



# Masteroppgave

**MHS704 Helse- og sosialfag**

**"Ingenting blir som før"**

**En kvalitativ studie av erfaringer med brå og uventet dødsfall i nær relasjon, og møtet med hjelpeapparatet.**

**Av:**

**Wanja Kristin Lien**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 76**

**Molde, 30.04 2018**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Karl Yngvar Dale

Antall ord: 28.223

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 30.04.18

## Forord

Endelig har jeg nådd målet mitt!

Mange har vært med og bidratt til motivasjon og inspirasjon om hvordan denne studien, om mennesker som opplever å miste noen brått og uventet, skulle bli en realitet. Det har vært en lærerik reise, men samtidig krevende på flere måter. Livets tilfeldigheter ville det slik at jeg underveis også skulle få en personlig motivasjon for temaet i tillegg til den faglige.

Jeg vil her rette en takk til de som har medvirket til at studien ble realisert:

Først og fremst ønsker jeg å takke de fantastiske menneskene som deltok som informanter i denne studien. Dere har delt de såreste øyeblikk og vanskelige tanker med den største velvillighet, og jeg er dypt takknemlig og ydmyk som har fått være den del av det. Det har bidratt til å gjøre meg tryggere både som fagperson og menneske i møte med dem som har mistet noen i nær relasjon brått og uventet. Uten deres bidrag hadde ikke dette latt seg gjøre. Jeg håper jeg har klart å formidle det som var viktig for dere.

En takk også til alle helsestasjoner, kriseteam og kommunale psykiske helseteam som bidro til å rekruttere informanter til studien, deres innsats var avgjørende.

Stor takk til min engasjerte veileder Karl Yngvar Dale som alltid har vært like støttende, motiverende og ryddig, og komt med verdifulle innspill og «feedback» når det trengtes.

Takk til kollega Mona for gode faglige diskusjoner og input, og gode venner for at dere alltid har hørt på meg, vært engasjerte og bidratt med moralsk støtte.

Stor takk til min søster Therese for utallige treningsturer og gode stunder, det har betydd mer enn du aner og vært gull verdt.

Jeg vil takke verdens beste foreldre for all støtte, oppmuntring, barnepass og fantastiske familiemåltid gjennom de ti siste år mens jeg har studert. Uten dere hadde dette aldri gått.

Sist, men kanskje aller mest går takken til mine barn Linnea, Josef og Cornelia. Dere har gitt meg lærdom som er viktigere enn alt, og jeg er heldig. Dere har vært rørende engasjert og tålmodige, nå er mamma endelig ferdig. Tusen takk!

Selje, april 2018

*Wanja Kristin Lien*

# Sammendrag

## Bakgrunn og hensikt

Tema for prosjektet er mennesker i krise utløst av brå og uventet dødsfall i nær relasjon, og er en kvalitativ undersøkelse av informantens opplevelse av dette. Forventningene til profesjonell krisehjelp er endret de siste årene. Hensikten med studien er å få frem informantens opplevelse av selve krisen, og hvordan møtet med hjelpeapparatet var. Dette for å øke fokuset på temaet, og heve forståelsen og kompetansen på hva som oppleves som god hjelp i en slik krise.

Studiens problemstilling er: *Hvordan opplever mennesker i krise utløst av brå og uventet dødsfall i nær relasjon selve hendelsen og møtet med hjelpeapparatet?*

## Metode og utvalg

Det ble gjennomført ni kvalitative forskningsintervju med fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming med fokus på brukernes opplevelse. Målet var å skape en dialog der informantens stemme kunne komme tydelig frem. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. Dataene ble så analysert i fire trinn, inspirert av Giorgis og modifisert av Malteruds (Malterud 2013).

## Resultat og konklusjon

Undersøkelsen viser at mennesker som brått og uventet mistet noen i nær relasjon ikke fikk den hjelpen de ønsket. Informantene etterlyste mer forståelse for sorg behovet for tid i denne prosessen. De ønsket mer hjelp til praktiske ting, tilpasset og lik hjelp til alle i familien, og at barna ikke ble glemt. Det kan virke som at det finnes et sprik mellom den hjelpen de ønsker og den hjelpen de får.

Nøkkelord: krise, brå og uventet død, etterlatte, sorg, komplisert sorg, hjelpeapparat, kriseteam

# Abstract

## Background and purpose of the Project

The theme for this project is the meeting with the bereaved after sudden and unexpected death and is a qualitative inquiry of the informants' own experiences of the crisis and the meeting with the support system.

The expectations around professional help during a crisis have changed during the last years. The purpose of this study has been to put emphasis on the informant's own experiences looking back. Hopefully this will give more focus on the theme, give insights on what measures can increase the competence, and give better understanding in what the best help is.

Research question: *How do bereaved after sudden and unexpected deaths experience the crisis and the meeting with the support system?*

## Method and Selection

Nine qualitative interviews were conducted, with a phenomenological-hermeneutical approach with focus on the human experience. The goal was to create a dialogue where the informants voices came to the forefront. All interviews were taped, transcribed, and thereafter analyzed according to the principles of Giorgi as modified by Malterud (Malterud 2013).

## Results and conclusion

The research concludes that the bereaved after sudden and unexpected deaths did not get the help they wanted. The informants called for more recognition for their grief, and the time this process will take. They wanted more help with practical matters, customized help for all members of the family, especially the children. It looks like there is a big gap between the help they want and the help the support system give.

Key words: Crisis, sudden Death, unexpected Death, Grief, complicated Grief, Bereaved, Support system

## Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon.....	5
1.1	<b>Hensikt med studien</b> .....	6
1.2	<b>Tidligere forskning</b> .....	7
2.0	Teoretisk perspektiver.....	9
2.1	Krise og psykisk traume.....	9
2.2	Krisepsykologi.....	10
2.3	Sorg.....	12
2.4	Brukerperspektivet.....	15
3.0	<b>Metode</b> .....	16
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring og metodevalg.....	16
3.2	Forforståelse.....	18
3.3	Den praktiske gjennomføringen.....	18
3.4	Analytisk tilnærming.....	22
3.5	Etiske vurderinger.....	24
3.6	Egen rolle som forsker.....	27
4.0	Resultater.....	28
4.1	<b>Livet rives i stykker når man mister noen brått og uventet</b> .....	29
4.2	<b>Det sliter på de etterlatte å være sosial i en krise</b> .....	30
4.3	<b>Et dødsbudskap som formidles feil kan bidra til å forsterke krisen</b> .....	31
4.4	<b>Sorgprosessen tar tid og forløper seg forskjellig</b> .....	33
4.5	<b>Barna blir glemt i kriser</b> .....	34
4.6	<b>Riktig hjelp er viktig og fravær av hjelp får negative konsekvenser</b> .....	36
4.7	<b>Den beste hjelpen er tilgjengelig og tilpasset</b> .....	41
5.0	Diskusjon.....	44
5.1	<b>Livet rives i stykker når man mister noen brått og uventet</b> .....	44
5.2	<b>Det sliter på de etterlatte å være sosial i en traumatisk krise</b> .....	46
5.3	<b>Et dødsbudskap som formidles feil kan bidra til å forsterke krisen</b> .....	47
5.4	<b>Riktig hjelp er viktig og fravær av hjelp får negative konsekvenser</b> .....	49
5.5	<b>Sorgprosessen tar tid og forløper seg forskjellig</b> .....	51
5.6	<b>Barna blir glemt i kriser</b> .....	54
5.7	<b>Den beste hjelpen er tilgjengelig og tilpasset</b> .....	56
5.8	<b>Styrker og svakheter – gyldighet og pålitelighet</b> .....	59
6.0	<b>Konklusjon og veien videre</b> .....	61
	Referanser.....	65

## 1.0 Introduksjon

Tema for studien er mennesker i krise utløst av brå og uventet dødsfall i nær relasjon. Oppmerksomheten rettes mot enkeltmenneskets opplevelse av en slik traumatisk hendelse, og målet er å fokusere på fenomenet i møtet mellom bruker og hjelpeapparatet. Hjelperne i Norge er underlagt lovverket, og de har en plikt til å hjelpe mennesker som møter store utfordringer som kan gå ut over psykisk helse (Helsedirektoratet 2016). Dette gjør denne studien relevant fordi den kan bidra til en økt innsikt og kompetanse for god hjelp i traumatiske kriser som kan komme både etterlatte og hjelpeapparatet til gode.

Norske kommuner er via lover pålagt ansvaret for å sikre hjelp til mennesker i krise, og dette gjøres nå i økende grad gjennom kriseteam eller lignende samarbeidsordninger rundt om i kommunene. Tiltak som disse teamene iverksetter skal være forebyggende og lindrende for å redusere opplevelsen av kaos og kontrolltap. Disse skal også bidra til å forebygge utviklingen av psykososiale senskader. Selv om det de senere år har skjedd en økt satsing på å tilby hjelp ved kriser, så rapporterer mennesker som har opplevd kriser at de savner noe i møtet med hjelpeapparatet (Dyregrov og Dyregrov 2008). Norske statsborgere sikres nødvendig helsehjelp gjennom *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (Helse- og omsorgsdepartementet 2000) og *Helsepersonelloven* (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Til daglig jobber jeg som spesialvernepleier og assisterende tjenesteleder i hjemmetjenesten, i tillegg til miljø terapeut i psykisk helseteam i Selje kommune. Jeg er også med i kommunens psykososiale kriseteam, som har gjennomgått en fornyingsprosess ved å ta kurs og lage nye rutiner. I denne prosessen fikk jeg ideen om å forske mer på hvilken hjelp mennesker opplever å bli møtt med når en traumatisk krise oppstår, og hva som oppleves som god hjelp.

Helsedirektoratet (2016) forstår kriser og krisesituasjoner som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan svekke eller true viktige verdier eller funksjoner hos mennesker. Cullberg (1994) fremholdt at kriser er en opplevelse av å ikke ha nok handlingsrepertoar til å håndtere en situasjon etter en påkjenning. En krise defineres som en situasjon der tidligere erfaring og innlært erfaring ikke er tilstrekkelig til å forstå og beherske situasjonen. Ifølge Cullberg (1994) skiller vi mellom to typer krisetilstander. Kriser utløst av ytre årsaker kalles traumatiske kriser, og de andre kalles livskriser og utviklingskriser. Denne studien vil konsentrere seg om de traumatiske krisene som blir utløst av brå og uventet



dødsfall ved ulykker, selvmord, drap og plutselig somatiske dødsfall. Naturkatastrofer og utviklingskriser blir ekskludert i denne omgang. Studien vil således dreie seg om hvordan mennesker i slike traumatiske kriser opplever møtet med hjelpeapparatet på kommunenivå. De kriserammede blir i denne studien omtalt som etterlatte, og med hjelpeapparatet menes lege, helsesøster, psykososialt kriseteam, psykisk helseteam, politi, prest, begravelsesbyrå og skole/barnehage.

I etterkant av tragedien på Utøya i 2011, kom det frem (Glad, Jensen og Dyb 2014) at mange klager på manglende oppfølging, dette samtidig med at det har vært en stor mobilisering av hjelpeapparatet i hele Norge. I august samme år ble det utgitt en veileder (Helsedirektoratet 2011) for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, som skal fungere som et verktøy for å etablere en god praksis med hensyn til håndtering av overnevnte hendelser, og har som hensikt å stimulere videreutvikling av tilbudet i kommunene. Denne ble i 2016 utgitt i en ny og oppdatert versjon (Helsedirektoratet 2016). Nilsen et al. (2017) utgav en rapport for Norsk kunnskapssenter om vold og traumatisk stress om hva som kjennetegner god hjelp fra et brukerperspektiv, og hvorfor hjelp etter katastrofer kan oppleves som lite hensiktsmessig og savnes. Selv om herværende studie ikke skal handle om katastrofer, så er denne rapporten av nytte siden brukere som ble traumatisert har gitt tilbakemelding på hvordan de opplevde hjelpeapparatet i etterkant.

### **1.1 Hensikt med studien**

Ifølge Dyregrov (2007) så erfarer mennesker som opplever kriser og miste kontroll over livet sitt i kortere eller lengre perioder. Krisehjelp er ikke behandling, men å hjelpe mennesket til vekst gjennom krisen. Hvordan vi møter kriser og hvordan vi får hjelp er avgjørende. I henhold til tidligere forskning er målene for krisehjelp å bistå mennesker i å få tilbake mestringsevnen og ferdigheter i problemløsning. Menneskets evne til å overleve er avhengig av tidligere livserfaring (Dyregrov og Dyregrov 2007), og hensikten med denne studien var nettopp å se på den subjektive opplevelsen av krise og møtet mellom den etterlatte og hjelpeapparatet.

Videre var målet å innhente og utvikle kunnskap om hvordan hjelpeapparatet kan møte mennesker som opplever en krise utløst av å miste en i nær relasjon brått og uventet. Deretter ønsket jeg å finne ut av hvilken hjelp som har blitt tilbudt, og om hjelpen samsvarer med deres behov. Målsetningen var å få innblikk i deres opplevelse, og hvordan det kan settes inn tiltak som kan redusere negative følger for dem som er rammet av en traumatisk krise. Vi vil

alltid måtte ta individuelle hensyn så lenge vi jobber med mennesker, og som fagpersoner være bidragsytere i å formidle håp og mening til mennesker som er i en slik sårbar situasjon. Jeg ønsket å se nærmere på dette temaet for å kunne bidra til at etterlatte opplever å bli anerkjent, respektert og forstått. Videre var målet å kunne bidra til økt kompetanse og innsikt i et komplisert felt, slik at etterlatte får den hjelpen de føler de trenger når de trenger det. Samtidig håpte jeg å styrke mine faglige verdier, økt kompetanse og bedre innsikt i hvordan møte etterlatte på en måte jeg kan være stolt av i arbeidshverdagen.

## **1.2 Tidligere forskning**

### **Litteratursøk**

For å finne relevant litteratur om temaet har jeg gått systematisk og planmessig til verks ved å søke litteratur i ulike søkebasert tilknyttet skolens bibliotek, som Oria, Norart, Ovid medline, Ovid Psykinfo, Proquest, PubMed, Google Scholar, NORART og Idunn.no. Jeg hadde ingen tidsbegrensninger på søket. Det ble haket av for vitenskapelige og fagfelleverderte artikler og peer reviewed, noe som betyr at artiklene er godkjent av andre forskere (Dalland 2012).

Søkeord som ble brukt var på norsk; krise, traume, sorg, brå og umaturlig død, brukeropplevele + krise, krisehjelp, kommunalt kriseteam, krisesituasjon, traumatisk krise. Engelske søkeord; crisis, sorrow, grief, complicated grief, trauma, sudden death, bereaved after sudden death, community crisis team, community acute team, user satisfaction/ experience + crisis. De første søkene med med engelse ord gav 5412 treff og på norsk 1100. Jeg spisset søkeordene etter hvert slik at jeg fikk opp mest mulig aktuelle artikler. Dette førte frem til en overkommelig mengde norsk og utenlandsk litteratur om temaet. I tillegg har jeg søkt direkte på RVTS, NAPHA, krisepsykologi.no og kriser.no. Gjennomgang av referanselister har vært til hjelp for å finne spesifikk og relevant litteratur.

