



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå (A1E)
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård 60 hp
Examinerat och godkänt: 2022-06-13

Stöd och omhändertagande vid suicid

En kvalitativ litteraturstudie om efterlevandes erfarenheter

Support and care after suicide

A qualitative literature study concerning experiences after bereavement

Författare: Christine Bratt
Stina Carlborg

Handledare: Janet Mattson, universitetslektor

Examinator: Göran Holst, universitetslektor

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Efterlevandes hälsa påverkas menligt vid suicid. Tidiga insatser till stöd för de efterlevande kan påverka förloppet, men kunskapsläget är begränsat vad gäller vilka specifika insatser som bör erbjudas i direkt anslutning till suicidiet.

Syfte: Att belysa efterlevandes erfarenheter och vilket stöd de efterfrågar i direkt anslutning till förlusten av en anhörig i fullbordat suicid.

Metod: Litteraturstudie med tematisk analys.

Resultat: Under den första perioden efter en förlust av närstående i fullbordat suicid har efterlevande behov av att bli uppmärksammade, att få hjälp att normalisera känslor, hjälp att mobilisera det egna stödnätverket och att bli lyssnade på och få ge uttryck för sin ilska. Vidare har de efterlevande behov av att bli aktivt uppsökta, att bli betraktade och bemötta som hjälpbehövande och att bli erbjudna fortsatt hjälp utan att själva behöva be om det. Avslutningsvis har de efterlevande behov av information, såväl muntligen som i skrift. De har behov av psykoedukation beträffande sorgeprocessen men även information kring praktikaliteter och kontaktvägar i vården.

Slutsatser: Efterlevande har ett stort och mångfacetterat behov av hjälp, stöd och information på flera olika plan under den första tiden efter en förlust av närstående i fullbordat suicid. Givet denna studies resultat finns anledning att kritiskt granska den rådande bristen på rutiner för ett strukturerat omhändertagande av efterlevande i akut- och prehospital vård.

Nyckelord: suicid, efterlevande, akutsjukvård, samhällsstöd, postvention

ABSTRACT

Background: Suicide has a negative impact on those bereaved by suicide. Early intervention has been shown to be beneficial. However, there is limited knowledge as to what specific kind of intervention should be offered in the immediate aftermath.

Aim: To explore the experiences and demands of the suicide bereaved in the immediate aftermath of the loss of a relative due to suicide.

Method: Literature study with thematic analysis.

Results: In the immediate aftermath of suicide, the bereaved have a need to be acknowledged, to be able to normalise emotions, get help in mobilizing their informal support networks, and be allowed to express anger. Furthermore, the bereaved need to be regarded and treated as in need of help and to be offered continued help without having to actively ask for and seek out help. Finally, the bereaved need information, both orally and in writing. They need psychoeducation regarding the grief process as well as information about practicalities and how to contact the health system.

Conclusions: The suicide bereaved have an extensive and multifaceted need for help, support and information during the immediate aftermath of the loss of a relative due to suicide. Given the results of this study, there is reason to critically examine the current lack of routines for a structured care of the bereaved in emergency and prehospital care.

Keywords: suicide, bereavement, emergency medical services, community support, postvention

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND	2
Teoretisk referensram, teoretiska perspektiv och bärande begrepp.....	7
Problemformulering	7
SYFTE.....	8
METOD.....	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys	10
Etiska aspekter.....	10
RESULTAT	12
Huvudtema 1: bli uppmärksamrad.....	12
Huvudtema 2: bli uppsökt	14
Huvudtema 3: bli informerad	15
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
SLUTSATSER	22
Kliniska implikationer.....	22
REFERENSER.....	23
BILAGOR	1
Sökstrategi.....	1
Artikelmatris.....	2

INTRODUKTION

I vårt arbete som sjuksköterskor vid en psykiatrisk akutmottagning möter vi återkommande människor som förlorat närstående i suicid. De efterlevande är ofta i ett chocktillstånd och har svårt att själva uttrycka sina behov, och de faktiska stödinsatser de erhåller förefaller variera kraftigt – många gånger är det helt avhängigt vilka specifika personer de kommer i kontakt med inom hälso- och sjukvården. Det saknas utarbetade riktlinjer, och mottagandet styrs därför av känsla och erfarenhet; gränsdragningen mellan professionellt stöd och vanlig medmänsklighet blir många gånger svår. Ett första steg mot en bättre och mer jämlik vård av efterlevande är att kartlägga vilka önskemål och erfarenheter de själva lyfter fram – det är detta vi gjort i denna rapport.

BAKGRUND

Suicid är ett folkhälsoproblem och suicidprevention är ett av målen i Världshälsoorganisationens (WHO) handlingsplan för mental hälsa (WHO, 2021b, 2021a). Internationellt är det årliga suicidtalet omkring 700 000 personer, med stora variationer mellan olika länder. I Sverige har suicidtalet minskat successivt allt sedan 1970-talet, och år 2020 suiciderade 1168 personer i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2020, 2021a). Sannolikt föreligger dock ett mörkertal i form av dödsfall till följd av skador där det är oklart om skadan inträffat accidentellt eller utgör en avsiktlig suicidhandling (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, 2022). Det internationella sjukdomsklassificeringssystemet ICD-11 delar in suicid i säker respektive osäker diagnos; säker diagnos innebär att det inte ska råda något tvivel om att personens uppsåt var att ta sitt liv, medan osäker diagnos ställs i de fall där uppsåt inte går att fastslå (Vahlne Westerhäll, 2014; WHO, 2019). Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kostar suicid årligen det svenska samhället 46-60 miljoner kronor i direkta kostnader (medicinska kostnader, transportkostnader, kostnader för polis och räddningstjänst, m.m.) och 9 miljarder kronor i indirekta kostnader i form av produktionsbortfall (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2015).

Efterlevande

Begreppet efterlevande kan beskrivas som ett självdefinierat tillstånd för en person som har varit utsatt för suicid och känt sig påverkad av detta (Andriessen et al., 2017). Definitionsmässigt kan det därför vara svårt att uppskatta hur många som påverkas av varje enskilt suicid. En studie har uppskattat att antalet efterlevande är närmare 60 personer för varje suicid (Berman, 2011), och en stor amerikansk befolkningsstudie visade att nära hälften (48%) av befolkningen exponerades för suicid minst en gång under sin livstid (Cerel et al., 2016). En svaghet är att tidigare forskning framför allt har studerat nära släktingar till suiciderade; vi vet inte på allvar hur exempelvis kollegors hälsa påverkas av suicid. Dyregrov & Dyregrov (2005) beskriver syskon som ett exempel på ”de glömda efterlevande” och senare studier har gjort anspråk på att belysa även deras erfarenheter. Det står klart att följderna för efterlevande är betydande; registerstudier talar för att de efterlevande löper en förhöjd risk att utveckla psykisk ohälsa och även en förhöjd risk att avlida i fullbordat suicid (Andriessen et al., 2017; A. Pitman et al., 2014; Runeson & Åsberg, 2003). Risken för fullbordat suicid bland efterlevande är ökad även bland efterlevande längre ut i bekantskapskretsen (Andriessen et

al., 2016; Lestienne et al., 2021). Denna riskökning är oberoende av socioekonomisk bakgrund och demografi, liksom av tidigare psykisk ohälsa (Qin et al., 2002; Runeson & Åsberg, 2003). Utöver strikt psykiatriska följdverkningar drabbas de efterlevande även av ett försämrat somatiskt hälsotillstånd och löper högre risk att utveckla hjärt-kärlsjukdomar, essentiell hypertoni, diabetes mellitus typ 2 och smärttillstånd. Jämfört med anhöriga till personer som dött en naturlig död konsumerar de suicidefterlevande mer vård (Spillane et al., 2017).

