deltagarna och kom överens om tid och plats för intervjun. Deltagaren ombads beskriva sin upplevelse av förlust i suicid och själv lyfta det som var viktigt. Intervjuerna varade mellan 1 och 4 timmar. Spelades in och transkriberades sedan ord för ord.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman;</p> <p>-Anledning att söka eller inte söka hjälp från hälso- och sjukvården.</p> <p>-Utvärdering av mottagen hjälp/ stöd från hälso- och sjukvården.</p> <p>-Erfarenhetsbaserade förslag för stöd i Hälso- och sjukvården.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. att citat från deltagarna presenteras samt att resultatet svarar på syftet.</p> <p>Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod och tydliga Inklusionskriterier. Sänkt p.g.a semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Pålitlighet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod samt att studien är etiskt granskad och godkänd.</p> <p>Överförbarhet: stärkt p.g.a. väl beskriven kontext. Sänkt p.g.a. väldigt specifikt urval.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Pitman, A., De Souza, T., Khrishna Putri, A., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Morant, N <i>Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults</i> UK, 2018	Syftet var att undersöka erfarenheter av stöd efter suicid hos unga vuxna som förlorat en anhörig eller nära vän i suicid.	Strategiskt urval. Unga vuxna, 18–40 år. Semistrukturerade intervjuer	Online-studie, 20 öppna frågor angående plötslig död och erfarenheter kring suicid och stöd. Tematisk analys.	Teman; -Erfarenheter och värde av stöd som mottagits -Syn på specifika behov av stöd. -Anledningar att inte söka stöd.	Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. att citat från deltagarna presenteras. Lämplig datainsamlingsmetod samt att resultatet svarar på syftet, Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod och analys. Sänkt p.g.a. semistrukturerade intervjuer. Pålitlighet: Stärkt då studien är etiskt granskad och godkänd. Överförbarhet: Stärkt p.g.a. Kontext och urval är väl beskrivna. Frågeformulär har använts i andra studier.
Ross, V., Kolves, K., & Diego De Leo <i>Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study</i> Australien, 2019	Kvalitativt undersöka anhöriga och närståendes erfarenheter och behov av stöd efter suicid med mål att forma framtida postvention-insatser.	Strategiskt urval. Efterlevande anhöriga över 18 år. Inklusionskriterier var att suicid skulle ha skett efter ett till 10 år. Detta för att exkludera personer i akut fas efter suicid. Fokusgrupper Semistrukturerade intervjuer	I Fokusgrupper med hjälp av en intervju-guide. Erfarenheter och förväntningar om stöd diskuterades. Varje fokusgrupp tog ca 90 minuter och anteckningar gjordes löpande under och direkt efter diskussionerna för att erbjuda kontext för transskript. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades professionellt. Tematisk analys.	Teman; -Ändrade behov av stöd över tid. - Svårigheter i att navigera i systemet - Erfarenheter av stigma och social isolering, samspel med andra.	Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. citat från deltagarna presenteras. Resultatet svarar på syftet. Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod. Inklusionskriterier och deltagare beskrivs ingående. Pålitlighet: Stärkt p.g.a. Studien är etiskt granskad och godkänd. Överförbarhet: stärkt p.g.a. väl beskriven kontext. Sänkt då det inte framgår vilka inledande frågor som ställts i intervjuerna. Ingen intervjuguide bifogad eller refererad till.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Ross, V., Kolves, K., Kunde, L., & De Leo, D</p> <p><i>Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss</i></p> <p>Australien, 2018</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka individuella erfarenheter/upplevelser hos både mödrar och fäder, som förlorat barn i suicid, över tid. Speciellt vid 6 månader och 12 månader efter deras barns död.</p>	<p>Strategiskt urval Deltagarna var föräldrar som förlorat barn i suicid. De uppsöktes via Queensland suicide register, som drivs av the Australian institute for Research and prevention. Större longitudinell studie över två år för att undersöka sorg och behov av stöd över tid.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes via telefon eller på en plats där deltagaren kände sig trygg. Deltagarna ombads berätta om sina upplevelser i egna ord Första intervjun som följde en kort introduktion och en intervjuguide, varade i ca 2,5 timmar medan uppföljande intervju varade upp till 2 timmar. Intervjuerna spelades in och transkriberades ord för ord. Tematisk analys.</p>	<p>Teman; - Sökande efter svar och mening. -Strategier för att orka med (coping-strategier) och stöd. -Att finna mening</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. att citat från deltagarna presenteras. Resultatet svarar på syftet samt lämplig datainsamlingsmetod Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod och analys. Tydliga Inklusionskriterier. Sänkt p.g.a. semistrukturerade intervjuer Pålitlighet: Stärkt p.g.a. att deltagarna fick skriva under medgivande, ta del av transskript av intervjuer samt att flera personer deltog i analysen. Studien är etiskt granskad och godkänd. Överförbarhet: Stärkt p.g.a. urval och kontext är väl beskrivna. Sänkt p.g.a saknar bifogad intervjuguide.</p>
<p>Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, CA., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & McDonnell, S</p> <p>Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study</p> <p>UK, 2020</p>	<p>Att utforska perspektiv och erfarenheter/upplevelser, och behov av stöd hos föräldrar som förlorat barn i suicid.</p>	<p>Strategiskt urval. Mellan år 2012 och 2014 i norra England och "the Midlands". Deltagarna kontaktades via personal på bårhus, självhjälpgrupper. Flygblad och annonser på vårdcentral, apotek och i lokaltidning. Deltagarna är föräldrar som förlorat barn i suicid med fokus på deras erfarenheter av stöd från "primary care".</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Intervjuerna tog plats i deltagarnas hem. Ingen tidsbegränsning. Deltagaren fick beskriva sina upplevelser fritt och med hjälp av en intervjuguide. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ord för ord. Tematisk analys.</p>	<p>Teman; -Vikt av att inte känna sig ensam. -Upplevda hinder för att få tillgång till stöd. -Behov av vägledning för vidare stöd.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärkt p.g.a. att citat från deltagarna presenteras. Resultatet svarar på syftet. Verifierbarhet: Stärkt p.g.a. väl beskriven metod. Tydliga Inklusionskriterier. Pålitlighet: Stärkt p.g.a. intervjuare hade själv erfarenhet av suicid vilket beskrivs som bra i intervjuerna men författarna reflekterar även över objektiviteten. Studien är etiskt granskad och godkänd Överförbarhet: stärkt p.g.a. väl beskriven kontext samt att frågorna i intervjuerna redovisas i bilaga.</p>