### **Hvordan forskningen har utviklet seg nasjonalt og internasjonalt på feltet**

Der er utført en del forskning på kriser (bla. Dyregrov og Ingebretsen 1982; Raundalen og Dyregrov 1983; Dyregrov 1985a; Dyregrov 2008 ) utløst av brå og uventede dødsfall, hvordan mennesker opplever dette, og hva som hjelper under slike omstendigheter. Det finnes mye på feltet om selvmord (bla. Grad et al.2004; Dyregrov 2006c; Dyregrov 2006d; Dyregrov og Litlere 2009), sorg ved å miste et barn (Li et al. 2003), brukeropplevelsene i en krise ved brå og uventet dødsfall (bla. Merlevede et al. 2004; Dyregrov 2005; Dyregrov 2006c), helsemessige konsekvenser av en krise utløst av brå og uventet dødsfall (Kristensen, Weisæth

og Heir 2012; Dyregrov, Dyregrov og Kristensen 2014) og komplisert sorg (Currier, Holland og Neimeyer 2006; Dyregrov 2006a; Wittouck et al. 2011)

Dersom vi studerer krise- og sorgforskningen over tid, så kan det se ut som det er en dreining på feltet mot at fokuset nå er mer rettet på brukeren og ser annerledes på sorgprosessen.

Undersøkelsene til Dyregrov og Dyregrov (bla. 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2009) ved Norsk senter for krisepsykologi har vært spesielt nyttige, men også Belgia, Danmark og USA har bidratt til en del forskning på feltet.

Norsk senter for krisepsykologi i Bergen er ledende på kunnskap om kriser, og ble startet i 1988 av Jakob Inge Kristoffersen og Atle Dyregrov (Dyregrov og Dyregrov 2008). De bidro til å sette krise-, katastrofe- og traumepsykologi på dagsorden i Norge, og satsingsområdene var klinisk arbeid, undervisning for å heve andres kompetanse om tema og forskning for å sikre å være i forkant på området. Magne Raundalen ledet på slutten av 1970-tallet et prosjekt som utviklet støtteprogram for familier med kreftsyke barn. Dette fikk stor betydning for tenkningen rundt kriseintervensjon i Norge (Raundalen og Dyregrov 1983). Tidlig på 80-tallet var krisepsykologi et ukjent begrep for den norske befolkningen. Ingebretsen, Dyregrov og Ingebretsen (1982) belyste temaet kriseintervensjon. Dyregrov (1985b) studerte om psykologer hørte hjemme i slikt arbeid, og videre argumenterte han for opprettelsen av krisehjelpsteam. Norsk senter for krisepsykologi startet i 2005 nettsidene kriser.no og krisepsykologi.no, som i stor grad benyttes av norske kommuner når de skal utvikle sin kriseberedskap. Kari Dyregrov tok på bakgrunn av forskning på sorg initiativ til og var sentral i oppbyggingen av Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE; Dyregrov og Dyregrov 2008).

Som en forlengelse av en doktorgrad ved Senter for Krisepsykologi i tidsrommet 1997-2003 presenterte Dyregrov (2000) en artikkel der det ble lagt fram resultater fra Kommunestudien, en del av Omsorgsprosjektet for etterlatte etter selvmord. Denne beskrev at omsorgstilbudet varierte og syntes best i små eller mellomstore kommuner med klare ansvarsforhold. Det var en tilfeldig kontaktetablering, oppfølgingstidene varierte og hjelpen til barn syntes mangelfull. Dyregrov (2002b) belyste at sosial nettverkstøtte er avgjørende for å gå videre for foreldre som har mistet et barn, og at de samtidig trenger mer hjelp fra lokalt støtteapparatet enn det som blir tilbydt i dag. En dansk studie (Li, et al. 2003) synliggjorde at disse foreldrene har større dødelighet og sykelighet. Dyregrov (2003) undersøkte grunner til at etterlatte etter brå og uventede dødsfall opplever at hjelpeapparatet og nettverket svikter. Videre eksemplifiserte Dyregrov (2004) behovet for hjelp og støtte etterlatte opplever ved selvmord.

Grad, et al. (2004) presenterte funnene fra en workshop avholdt i 2001, der fire land ble sammenlignet rundt mangel på oppfølging og forståelse for etterlatte etter selvmord. Det ble avdekket at hjelpen bør ha fokus på mestring av sorgen på individuell måte. Videre utførte Clements et al. (2004) en studie om kompliserende faktorer rundt sorg, og Merlevede et al. (2004) undersøkte oppfatningen, behovene og sorgreaksjonen fra pårørende som mistet sin kjære ved brå og unaturlig død. Dyregrov (2005) belyste at traumerammede familier ofte sliter med omfattende psykososiale vansker, og mottar mindre profesjonell hjelp enn ønskelig. Videre ble det drøftet at demedikaliseringsstrategien bidrar til å gi etterlatte en avmaktsfølelse. Dyregrov utførte i 2006 en brukerundersøkelse om unge etterlatte etter selvmord, som eksemplifiserte at disse både trenger og ønsker hjelp (Dyregrov 2006c).

Dyregrov (2006a) studerte komplisert sorg og sentrale aspekter ved sorgintervensjon, og belyste at behandlingen for kompliserte sorgreaksjoner bør tilpasses den enkeltes behov. En amerikansk studie gjort i 2006 forsket nærmere på sorg som følge av traumatiske tap ved ulykke, drap eller selvmord, og om dette økte faren for komplisert sorg (Currier, Holland og Neimeyer 2006). Dyregrov og Litlere (2009) studerte hjelpeapparatet som først er i kontakt med etterlatte etter selvmord, og hvordan disse tenker og handler i forhold til etterlatte sine psykososiale hjelpebehov. En belgisk studie fra 2011 såg nærmere på forebygging og behandling av komplisert sorg (Wittouck, et al. 2011).

Kristensen, Weisæth og Weir (2012) presenterte funn om sorg og psykisk helse etter brå, brutal og unaturlig død, som eksemplifiserte at sørgende etter slike dødsfall ble mer utsatt for psykiske åkjenninger og sykdom enn etterlatte ved forventet død. Dette ble understøttet av en norsk artikkel i 2014 der det kom fram at en god del av sørgende i etterkant av tapet av en nær relasjon kan utvikle betydelige helseproblemer (Dyregrov, Dyregrov og Kristensen 2014). Rekdal og Herrestad (2014) belyste temaet om sorg og sykemelding, og tok for seg mangelen på diagnose for sorg og konsekvensene det har for etterlatte (Rekdal og Herrestad 2014).

## 2.0 Teoretisk perspektiver

### 2.1 Krise og psykisk traume

I denne studien forstår jeg krise slik at man befinner seg i en situasjon hvor mestringsevne mangler ut ifra tidligere livserfaring, og at evnen til å se og planlegge livet sitt i nåværende situasjon er svekket. På et øyeblikk har livet forandret seg drastisk, men mange klarer likevel å leve videre mens de er i sorg uten nevneverdige endringer i livet. Andre opplever å bli så overveldet at de ikke mestrer å fungere i arbeid eller å utføre daglige rutiner. Samtidig frykter

mange at de skal bryte helt sammen, noe som igjen kan gi angstsymptomer og depresjon. Ifølge Waldenstrøm, Haslerud og Bloch Thorsen (2001) brukes begrepet krise om dramatiske og traumatiserende enkelthendelser som i hovedsak skjer med en eller få mennesker direkte involvert av gangen. Det kan være plutselige dødsfall, selvmord, ulike typer ulykker med eller uten dødsfall, voldtekter eller ran.

Ordet traume kommer fra gresk og betyr skade eller sår, som vil si en skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter (Anstorp og Benum 2014). Psykisk traume er å betrakte som en ekstrem miljøfaktor, forårsaket av enten naturkrefter, tekniske svikt eller andre personer, enten uaktsomt eller med vilje. Ifølge Weisæth og Mehlum (1993) er et psykisk traume er en stressbelastning som virker overveldende på individet. Den psykiske belastningens traumatiske effekt avhenger av tre forhold: belastningens intensitet, tolkning av belastningen og individets motstandskraft. Anstorp og Benum (2014) fremholdt at traume er en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder nervesystemet, der aktiveringen som følger hendelsen ikke blir stabilisert. I psykologisk forstand ser man på traume som personens opplevelse av hendelsen, og kan oftest heles delvis eller helt ved behandling. Psykiske skader etter sterke påkjenninger gir ikke nødvendigvis samme faglige oppmerksomhet som ved fysiske skader, men som i somatikken så trengte man behandling for å lege mentale og følelsesmessige skader. Utvikling av et psykisk traume gjenkjennes ved at hendelsen overskrider evnen personen har til tilpasning og mestring i hverdagen (Anstorp og Benum 2014). Krisepsykiatrien bruker ordet traume om psykisk skade som oppstår av psykisk sjokk og opplevelser ved akutte hendelser (Skants 2008).

## 2.2 Krisepsykologi

Akutte hendelser inntreffer uventet og ligger utenfor vår kontroll, og vi reagerer spontant, annerledes og kraftigere enn vi gjør til vanlig (Skants 2008). Ifølge Dyregrov (2002a) så aktiverer kroppslige reaksjoner i en krisesituasjon det sympatiske nervesystemet og setter oss i stand til å møte eller flykte fra situasjonen. Dette gir oss hurtig puls og vi mobiliserer en fysisk styrke som vi ikke er klar over at vi har i oss. Det er naturlig å både oppleve at den kroppslige reaksjonen kommer etterpå, eller å bli skjelven, svette og fryse og bli motorisk urolige i selve situasjonen. Videre fremholdt Dyregrov (2002a) at mennesker reagerer forskjellig i en akutt krise. Berørte forteller om en opplevelse der de ikke er seg selv, og at verden ser annerledes ut enn den gjør til vanlig. Uvirkelighetsopplevelse kan gi følelse av nummenhet og fravær av følelser, som igjen kan gi skyldfølelse og selvbredelse. Reaksjonen kan forklare hvorfor mennesker i enkelte situasjoner utsetter seg selv for fare ved

å prøve å redde andre. Under kriser endres også ofte tidsperspektivet. De berørte opplever at tiden står stille, og det kan føles som en evighet før hjelpen kommer. Menneskers evne til å huske detaljer i en katastrofe og krise er vanlig. De kjenner sterkere på sanseintrykk og lukt, smak, hørsel og syn forsterkes. De kan oppleve flashback om de kommer i situasjoner der de gjenkjenner noe av opplevelsen. Dette kan gi seg utslag i fysiske eller psykiske reaksjoner. Hjertebank, uro, gråt og smerter i kroppen er reaksjoner som kommer plutselig og uventet. Mange blir redde av en slik reaksjon og føler at de ikke reagerer normalt (Dyregrov 2002a).

Dyregrov (2002a) belyste hvordan omsorg og fravær av omsorg fester seg i minnet og mange sliter i etterkant med dette. I mange situasjoner var det hjelpere til stedet selv om de kriserammede ikke følte at de fikk hjelp. Emosjonell førstehjelp etter en krise er å tilrettelegge for omsorg og forståelse, oppdatering med informasjon og å la de rammende snakke om det som har skjedd, samt hjelpe de med å kontakte familien. Det er også viktig å beskytte dem mot ytterligere stress og hjelpe med praktiske ting. De trenger rolige stemmer som snakker og trykker i sjokkfasen. I akutt fasen er det viktig å forene familiemedlemmer og nære relasjoner hvis det er mulig. Forskning (Dyregrov 2002a) har vist at familiemedlemmer risikerer livet for å redde andre familiemedlemmer i for eksempel en brann. Forhold som intensiverer reaksjoner hos mennesker i kriser er selve situasjonen, tidligere livskriser, erfaring, personlighet og nettverksstøtte. En traumatisk opplevelse med sterke sanseintrykk og tap av nære relasjoner vil forsterke reaksjonene. Egne erfaringer og tidligere opplevelser vil også påvirke hvordan man reagerer. Mennesker med psykisk uhelse og tidligere ubearbeidede kriser vil ofte reagere sterkere. Omsorgsmiljø vil i etterkant av en akutt krise utgjøre en forskjell. Hvis man har et nettverk som stiller opp, for eksempel nær familie og venner som hjelper, kan dette hindre sekundærtraumatisering i ettertid (Dyregrov 2002a).

Ifølge Dyregrov (2002a) kan ettervirkninger etter et traume være mange og forskjellige. Påtrengende tanker og minner om øyeblikket da krisen inntraff kommer over lengre tid. I den første tiden etter en slik hendelse kan minnene hjelpe oss med å konfrontere og bearbeide opplevelsen. Men om dette vedvarer over tid vil dette virke inn på konsentrasjon, søvnproblemer, angst og kroppslig uro. Dette kan føre til at man trenger profesjonell hjelp til å gjenvinne kontrollen over eget liv. Kroppslige reaksjoner som hodepine, magesmerter, rastløshet og irritabilitet er ikke uvanlig. Mange blir preget av skyldfølelse og selvbebreidelse (Dyregrov 2002a). Familie, venner, naboer og arbeidskollegaer er viktige nøkkelpersoner for å gi rask psykososial støtte ved slike kriser (Dyregrov, Nordanger og Dyregrov 2000), og spiller en avgjørende rolle i opplevelsen av hjelp i en krise. Mange har imidlertid også en

forventning til det offentlige hjelpeapparatet. Kriseteam er definert som kommunale team som har psykososial oppfølging av mennesker og lokalsamfunn som rammes av kriser og katastrofer. Dette er en ressursgruppe som også skal kunne fungere som hjelp for innsatspersonell som for eksempel politi, legevakt og sykehus i kommunene. Hensikten med kriseteam er å ha en faglig overordnet instans med ivaretagelse av psykososial oppfølging.

### 2.3 Sorg

Det heter seg at det ikke finnes noe sterkere uttrykk for kjærlighet enn sorg (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009). Det finnes flere definisjoner på hva sorg er, og felles for dem er at det er en normal og forventet reaksjon som oppstår når man mister en i nær relasjon. Den mest brukte definisjonen er Stroebe, Shut og Stroebe (2007) sin som forklarer sorg som en emosjonell respons på tap med ulike psykologiske og fysiske reaksjoner. Sorg er den prosessen vi mennesker må gjennom for å bearbeide de tap som rammer oss. Den gjør oss i stand til å komme videre, og har som hensikt å integrere fortiden med nåtiden. Vi sørger alle forskjellig, og har behov for å bli møtt med respekt og forståelse ut fra den sorgprosess vi må leve oss gjennom (Skants 2008). Barns forståelse for døden utvikles parallelt med dets tankemessige modning gjennom barndommen, så derfor sørger ikke barn på samme måte som en voksen (Dyregrov 2006b). Det er viktig at de opplever trygghet, alderstilpasset informasjon og skjerming mot inntrykk (Skants 2008).