Sorgeprocessen

Det är ingen enkel uppgift att som vårdpersonal möta en närstående som nyligen mottagit ett dödsbesked. Det faktum att någon valt att avsluta sitt liv kan vara det som är svårast för närstående att förstå. Sorgeprocessen för efterlevande vid suicid är ofta svårare – och till sin karaktär annorlunda – jämfört med vid andra typer av dödsfall (Samuelsson, 2012).

Sorgeprocessen efter suicid särskiljer sig genom ett ökat behov av att söka efter förklaringar och att förstå dödsfallet (Jordan & McGann, 2017; Young et al., 2012). Suicidefterlevande upplever mer skuld, självanklagan, skam och stigmatisering, vilket har sin grund i att som närstående inte ha insett vidden av det lidande som förelegat hos en person innan denne suiciderat (Andriessen, 2009; Froese et al., 2019; Jordan, 2020). Trots att den suicidala processen sker stegvis över tid, och oavsett metod, utgör varje suicid en traumatisk död; suicidiet kan tolkas som en våldshandling mot det egna jaget och risken är stor att allt våld som drabbat den avlidne sedermera kommer traumatisera de efterlevande genom obesvarade frågor (Jordan, 2020). Skuld som sorgereaktion är inte specifikt för suicid, men det är vanligt att efterlevande vid suicid klandrar sig själva för att inte ha gjort tillräckligt – de ser suicidiet som en händelse som hade kunnat förhindras (Froese et al., 2019; Young et al., 2012). En annan vanlig reaktion är ilska, som kan riktas såväl mot antingen den avlidne, för att denne inte sökt tillräckligt med hjälp eller berättat om suicidplanerna, som mot vårdgivare, familjemedlemmar eller andra närstående för att inte heller de kunnat förhindra suicidiet (Froese et al., 2019). Suicidefterlevande isolerar sig och undviker kontakt med sitt sociala nätverk i större utsträckning än efterlevande vid andra typer av dödsfall (Jordan, 2020). Den som förlorat en anhörig i suicid riskerar att drabbas av komplicerad sorg, som inte dämpas med tiden och som många gånger medför både psykiska och fysiska besvär (Statens beredning för medicinsk och social utredning, 2020). Det är uppenbart att sjukvården och samhället i stort har en viktig uppgift att axla i att ge efterlevande det stöd de behöver för att

bearbeta förlusten på ett adekvat sätt och undvika maladaptiv utveckling (Andriessen et al., 2017).

Akut krisreaktion

En kris innebär en plötslig förändring, kritisk rubbning eller en avgörande vändning och är subjektiva upplevelser som hotar och överväldigar en persons förmåga att hantera situationen med hjälp av sina normala problemlösningsförmågor och hanteringsstrategier (Brenner et al., 2016). Att drabbas av en traumatisk händelse kan ge skadeverkningar hos personen både kort och lång sikt. Akut stressreaktion definieras i ICD-11 (WHO, 2019) som en övergående reaktion som utvecklas som svar på exceptionell fysisk och psykisk stress hos en individ som inte uppvisar tecken på annan psykisk åkomma. Symtomen uppkommer ofta i direkt anslutning till händelsen och symtomfloran är en blandad och föränderlig. Vanligen uppvisar den drabbade initialt tecken på förändrad verklighetsuppfattning och ter sig desorienterad. Autonoma ångesttecken såsom takykardi, svettning och rodnad är vanligt förekommande. Symtomen kan vara i upp till 2–3 dagar men avtar oftast inom några timmar. Blir symtomen långvariga eller om symtomen uppkommer som ett försenat svar på en traumatisk händelse som utlöst exceptionell fysisk och psykisk stress bör diagnosen omprövas då det finns risk att personen utvecklat posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (WHO, 2019).

Krisens förlopp kan delas in i fyra överlappande faser: chock-, reaktions-, bearbetnings- och nyorienteringsfas. Chockfasen börjar omedelbart efter den traumatiska händelsen och kan liknas med kriterierna i ICD-11 för akut stressreaktion, men person som befinner sig i chockfas kan utåt uppvisa effektivitet och lugn trots att det råder kaos under ytan (Cullberg, 2003).

Vikten av tidig intervention

Tidsaspekten har visat sig vara viktig, cirka en fjärdedel av de efterlevande rapporterar att den värsta tidpunkten efter ett suicidium är den första veckan (Kawashima & Kawano, 2017; A. L. Pitman et al., 2017), och forskningen är samstämmig i att tidiga positiva erfarenheter av kontakt med hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för återhämtning och benägenheten att söka vidare hjälp (Cerel & Campbell, 2008). Adekvat och tidigt stöd är en viktig suicidpreventiv åtgärd (Ligier et al., 2020) som i även kan leda till att färre individer utvecklar komplicerad sorg, PTSD och kroppslig ohälsa (Bisson et al., 2007; De Groot & Kollen, 2013). Tidigt stöd kan leda till bättre copingstrategier, och tidig kontakt med samhällets stödinsatser har även visats öka förutsättningarna att de efterlevandes upplevelse av det givna

stödet ska bli positiv; det är därför viktigt att stödsatserna har ett proaktivt och uppsökande arbetssätt (Trimble et al., 2012). Trots vikten av tidiga interventioner har det visat sig att efterlevande efter suicid ofta får vänta längre på hjälp jämfört med andra anhöriga. De får heller inte i samma utsträckning den hjälp de önskar jämfört med andra anhöriga (A. L. Pitman et al., 2017).

Ett problem i sammanhanget är att samhället har svårt att nå individer med hjälpbehov vilka är så övermannade av sorg att de inte själva förmår söka hjälp. De efterlevande som har störst hjälpbehov är också de som har svårast att företa sig att söka hjälp (Mcmenamy et al., 2008). Eftersom polis, ambulans och räddningstjänst ofta är först på plats efter ett suicidium fyller de en viktig funktion att hjälpa efterlevande att komma i kontakt med vidare professionell vård till dem som önskar det. I en studie rapporterade 56 procent av förstagrads släktingar till suiciderade ett stort behov av professionellt stöd, i samma studie rapporterade 8 procent inget stödbehov alls (Wilson & Marshall, 2010). Samtidigt framgår att endast en liten andel av de efterlevande erhåller professionellt stöd i anslutning till förlusten, och den hjälp som erbjuds tycks erbjudas godtyckligt och slumpartat (Jordan, 2001; Pfeffer & Everett, 2000; Wilson & Marshall, 2010).

Samhällets stöd till efterlevande

Med ett samlat begrepp kan samhällets insatser riktade till de efterlevande benämnas som postvention. Postvention kan definieras som "aktiviteter utvecklade av, med eller för efterlevande för att underlätta återhämtningen efter suicid och för att förhindra negativa utfall inklusive suicidalt beteende" (Andriessen & Kryszynska, 2012). Begreppet omfattar insatser som görs från hälso- och sjukvården och syftar främst på insatser från psykiatrin men innefattar även samhälleliga riktlinjer för suicidpreventiva åtgärder där omhändertagande av efterlevande inkluderas (WHO, 2021a). I Sverige ingår stöd till efterlevande i det allmänna suicidpreventiva arbetet, men det saknas nationella riktlinjer och handlingsprogram specifikt för efterlevande (Folkhälsomyndigheten, 2020). Sveriges riksdag har beslutat om ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention vilket bland annat innefattar att tidigt uppmärksamma personer i behov av medicinska, psykologiska och psykosociala insatser och att hantera suicid som psykologiska olycksfall (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

"Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa" (3 kap, 3 § Hälso- och sjukvårdslagen) och ansvaret att planera för vilket sorts stöd som kan erbjudas efterlevande vid suicid åläggs indirekt de enskilda regionerna: "regionen ska planera sin hälso- och

sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård” (7 kap, 2 § Hälso- och sjukvårdslagen). Vilket stöd som erbjuds efterlevande kan därmed variera i olika delar av landet. Sedan 2019 pågår vid Socialstyrelsen arbete med att ta fram och förmedla kunskap som syftar till att stärka stödet till efterlevande vid suicid, detta arbete beräknas vara färdigt i slutet av år 2022 (Socialdepartementet, 2022). Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) hemsida utgör en viktig funktion för privatpersoner då de listar kontaktuppgifter till olika hjälplinjer och stödorganisationer som finns i Sverige. Frivilligorganisationer står för en stor del av de stöd som idag kan erbjudas efterlevande som postvention och där fyller Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd (SPES) en viktig roll. SPES är en rikstäckande ideell organisation som erbjuder stöd och hjälp till efterlevande i form av samtalsträffar, stödlinje via telefon eller via chatt och sociala medier.