Vi tar det som har skjedd inn i porsjoner slik at det skal være mulig å handtere det.

Innimellom slapper vi av og kan ha det ganske bra, for i neste øyeblikk være overveldet av sorg igjen. Sorgen er slik for at man skal få innhente mer energi for den videre prosessen. Etter en stund så blir vanligvis pausene lengre, og de vanskelige stundene sjeldnere. Sorgen tar tid, gjerne år heller enn måneder. Ofte mister omgivelsene interessen for den sørgendes behov mye før den sørgende er klar for det (Skants 2008). Sorg er en naturlig reaksjon når vi mister noen som betyr noe for oss. For den som sitter igjen omfatter sorgen smerte, savn og lengsel. Det er en spesiell sorg vi møter ved kriser utløst av uventet og brå dødsfall. Dersom dødsfallet skjer plutselig og uten tid til forberedelse, kan sterke traumatiske elementer bli involvert. Noen kan oppleve svært sammensatte sorgreaksjoner, for eksempel dersom en person har hatt et vanskelig liv og velger å avslutte selv. Etterlattes sorg kan da oppleves som preget av savn og traumereaksjoner samtidig med lettelse (Dyregrov, Dyregrov og Kristensen 2014). De fleste tilpasser seg sorgen uten profesjonell psykologisk hjelp, men noen opplever

sterk og vedvarende fysisk og mental uhelse. Derfor er sorg et viktig tema i både forebyggende arbeid og klinisk praksis (Stroebe, Schut og Stroebe 2011).

### **Komplisert sorg**

Fra et vitenskapelig standpunkt (Dyregrov, Dyregrov og Kristensen 2014) er sorg de psykologiske reaksjonene av et tap, fulgt av sosiale, kulturelle, åndelige og kroppslige aspekter. Videre fremholdes det at fra et psykologisk synspunkt så ønsker man å se på hvordan unngå at vanlig sorg utvikler seg til komplisert sorg, og er opptatt av å hjelpe dersom sorgen går ut over daglig funksjonsevne. Vanlige sorgreaksjoner er savn, tristhet og lengsel, tretthet i kroppen, bekymring for at andre skal dø, problemer med motivasjon for morgendagen og kognitive vansker med konsentrasjon og hukommelse. Ikke mange vet at en god del av de sørgende utvikler betydelige helseproblemer i etterkant av plutselig og unaturlig død. Slike dødsfall kan medføre til alvorlige psykiske og fysiske helseplager. Den vanligste formen for komplisert sorg er den sorgen som ikke går over, også kalt forlenget og kronisk sorg. Vanligvis gjenspeiler dette at sorgen har en intensitet og varighet som går langt utover vanlige sorgreaksjoner. Kjernesymptomet er separasjonsubehag med intens og vedvarende lengsel etter avdøde. I tillegg kommer vansker med å akseptere tapet, unngåelse av det som minner om tapet, bitterhet og sinne, endret identitetsfølelse, følelse av at livet er tomt og meningsløst og vansker med å gå videre i livet og delta i vanlige aktiviteter (Dyregrov, Dyregrov og Kristensen 2014).

### **Sorgteori**

De siste 25 år med sorgforskning har gjort at vi har utviklet et mer nyansert og fleksibelt syn på hva sorg egentlig er, og de forskjellige retninger sorgen kan ta. Dette har bidratt til at fagfeltet nå har et sterkere teoretisk fundament. Gamle teorier hevdet at mennesker gikk gjennom sorgen i faser og stadier, men disse er blitt forlatt for nye modeller. Ifølge Dyregrov og Dyregrov (2008) ble det vist at ikke alle føler sorg eller må gjennom et sorgarbeid for å komme seg videre i livet. Samtidig betyr ikke fravær av sorg det samme som at personen lider av patologisk sorg, som igjen betyr unormal sorg. For å forstå denne sammenhengen så tar vi et historisk tilbakeblikk på sorgteori. Forskning på sorg har sine røtter tilbake til antikken i år 700 f.Kr – 500 e.Kr. I nyere tid er det Sigmund Freud (1856-1939) som blir fremhevet som den viktigste bidragsyteren i den moderne forståelsen av sorg, og han ble utgangspunktet for mesteparten av den faglige tilnærmingen til sorg i ettertid. Freud skrev om melankoli og sorg i sitt verk *Treuer und Melancholie*, der han forklarte sorgen som et arbeid som var nødvendig



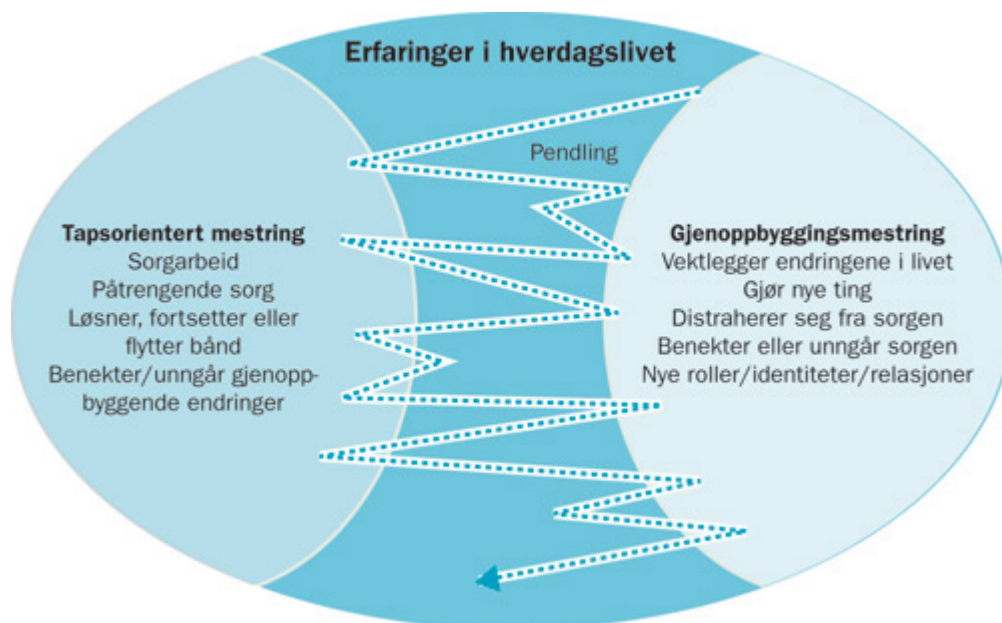
for å løsrive seg fra den avdøde. Dette skjedde gjennom en tidsavgrenset sorgprosess, for å legge sorgen bak seg. Sorgen ble beskrevet som en psykologisk prosess, der energi var knyttet opp imot relasjoner. Denne energien måtte brytes for å kunne skape psykologiske likevekt, og for å ha energi til å utvikle nye relasjoner (Freud 1917).

### **Fasemodeller**

Videre i utviklingen kom fasemodeller og teorier som mente at sorg er basert på to ting. For det første var sorgen tidsavgrenset, og burde være avsluttet innen et år. For det andre var sorgprosessen sin misjon å legge sorgen bak seg, og bryte alle følelser og tanker mot den døde (Bugge, Eriksen og Sandvik 2003). Den svenske psykiateren Johan Cullberg (1975) beskrev dette i Skandinavia, og har preget mange helsearbeideres måter å forholde seg til sørgende på. Bugge, Eriksen og Sandvik (2003) fremholdt videre at Bowlby (1980) utviklet en tilknytningsteori som forklarte sorg som en biologisk prosess basert på tilknytningen til det man har mistet. Han sa at sorgen var et uttrykk for atskillelse, og utløste atferd som ønsket å gjenopprette det tapte. Han utarbeidet en modell med fire faser, som bestod av *nummenhet* med sjokk og benektning, *skrik og leting* kunne by på sinne og protest, *desorganisering og fortvilelse* med følelse av kraftløshet og depresjon og tilslutt en *reorganisering* der en aksept det inntrufne ble oppnådd. De andre fasemodellene handlet om mye av det samme, med først fornektelse av det inntrufne, videre protest mot fakta, så overvelding av depresjon når virkeligheten går opp for en og tilslutt aksept av realiteten.

### **Toprosessmodellen**

I dag er hovedfokuset på at sorgen er individuell og en vekslende prosess, og er basert på *The Dual Process Model of Coping with Bereavement* av Stroebe & Schut (1999), også kalt tosporsmodellen eller toprosessmodellen. Denne modellen er den mest anerkjente for å forstå sorg og hvordan mestre den, og tar utgangspunkt i at sorg er en stressreaksjon. Den skiller mellom tapsstressorer og sekundære stressorer, og fokuserer på at sorgbearbeidelsen består av en mestringsorientert og en tapsorientert prosess. Den etterlatte bearbeider tapet og sorgen, samtidig som man konstruerer en vei videre og orienterer seg mot en ny og endret livsstil (Stroebe og Schut 1999). Man pendler således mellom å kjenne på sorgen og å forholde seg til det nye livet, og etter hvert tar den tapsorienterte delen mindre plass og blir erstattet av mestring. Modellen har fått størst gjennomslag på verdensbasis og er stadig i utvikling. I langt større grad enn tidligere modeller, så forstår den sorg i samspill med den enkeltes sorgbearbeiding.



## 2.4 Brukerperspektivet

Begrepet empowerment, som oftest oversettes til myndiggjøring, dekker omtrent de samme aspektene som brukerperspektiv, brukermedvirkning og brukerstyring (Almvik og Borge 2016). Videre fremholdt Almvik og Borge (2016) at empowerment er influert av borgerrettsbevegelsen i USA, radikale miljøgrupperinger og feministiske teorier som har dukket opp hos interessegrupper som står i stor kontrast til den etablerte måten å tenke rehabilitering og behandling på. Bevegelsen oppstod som et tilsvar og kritikk mot det medisinske paradigmet, spesielt til organiseringen av helse- og sosialtjenestene og rollen til de profesjonelle. Idelogien bak de ulike begrepene har sitt grunnlag i forskjellige tradisjoner. Mens brukerperspektivet først og fremst er inspirert av det som kalles New Public Management, så er empowerment mest inspirert av Paolo Freires ideer. Innen denne politiske konservative tenkningen så skal brukerne ha rollen som kunde, en aktiv medvirker som velger det som er ønskelig tjenestetilbud for han (Heggen og Ekeland 2007).

Pasientrettighetsloven slår fast at brukere av tjenester har rett til informasjon, innflytelse og medvirkning i tjenestene som de mottar (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Videre påpekes det at brukerperspektivet ikke bare betyr at brukerens behov settes i sentrum, men at hans egne erfaringer, kunnskap og uttrykte behov setter standard for selve behandlingen (Almvik og Borge 2016). Tanken er at brukeren inviteres med i et samarbeid og kan påvirke gjennom sitt erfaringsperspektiv og sin kunnskap basert på refleksjon av egen opplevelse.

Dette kalles innenfrakunnskap, en kunnskap som dessverre tidligere ofte har blitt oversett (Bøe og Thomassen 2007).

Ifølge (Dahl og Aarre 2012) kan brukerperspektivet bidra til at skeivfordelingen av maktrelasjoner jevnes ut, og brukerens egen kompetanse bli tydeliggjort. Det kan også legge til rette for en oppleving av likeverd og respekt i møtet mellom hjelpeapparatet og bruker. Brukermedvirkning dreier seg også mye om å få frigjort initiativ og ressurser, og en bruker som har påvirkning på egen behandling vil lettere kunne bruke sine egne ressurser i bedringsprosessen. En mer myndig brukerrolle kan være frigjørende for både hjelper og bruker, og kan fremme både mestring og selvstendighet. Dette er det overordnede målet i arbeidet med mennesker med psykiske utfordringer (Dahl og Aarre 2012).

## 3.0 Metode

### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring og metodevalg

I min studie valgte jeg å bruke kvalitativ tilnærming som forskningsmetode for å undersøke et fenomen basert på mennesker i krise sine tanker og opplevelser. Det er gjennom å snakke med mennesker vi får kunnskap om deres opplevelser, følelser og holdninger til den verden de lever i (Kvale og Brinkmann 2014). Studien ble gjennomført med en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapssyn. Ifølge Kvale og Brinkmann (2014) så har fenomenologien utviklet seg fra 1900 tallet, og blitt et begrep som ønsker å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiv og hvordan verden oppfattes og forstås av informanten. Heidegger og Husserl utvidet fenomenologien fra bevissthet og opplevelse til også å omfatte menneskets livsverden. Innenfor fenomenologisk filosofi er troskap mot det undersøkte viktig. Man prøver å få frem essensen i menneskets opplevelse på en fordomsfri måte (Kvale og Brinkmann 2014). Husserl fokuserte på at vi må være fordomsfrie og undrende i møte med andre, og stille åpne spørsmål uten å fortolke. Da ville fenomenet som man undersøkte fremstå slik som det var, og krevde at man la sin forforståelse til side (Aadland 2011).

Ifølge Thagaard (2009) så betyr hermeneutikk fortolkning, og ble opprinnelig beskrevet som fortolkningskunst av tekster men også brukt om forståelsen av fenomen. Man fremhever betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Det finnes ingen sannhet, og fenomener kan tolkes på forskjellige nivåer. Mening kan kun forstås i den sammenhengen som det fenomenet vi studerer er en del av, og man forstår delene i lys av helheten. Det blir slik en pendling mellom del og helhet som bidrar til å skape en ny forståelse av et fenomen.

Fortolkningen av helheten er avhengig av hvordan delene tolkes og omvendt. Derfor er vår forforståelse i stadig bevegelse, og forforståelsen endres i tråd med det vi tolker (Thagaard 2009). Dette kalles den hermeneutiske spiral (Aadland 2011), som gir et bilde av livet i en veksling mellom forforståelse, tolkning, teori, praksis, refleksjon og opplevelser. Som mennesker er vi aldri den samme fra den ene dagen til den andre, fra år til år, eller fra en situasjon til den neste. Helheten forstås ut i fra delene, men delene forstås ut i fra helheten (Aadland 2011). Ved å bruke fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, så var målet med denne studien å tilføre feltet forståelse og kunnskap om hvordan mennesker som mistet noen i nær relasjon i brå og uventet død opplevde dette og møtet med hjelpeapparatet. I forlengelsen av dette så var det ønskelig å kunne avdekke kunnskap om hvordan hjelpeapparatet best kunne ivareta og møte det etterlatte.

Valg av forskningsmetode ble tatt på grunnlag av hensikten med studien og hva jeg ønsket å undersøke. Kvalitativt forskningsintervju ble valgt som mest hensiktsmessig med tanke på utformingen av problemstillingen. Gjennom samtaler med mennesker som har opplevd en eller flere slike traumatiske kriser i livet sitt, fikk jeg svar på spørsmålet, *hvordan opplever mennesker i krise utløst av brå og uventet dødsfall i nær relasjon selve hendelsen og møtet med hjelpeapparatet?*

Jeg gjennomførte semistrukturert forskningsintervju med ni informanter. Semistrukturert forskningsintervju defineres av Kvale og Brinkmann (2014) som en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente opplysninger om intervjupersonens livsverden. Det er en samtale med et profesjonelt formål, men som ikke er et planlagt intervju med mange spørsmål. Målet var å skape en dialog der informanten opplever at deres stemme og deres opplevelse var det viktigste. Jeg fulgte informantenes initiativ i samtalen og brukte spørsmålene til å styre samtalen i riktig retning hvis vi kom alt for langt på siden av tema. Ifølge Dalen (2004) så handler kvalitativ forskningstilnærming om å utvikle forståelse av fenomener knyttet til personers virkelighet. Ønsket er en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg i sin livssituasjon (Dalen 2004). Thagaard (2009) forklarte at det er viktig at forskeren bruker seg selv i kvalitativ forskning og undersøkelsessituasjonen til å få så god informasjon som mulig. Ingen situasjoner er like, og forskningsprosessen er avhengig av hvordan relasjonen utvikler seg mellom informant og forsker. Det gjenspeiler en mellommenneskelig prosess som oppstår der og da og som derfor ikke kan gjentas på samme måte (Thagaard 2009). Tradisjonelt har kvalitative metoder blitt forbundet med forskning som innebærer nær kontakt mellom forsker og det som studeres, og egner seg godt til å studere

personlige og sensitive temaer ved for eksempel bruk av deltagende observasjon og intervju (Thagaard 2009). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaringer og fortolkning (Malterud 2013). De inneholder strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av intervjuer, observasjoner eller skriftlig kildemateriale. Jeg valgte å bruke kvalitativ forskning med en fenomenologisk tilnærming, hvor man ønsker å forstå aktørens livsverden og hvordan virkeligheten er for han eller henne.

### **3.2 Forforståelse**

Forforståelsen består av (Aadland 2011) de holdninger og meninger vi har med oss inn i et møte, eller om vi skal lese en tekst. Det er de forutsetningene vi bringer med oss som avgjør om vi finner mening i dette møtet eller i teksten. Det kan bestå av: språk, tro, begreper, teori eller erfaring. Gadamer introduserte dette begrepet og han mente vi aldri kunne møte verden uten et sett med «briller» på eller fordommer som hjelper oss til å finne et system, en mening i det vi står ovenfor. Det er avgjørende for en forsker å ha oppmerksomheten på hvilken rolle forforståelsen spiller (Aadland 2011). Det var også viktig at jeg først reflekterte over hvilke meninger jeg selv hadde om temaet jeg skulle studere. Det var nødvendig med egen forforståelse for å forstå det jeg skulle forske på. Da arbeidet med studien startet, besto min forforståelse av min praksiserfaring som helsefagarbeider, vernepleier, miljøterapeut i psykisk helseteam, og spesielt må jeg trekke frem kommunens kriseteam. I tillegg kom de personlige opplevelser og erfaringer jeg har gjort meg gjennom livet, i tillegg til diverse artikler, bøker og tidsskrifter jeg hadde lest om temaet. Jeg hadde noen tanker om temaet som var basert på dette, som igjen dannet min forforståelse. Gjennom å veksle mellom min forforståelse og nye erfaringer jeg fikk underveis i mine intervjuer, så dukket det opp nye spørsmål som jeg tok med meg inn i neste intervju. Slik ble det avdekket nye sider om temaet i prosessen, som forhåpentligvis har bidratt til at jeg forstår helheten på en ny måte.

### **3.3 Den praktiske gjennomføringen**

#### **Informanter og utvalg**

Min hensikt var å snakke med mennesker som har opplevd en eller flere kriser i livet sitt av en slik karakter at det ville være naturlig å være i kontakt med hjelpeapparatet på kommunenivå. Inntakskriteriene for studien var at krisen måtte ha vært utløst av brå og uventet dødsfall for eksempel ved ulykke, selvmord, drap eller plutselig somatisk død. Informantene måtte ha hatt en nær relasjon til avdøde, som nærmeste pårørende, mor, far, søsken eller partner, og være

fyllt 18 år på intervjutidspunktet. Det skulle være gått minst to år siden krisen, og det var ønskelig at utvalget varierte i kjønn og alder.

NSD tilrådte at prosjektet ble gjennomført, men kom med en klar anbefaling om at det var psykisk helseteam, kriseteam og helsestasjoner som skulle plukke ut aktuelle informanter til prosjektet og ikke jeg. Dette fordi at de best kunne vurdere hvem som ville være sterke nok til å la seg intervju om et slikt sårbart tema, og i tillegg så ville denne fremgangsmåten fremme frivilligheten til informantene. Jeg ringte rundt til instansene og presenterte prosjektet mitt, og sendte så prosjektbeskrivelsen (vedlegg 1) og samtykkeskjema (vedlegg 3). Jeg hadde ikke forstilt meg at de som skulle hjelpe meg med informanter kunne oppleve dette som vanskelig, og vegre seg mot å kontakte de etterlatte og rippe opp i en vond historie. Etter en kort betenkningstid så fikk jeg likevel stor hjelp fra flere kommuner, og det viste seg at mange mennesker hadde mye på hjertet og viktige historier å dele. Tilbakemelding kom kun fra de som ønsket å være med.

Jeg endte opp med ni informanter, åtte kvinner og en mann. Ideelt sett skulle utvalget vært mer variert og jevnere fordelt kjønnsmessig, men dette ble resultatet basert på valget til de kommunale psykiske helseteam, kriseteam og helsestasjoner. Alderen på informantene varierte mellom 36 -57 når krisen inntraff, og gjennomsnittsalderen deres var 42,55 år på intervjutidspunktet. Tid gått siden dødsfallet skjedde varierte mellom 2-19 år, et gjennomsnitt på 7 år. Dødsårsakene varierte mellom et drap, to brå og uventet død med somatisk grunn, to selvmord og fire ulykker. Relasjonen til avdøde varierte: to søsken, tre foreldre og fire livspartnere eller tidligere livspartnere med felles barn. Alle informantene var en del av en familie der barn ble rammet av krisen, enten ved at det var egne barn eller onkel-/tante-barn som ble rammet.

### **Intervjuguide**

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide (vedlegg 2) etter en semi-strukturert mal. En semistrukturert mal vil si at jeg har tema jeg ønsker å komme innom, men som ikke er for detaljert og omfattende. Mine spørsmål ledet frem til de temaene jeg ønsket at intervjupersonen skulle berøre, og min aktive lytting og oppfølging av svarene var med på å bestemme samtalens retning (Kvale og Brinkmann 2014). En intervjuguide bør fungere som en huskeliste over temaer og generelle spørsmål man ønsker å få svar på, men viktigst er at informanten får anledning til å komme inn på det de er mest opptatt av (Aadland 2011). Jeg oppdaget at dette var en god måte å gjøre intervjuet på. Informanten fikk åpne spørsmål som

for eksempel «har du lyst til å fortelle hva som skjedde?». Slike spørsmål åpner mer opp for en samtale mellom informanten og meg som forsker, og jeg fikk opplevelse av et tillitsforhold og at de fleste informantene gav gode og utfyllende svar på mine spørsmål. Det var viktig for meg å kunne ha muligheten til å stille utdypende spørsmål underveis dersom noe kunne misforstås eller være uklart. Særlige fokus jeg hadde i intervjuguiden var hvilke tanker, erfaringer og opplevelser de hadde rundt hendelsen. Jeg ville vite hvilken relasjon de hadde til avdøde, og om de følte seg ivaretatt av hjelpeapparatet og nettverket. Jeg ønsket også å finne ut hva de tenkte om betydningen av å bli møtt i en slik situasjon.

Jeg ser også i etterkant at intervjuguiden kunne vært jobbet enda mer med, slik at jeg kunne fått mer nøyaktige svar opp imot min problemstilling og forskningsspørsmål.

### **Testintervju**

Jeg valgte å gjennomføre et testintervju før jeg satte i gang med mine intervjuer. Dette viste seg å være en god erfaring fordi jeg ikke hadde gjennomført slike intervjuer tidligere. Det fikk ikke noen annen betydning for de andre intervjuene enn at jeg fikk tilbakemelding på spørsmålene, og erfarte hvordan jeg selv taklet og en slik situasjon. Det å skulle møte informanten på en måte som skaper tillit og trygghet var ikke noe jeg kunne ta for gitt, men jeg måtte være bevisst på min egen fremtreden. Jeg intervjuet en arbeidskollega, og hadde laget en intervjuguide med krise som tema med noen tilleggsspørsmål. Informanten hadde ikke selv opplevd en slik krise i nære relasjoner, men hadde erfaring fra å jobbe med mennesker som har opplevd slike kriser. Jeg erfarte at spørsmålene var godt gjennomtenkte og at svarene gjorde overgangen til neste spørsmål naturlig.

### **Datainnsamling**

Intervjuene ble satt opp fortløpende etter som at jeg fikk henvendelser om informantene, og jeg opprettet deretter kontakt med hver enkelt. De fikk selv velge tidspunkt og sted for intervju, og de fleste valgte å la seg intervju i sitt hjem og noen få på et nøytralt sted. Jeg startet med å fortelle hvem jeg var, hvilken utdanning jeg hadde og hvor jeg jobbet. Flere av informantene var opptatt av om jeg hadde hørt deres historie før. Vi gikk gjennom forespørsel om deltagelse av forskningsprosjektet i forkant av intervjuet, og informantene signerte samtykke erklæringen. Jeg informerte om at det ville bli brukt diktafon under intervjuet, og at deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

Intervjuene varierte fra 45 minutter til nesten tre timer, og de fleste hadde mye å fortelle så vi tok oss god tid. Jeg fikk deres historier tett på, ved først å få den fortalt og deretter skrive den ned. I møte med de fleste informantene så forløp samtalen lett, mens andre svarte kort, hadde vansker med å huske tydelig og syntes det var vanskelig å snakke fritt. I forkant så hadde jeg tenkt gjennom at det var viktig å være ydmyk overfor at de ville dele sine sterke historier, og at det var viktig å være en oppmerksom lytter. I intervjusituasjonen ønsket jeg å opptre rolig, støttende, oppmerksom og imøtekommende slik at informantene kunne få dele det som var vesentlig i sin opplevelse, og ble raskt engasjert i historiene de hadde å fortelle. Etter første intervju så ble jeg bevisst på egne formuleringer av spørsmålene, og innså at å bruke for mange ord kunne forvirre. Avslutningsvis spurte jeg informantene om de hadde mer som de ønsket å dele eller satt inne med.

### **Transkribering**

Hvert intervju ble transkribert av meg rett etterpå, og jeg passet på å være ferdig med dette før neste intervju. Når man transkriberer et intervju, innebærer det at man gjør om muntlig intervjusamtale på et opptak til skriftlig tekst. Å transkribere betyr å skifte fra en form til en annen og å transformere, ved at man klargjør materialet for fremstilling, fortolkning og analyse (Kvale og Brinkmann 2014). Dette gav en sterk opplevelse av deres historie, og var svært lærerikt og tankevekkende. I følge Malterud (2013) gir det et indirekte bilde av virkeligheten, og transkriberingen blir et avgrenset bilde av det vi skal studere nærmere.

Det direkte mellommenneskelige samspillet i et intervju der stemningsleie og kroppsspråk oppstår, vil forsvinne ved bruk av diktafon og kan være vanskelig å gjengi i utskrift. Andre faktorer som kan være svekkende på gjengivelser av et intervju ved transkripsjon, er dårlig lyd kvalitet, bakgrunnsstøy og lignende (Kvale og Brinkmann 2014). Fordelen med å bruke diktafon var at jeg kunne høre det flere ganger og få med meg hvert ord i intervjuet, og samtidig være fullt tilstede i selve intervjuet. For å styrke oppgavens leservenlighet så valgte jeg å redigere fra talespråk til skriftspråk i min studie, og transkriberingen var ikke alle steder ordrett sitat der ekstra ord ble mye brukt og redigert i utskrift. Det kalles «slightly modified verbatim mode» (Malterud 2013). Det gav en bedre mening og flyt når dette ble redigert ut. Det var svært viktig for meg å være trofast mot informantene og prøve etter beste evne å skrive og få frem deres mening og opplevelse. Anonymiteten til informantene har hatt sterkt fokus, og alle data som inneholdt navn og sensitive opplysninger ble skrevet om eller ikke tatt med. Jeg valgte også å transkribere på bokmål selv om alle informanter snakket dialekt, dette fordi at å skrive dialekten til informantene ville gjøre det lett å spore tilbake til den enkelte og



vanskeliggjøre å ivareta anonymiteten deres. Transkriberingen ble merket med nummer, og det er ikke sammenheng mellom samtykkeerklæring og nummer på intervjuene. De ble oppbevart på forskjellige steder, og båndopptaker ble låst ned. I forkant av intervjuene spurte jeg om de ønsket ferdig transkribert intervju til gjennomlesing. Det var kun en informant som ønsket dette, og som fikk det slik avtalt.

### 3.4 Analytisk tilnærming

Mengde data ble mer omfattende enn først antatt, og jeg satt igjen med i overkant av 100 sider med transkribert tekst. Mitt mål var å få fram informantens subjektive opplevelse og erfaring. Hvert enkelt menneske fortalte meg en unik historie, som inkluderte deres følelser og reaksjoner. Det var deres egen opplevelse av hendelsen og situasjonen.

Analysen av data var inspirert av hermeneutisk tilnærming. Ifølge Thagaard (2012) så er hermeneutikkens mål å fremheve betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom et dypere fokus på meningsinnholdet enn det som er innlysende ved første blick.

Hermeneutisk analyse foregikk i hvert enkelt intervju, og videre fra det ene intervjuet til neste ved at jeg tok med kunnskapen videre. Ny kunnskap medførte til at intervjuguiden ble revidert og utvidet, en prosess som av Heidegger blir kalt den hermeneutiske spiral (Thornquist 2012). Dette vil si at man endrer sin forforståelse ettersom man tilegner seg ny kunnskap, og videre søker ny kunnskap på en annen måte med endret forforståelse. Å analysere betyr å dele noe opp i mindre biter eller elementer (Kvale og Brinkmann 2014).