Psykisk hälsa, ohälsa och omvårdnadsprocessen

Hälsa och återhämtning är två begrepp som inom omvårdnad är kopplade till varandra. Psykisk hälsa kan definieras som ”ett tillstånd av välbefinnande där varje individ inser sin egen potential, kan klara av livets normala påfrestningar, kan arbeta produktivt och bördigt och bidra till samhället”. Frånvaro av psykisk ohälsa ska inte ses synonymt med närvaro av god hälsa. Personer som lever med någon form av psykisk ohälsa har möjlighet att uppnå goda nivåer av välbefinnande och leva ett meningsfullt liv, och psykisk hälsa och psykiska störningar utgör således inga motpoler (WHO, 2014). Psykisk ohälsa innefattar psykiatriska tillstånd eller psykiatriska besvär som orsakar lidande antingen för individen själv eller dess omgivning. Psykiatriska tillstånd avser diagnostiserad psykisk ohälsa medan psykiatriska besvär innefattar symtom som exempelvis oro, sömnproblem och nedstämdhet men där besvären oftast är övergående och ej uppfyller kriterier för diagnos (Folkhälsomyndigheten, 2021b).

En del i att verka som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård utgörs av att i mötet med människan och att tillsammans med den enskilda personen finna riktningar för ett varaktigt och meningsfullt liv (Wiklund Gustin, 2019). Utgångspunkten för psykiatrisk vård är att arbeta personcentrerat med tron om att alla människor besitter potential att växa och utvecklas oavsett psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Det innebär att lyfta patientens perspektiv och se hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, n.d.).

Teoretisk referensram, teoretiska perspektiv och bärande begrepp

Grunden för diskussionen i denna uppsats utgörs av Aaron Antonovskys salutogena perspektiv och begreppet ”känsla av sammanhang” (Antonovsky, 2005). Enligt denna teori har människan ett behov av att känna en känsla av sammanhang för att uppnå god hälsa. Känslan av sammanhang kan i sin tur delas in i tre dimensioner; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar till i vilken utsträckning personen uppfattar inre och yttre stimuli som rationellt förståeliga, strukturerade, förutsägbara och förklarliga. Det som går att förstå sig på är lättare att hantera och en förutsättning för att kunna hantera en stressad situation är att man till viss del förstår sig på den. Hanterbarhet avser i vilken mån personen innehar tillgängliga resurser för att möta de krav och hinder som den ställs inför och Meningsfullhet syftar till i vilken mån personen upplever att livets hinder/utmaningarna är värda att investera sitt engagemang i (Antonovsky, 2005).

Problemformulering

Tidigare forskning om efterlevandes behov har i huvudsak fokuserat på stödinsatser som ges över längre tid. Vad efterlevande efterfrågar i direkt anslutning till suicidiet är mindre beforskat. Att belysa efterlevandes upplevelser och förhoppningar kan bidra till att utveckla klinisk praxis och leda till ett bättre bemötande genom att öka förståelsen för de efterlevandes upplevelser.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa efterlevandes erfarenheter och vilket stöd de efterfrågar i direkt anslutning till förlusten av en anhörig i fullbordat suicid.

METOD

En litteraturstudie med tematisk analys av kvalitativa artiklar i enlighet med Evans (2002) fyrstegsmodell för att beskriva tolkande datasynteser. Metoden har fördelen att den kan appliceras på studier oberoende av dess interna teoretiska referensram, vilket borgar för flexibilitet.

Design

Forskningsfrågan som formulerats är av kvalitativ karaktär, den vill fånga anhörigas upplevelse av fenomenet. I litteraturanalysen har Evans (2002) fyrstegsmodell tillämpats. Arbetet har bestått av

1. insamling av data,
2. identifiering av nyckelfynd,
3. relaterande teman mellan studier och
4. beskrivande av fenomen.

Avsikten var att få en övergripande bild över det befintliga forskningsläget relaterat till litteraturstudiens syfte och en viktig del utgjordes av granskningen och valet av vetenskapliga artiklar.

Urval

Som inklusionskriterier för denna litteraturstudie har gällt att studierna måste

1. ha en kvalitativ ansats,
2. vara skrivna på svenska eller engelska,
3. vara publicerade mellan åren 2010–2022,
4. grunda sig på intervjuer (endera enskilt eller i fokusgrupper) och
5. belysa efterlevandes erfarenheter av den första tiden efter förlust av en anhörig i säkerställt fullbordat suicid

Såväl studier kring efterlevandes omedelbara erfarenheter, som studier kring långsiktiga och erfarenheter har inkluderats.

Artiklar som inte var fritt tillgängliga (så kallad "open access"), som saknade etiskt godkännande eller inte genomgått peer review-förfarande exkluderades.

Datainsamling

Datainsamlingen i denna litteraturstudie har skett medelst sökningar i databaserna PsycInfo, CINAHL och PubMed. Den sökstrategi som tillämpats – och som innefattade såväl fritextsökning som breda ämnesord (inklusive Mesh-termer) – finns beskriven i bilaga Sökstrategi. Samtliga sökträffar har bedömts gällande relevans först utifrån rubrik, därefter utifrån abstract och i slutligen utifrån genomläsning av artiklarna i sin helhet.

Dataanalys

Metoden har ett induktivt förhållningssätt, där insamlade data i form av kvalitativa vetenskapliga artiklar som tematiserats, ställs mot Antonovskys salutogena teori i artikelns diskussion. De utvalda artiklarna har granskats med noggrannhet och mynnat ut i teman i enlighet med Evans (2002) fyrstegsmodell för beskrivande analys. I det första steget fastslogs urvalskriterierna i form av inklusions- och exklusionskriterier vartefter ändamålsenliga studier söktes i bestämda databaser (se ovan, under Datainsamling). När relevanta studier identifierats genom sökningar i databaser bestod det andra steget av att författarna läste igenom artiklarna upprepade gånger för att bli bekanta med materialet som låg till grund för granskningen varefter likheter och skillnader kunde utläsas i de utvalda studierna. Evans (2002) framhåller att en del av analysen är att skriva reflekterande anteckningar under själva genomläsningarna av studierna. Författarna för denna granskning sammanfattade varje studie var för sig och jämförde därefter sammanställningarna, se bilaga Artikelmatris. Tillsammans valde författarna ut nyckelfyndet i varje enskild studie. Genom att kategorisera huvudteman och underteman nås en förfinad förståelse av fenomenen. Det tredje steget enligt Evans (2002) är att jämföra teman med varandra. Nyckelfyndet granskades för att urskilja återkommande data, likheter och skillnader mellan de olika studierna. Genom att därefter på nytt granska och tolka framtagna teman försökte författarna identifiera konsekvenser och inkongruenser. Avslutningsvis utgörs det fjärde och sista steget enligt Evans (2002) modell av att beskriva fenomenen. Identifierade temata dokumenterades och korrektheten i beskrivningarna av de utvalda primärstudierna kontrollerades.

Etiska aspekter

För att minimera risken att människor kan komma till skada, såras eller utnyttjas genom forskning måste etiska principer beaktas likväl som juridisk lagstiftning (Polit, D.F., Beck, 2021). Etiska överväganden genomsyrar hela forskningsprocessen från val av ämne och frågeställning till själva genomförandet och redogörelse av resultat (Kjellström, 2012). Under

urvals- och analysprocesserna var det av stor vikt att författarna förhöll sig objektivt till materialet och tillämpade ett öppet synsätt, för att inte läsa in förhållanden som inte uttryckligen stod i artikeln. Eventuella grundantaganden har reflekterats över och synliggjorts författarna emellan. En svensk-engelsk ordbok har använts för att säkerställa översättningen och undvika feltolkningar. Arbetet inkluderar bara artiklar som är godkända av etisk kommitté, vilket borgar för att studierna utformats och genomförts i enlighet med Helsingfors- och Hawaiideklarationerna. Det innebär att hänsyn tagits till forskningsetiska aspekter, som att informanter inte får utsättas för fysiskt eller psykologiskt obehag (Olsson & Sörenson, 2011).

RESULTAT

De efterlevandes huvudsakliga förväntningar och önskemål kring kontakter med hälso- och sjukvården kan delas in i 3 kategorier; ”bli uppmärksammas”, ”bli uppsökt” och ”bli informerad”. Det föreligger givetvis ett betydande överlapp mellan kategorierna. Att hälso- och sjukvårdspersonal faktiskt tagit sig tid att lyssna på och uppmärksamma de närstående lyfts fram som en viktig salutogenetisk faktor, och frånvaro av genuint lyssnande och intresse haft en diametralt motsatt, närmast skadlig, inverkan. Vidare efterfrågar de efterlevande att vården i större utsträckning skulle vinnlägga sig om att aktivt söka upp efterlevande, och att ansvaret för att ta kontakt, boka besök och så vidare inte skulle vila på de efterlevande. Avslutningsvis beskriver de efterlevande en önskan att få tydlig information såväl om sorgeprocessen och suicid som fenomen, som mer praktiska aspekter, såsom sjukskrivning, dödsbo och så vidare.

Huvudtema 1: bli uppmärksammas

Efterlevande önskar, när den första chocken inträder, få hjälp att normalisera känslor, att mobilisera det egna stödnätverket och att hälso- och sjukvårdspersonalen förmår att lyssna utan att ge råd, och ”stå pall” för de efterlevandes ofta starka känslouttryck.

Att normalisera känslor

Anhöriga beskrev hur de, under den första tiden efter suicidiet, erfor överklighetskänslor och hade svårt att ta in det i inträffade (Camargo Contessa et al., 2021; Gaffney & Hannigan, 2010; Gall et al., 2014). Ett återkommande tema i flera artiklar är de anhörigas chockkänslor och svårigheter att verbalisera egna känslor, liksom att prata om det inträffade. Sorgen åtföljdes av känslor som förvirring, förnekelse, ilska, skuld och självanklagan (Camargo Contessa et al., 2021; Gaffney & Hannigan, 2010; Gall et al., 2014; McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2018, 2021; Spillane et al., 2018). De anhöriga beskriver bestörtningen och chocken kopplat till suicidiet som traumatisk; Camargo Contessa et al. (2021) drar paralleller mellan detta indextrauma och en symtombild väl förenlig med traumarelaterade syndrom. Spillane et al. (2018) lyfter fram vegetativa symtom så som hjärklappning, andnöd, illamående, domningar och svårigheter att stödja på benen, vidare beskrivs intrusion med påträngande minnesbilder av den avlidne, inte bara bland dem efterlevande som funnit och sett den avlidne, utan även bland efterlevande som

bara fått höra muntligen om dödsfallet (Camargo Contessa et al., 2021; Ross et al., 2021; Spillane et al., 2018).

Hälso- och sjukvårdspersonal som gav intryck av att vara besvärade, undvek ögonkontakt, eller på annat sätt visade prov på bristande professionalitet och okunskap ökade oron, medan personal som förmådde normalisera känslor och förmedla trygghet ansågs betydelsefullt (Camargo Contessa et al., 2021; Peters et al., 2016; Wainwright et al., 2020).

Hjälp att mobilisera eget stödnätverk

Perioden omedelbart efter dödsfallet beskrivs som särskilt kritisk, vikten av att som anhörig inte lämnas ensam i detta lyfts fram (Peters et al., 2016; Ross et al., 2021; Wainwright et al., 2020). Ett handfast stöd kring sådant som att ringa efter andra närstående och att säkerställa och aktivera sociala stödnätverk för de mest drabbade individerna hade en gynnsam inverkan (Gaffney & Hannigan, 2010; Peters et al., 2016; Wainwright et al., 2020). Flera av de tillfrågade framhöll att det formella stödet varit lika viktigt som det informella, praktiska och känslomässiga stödet (Peters et al., 2016; Spillane et al., 2018). I synnerhet för de efterlevande som saknade nära vänner och familj var hälso- och sjukvårdens stöd viktigt (Spillane et al., 2018). En del anhöriga upplevde däremot stödet från familj och vänner inte odelat positivt; det kunde vara svårt att prata öppet om känslor, och i vissa fall kunde de anklaga varandra för det inträffade (Camargo Contessa et al., 2021).

Att lyssna och ta emot ilska

De efterlevande ville känna att personalen lyssnade på dem. De hade ett behov av att få uttrycka sina frågor, även om det viktiga inte alltid var att få svar på frågorna utan snarare att någon tog sig tid att lyssna (McKinnon & Chonody, 2014; Pettersen et al., 2015; Wainwright et al., 2020). "Varför har detta inträffat" återkommer som den allra första tanken. Sökandet efter svar på denna fråga kan förstås som ett uttryck för anhörigas strävan efter begriplighet (Castelli Dransart, 2013; Gaffney & Hannigan, 2010; Ross et al., 2021; Wainwright et al., 2020). De efterlevande återskapar och vidareutvecklar livsberättelsen i ett försök att förstå det inträffade (Camargo Contessa et al., 2021; Castelli Dransart, 2013; Gall et al., 2014; Spillane et al., 2018). Förståelse får inte sammanblandas med acceptans; att acceptera suicidiet beskrivs som svårt – många gånger rent av omöjligt (Camargo Contessa et al., 2021; Gall et al., 2014; Ross et al., 2018, 2021; Spillane et al., 2018). I jakten efter förståelse beskrev anhöriga hur de sökte ledtrådar genom att exempelvis läsa igenom gamla meddelanden och prata med den avlidnes vänner. Ledtrådarna kunde sammanfogas till en berättelse kring den

avlidnes sista tid i livet (Castelli Dransart, 2013; Spillane et al., 2018). Vissa anhöriga tänkte tillbaka på händelser som i stunden framstod som betydelselösa, men i efterhand tagit skepnaden av illabådande järtecken (Peters et al., 2013, 2016). Paradoxalt nog kunde något konkret som ett avskedsbrev eller en förinspelad avskedshälsning på video däremot skänka tröst om den avlidne i brevet eller meddelandet på något sätt förmedlat en förklaring till suicidiet (Gall et al., 2014; Peters et al., 2013).

De anhörigas hågkomster kring den avlidnes kontakt med vården var många gånger kritiska, och perioden efter suicidiet präglades för de efterlevande av sökande efter svar kring vad vården kunnat göra annorlunda (Peters et al., 2013; Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2021). Hälso- och sjukvården framställs i de efterlevandes berättelser som svårtillgänglig för den suicidnära och personalen som varit inblandad i vården beskrivs ofta som okunnig (Peters et al., 2013; Pettersen et al., 2015; Spillane et al., 2018; Wainwright et al., 2020). Inte sällan beskrivs ilska gentemot sjukvårdspersonalen, något som var mest uttalat i det tidiga skedet, för många efterlevande övergick sökandet efter svar på frågan varför efterhand i en resignation och acceptans inför att inget svar stod att finna (Gaffney & Hannigan, 2010; Gall et al., 2014; Ross et al., 2018, 2021).