Analysen er den prosessen som skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at det organiseres. Arbeidet med analyse starter før en sitter med ferdige data, men skjer også under selve intervjuet og vil tilslutt bringe fram nye data (Kvale og Brinkmann 2014). Samtidig som at jeg lyttet til hva informantens sa, resonerte jeg over hva informasjonen jeg fikk kunne være et uttrykk for. Analyseprosessen bølget frem og tilbake mellom intervju, transkribering og vurdering av nye fremkomne data. I denne studien har de data som er kommet frem blitt behandlet med utgangspunkt i Malteruds fire-trinns analyse, som igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud 2013). Dette betyr en analyse av tekstene med vekselvis å se på hvert enkelt intervju som en helhet, og å lete etter sammenhenger og likhetsstrekk mellom tekstene. Det er viktig å ha tenkt gjennom analyseprosessen før man starter gjennomgangen av de transkriberte intervjuene, dette vil gjøre analysen enklere og bedre fundamentert (Kvale og Brinkmann 2014).

Jeg startet med å stille spørsmål til materialet med utgangspunkt i problemstillingen min, der svarene var de mønstrene og kjennetegnene som jeg identifiserte og gjenforteller gjennom systematisk refleksjon. Første trinn i analysen er kalt fra villnis til tema, og man ser ting i fugleperspektiv. Jeg leste gjennom alle intervjuene og ønsket å danne meg et helhetsbilde av opplevelsen de bar på. Helheten er viktig i denne delen, og jeg hadde fokus på å sette til side egen forforståelse og teoretiske referanseramme. Jeg prøvde å høre informantens stemme og budskap. Neste trinn var å organisere og sortere den delen av materialet jeg ønsket å se nærmere på. Jeg skilte mellom relevant og irrelevant data i forhold til problemstillingen.

Prosessen med å sortere ble gjennomført ved å velge ut meningsbærende enheter som ble tatt med videre. En systematisering av meningsbærende tema i teksten kalles koding.

Kodearbeidet har som mål å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enheter i materialet som har sammenheng med de temaer som utmerket seg for oss i trinn en (Malterud 2013). Denne prosessen foregikk uavhengig av intervjuguiden. Videre ble utsagnene skrevet ned, kodet med farger etter tema, plassert i kategorier på skjema og tilslutt systematisert dit de kunne høre til under samme tema. Inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode (Malterud 2013) ble prosessen med å lese intervju, skrive meningsbærende utsagn ned på skjema, og katalogiserer disse gjort i flere omganger. Nødvendig støy ble fjernet, og av dette materialet ble det laget datamatriser med hovedtema, tema og meningsbærende utsagn som eksempelet nedenfor viser.

Hovedtema	Tema	Sitat
Opplevelsen av selve krisen	Umiddelbare reaksjoner	«Jeg var i sjokk, og masse av det som skjedde var forvirrende»
	Å være sosial	«Jeg ble veldig stresset og urolig, og måtte gå kveldsturer hver dag.»
		«Det å skulle gå ut ble umulig»
		«Når jeg skulle på butikken, så var jeg rask til å si noe først slik at de ikke skulle begynne å spørre»

Hovedtema som kom frem var opplevelsen av selve krisen, møtet med hjelpeapparatet og anbefalinger til hjelpeapparatet. Mine egne faglige erfaringer, faglighet og forforståelse var med å farge det jeg la merke til i denne delen. Tilslutt satte jeg sammen delene igjen, og sammenfattet funnene med et fokus på å være tro mot informantens historie så langt det lot seg gjøre. Målet var å belyse problemstillingen med forankring i informantens utsagn, og å validere funnene opp mot materialet man har.

### 3.5 Ethiske vurderinger

Jeg så tidlig at temaet jeg hadde valgt kunne by på etiske utfordringer. Det ble nødvendig å ta stilling til etiske verdier, da prosjektet involverte forskning på mennesker og krevde etisk refleksjon. Dette temaet kunne være både vondt og vanskelig å snakke om, noe jeg måtte være meg bevisst og ha tenkt godt gjennom før selve intervjuene. Det kunne oppstå situasjoner underveis som informanter og forsker selv ikke var forberedt på. Jeg tenkte godt gjennom hvordan jeg kunne møte slike situasjoner. Et etisk problem er utfordringer som er knyttet til at en forsker prøver å finne ut hvordan man skal handle, eller hvorfor det er riktig å handle på en bestemt måte (Henriksen og Vetlesen 2006)

Prosjektet ble meldt til og godkjent av NSD- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste i tråd med gjeldende regelverk, og jeg fikk de formelle tillatelsene jeg trengte. Dette ble gjort før jeg startet med å intervju informantene. De nasjonale forskningsetiske komiteene skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente og etiske normer. Å gjennomføre en kvalitativ intervjustudie kan gjøre at man blir stilt overfor så vel metodiske som etiske utfordringer. De valgene som blir gjort i løpet av forskningsprosessen kan ha konsekvenser for de personene som studeres. Det er derfor viktig å fremheve etiske aspekter som er knyttet til ulike faser i forskningsprosessen (Thagaard 2009). Kvalitativ forskning kan være belastende for dem det forskes på, etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og man bør ta hensyn til mulige etiske utfordringer underveis i hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann 2014). For at forskningen skal være minst mulig belastende for informantene legger Kvale vekt på fire områder som diskuteres i forskningslitteraturen: Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann 2014). For at kvaliteten på studiet skal være styrket må en følge etiske og metodiske retningslinjer og redegjøre for de ulike trinnene i forskningsprosessen (Dalen 2004).

## **Frivillighet, konfidensialitet og anonymitet**

I et informasjonsskriv til informantene ble det opplyst om at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, at dataene ville bli anonymisert og konfidensielt behandlet. Konfidensialiteten til informantene ble ivaretatt ved at det ikke ville være mulig å knytte navn til opplysningen i forskningen. Små miljøer krever ekstra omtanke i forhold til anonymitet, og en rekke data om informanten ble behandlet med varsomhet og formidlet videre slik at ingen kunne kjennes igjen. Transkriberingen ble gjort på bokmål for best ivareta anonymiteten til informanten. Ideelt sett burde opplysninger som geografi, kjønn og utdanning kommet frem i studien, og man kan si at det er en svakhet at dette holdes skjult. Her ble hensynet til anonymitet lagt større vekt enn hensynet til å få frem kontekst og fakta som kan være interessant for leser. Anonymitetsprinsippet veger tyngst selv om det svekker studien. Det er mulig å bevisst innføre «feil» i data som å endre alder på personer. Leseren må derfor informeres om at slike endringer kan ha funnet sted for å beskytte informanten (Jacobsen 2010). Å undersøke hvordan mennesker har opplevd traumatiske kriser er å bevege seg inn i den private sfæren, og informantene vil bli informert om min taushetsplikt.

Informert samtykke innebærer at informantene er kjent med undersøkelsens overordnede formål, så vel som risikoer og fordeler ved å delta. Det innebærer også at informanten er kjent med at deltagelsen er frivillig og at de kan trekke seg når som helst i studien uten å oppgi noen form for begrunnelse (Kvale og Brinkmann 2014). Informantene skrev under på samtykke (vedlegg 3), som viser til at personen deltar frivillig i studien. De ble også informert om hva undersøkelsen skal brukes til, hva dette innebærer, hva det forskes på, formålet og hva resultatene skal brukes til. Jeg gav mine kontaktopplysninger til informantene, informasjon om selve undersøkelsen og forskningsmetoden, om konfidensialitet, hvem som får tilgang til dataene og hva som skjer med personopplysningene når prosjektet er ferdig. De fikk også vite at de kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Jeg var også oppmerksom på at for mye informasjon kan påvirke resultatene ved at informantene kan tilpasse svarene ut fra det de kan anse at jeg ønsker informasjon om (Jacobsen 2010). Jeg informerte også om at alle lydopptak og datamaterialet ville bli slettet etter at oppgaven hadde fått sensur og var godkjent.

Konfidensialitet innebærer at private data og som identifiserer informanten, ikke avsløres og blir beskyttet (Kvale og Brinkmann 2014). I studier som innebærer en nær kontakt mellom forsker og informant, som ved et intervju, får forskeren data som er knyttet til de personene som deltar i prosjektet. De nasjonale forskningsetiske komite (NESH) beskriver særskilte etiske forhåndsregler som gjelder for studier som innebærer behandling av

personopplysninger (Thagaard 2009). Dette innebærer også at jeg har oppbevart lydopptakene og datamaterialet i et låsbart skap i mitt hjem. Det er kun jeg som har hatt tilgang til dette og kun jeg som har kjent til informantenes identitet. Jeg har selvfølgelig vært påpasselig med at alle personopplysninger og steder blir anonymisert, slik at leseren ikke har muligheter til å identifisere informantene.

### **Fare for ulemper**

Å delta i en forskningsstudie skal ikke innebære noe ulempe for informanten, og som forsker må jeg være klar over at å utforske dette temaet likevel kan medføre ulempe. Gjennom en intervjuopprosess kan en bevisstgjøring om for eksempel det som oppleves som mangel på støtte og hjelp i en alvorlig livskrise gjenoppleves og utløse utfordringer for informant som krevde hjelp/bistand. Hvordan jeg så ville gå frem ville være avhengig av situasjonen, men etter endt intervjurunde kunne jeg konstatere at forannevnte problemstilling ikke ble gjeldende.

Som forsker er det viktig å være bevisst på at man i en muntlig samtale ofte gir videre mer detaljerte beskrivelser enn når man skriver. Intervjusituasjonen kan faktisk påvirke informanten til å gi fra seg mer informasjon enn de hadde tenkt i utgangspunktet, noe de senere kan angre på (Kvale og Brinkmann 2014). Som forsker hadde jeg fokus på å ikke føre samtalen videre inn på områder der akkurat dette kunne bli resultatet, men kunne likevel oppleve at informanter betrodde seg til meg om sensitive opplysninger. Dette har jeg prøvd å håndtere så skånsomt som mulig i forhold til anonymitet og gjenkjennelse. I de tilfeller der jeg har vært i tvil har jeg utelatt detaljer som kan lede tilbake til informanten. Konsekvenser av å delta, skal innebære at de som deltar i undersøkelsen i minst mulig grad skal utsettes for noen form for belastning (Thagaard 2009).

### **Sikkerhet med hensyn til datalagring**

Som informant har du rett på å få vite hva som skjer med dataene etterpå, og informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om hvordan data ville bli håndtert. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet. De transkriberte intervjuene og lydopptakene vil bli oppbevart nedlåst inntil prosjektet er ferdig og godkjent, deretter blir de makulert. Ingen opplysninger som har blitt brukt i denne studien skal kunne spores tilbake til informanten. Målet i fremstillingen har vært at kun den som har gitt informasjonen skal kunne kjenne den igjen.

### 3.6 Egen rolle som forsker

Status som forsker er satt sammen av rettigheter og plikter. Vi har *Lov om behandling av personopplysninger* (Justis- og beredskapsdepartementet 2018) som sier at en forsker ikke kan offentliggjøre personopplysninger og forvalte opplysninger med fortrolighet (Aase og Fossåskaret 2007). Norge har også nasjonale forsknings etiske komiteer som behandler søknader for forskning. Som forsker ønsket jeg å bruke meg selv med min forforståelse og min erfaring med inn i informantens historie. Som forsker hadde jeg en rolle og en slags makt som kunne påvirke både informantene og innholdet i utvalg av tekst. Bevissthet i forhold til denne rollen var viktig å ha med inn i forskerprosessen og analysen.

Kvale og Brinkmann (2014) fremholdt intervjusituasjonen som en asymmetrisk maktrelasjon. Det er forskeren som legger premissene for hva som skal snakke om, hvilke spørsmål som blir belyst og hvordan samtalen skal utvikle seg. Det opplevdes som et privilegium å få legge disse premissene, og å kunne få spørre informantene om det jeg ville ha svar på og oppleve de som positive og velvillige. Noen ganger kunne jeg likevel erfare at jeg ble avventende og passiv i intervjusituasjonen på bakgrunn av at jeg var redd for å oppleves som nærgående og invaderende om dette ømtålige temaet. Utfordringen som forsker her lå i forhold til rollebytte fra egen arbeidshverdag der jeg har en hjelperrolle, der jeg stiller spørsmål for å utforske, avdekke og bearbeide følelser og tankemønstre. Intervjusituasjonen krevde at jeg var ledende og spørrende istedenfor å være avventende og vente på andres initiativ.

Maktforholdet under analysen kan også sees på som skjev, da intervjueren har monopol på å fortolke (Kvale og Brinkmann 2014). Informanten kan komme til å oppleve å ikke være enig i tolkningen som er gjort eller ikke kjenne igjen informasjonen. Nye synsvinkler og tolkninger kan tre frem for fortolkeren når man jobber med analyse, refleksjon og teori over tid. Det er ikke alltid at informanten ville vektlagt eller forstått det på samme måte. Som forsker så betydde dette at min stemme hadde fortrinnsrett og jeg hadde makt over informasjonen som var gitt. Dette var en stor tillitserklæring som måtte behandles med aller største respekt og ærbødighet.

Jeg skulle forske på et felt som jeg kjente godt til siden jeg jobber i et kriseteam og i en kommunal psykisk helsetjeneste. Min forforståelse og mine erfaringer med krisehjelp har vært med å farge dette studiet. Mine refleksjoner over hva hjelp er for den enkelte, og hvordan jeg selv hadde ønsket å bli møtt da jeg opplevde en krise i mitt liv vil nødvendigvis prege det jeg la merke til og hvordan jeg stilte spørsmålene i intervjuene. Fordelen var at jeg kjente til hvordan mennesker kan oppleve en slik traumatisk krise, og hvordan et hjelpeapparat ideelt

sett skal fungere. Det er rimelig å anta at dette bidrog til å styrke relevansen av temaene som har blitt behandlet. Faren har samtidig vært at jeg kunne ta med for mye av min egen erfaring inn i situasjonen, slik at jeg ikke var åpen nok for hvordan andre opplever det (Thagaard 2009). Dette har jeg måtte vært oppmerksom på gjennom hele prosessen. Innforstått kunnskap var et grunnlag for forforståelse, men også noe som kunne legge en demper på at ny kunnskap skulle få komme frem. Det å være bevisst min egen innforståtte kunnskap har tatt tid, samtidig med at bakgrunnen min som psykisk helsearbeider hjalp meg til å finne de tema som jeg ønsket å belyse.

Gjennom artikler og fagbøker har jeg tilegnet meg mer kunnskap på dette feltet, og ser at det finnes mange ulike måter å møte mennesker i krise på. Det er en vanlig fallgrube i forskning at egen forforståelse overdøver den kunnskap som empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2003). Med en bevisst tanke på dette håper jeg at mine funn ble informantenes stemme og at deres opplevelse av hjelp ble minst mulig preget av min forforståelse av krisehjelp.