Huvudtema 2: bli uppsökt

I det initiala omhändertagandet vid ett fullbordat suicid är det den avlidne som står i fokus för hälso- och sjukvårdspersonalens agerande; det är den avlidne som är patienten. De efterlevande har ett behov av att i dessa sammanhang uppmärksammas som vårdbehövande, och att inte enkom ses som anhöriga.

Att få sitt hjälpbehov sett

I kritiska berättelser beskriver efterlevande hur sjukvården varit ouppmärksam och oempatisk, de efterlevande har ofta inte känt sig sedda och i de fall de faktiskt blivit uppmärksammade har de mötts av känslökyla (McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Pettersen et al., 2015). I en berättelse beskrivs hur ambulanspersonalen helt underlät att närma sig, än mindre prata med de anhöriga som fanns på plats hos den suiciderade (Peters et al., 2016), i en annan beskrivs hur ambulanspersonal och polis ställt sig frågande till vad hon [den efterlevande] skulle göra när de lämnat platsen (Ross et al., 2018). I de fall efterlevande tog eget initiativ att kontakta en instans kunde de uppleva svårigheter att nå fram: samtal kunde gå exempelvis via en växel eller receptionist (Wainwright et al., 2020). Hälso- och sjukvårdspersonalens agerande och bemötande beskrivs många gånger som oförutsägbart, konstigt, konstlat,

ohjälpsamt (McKinnon & Chonody, 2014) och präglad av okunskap, undvikande och rädsla att prata om suicid (Peters et al., 2013; Pettersen et al., 2015; Spillane et al., 2018; Wainwright et al., 2020). Upplevelserna och berättelserna går emellertid isär, vissa efterlevande framhåller att de fått ett initialt stöd, ofta i termer av att de haft tur i kontakten med sjukvården (Ross et al., 2021). I dessa berättelser beskrivs vården som omsorgsfull, icke-dömande, präglad av medkänsla och en vilja att se och uppmärksamma de efterlevande (Peters et al., 2016). Frågor av typen ”Hur mår du egentligen? Den här hjälpen finns att tillgå, tror du att det kan vara en hjälp för dig?” lyfts fram som viktiga och hjälpsamma (Ross et al., 2018, 2021). På motsvarande sätt beskriver flera informanter hur de uppskattat att inte bara fördes med telefonnummer att ringa, utan att sjukvårdspersonalen handgripligen lyft på luren och ringt åt dem, vilket varit hjälpsamt (Peters et al., 2016; Wainwright et al., 2020).

Att aktivt erbjudas hjälp

Flera av de efterlevande gav uttryck för en önskan att, i anslutning till suicidiet, ha blivit kontaktade och erbjudna professionellt stöd (McKinnon & Chonody, 2014; Ross et al., 2021), och vissa anförde att professionell hjälp bör erbjudas vare sig de efterlevande själva ber om det eller inte (Pettersen et al., 2015). Flera efterlevande beskriver hur de i stunden varken visste vilket stöd de var i behov av, eller hade förmåga att där och då själva ta reda på vilket stöd som fanns att tillgå (Pettersen et al., 2015; Spillane et al., 2018). Att bli aktivt erbjuden hjälp sågs som ett kvitto, eller en bekräftelse, på deras sorg och stödbehov (Pettersen et al., 2015). Att inte bli kontaktad, utan att själv förväntas söka upp vården och formulera det egna hjälpbehovet förefaller ha varit särskilt betungande (McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2021; Spillane et al., 2018; Wainwright et al., 2020), flertalet efterlevande beskriver känslor av vilsenhet, och hur bristfällig kännedom om tillgängliga stödinsatser bidragit till känslor av vanmakt och uppgivenhet (Ross et al., 2021). Att bli kontaktad och erbjudas professionellt stöd framstår som ett angeläget, och många gånger föga tillgodosett, behov (McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Ross et al., 2018, 2021; Wainwright et al., 2020).

Huvudtema 3: bli informerad

De efterlevande var inte alltid mottagliga för muntlig information. De önskade psykoedukation och information om vart de kunde vända sig den närmsta tiden för stöd och på vilket sätt de skulle kontakta myndigheter och andra samhällsinstanser för hjälp med exempelvis sjukskrivning.

Skriftlig information som komplement

I sorgprocessens inledande skeden hade flera av de efterlevande önskat erhålla mer praktisk hjälp och vägledning kring beslutsfattande och vardagsgöromål; att på egen hand uthärda de första dagarna beskrivs som en närmast övermäktig anspänning (Ross et al., 2018). Vissa efterlevande beskriver hur de, i detta initialskede, var allt för sårbara på ett känslomässigt plan för att på allvar förmå att ta emot hjälp (Gall et al., 2014; McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Ross et al., 2018). De hade svårigheter att ta till sig muntlig information och de efterfrågade därför även skriftlig sådan. Flera informanter framhöll att en broschyr går att spara och läsa vid senare tillfälle, i motsats till muntlig information (Peters et al., 2016; Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2018).

Psykoedukation

Grundläggande psykopedagogisk vägledning kring sorgprocessen framhölls av flera informanter som värdefullt; vetskapen om det förväntade förloppet gjorde det lättare att förstå och acceptera det egna behovet av stöd från omgivningen (Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2018). Vissa efterlevande efterfrågade också särskilt information om psykosomatiska aspekter på sorg, i vilken mån kroppsliga symtom de hade att förvänta, och hur de skulle förhålla sig till dessa (Pettersen et al., 2015; Spillane et al., 2018). En informant beskrev att hon haft gott stöd av en kurator som, baserat på sina egna erfarenheter [av att arbeta med efterlevande] berättat om vilka skeenden som var att förvänta under de närmsta dagarna och vilka fallgropar de skulle undvika (Ross et al., 2018). Vidare framhölls vikten av att få realistiska råd och konkreta förklaringsmodeller beskrivna av sjukvårdspersonal (McKinnon & Chonody, 2014; Wainwright et al., 2020).

Information om praktikaliteter och vidare stöd

Flera informanter beskrev hur hälso- och sjukvårdspersonalen saknade kunskap om vart de efterlevande kunde vända sig vidare, och hur den information som lämnades ut flera gånger var så gammal att kontaktuppgifter och dylikt blivit inaktuella (McKinnon & Chonody, 2014; Wainwright et al., 2020). I de fall hälso- och sjukvårdspersonal inte visste vart de skulle vända sig, framhölls det som hjälpsamt de gjorde sig mödan att söka information åt dem, att kontakta myndigheter, frivilligorganisationer och liknande instanser (Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2018). Stöd och information kring praktikaliteter såsom sjukskrivning framhölls som ett eftertraktansvärt och konkret verktyg för att föra de efterlevande närmare kontakt med samhällsliga stödinsatser (Pettersen et al., 2015; Ross et al., 2018, 2021). Utöver

allmännyttans insatser i form av samtalsstöd, sjukskrivning och liknande framhölls även det oerhörda värdet av att komma i kontakt med anhöriggrupper för efterlevande (Camargo Contessa et al., 2021; Peters et al., 2016; Ross et al., 2018, 2021; Spillane et al., 2018; Wainwright et al., 2020). Det stöd dessa grupper kunde erbjuda framhölls av flera informanter som ovärderligt, och man påtalade också att hälso- och sjukvårdspersonal inte kan förstå hur det känns utan att själv ha upplevt samma typ av traumatisk förlust (McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Wainwright et al., 2020); anhöriggrupperna hjälpte de efterlevande att undvika isolering, att acceptera det inträffade och sina egna reaktioner, och det beskrevs därtill som meningsskapande att i grupperna få möjlighet att hjälpa andra (McKinnon & Chonody, 2014).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ forskning har vissa uppenbara svagheter: resultaten är inte avsedda att generera resultat som är generaliserbara till hela befolkningen. Däremot kan en tematisk analys som denna bidra till att utforska teman som måste vidareutvecklas. En styrka med metoden är att den ger en rikare och djupare förståelse i en specifik kontext. En kvalitativ litteraturstudie som denna kan bidra till att skapa ett bättre beslutsunderlag i den evidensbaserade vården eftersom den lyfter fram och betonar patientperspektivet (Korhonen et al., 2013). Det går givetvis att lägga på många raster för vidare forskning: etnicitet, kultur, klass, kön och genus med flera. Artiklarna som legat till grund för detta arbete speglar efterlevandes erfarenheter i flera olika länder. Detta är både en styrka och en svaghet. Å ena sidan ökar det möjligheten att se mer allmängiltiga mönster, grundläggande behov som återkommer oberoende av kultur, etnicitet, kön, klasstillhörighet med mera, å andra sidan kan den externa validiteten hos iakttagelserna ifrågasättas – det är inte givet att resultat som setts i en brittisk population är rakt av applicerbara på en svensk population, än mindre på populationer med större kulturellt avstånd.