Underveis i studien erfarte jeg å bli mer reflektert rundt temaet, og følte meg ydmyk i møte med informantene. Jeg forstod at jeg som forsker fort kunne støte og sette i gang reaksjoner som ikke var ønskelig. Jeg benyttet meg bevisst av noen åpne spørsmål som ”ønsker du å fortelle om din opplevelse” og hensikten med dette var å åpne opp for hva informanten selv var klar for å fortelle meg. Jeg var takknemlig over at jeg som forsker fikk lov til å møte disse menneskene og at de delte sine personlige historier med meg. Som forsker var jeg veldig spent i forkant av gjennomføringen av intervjuene, på hvordan informantene ville håndtere temaet og hva de ønsket å dele med meg. Jeg opplevde informantene som veldig åpne og jeg fikk mer ut av intervjuene enn jeg først hadde antatt.

## 4.0 Resultater

**- «Ordtaket om at tiden leger alle sår stemmer ikke. Det er du selv som må balansere tankene og måten du takler det på»**

Informantene fortalte om sine opplevelser av å havne i en krise utløst av brå og uventet død i nær relasjon, og sin subjektive opplevelse av hjelp. De møtte ulik hjelp når krisen inntraff, og de definerte forskjellig hva som var hjelp og hvem et hjelpeapparat kan være. De fortalte hvordan de reagerte på selve krisen, hvilken hjelp som ble tilbudt dersom noe, og positive og negative ting ved møtet med hjelpeapparatet. Livssituasjoner og kriser var forskjellige, og behovet for hjelp varierte derfor. Felles for alle var denne livserfaringen som utløste en

krisetilstand, og som gjør at de hadde en viktig kunnskap på området. Noen hadde problemer med å huske detaljer rundt hendelsen, og strevde med å formidle deler av historien. Det var sterke opplevelser de bar med seg, og flere tok til tårer og var preget av at det var vanskelig å fortelle om kriseopplevelsen. De kommer også med anbefalinger til hjelpeapparatet om hvordan best mulig møte mennesker som kommer i slike situasjoner. De rapporterte at det var meningsfullt å få delta i en slik studie, og flere av dem hadde gått og tenkt på vanskelige ting lenge i etterkant. Nå fikk de en arena å fortelle det på, som de opplevde det som viktig og godt å få dele på den erfaringen de hadde. Noen syntes det var en form for terapi å få snakke om det.

#### 4.1 Livet rives i stykker når man mister noen brått og uventet

##### «Ingenting kan fortsette etter dette».

Livet forandret seg helt plutselig, grep inn i hverdagen til familien og rokket ved grunnvollene i livet. Informantene fortalte om hvor skjørt og sårbart livet opplevdes når krisen inntraff, og at situasjonen var forvirrende og uvirkelig. De beskrev også de mange følelser som skulle bearbeides ved en slik krise, for eksempel skyld, sjokk, fornektelse, sorg, frykt, uro, angst og forsonelse. Det var vanskelig å akseptere det som hadde skjedd, og ikke få svar på alle spørsmålene som kvernet rundt i hodet. De grublet mye, og tenkte på ting som hadde skjedd i tiden før dødsfallet og som kunne vært annerledes. Det var slitsomt å gruble over alt som var og ikke er lenger, og flere fikk søvnvansker. For noen gikk det så langt at de kjente på hvor nær det gikk an å komme kanten før man tippet over.

Flere forklarte at det å oppleve noe så voldsomt gjorde at de svingte fra bunnløs fortvilelse, til å prøve å finne meningen med alt. Første utfordring ble å holde ut og komme seg gjennom det første sjokket og akuttfasen, for så å prøve å ta et steg av gangen. En beskrev det som at tankene var så ekstreme at det var vanskelig å forstå at noe kunne fortsette etterpå, og turte ikke fortelle til noen hvilke voldsomme tanker hun hadde. I bakhodet hadde hun tankene av at nå måtte alt være over snart, og hun såg ingen vits i å fortsette. Hun kunne like gjerne dø bare for å få være sammen med sønnen sin.

Informantene fortalte at når krisesituasjonen inntraff, så ble sansene forsterket den første tiden etterpå. Lyder, lukter og synsbilder ble sterkt aktivert, og de kunne få problem med å sove og slappe av. En informant ble vitne til gjenopplivningen og bilder fra dette har limt seg til netthinnen. Sansene var konstant i alarmberedskap og man gikk på tå hev hele tiden. En



forklarte det som at en følte seg naken og som at alt ble revet av, rett og slett hudløs. Flere snakket om frykt for det som hadde skjedd, for hvordan de skulle greie å stå i situasjonen med en redsel for at det kunne skje igjen.

En av dem hadde en viktig historie å fortelle om frykten for døden og for sitt eget døde barn, og viktigheten av at hjelpeapparatet tar hensyn til dette. Informanten fortalte at hun fikk et sterkt behov for å se sin døde sønn på sykehjemmet, samtidig som at hun var redd og syntes at døden var ekkel på en måte. Det følte så fremmed og ubehagelig å se at det var sitt eget barn som lå der død. Hun var rett og slett så redd at hun ikke visste hva hun skulle ta seg til. Samtidig var der et savn om at noen skulle ta seg av, holde rundt og trøste henne. I ettertid har hun opplevd det som fælt og vanskelig å tenke på de følelsene hun hadde akkurat da. Den redselen hun fikk den natten han døde hadde lagt der hele tiden siden. Det var viktig for henne å fortelle om dette, slik at dersom en annen forelder får den samme redselen i seg så kan hjelpeapparatet forstå det.

#### **4.2 Det sliter på de etterlatte å være sosial i en krise.**

Samtlige informanter beskrev problemer med å være sosial og skulle gå ut av huset og utføre daglige gjøremål. Livet stoppet brutalt opp, og de tenkte ikke rasjonelt lenger. Reaksjonene til mennesker de møtte utenfor huset ble vanskelige å takle, noe som oftest resulterte i at man prøvde å unngå slike situasjoner. Det var rart at livet skulle gå videre, og det var utfordrende å treffe folk i normale settinger når ting ikke følte normalt lenger. Det å gå på butikken ble en stor belastning, å måtte snakke med alle og forklare tingene på nytt. Noen var redd for å begynne å gråte foran andre, og skydde slike situasjoner. Andre sa at de valgte å gå turer om kvelden når det var mørk, så de slapp å møte på folk.

De opplevde at folk stod blide og pratet, men stoppet opp og ble trist når de såg vedkommende. Noen ganger kunne folk snu seg bort, late som de ikke såg dem og krysse gaten. De merket at andre hadde problemer med å forholde seg til dem, og de følte seg som en belastning. Mange av dem har det slik i dag også, det er fremdeles sårt flere år etterpå.

Videre fortalte informantene om å få huset fullt av mennesker som ville stille opp og være tilstede, men som av og til rett og slett ble en belastning. Ofte var det deres aller nærmeste venner og familie, som også bar på sjokkopplevelsen og sin egen sorg. Det var viktig å gå gjennom dette sammen, men det kunne også bli for mye. De følte at de måtte takle krisen, i

tillegg til å trøste sine egne. Det ble for mye tid til alle andre, og for lite tid til seg selv og barna eller partner.

Flere av informantene hadde tanker om hvor viktig det var å få være litt for seg selv også, for å få bearbeide alle inntrykk og komme seg et steg videre i prosessen. Det var godt å få gråte i fred, og jobbe med tankene om den nye virkeligheten som hadde oppstått. De opplevde at deres nære ikke ville la de være alene i frykt for om de ville klare seg, hva de skulle finne på eller rett og slett fordi det var bedre for familien å være hos dem. De sa at det var vanskelig å sette grenser og skulle prioriterer seg selv, og det ble en ekstra belastning på toppen av alt. Det kunne bli for mye prat om det, og noen sa at de hadde behov for å fokusere på andre ting også.

#### 4.3 Et dødsbudskap som formidles feil kan bidra til å forsterke krisen

Det var et stort sjokk å få beskjed om at en du er veldig glad i plutselig er gått bort. Felles for informantene i denne studien var at de alle opplevde å miste noen brått og uventet, og at de fikk vite om hendelsen på helt forskjellige måter. Noen ganger var dette også det første møtet med hjelpeapparatet, og for andre var hjelpeapparatet fraværende. Flere mente at dette første møtet og formidling av dødsbudskapet, kom til å prege det videre reaksjonsforløpet og hvordan sorgprosessen deres ble. Noen opplevde det som ekstra sårt at det ikke var hjelpeapparatet eller instansene som informerte om dødsfallet, og at de måtte finne ut av det på egen hand.

En familie har i etterkant tenkt på at hjelpeapparatet hadde god tid til å informere de etterlatte, og synes at det er rart at det ikke ble gjort når en person ble funnet død. Det ble feil at en ungdom som nettopp hadde mistet forelderen sin måtte ta belastningen med å gi informasjon til familien. Videre opplevde de at hjelpeapparatet stilte veldig godt opp etterpå, der de var støttespillere for barna og dem. Både prest og politi hadde en fin måte å prate og ta imot alle på, og svarte rolig på alt de lurte på.

Tre av familiene fant ut av dødsulykkene selv og ble ikke varslet. Den ene informanten fortalte at de aldri fikk beskjed av hjelpeapparatet, som heller prioriterte å være tilstede for den andre involverte familien. En annen familie ble vitne til ulykken før verken hjelpeapparat eller andre fikk gitt de beskjed. De opplevde hvordan hjelpemannskapet jobbet for å få liv i avdøde. De tok selv kontakt med lege i etterkant for hjelp til å bearbeide sjokket.

Noe lignende skjedde med en tredje familie. De fant også ut av ulykken på egenhånd, da de såg at folk stimlet til ulykkesstedet fra huset sitt. De ble deretter varslet av nære og gode

naboer, og savnet ikke hjelpeapparatet. Informanten fortalte videre om et spesielt fint møte med legen, som inne i ambulansen oppfordret dem ta på sin døde sønn, synge for han og snakke til han. Dette fordi han sa at man ikke vet hva de døde oppfatter og tar med seg videre. Informanten syntes det var veldig godt at legen sa akkurat det.

En annen informant hadde en sterk historie om hvor viktig rammen rundt formidlingen er når et dødsbudskap skal gis. Presten kom med dødsbudskapet på jobben til informanten, men sa ingenting med det samme. Hun skjønnte med en gang hvilken beskjed som ville komme, og gikk selv ut i gangen for å skjerme barna på jobben for sine reaksjoner. Så ble hun bare gående å trakke rundt i gangene uten at presten fikk sagt noe som helst. Heldigvis kom noen kollegaer og tok henne inn på et grupperom, tok rundt henne og var støttende. Videre forteller informanten at hun går og kjenner på det enda, akkurat den følelsen hun hadde da. Måten budskapet ble formidlet på ble traumatisk for henne, og hun fikk store problem med å gå på jobb igjen og kjenner i angst hver gang det banker på en dør.

Det kom fram at det er viktig å gi et dødsbudskap ved personlig møte og ikke gjennom noen andre kanaler. Ved det motsatte kan du ikke sikkert vite hvordan vedkommende tar situasjonen og reagerer etterpå. En informant opplevde akkurat dette og fikk dødsbudskapet over telefon fra ektefellens jobb, og hun var tydelig på at det ikke var en bra måte å gjøre det på. Personen som ringte med budskapet hadde hatt det vanskelig i lang tid etterpå for måten det ble handtert på, og hadde ikke fått opplæring eller kurs i slikt. Det var viktig å være tilstede og hjelpe personen gjennom sjokket, ellers kan det bli enda mer traumatisk og ødeleggende enn det som er nødvendig. Informanten utviklet telefonskrekke av situasjonen.

Den samme informanten fortalte videre om første møte med kriseteamet, der det kunne vært nyttig med litt informasjon om hva som kom til å skje etterpå. For 3 timer etterpå stod det plutselig et kriseteam i stua deres, uten at de skjønnte hvor de kom fra. Det var naboen som hadde ringt dem. Vedkommende visste fremdeles ikke hvordan et kriseteam kan kontaktes.

En annen informant var selv med å ute og leitet etter avdøde sammen med familien, og fikk vite om dødsfallet da de fant personen død etter selvmord. Både prest og psykisk helseteam kom på besøk, men det var den nærmeste venninnen informanten hadde behov for og støttet seg til den første tiden. Det dukket opp flere påkjenninger for informanten da politiet ville gjøre sine undersøkelser rundt dødsfallet. Det manglet informasjon og trygghet i situasjonen, og politiets fremtreden gjorde det til en dårlig opplevelse.

En annen familie fikk vite at sønnen var savnet over telefon av politiet. De opplevde det første møtet med en politi som viktig og positivt, men det videre møtet med kriseteamet som vanskelig. Politiet sendte en person som hadde en måte å snakke på som senket hele kaoset. Han tok kontroll over huset og situasjonen slik at de følte seg trygg. De har ofte tenkt at de timene han var der var livsviktige for dem. Når han gikk av vakt så kom kriseteamet, med lege, sosionom og prest. De takket nei til presten. Sønnen var ikke funnet enda, og de følte døden ville bli så endelig med en prest tilstede. En av de gjenværende i kriseteamet tok av seg kåpen, løsnet på skjerfet og refererte til at det hadde vært en helt nydelig kveld dagen før. Det ble et stort sjokk for familien at noen kunne si noe slikt, da deres kveld hadde vært et mareritt. Etter dette ble det vanskelig å ta imot hjelp fra teamet, da de ikke hadde tillit eller følte seg respektert. De var helt klar på at andre aldri må oppleve det samme.

Det kom fram at hjelpeapparatet rundt på de forskjellige stedene løste slike krisesituasjoner på ulike måter, og det kunne virke tilfeldig hvordan de ble møtt og hvilken hjelp de fikk.

Informantene hadde forståelse for at det er en vanskelig oppgave å være kriseteam eller hjelpeapparat og komme inn i hjemmene til kriserammede, men mente at det var viktig med informasjon, tilstedeværelse og tilpassing av hjelp.

Informantene i denne studien fortalte at et hjelpeapparat har mange hensyn å ta ved det første møtet med pårørende og når et dødsbudskap skal overleveres. Det er ikke er hvem som helst som bør gjøre det, og ikke alle er egnet eller rustet for en slik oppgave heller. Dette øyeblikket kan prege personene i lang tid fremover, både den som gir og den som mottar budskapet. Det må vurderes nøye hvem som skal stille i den aktuelle saken, og det er viktig å tilpasse seg situasjonen og familieforhold. Fokus må være å skåne vedkommende ved å dempe og kontrollere sjokket til de pårørende på en best mulig måte, og muliggjøre en sunn utvikling av de emosjonsutbrudd som kommer. I motsatt fall så kan det ende opp å bli en større belastning i tiden som kommer. Man bør bestrebe og skape en ro med sin tilstedeværelse, ved å sørge for en så trygg ramme som mulig under slike forutsetninger. Det er viktig med kunnskap og trygghet i møte med kriserammede, og hvordan hjelpere kan gjøre en forskjell på opplevelsen til den berørte.