En klar begränsning i resultatstudierna är att majoriteten av informanterna är rekryterade från stödgrupper för efterlevande, vilket medför risk för selektionsbias (och informanternas översvallande positiva utsagor om stödgrupper för efterlevande bör tolkas med försiktighet). Till viss del kan man också befara att resultaten färgats av s.k. ”healthy worker effect”, de individer som faktiskt orkar att genomgå intervjuer och delta i studier är sannolikt i bättre psykiskt skick än de som inte orkar (och följaktligen inte blir representerade i studierna). Det är vanskligt att på allvar skilja ut kortsiktiga från långsiktiga effekter, och osäkerheten kring effekterna blir än större eftersom retrospektiva studier ju med nödvändighet medför risk för s.k. recall bias: det finns en uppenbar risk att de informanter vars långsiktiga hälsa utvecklats negativt överrapporterar brister i vårdens initiala bemötande och handläggning och på motsvarande sätt finns risk att de individer vars långsiktiga hälsa utvecklats positivt underrapporterar sådant som endast haft en övergående negativ inverkan. Studiernas retrospektiva karaktär medför också att det inte går att dra några egentliga slutsatser om orsakssamband, men de samband som ses är lika fullt högst intressanta, inte minst ur ett hypotesgenererande perspektiv.

Den kvalitativa forskningen inom fältet är ännu sparsam, det saknas studier som rakt av beskriver efterlevandes erfarenheter *omedelbart* efter ett suicidium, och det är till yttermera visso svårt att få till en enhetlig tidsmässig avgränsning mellan omedelbara och fördröjda åtgärder. Ingen konsensus finns och i befintlig litteratur används ofta formuleringar som ”i direkt anslutning” (engelska “immediate aftermath”), vilka inte definieras närmare. I litteraturstudien har vi valt att inkludera inte bara studier som enbart avhandlar omedelbara erfarenheter, utan även studier kring mer långsiktiga och fördröjda åtgärder, dels för att kringgå problemet med tidsmässiga avgränsningar, dels för att inte riskera att utelämna relevanta data.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka vad efterlevande efterfrågar för stöd i direkt anslutning till anhörigs suicid. I resultatet framkom tre huvudteman. Fynden i litteraturstudien tycks överensstämma med tidigare forskning om att bemöta människor i kris, som betonar vikten av att lugna, lyssna aktivt, visa omsorg och att informera (Bressi et al., 1999; Forbes et al., 2011; Roberts et al., 2010).

Proaktivt stöd

Ett mindre förväntat och utmärkande fynd är att efterlevande tycks ha ett behov av att “gå händelserna i förväg”, det vill säga att veta vad de kan komma att känna. Detta kan ses som försök att göra tillvaron begriplig och hanterbar (Antonovsky, 2005) och fyndet blir särskilt intressant i ljuset av de förutsättningar som råder i prehospital vård och på akutmottagningar, vilka ju ofta utgör vårdens första kontaktytor gentemot de efterlevande vid ett suicidium. Tiden är många gånger knapp, möjligheterna att ge stöd är begränsade och möjligheten till kontinuitet i kontakten saknas ofta helt. Tydlig skriftlig information kan vara till hjälp för att kompensera för detta, och utgör även ett verktyg för att komma runt att individer i chock många gånger i stunden har nedsatt förmåga att ta in och bearbeta ny information. Resultaten är förenliga med tidigare forskning som visat att ett gott tidigt stöd kan bidra till bättre återhämtning och öka benägenheten att söka vidare hjälp – i synnerhet för efterlevande gäller också att de är mer benägna att ta emot hjälp och stöd om möjligheterna aktivt presenteras för dem, jämfört med om de själva måste söka upp hjälpinstanserna (Cerel & Campbell, 2008) och att kvaliteten på och omfattningen av de initiala hälso- och sjukvårdskontakterna har potential att bidra till ökad resiliens (Botha et al., 2009). Genom att minska ohälsan bland efterlevande, och genom att minska risken för (och i förlängningen förekomsten av) suicid

bland efterlevande nås uppenbara humana vinster, men även samhällsekonomiska dito; ohälsa bland de efterlevande medför kostnader för samhället i form av produktionsbortfall, uteblivna skatteintäkter och kostnader för sjukersättning. Den ohälsa bland de efterlevande som uppstår om de tidiga insatserna uteblir medför även ökad sjukvårdskonsumtion (MSB, 2015; Spillane et al., 2017). Samhällets ekonomiska vinster överskuggas emellertid av det faktum att stöd till efterlevande minskar risken för suicid bland efterlevande (Andriessen et al., 2016; Lestienne et al., 2021).

Vilka ska sjukvården hänvisa till?

Ett konsekvent fynd i samtliga resultatartiklar är att de efterlevande framhåller värdet av stödgrupper. Stödgrupper kan visserligen bryta isolering och bidra med en gemenskap och mening i tillvaron, men frågan om hur effektiva dessa egentligen är har inte utvärderats vetenskapligt (Andriessen & Kryszynska, 2011). Sjukvården kan fylla en funktion att förmedla kontakten till dessa grupper, men bör noga understryka att stödgrupper inte ersätter professionell vård eller terapi, utan att de snarare är att betrakta som ett komplement.

Resultatet visar att informellt stöd, det vill säga familj och vänner, är lika betydelsefullt som formellt stöd. Att som sjukvårdspersonal aktivera stödnätverket omkring den efterlevande är viktigt, för att skapa en känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005). Det blir särskilt viktigt att identifiera individer som saknar informellt stöd och bistå dessa i att komma i kontakt med formella stödinsatser.

Förtroendet för vården

Ett återkommande tema i de ingående artiklarna var att de efterlevande kände och gav uttryck för ilska gentemot vården, dels så till vida att de upplevde stödet de själva erhållit som bristfälligt, dels så till vida att de höll vården ansvarig för att den suiciderade faktiskt suiciderat. Detta går igen även i övrig litteratur; exempelvis framhåller Samuelsson (2012) att återupprättandet av de efterlevandes förtroende för vården är av betydande vikt för att minska risken att de efterlevande själva utvecklar psykisk ohälsa. Skärsäter (2019) hävdar att den bästa hjälpen i mötet med efterlevande är att lyssna utan att varken ge råd eller uppmuntrande kommentarer. Ett sådant samtal kan hjälpa efterlevande att reducera skam, skuld och oro genom att pröva idéer, visa respekt för integritet och individuella behov (Skärsäter, 2019). Att lyssna på varandras tolkningar av situationen och att som hälso- och sjukvårdspersonal inte gå i försvar om anklagelser riktas mot vården är av stor betydelse; vårdpersonal måste i en sådan situation lägga sina personliga värderingar åt sidan och istället visa förståelse för den

efterlevandes upplevelse (Samuelsson, 2012), för att hjälpa den efterlevande att göra upplevelserna och tillvaron meningsfulla och hanterbara (Antonovsky, 2005).