#### 4.4 Sorgprosessen tar tid og forløper seg forskjellig

Det var individuelt hvordan informantene opplevde sorgen, men felles var at det var den prosessen de måtte gjennom for å bearbeide tapet over den avdøde. Sorgen kunne være

smertefull og tidvis altoppslukende, og kunne være utfordrende for andre å forstå rekkevidden av. Etter hvert kom den i bølger. Det var vondt å løsne litt på båndene som knyttet dem til den avdøde. En ting som gikk igjen hos flere av informantene var viktigheten av å få sykemelding, slik at man fikk ro rundt den kaotiske situasjonen. Det kunne virke helt selvsagt, men de opplevde tilretteleggingen rundt dette veldig forskjellig. Det var ikke noen automatikk i dette, og det varierte fra om man måtte ta kontakt med lege selv til at sykemeldingen i noen tilfeller ble ordnet gjennom kriseteamet. En informant som selv var kjent i systemet fortalte om en to ukers sykemelding, deretter tilsa arbeidsmengden på jobben at en begynte rett i jobb igjen. Det ble gitt litt tilrettelegging rundt barna i starten, men det var alt. Det hadde aldri gått uten en stor familie som stilte opp, både til praktisk hjelp og til å prate.

En annen informant hadde behov for å forlenge sykemeldingen ut over den første perioden, men når hun kontaktet fastlegen så mente han tvert imot at hun burde komme seg i jobb igjen raskt. Legen var veldig arrogant, og hun sier at ingen bør oppleve noe slikt etter tre uker. Hun var ikke klar for å jobbe, og gråt hele tiden. Hun måtte starte i 50% da, og fullt etter to måneder. Hun fikk ikke tid til å bearbeide alt, og er bitter på den behandlingen. Hun klarte å gjennomføre det, men var så sliten og psykisk utmattet at det ble verre.

En tredje informant hadde en helt annen opplevelse, og fikk sykemelding så lenge det var nødvendig: En representant fra Nav i kriseteamet ordnet det praktiske rundt det, og den kom i posten. Dette fungerte veldig bra.

#### 4.5 Barna blir glemt i kriser

De fleste informanter i denne studien fortalte at barna falt utenfor all hjelp, og de delte tanker om et system som ikke ser hele mennesket. De få som fikk kontakt med BUP og lignende instanser, måtte oppsøke denne hjelpen selv. Ingen kom uoppfordret til dem, snakket med barna eller spurte om de trengte noe oppfølging. Brukerne ble sendt alene rundt i et system som er vanskelig å finne ut av, og de opplevde at det ikke fantes faste oppfølgingsrutiner av søsken eller barn som opplever en krise utløst av brå og unaturlig død. Man fikk ikke et naturlig forhold og sunn sorgprosess ved å late som problemet ikke fantes, og det var tøft for barna å prøve å forstå konsekvenser av det som har skjedd i tillegg til å være vitne til voksne som sørget. Barn opplevde kriser forskjellig fra voksne, og det var like viktig at de ble tatt på alvor. Noen av barna opplevde å få problemer i etterkant, både med psykisk uhelse og

rusproblemer. Hjelpen hadde klart et forbedringspotensial når kriserammede ikke føler at barn og søsken ble ivaretatt under og etter en krise.

En av informantene forteller at kriseteamet aldri nevnte samtaler for barna eller pratet med dem. Det fokuset var kun rettet på henne. Barna ringte til hver sin venn som kom på besøk, så de skulle slippe å være alene. Hun følte at barna falt ned mellom alt, og det var ingen som fanget opp de to. Nå i ettertid så har hun slitt med en voldsom dårlig samvittighet for at hun ikke var tilstede for dem. Det var ikke lett for barna å se at mor hadde det tungt, og samtidig ha en redsel i seg for at hun også skulle forsvinne. Det hadde vært viktig å få hjelp til å hjelpe dem. Det var en mangel der.

Informantene mente at selv om man hadde et nettverk rundt seg, så burde man fått muligheten til å velge om man vil takke ja til tilbud om hjelp eller ikke. De fortalte at de dessverre måtte be om hjelp til barna selv, og at noen omsider ble henvist videre til BUP etter lang ventetid. Da var det kanskje allerede gått så lang tid at barnet ikke var villig eller motivert til det lenger, eller det ble avsluttet etter kort tid. Noen påpeker også lang reisetid som en negativ faktor, og etterlyser oppfølging lokalt.

En mor fortalte at sønnen fikk vanskelige tanker om døden etter farens død, og var redd for at han selv eller andre rundt han også plutselig kunne dø. Han likte godt å gå på BUP å prate ut om ting, men etter fire ganger valgte terapeuten å avslutte med grunnlag i at det ikke var nødvendig lenger. Moren reagerte på at en fagperson kan avfeie det dersom et barn ønsker å gå lenger i behandling fordi det opplever en positiv virkning.

En annen mor var bekymret for sønnen etter at faren dødsfall, og fryktet for at alt han bar innvendig skulle bli en for stor belastning. Hun hadde ønsket at det var obligatorisk å prate med noen den første tiden, for han takket nei for å ikke være til bry. Hun var redd for at han ikke turte å fortelle henne alt han tenkte på, og tenkte at sønnen trengte en nøytral part å prate ut med.

Videre ble det fortalt at de opplevde at det ikke fantes et opplegg for slikt i barnehage og skole, og at holdningen var å ikke snakke om det for å ikke såre eller støte barnet. Ved å late som ingen ting så skulle barnet få en normal hverdag. Men barnet og familien ønsket tvert imot å snakke om den døde, som de var stolt av og glad i. De syntes det var godt at andre også tenkte på og ville prate om den de mistet. De fortalte at man ikke skal unngå farsdager og slike situasjoner, det var viktig for dem at de også fikk feire forelderen sin som ikke var der lenger. De mente det var en misforstått ting som var viktig å rette opp.

#### 4.6 Riktig hjelp er viktig og fravær av hjelp får negative konsekvenser

Alle informantene hadde forskjellige kriseopplevelser, og noen ble møtt av et hjelpeapparat og andre ikke. Innledningsvis forklarte de hvordan det var å få et uventet dødsbudskap, og hva som er viktig av den som skal formidle dette. Videre fortalte de om hjelpen som de ble møtt med dersom noe, og hvem av hjelpeapparatet de var i kontakt med. De fortalte om å se hele familien midt i en slik krise, og behov for praktisk hjelp i systemet. Det var viktig å få fred og tilrettelegging til å sørge.

##### «Noen som kan ta vare på meg».

Informantene i denne studien fortalte om forskjellige møter og varierende behov for hjelp med hjelpeapparatet når krisen rammet dem så brått. Noen fikk ikke kontakt med hjelpeapparatet og savnet det ikke, mens andre fikk tilbud om hjelp som de kunne takke ja eller nei til. Flere opplevde å ikke få hjelp i det hele tatt selv om de hadde hatt behov for det, men det kommer i neste kapittel.

Et flertall av informantene som fikk hjelp opplevde å få tilbud om samtaler med kommunal psykisk helsetjeneste, og hadde positiv opplevelse med denne form for hjelp. De som ikke fikk dette tilbudet, hadde hatt nytte av gode samtaler med sitt nettverk. Alle snakket om at det var godt å åpne opp og prate om det som hadde skjedd, og å ha et sted der man kunne snakke om det vanskelige man gikk og grublet på. Det var viktig å ha noen som var nøytrale, forstod, ledet samtalen i rett retning. Det bidro til at man fikk lette på trykket, sortert tankene og følte seg roligere etterpå. De syntes det var tøft, men opplevde det som en god støtte.

Flere av informantene som fikk tilbud om samtaleterapi, opplevde det som negativt at det kun var de som fikk dette tilbudet og ikke andre i nær familie selv om det helt klart var nødvendig. Da måtte de selv oppsøke lege for å få henvisning til hjelp, noe som tok tid og ikke ble prioritert i kaoset. Flere av familiemedlemmene hadde like sterkt behov for oppfølging, da de også hadde nær relasjon til avdøde, var vitne til ulykken, fant avdøde etter selvmord og så videre. De mente at det var for dårlig hjelpetilbud, og at det er for lite av alt når noe slikt skjer. Her burde hjelpeapparatet tenke mer helhetlig, være på tilbudssiden og henvise videre til andre instanser.

Noen savnet informasjon om det som hadde skjedd, for å få mer oversikt og kontroll over situasjonen. Da hadde det vært enklere å bearbeide, mens det motsatte ofte får negative konsekvenser for pårørende. En informant fortalte at de savnet et møte der alle var samlet, både de som var med i redningsaksjonen og de pårørende. Slik ville alle fått den samme

informasjonen, og kunne prate litt om det som hadde skjedd. Det hadde vært godt oppe i kaoset, for det var en del ting de ikke fikk vite i starten. Dette ble de gående å gruble på. De opplevde det som veldig godt å se at bygdefolket jobbet på og kjempet for å redde liv og hjelpe etterpå, samtidig som de syntes at det var vondt å vite at de kanskje visste mer enn dem selv om hva som skjedde.

Samtidig så kunne slike møter for noen oppleves som forvirrende, både fordi at det var mange tilstede og ble gitt mye informasjon. Det kunne bli for mye å forholde seg til oppe i alt kaoset som man forøkte å ta inn. Det var en fordel å ha få og faste personer å forholde seg til. En informant fortalte at hele familien var i en gruppesamtale på kommunehuset i den kommunen dødsfallet skjedde. De var i sjokk, og klarte ikke å ta inn alle folkene som var der. Det var stor utskiftning av hjelpere hele tiden, og det ble for mye og forvirrende. De valgte å forholde seg til kun en person, for å bevare litt orden og trygghet.

Det varierte hvilken hjelp informantene syntes var spesielt god, men fellesnevnerne var omsorg, empati og tilgjengelighet. Det var viktig å tilpasse hjelpen den som trengte den, gjøre den enkel og ukomplisert og skape forutsigbarhet og trygghet i en kaotisk verden. En fortalte om sin hovedhjelper som var der som et medmenneske og ikke som prest. Han gav viktige råd, og klarte å sette seg inn i familien sin situasjon på bakgrunn av egen livserfaring. Det var viktig for dem, at det var noen som virkelig kunne forstå. De kunne snakke med han om alt, også de vanskelige tingene. Det at han fortsatte å komme lenge etter opplevdes som veldig godt og støttende.

Flere hadde også negative opplevelser med hjelpeapparatet, og for en informant var det at den første hun møtte fra hjelpeapparatet ikke ble med videre. Den hjelperen som hadde vært der med familien og sett dem når det første sjokket slo dem helt ut og opparbeidet et tillitsforhold, kunne ikke bli med dem videre fordi han gikk av vakt. De mente at dette var veldig uheldig for dem, og at et kriseteam burde bestå av de samme over tid. Slik oppnår man en viss stabilitet og forutsigbarhet for de som er i et kaos.

En annen slet med tanken av at avskjedsbrevet fra den avdøde samboeren forsvant i politiets varetekt, og aldri har dukket opp igjen. Politiet ringte og informerte om at avskjedsbrevet var sendt rekommandert i posten, men det kom aldri fram. Informanten ringte til politiet flere ganger og etterlyste det, og opplevde at politiet til slutt ble sint og gav beskjed om at man måtte akseptere at brevet sikkert var kommet bort i posten. Informanten ble sjokkert over behandlingen og at politiet tok så lett på det. Det var veldig sårt å oppleve at de ikke var mer



forståelsesfulle og ydmyke når de hadde rotet det til. Dette har plaget informanten hver dag siden, og forteller oss noe om hvor viktig noen ting kan være for pårørende og må behandles med respekt.

Felles for informantene som hadde fått hjelp, var enigheten om at hjelpen bør vare lenger enn de har opplevd at et kriseteam normalt er aktivt. Den bør vare utover den første måneden, og gjerne i et helt år ved behov. Det var bedre med en gang for mye enn en for lite. De nevnte at det var når hverdagen kom at man trengte støtte til å komme videre, og at det var vanskelig å måtte be om hjelp selv. I akutfasen av en krise var det ofte mye folk involvert, og det var viktig at man ikke står helt alene når livet skal gå videre og hjulene skal i gang igjen. Dersom man avslutter en sak, så ta kontakt på sikt og spør om det er behov for hjelp.

### **«Himmelen ramlet ned i hodet, og ingen kunne hjelpe meg».**

Flere jeg snakket med fremhevet opplevelsen av å stå alene, at de ikke ble ivaretatt eller sett i den akutte krisen. En av informantene jobbet selv i helsevesenet, kjente systemet godt og hadde en opplevelse av svik som kompliserte krisen. Informanten sier at hjelpeapparatet muligens misforstått tenkte at de hadde familie og nettverk som stilte opp og at de ikke ville forstyrre, men at dette var en feil ingen hjelpeapparat ikke må gjøre igjen. Det vanskeligste i møtet med hjelpeapparatet var fraværet av det, og at de tok seg av alle andre helt i starten. Familien opplevde at hjelpeapparatet ikke fungerte, og at andre som var involvert i ulykken ble prioritert av kriseteam og lege. Ingen tok kontakt og spurte hvordan familien som hadde mistet sønnen sin hadde det, eller såg til om de trengte noe. Det har informanten bert med seg i årene etterpå. Kriseteamet tok kontakt først etter 3 uker, og i bitterhet over dette så takket de nei når hjelpen endelig ble tilbudt. Familien savnet at noen kunne ta vare på dem. De måtte tilkalle legen etter et døgn da informanten var underernært på søvn, og fikk en ny dårlig opplevelse da legen virket ukomfortabel og oppførte seg useriøst i situasjonen.

Informanten fortalte videre at det hadde vært godt om noen kunne se den enkelte i krisen. I fraværet av dette så distanserte en seg fra situasjonen for å skåne sine aller nærmeste, det var en måte å overleve på. Det ble utviklet en bitterhet som etter hvert ødela mye i livet etterpå, og som var vanskelig å bære på i et lite samfunn. Det ble til at informanten tok på seg en rolle for at alle skulle tro en hadde det bra, og fremstilte seg som en person en ikke var.

Dødsfallet bidrog til at alle slet på forskjellige måter, og at relasjonene ble vanskeliggjort. De snakket aldri godt sammen om det som skjedde. Informanten opplevde også av at flere hadde problemer med å forholde seg til det som hadde skjedd og til vedkommende. De fikk ikke

hjelp eller oppfølging, og de viste ikke til andre hvor vondt de hadde det. Informanten fikk først mange år etterpå tilbud om å delta i en traumegruppe, noe som var viktig for å forstå at reaksjonen var helt normale. Videre forteller informanten om hvordan krisehendelsen og mangelen på hjelp preget livet med store helseutfordringer som utviklet seg til kroniske plager. Det gikk mye tid til å gruble på om livet kunne vært annerledes dersom hjelpeapparatet hadde fungert og de fikk den oppfølgingen de trengte.