Att lyssna och förmedla trygghet

Ett av de allra mest framträdande karaktärsdragen i artiklarna var de efterlevandes önskan att inte lämnas ensamma i sin sorg, och deras behov av att söka yttre stöd och trygghet, antingen hos vården, bland anhöriga eller i stödgrupper för efterlevande. Parallellerna till Antonovskys (2005) teorier om begriplighet och hanterbarhet är uppenbara. Detta uppmärksammas såväl av informanter som upplevt sig ha fått ett bra stöd och av informanter som upplevt brist på stöd. Däremot framgår det inte på allvar vad i bemötandet som varit viktigast, utan önskemålen formuleras tämligen ofelbart genom sina motsatser; informanterna beskriver rädsla för att lämnas ensamma, en vilja att inte känna sig avvisad och ett behov av att bli lyssnad på, snarare än vad de vilka insatser som behövs för att undvika ensamhet avvisande och försummelse. Att personalen signalerar att de är trygga på sin sak, att de är konkreta och handfasta och att de ger realistiska råd förefaller vara trygghetsskapande, men det är uppenbart att detta område behöver beforskas ytterligare för att på allvar kunna beskriva en lämplig bemötandekod i kontakten med efterlevande efter suicid.

SLUTSATSER

Efterlevande har behov av att bli uppmärksammade och lyssnade på, att bli uppsökta (snarare än att själva nödgas uppsöka vården) och få hjälp att ta kontakt med och mobilisera sina egna stödnätverk liksom av att erhålla tydlig, handfast information, såväl kring sorgeprocessen som kring praktikaliteter och kontaktvägar till vården. Muntlig information bör kompletteras med skriftliga sammanfattningar.

Kliniska implikationer

Mot bakgrund av studiens slutsatser finns anledning att kritiskt skärskåda de rutiner (eller för den delen bristen på rutiner) som finns för omhändertagande av efterlevande vid akutmottagningar och i prehospital verksamhet. De efterlevande måste ses som en patientgrupp, snarare än som anhöriga, riktlinjer och bemötandekodex bör upprättas för att likrikta vården. Vidare bör skriftlig information om sorgeprocessen, kontaktvägar i vården och praktiska frågor såsom sjukskrivning tillhandahållas.

REFERENSER

- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43–47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2016). Pre- and postloss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review. [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/07481187.2015.1128497](http://Dx.Doi.Org/10.1080/07481187.2015.1128497), 40(4), 229–246. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1128497>
- Andriessen, K., & Krysiniska, K. (2011). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012, Vol. 9, Pages 24-32, 9(1), 24–32. <https://doi.org/10.3390/IJERPH9010024>
- Andriessen, K., & Krysiniska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24–32. <https://doi.org/10.3390/IJERPH9010024>
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113–120. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2017.01.017>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110–116. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.2010.00009.X>
- Bisson, J. I., Brayne, M., Ochberg, F. M., & Everly, G. S. (2007). Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1016–1019. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1016>
- Botha, K.-J., Guilfoyle, A., & Botha, D. (2009). Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(1), 37–47. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.1.37>
- Brenner, E., Rydell, P., & Skoog, I. (2016). *Akutpsykiatri*. Studentlitteratur.
- Bressi, C., Colombo, E., Coppola, M., Cattaneo, C., & Cova, F. (1999). Crisis intervention in psychiatric emergencies: Effectiveness and limitations. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 15(2–3), 163–167. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/crisis-intervention-psychiatric-emergencies/docview/619419574/se-2?accountid=13936>
- Camargo Contessa, J., Stopinski Padoan, C., Leandra Gonçalves Da Silva, J., Magalhães, P. V. S., Contessa, J. C., Padoan, C. S., Silva, J. L. G. da, & Magalhães, P. V. S. (2021). A Qualitative Study on Traumatic Experiences of Suicide Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110244. <https://doi.org/10.1177/00302228211024486>
- Castelli Dransart, D. A. (2013). From Sense-Making to Meaning-Making: Understanding and Supporting Survivors of Suicide. *The British Journal of Social Work*, 43(2), 317–335. <https://doi.org/10.1093/BJSW/BCT026>
- Cerel, J., & Campbell, F. R. (2008). Suicide Survivors Seeking Mental Health Services: A Preliminary Examination of the Role of an Active Postvention Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 30–34. <https://doi.org/10.1521/SULI.2008.38.1.30>
- Cerel, J., Maple, M., Van De Venne, J., Moore, M., Flaherty, C., & Brown, M. (2016). *Exposure to Suicide in the Community: Prevalence and Correlates in One U.S. State*.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling : en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Natur och kultur.

- De Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 347(7928). <https://doi.org/10.1136/BMJ.F5519>
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings After Suicide-“The Forgotten Bereaved.” *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714–724. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.714>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Stöd till efterlevande*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/forebyggande-insatser/stod-till-efterlevande/>
- Folkhälsomyndigheten. (2021a). *Nationell samordning*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/>
- Folkhälsomyndigheten. (2021b). *Statistik om suicid*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., Ruzek, J. I., Watson, P., Bryant, R. A., & Creamer, M. (2011). Psychological first aid following Trauma: Implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3), 224–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.3.224>
- Froese, J. E., McDermott, L., & Iwasaki, Y. (2019). *The other side of suicide loss: the potential role of leisure and meaning-making for suicide survivors*. <https://doi.org/10.1080/11745398.2019.1616572>
- Gaffney, M., & Hannigan, B. (2010). Suicide bereavement and coping: A descriptive and interpretative analysis of the coping process. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 526–535. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.137>
- Gall, T. L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2014). Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide. *Death Studies*, 38(6–10), 430–437. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/SULI.31.1.91.21310>
- Jordan, J. R. (2020). *Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Jordan, J. R., & McGann, V. (2017). Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. postvention guidelines. *Death Studies*, 41(10), 659–672. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335553>
- Kawashima, D., & Kawano, K. (2017). Meaning Reconstruction Process after Suicide: Life- Story of a Japanese Woman Who Lost Her Son to Suicide. *Omega (United States)*, 75(4), 360–375. <https://doi.org/10.1177/0030222816652805>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (pp. 55–80). Studentlitteratur.
- Korhonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Jylhä, V., & Holopainen, A. (2013). Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 1027–1034. <https://doi.org/10.1111/SCS.12003>
- Lestienne, L., Leane, E., Haesebaert, J., Poulet, E., & Andriessen, K. (2021). An integrative systematic review of online resources and interventions for people bereaved by suicide. *Preventive Medicine*, 152(September). <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106583>
- Ligier, F., Rassy, J., Fortin, G., Van Haaster, I., Doyon, C., Brouillard, C., Séguin, M., & Lesage, A. (2020). Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09636-Y>

- 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. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>
- Mcmenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do Suicide Survivors Tell Us They Need? Results of a Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(4), 375–389. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2015). *Samhällsekonomska konsekvenser av fullbordade suicid.*
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2022). *Själv mord i Sverige.* <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(5), 418–425. <https://doi.org/10.1111/inm.12224>
- Peters, K., Murphy, G., & Jackson, D. (2013). Events prior to completed suicide: Perspectives of family survivors. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(5), 309–316. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.751639>
- 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*(6), 323–331. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.946624>
- Pfeffer, C. R., & Everett, J. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies, 24*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/074811800200667>
- Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., Sireling, L., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open, 7*(5). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-014487>
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 86–94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Polit, D.F., Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (n.d.). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård.*
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet (London, England), 360*(9340), 1126–1130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.* <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007944.pub2>
- Ross, V., Kølves, K., & De Leo, D. (2021). Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study. *Omega (United States), 82*(4), 632–645. <https://doi.org/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). <https://doi.org/10.3390/IJERPH15040618>
- Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1525–1526. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.160.8.1525>
- Samuelsson, M. (2012). Varför? Den obesvarade frågan vid suicid och suicidförsök. In S. Syrén & K. Lützén

- (Eds.), *Att leva med psykisk ohälsa : ett närståendeperspektiv*. Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2019). Att möta människor som sörjer. In L. Wiklund Gustin (Ed.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. Studentlitteratur.
- Socialdepartementet. (2022). *Riksrevisionens rapport om statens suicidpreventiva arbete : Regeringens skrivelse 2021/22:107*.
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: A systematic review. *BMC Public Health*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-017-4930-3>
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, *8*(1). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-019472>
- Statens beredning för medicinsk och social utredning. (2020). *Stöd till anhöriga efter suicid. December 2020*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/stod-till-anhoriga-efter-suicid/>
- Trimble, T., Hannigan, B., & Gaffney, M. (2012). Suicide postvention; coping, support and transformation. *New Pub: Psychological Society of Ireland*, *33*(2–3), 115–121. <https://doi.org/10.1080/03033910.2012.709171>
- Vahlne Westerhäll, L. (2014). *Suicidnärhet : medicinsk vård och behandling i ett rättsligt perspektiv*. Studentlitteratur.
- 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), E102–E110. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849>
- Wiklund Gustin, L. (2019). Att utbilda sig till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. In L. Wiklund Gustin (Ed.), *Vårdande vid psykisk ohälsa : på avancerad nivå* (Tredje uppl.). Studentlitteratur.
- Wilson, A., & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, *34*(7), 625–640. <https://doi.org/10.1080/07481181003761567>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)*. <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*.
- World Health Organization. (2021b). *LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350957/retrieve>
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organisation. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 177–186. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/iyoung>

BILAGOR

Sökstrategi

Databas	Datum	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
<i>PsycInfo</i>	2022-01-26	"suicide bereav*" AND famil* AND support services	5	1	1	Peters et al. (2016)
	2022-01-26	"suicide bereav*" AND support services AND crisis*	6	3	1	Pettersen et al. (2015)
	2022-02-25	"suicide bereav*" AND experiences AND family	21	5	4	Gall et al. (2014)
	2022-02-14	social support* AND suicid* AND survivors* AND qualitative	26	6	2	Castelli Dransart (2013)
<i>PubMed</i>	2022-02-14	suicide-bereav* parents AND social support* AND qualitative	5	3	3	Ross et al. (2018) Wainwright et al. (2020)
	2022-01-28	suicide-bereavement* AND qualitative AND grief	22	5	4	Spillane et al. (2018) Ross et al. (2021) Gaffney et al. (2010)
	2022-02-02	"suicide survivors" AND experiences AND trauma*	3	2	2	Camargo Contessa et al. 2021
<i>CINAHL</i>	2022-02-10	"suicide survivors" AND experiences AND qualitative	5	3	2	McKinnon et al. (2014) Peters et al. (2013)

Artikelmatris

Castelli Dransart, D (2013)

From sense-Making to Meaning-Making: Understanding and Supporting Survivors of Suicide

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Schweiz	Undersöka hur efterlevande kan finna mening i den förlust en anhörigs suicid innebär	12 efterlevande	<ul style="list-style-type: none">• Skapa förståelse• Bygga minnen• Skapa mening
Metod		Kriterier	
Intervjuer		> 18 år	

Camargo Contessa, J et al. (2021)

A Qualitative Study on Traumatic Experiences of Suicide Survivors

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Brasilien	Utforska traumarelaterade fenomen efter exponering för suicid	41 efterlevande	<ul style="list-style-type: none">• Omedelbar reaktion• Minnen och undvikande• Påverkan på individen• Fysisk hälsa• Social påverkan och familjepåverkan• Coping och meningsskapande
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		> 18 år	

Gall, T et al. (2014)

Two Perspectives on the needs of Individuals Bereaved by Suicide

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Kanada	Öka kunskapen om vilka insatser efterlevande upplever fungerar bra/dåligt och utforma vägledning inom postvention	11 efterlevande (+4 exkluderade mentalvårdare)	<ul style="list-style-type: none">• Sorgerfarenhet• Coping• Interpersonella bekymmer• "Kamp för att finna mening"• Självreflektion• Att gå vidare
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		> 18 år	

Gaffney, M et al. (2010)**Suicide bereavement and coping: a descriptive and interpretative analysis of the coping process**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Irland	Utforska de processer som gör det möjligt för efterlevande att hantera den förslut suicidiet inneburit	10 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Coping • Diskrepans mellan tanke och beteende
Metod		Kriterier	
Enkät		> 18 år > 1 år sedan suicidiet	

McKinnon, J et al. (2014)**Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Australien	Öka förståelse för de suicidefterlevandes upplevelser genom att utforska deras användning av formella stöd och identifiera eventuella otillfredsställda behov	14 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Stöd i direkt anslutning till och närmsta tiden efter suicidiet • Fortgående stöd
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		> 18 år	

Peters, K et al. (2013)**Events prior to completed suicide: perspectives of family survivors**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Australien	Utforska nyckelskeenden under sista veckorna före ett suicidium, sett ur de efterlevandes perspektiv	10 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Indikatorer för suicidavsikt • Missnöje med hälso- och sjukvården • Anhöriga saknade information om behandlingen
Metod		Kriterier	
Intervjuer		> 18 år Tala flytande engelska > 12 mån sedan suicidiet	

Peters, K et al. (2016)**Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Australien	Utforska efterlevandes erfarenheter av kontakten med olika instanser efter att ha förlorat en familjemedlem i suicid	10 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Söka stöd från andra efterlevande • Initiera stöd • Att uppleva respektlöst/okänsligt bemötande • Att uppleva medkänsla
Metod		Kriterier	
Intervjuer		> 18 år > 12 mån sedan suicidiet	

Pettersen, R et al. (2015)**Suicide-Bereaved Siblings' Perception of Health Services**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Sverige	Undersöka syskon till suiciderades incitament för att söka/inte söka professionell vård, vilket stöd som upplevts hjälpsamt och rekommendationer till sjukvården	18 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Skäl att söka eller inte söka hjälp från vården • Hur den hjälp som erhållits från vården upplevs • Erfarenhetsbaserade rekommendationer till sjukvården
Metod		Kriterier	
Intervjuer		Syskon till suiciderade >24 mån sedan suicidiet	

Ross, V et al. (2021)**Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Australien	Undersöka erfarenheter och stödbehov hos efterlevande med målet att upplysa om framtida postvention-insatser.	15 efterlevande bildade 3 fokusgrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Förändrade stödbehov • Svårigheter att navigera bland olika tjänster • Upplevelse av stigma & social isolering • Att komma i kontakt med andra
Metod		Kriterier	
Fokusgrupper		> 18 år > 12 mån sedan suicidiet	

Ross, V et al. (2018)**Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Australien	Utforska mödrar och fäders upplevelser kopplat till förlust av barn i suicid, studerat 6 och tolv månader efter suicidiet	7 mödrar 7 fäder	<ul style="list-style-type: none"> • Söka svar och förståelse • Coping och stöd • Finna mening och syfte
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		Förälder till den suiciderade	

Spillane, A et al. (2018)**What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members?**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Irland	Att undersöka hur familjemedlemmar har påverkats fysiskt och psykiskt efter närståendes suicid.	18 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Parallell förekomst av sorg och kroppsliga reaktioner • Skillnader i stöd efter suicid • Rekonstruera livet efter den avlidnes suicid
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		> 18 år	

Wainwright, V et al. (2020)**Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide.**

Plats	Syfte	Deltagare	Resultat/teman
Storbritannien	Utforska efterlevande föräldrars perspektiv, upplevelser och stödbehov	23 efterlevande	<ul style="list-style-type: none"> • Att inte vara ensam • Upplevda hinder för att söka hjälp • Att behöva be om hjälp
Metod		Kriterier	
Semistrukturerade intervjuer		Förälder till den suiciderade	



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsövägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se