En annen informant opplevde at mannen døde av multiorgansvikt på et sykehus et annet sted i landet, under en operasjon som skulle reddet livet hans. Ingen tok seg av den lille familien med to barn og en mor i sjokk, før de ble sendt hjem. De opplevde at sykehuset ikke hadde rutiner for å behandle etterlatte og spesielt ikke barn. Informanten fortalte videre om et system som fortsatte å svikte, og at ingen i hjemkommunen deres var varslet om det som hadde hendt. Dette betydde at de ikke mottok noe tilbud om hjelp fra hjelpeapparatet når de kom hjem. Informanten måtte selv kontakte fastlegen for sykmelding, og tenkte at fastlegen da kanskje burde informert om hvilken hjelp som fantes. Informanten stilte spørsmål ved om ikke hjemkommunen ble varslet ved brå og uventede dødsfall på institusjon eller sykehus, og hvorfor ikke kriseteamet tilbudte hjelp til en familie som hadde opplevd noe traumatisk. Denne informanten hadde en godt sammensveiset familie og stor vennekrets. Hun forteller at familien ble deres hjelpeapparat, og ikke hadde klart seg uten deres støtte med hjelp med barna og praktiske gjøremål i hverdagen. Hun hadde behov for å bearbeide det som hadde skjedd, og var heldig som kunne prate mye med venner og familie. Hun har tenkt mye på hvordan det ville ha vært for en som var innesluttet eller som ikke hadde like stort nettverk som dem, og om den ville fått et annet tilbud enn henne. Hun har lurt på om det er tilfeldig hvilken hjelp man får, og om det er det avhengig av en rekke ytre faktorer. Det bør være et likt hjelpetilbud til alle, så får det være opp til hver enkelt familie og hjelpeapparat sammen å finne den best tilpassede hjelpen. Man skal ikke gå ut ifra at noen ikke trenger støtte, de må få lov å velge det selv.

En tredje familie mistet den mindreårige sønnen sin i en ulykke, og det fantes ikke kriseteam på den tiden. De hadde mange naboer og et godt nettverk, som inviterte alle inn til seg og ble deres hjelpeapparat. Legen ringte dagen etter ulykken, og de fikk beskjed om å ta kontakt ved behov. Ellers hørte de ikke fra noen. De fikk ikke tilbud om å prate med noen fra et hjelpeapparat, men savnet det ikke heller. De hadde gode naboer, og tror at man prater bedre med noen man kjenner godt. De ble terapi for hverandre, og dette kjentes trygt. Informanten

sa at det er alfa og omega med et støtteapparat i en slik situasjon, og at de som ikke har et nettverk virkelig trenger et kriseteam.

**«Det var en nåla-i-en-høystakk-opplevelse!».**

De fleste informantene hadde et behov for hjelp til praktiske ting når krisen rammet. Ikke fordi at de ikke greidde det selv, men fordi at de ikke klarte å se hva som skulle gjøres opp i alt kaoset. Det var viktig å møte kriserammede på vanlige behov som å hjelpe til med praktiske ting i hjemmet og daglige gjøremål. Videre uttalte de også at det var et stort behov for noen som hjalp til med alt det praktiske papirarbeidet når noen dør, for ikke alle hadde noen i nettverket sitt som kunne ta seg av dette.

En informant fortalte om behovet for hjelp med alle de vanvittige tingene som måtte ordnes opp i når noe slikt skjer, som å sortere, sjekke ut ordninger og fatte riktige og viktige beslutninger for fremtiden. Det var like mye behov for hjelp med dette som til det å ha noen å prate med. Samtidig som man skulle ha tid til å sørge, så måtte man også passe på at hus og hjem var sikret. Det var der ingen som hjalp med, og alt måtte finnes ut av på egen hand. Det hadde vært nyttig med en praktisk veileder som kunne hjelpe med å finne ut om forsikring, hva barna har krav på og hvordan fremtiden deres ville se ut. All usikkerheten gjorde situasjonen til en ekstra belastning, og det hadde vært godt om noen kunne lette den byrden fra skuldrene.

En annen fortvilte over at systemet sviktet så fullstendig på dette feltet, og sa at man er i et sånt sjokk at en ikke vet hvilken ende en skulle starte i. De mistet en stor inntektskilde og måtte selge huset, og mener at det hadde vært nyttig dersom noen kunne hjulpet med å sette opp en liste over de praktiske tingene som måtte ordnes i deres situasjon.

Ikke alle situasjoner som var enkle å forstå og rydde opp i heller, og en pårørende fikk oppleve helt spesielle problemstillinger når sønnen ble savnet. Hun fortalte at man ikke får dødsannonse i slike saker. Det var så mye praktisk å ordne, og de hadde trengt noen som kun hjalp dem med boet hans, bil, båt og penger i banken slik at det ikke gikk så mye tid til å leite rundt i systemet. Ting måtte ordnes, og så fikk de ikke en dødsattest. Det ble et problem at han aldri ble funnet. Det ble ordnet en dødsattest ved en rettslig kjennelse, og staten har bestemt dødsdatoen hans på gravstøtten.

#### 4.7 Den beste hjelpen er tilgjengelig og tilpasset

Informantene hadde noen tanker og meninger om hvordan de kunne ønske de hadde blitt møtt. De sitter med en erfaring om hva som kunne ha hjulpet dem videre når livet ble snudd på hodet.

##### «Man må få hjelp til å stå i det».

På bakgrunn av denne erfaringen, så hadde de fleste av informantene klare formeninge om hvordan et kriseteam eller hjelpeapparat burde være sammensatt og fungere. En av de viktigste for alle var at et hjelpeapparat måtte være tilgjengelig for alle, og bidra til trygghet og stabilitet.

Videre uttalte de at de trengte kriseteamet fordi de var profesjonelle og ikke følelsesmessig involvert. Selv om noen takket nei ved første kontakt, så burde de kommet innom igjen og sjekket hvordan det gikk. Et kriseteam burde bestå av de samme folkene over tid, så man hadde sluppet å bli spurt om det samme flere ganger. De burde fortsette å være der for den familien som de startet på. Familie og nettverk måtte kobles på etter hvert.

Flere mente at et kriseteam også burde bestå av folk i systemet, og at noe av det første som måtte klarlegges var den absolutte taushetsplikten. Den som jobbet i kriseteam måtte være handlekraftig, utstråle tillit, ha et rolig vesen og inneha kunnskap om kriser. De måtte ta seg av de praktiske tingene slik at kriserammede fikk sørge. I tillegg var det viktig å huske på at blant de personene som sitter i et kriseteam, så var det nødvendigvis ikke du som var den rette til å rykke ut eller å stille spørsmål. Så der måtte sitte mange nok personer, slik at man måtte kunne ta hensyn til hvilken relasjon man har til den familien som er rammet. Det første et kriseteam måtte gjøre var å kartlegge familien som var rammet, hvilke medlemmer, kjønn, alder, hvem trengte hjelp og hvilken hjelp trengte de og hva var deres fritidsinteresser.

Kanskje måtte man hente inn andre enn de som naturlig satt i kriseteamet.

Flere opplevde å ikke få god nok informasjon om hendelsen, noe som gjorde situasjonen uoversiktlig og vanskeligere å takle. En viktig person i et kriseteam kunne ha vært være en sosionom som veiledet i alle de ting som måtte ordnes, og man trengte god informasjon om hvilken hjelp som fantes. Det var viktig at noen tok kontakt med deg når krisen rammet, med informasjon og en slags oversikt over hvem man kunne ringe til om de forskjellige ting, som en slags handbok. Det klarte man ikke å se selv i begynnelsen. Slik kunne de ta kontakt igjen etter begravelsen for å gjøre nærmere avtale. Da kunne de få sluppet av litt og sortert litt i hva man trenger å vite mer om.

De fleste mente at det aller viktigste er at man har et nettverk når ulykken rammer deg. Ikke alle hadde det, så da burde hjelpeapparatet være det nettverket. Man burde bli veiledet til å klare å stå i det vanskelige, og ikke stikke av fra tingene. Det var lett for å prøve å unngå forskjellig, men for å komme videre så måtte man gå rett opp i det. De måtte gå veien selv. Et kriseteam kunne ikke ta bort smerten din, men de kunne støtte.

### **«Hjelpen må være der når det skjer».**

Alle hadde forskjellige anbefalinger til et fremtidig hjelpeapparat, basert på sine egne opplevelser av å komme gjennom en krise. Samtlige informanter mente at for å kunne hjelpe best mulig, så måtte hjelpen tilpasses den enkelte situasjon og familie. Man måtte møte menneskene der de var, se at de var forskjellige og finne ut hvilke behov den enkelte hadde. Det var viktig å huske alle berørte parter i situasjonen, og tilby hjelp til de som trengte det. Spesielt barna burde bli ivaretatt på alle arenaer, og det var viktig at skole og barnehager tok imot barn som hadde mistet sine på en god måte og fikk drilling på hvordan gjøre det. Flere foreldre hadde opplevd at de måtte ta ansvar selv, og det burde ikke være nødvendig. De mente at man burde kunne føle seg trygge for at barna ble ivaretatt også i sorgen på disse arenaene.

Videre om individuell tilpasset hjelp så hadde informantene klare formeninger om at hjelpen de ble tilbudt kunne være for kortvarig i mange tilfeller, og at det var viktig at det ble etablert kontakt med andre hjelpeaktører dersom behov når kriseteamet trekker seg ut.

Flere hadde også opplevd sjokket den første tiden så overveldende at de hadde takket nei til hjelp i ren refleks. Selv om de hadde forskjellig nettverk og utgangspunkt, så hadde de fleste angret på dette og ønsket at noen kom igjen om spurte hvordan det gikk. Et nei betydde ikke alltid at man ikke trengte hjelpen, men kanskje ikke klarte å ta imot akkurat da av forskjellige grunner.

Et tema som gikk igjen hos informantene var alt det praktiske som skulle ordnes, og som de ikke hadde oversikt over eller fikk tilbud om hjelp med. Den praktiske biten kunne oppleves så omfattende at det ble ødeleggende for sorgprosessen. Det hadde vært viktig å ikke bare få noen å snakke med, men også at noen kunne hjelpe med å sortere ut hva som måtte ordnes. Hva de hadde krav på, hvordan familieøkonomien såg ut, hvordan det ville bli fremover og lignende. Mange kunne gå i det uendelige å ikke vite hva de hadde rett på. Det var behov for en veileder som kunne hjelpe videre, for det var vanskelig å tenke rasjonelt oppe i kaoset selv. De opplever at systemene er innfløkt, og det er en stor påkjenning å finne ut alt selv.

Dessverre ser det ut som at systemet tar det som en selvfølge at man ordner alt selv midt oppe i alt kaoset.

Samtlige informanter mente at man også trengte hjelp til å komme seg ut for døren og gradvis bli sosiale igjen. Det var nødvendig at noen fulgte en ut på butikken pushet dem til å komme i gang med dagligdagse ting igjen. Man måtte lære seg å forholde seg til folk på en ny måte, for de visste ikke hva de skulle si til dem. I mange situasjoner så endte de opp med å trøste andre, det var slett ikke enkelt. Det å være sosial var krevende, spesielt når livet til andre gikk videre og sorgen fremdeles var like stor. Det var lett å føle seg skuffet og såret.

En fellesnevner for informantene var at de hadde hatt utbytte av samtaler og samtaleterapi, selv om de kunne ha opplevd det som vanskelig der og da å skulle snakke om det. De påpekte viktigheten av å tilby folk samtaler, det å få prate om det og bearbeide vanskelige tanker. Det var viktig at mennesker i krise tok imot all hjelp som ble tilbudt dersom man klarte det, og ikke stengte alt inne. Det var viktig å være åpen om det som hadde skjedd, snakke med folk og om hendelsen slik at det kunne være til hjelp for andre. Det var ikke alltid behov for så mye prat i samtalene, stillhet kunne også være godt. Det viktigste var å oppleve at man fikk støtte, og vite at der var noen der for dem.

Flere informanter mente at man burde være tidlig inne å tilby samtale, også til barna. Det aller viktigste for informantene var at barna fikk oppfølging og noen å snakke med, det var ikke nok å gi ungdommer en folder om sorg og forvente at de selv skulle ta kontakt. Barna burde få tilbud om samtale og oppfølging, det var veldig nødvendig og forebyggende. Dette ble spesielt viktig fordi at foreldrene som var kriserammet hadde begrenset kapasitet til å ta seg av den biten.

Informantene hadde klare råd for hvordan man kan hjelpe noen til å komme videre med livet og hverdagen. Man måtte få hjelp til å stå i det hele tiden, det gikk ikke an å stikke av fra det. Det var også viktig å huske på at det var lov å være glad også av og til. De ble nødt til å leve videre, og da har de valget om man skulle ha det bra og gjøre så godt de kunne. Men de var klar på at man trengte tiden til hjelp, og noen som kunne hjelpe til på veien. Uansett hvor galt alt såg ut som, så var der alltid noe positivt å gripe fatt i. Det var viktig for de som skulle jobbe med dette å huske på. Dersom de greidde å se de små ting, så styrket det dem til å stå i mer.

## **Merkedager og sorggrupper**

Informantene sa at det var godt å få oppmerksomhet på vanskelige merkedager, dødsdagen, begravellesdagen, bursdagen og lignende. Det viste at andre husket og at både personen og pårørende var viktige for andre. Se at et fungerende kriseteam gjerne i mange år etterpå kunne ta kontakt på merkedager, og at det ville være godt å bli spurt om hvordan man har det. På overflaten kunne det tilsynelatende se bra ut, og mange tenkte at man har kommet seg videre. Men inne i bevisstheten så trengte de faktisk litt omsorg, kanskje lenge etterpå også.

Sorggruppe ville være nyttig fordi at det er de som har opplevd noe lignende selv som best vet hva man gikk gjennom. Det kunne vært godt å snakke med andre i samme situasjon, finne støtte i og hjelpe hverandre. Spesielt barna hadde hatt godt av å møte andre i samme situasjon, så de ikke følte seg så annerledes og alene om det. En av informantene hadde vært i både traumegruppe og sorggruppe, og hatt stor nytte av det.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Livet rives i stykker når man mister noen brått og uventet

Å miste noen i nær relasjon brått og uventet er en stor påkjenning som velter helt om på livet, og som byr på spesielle utfordringer både for etterlatte og hjelpeapparatet. Informantene i denne studien beskrev hvordan de opplevde å bli rammet av en slik hendelse, tiden etter dødsfallet og hvordan de ble møtt av hjelpeapparatet. De fortalte om opplevelsen av uvirkelighet, forvirring, kaos, å befinne seg i en boble og å bli satt ut av spill. Ifølge Skants (2008) er det vanlig å oppleve slike følelser, og at man ikke helt vet om hendelsen har skjedd eller er en drøm. Når hendelsen synker inn etter hvert så vil denne følelsen gi seg. Videre fortalte de at sjokket gjorde slik at sansene ble skjerpet, slik at de gikk på tå hev og tok inn alt veldig sterkt. Lyder, synsbilder og lukter ble sterke, og frykten var lett å slå ut. Konsentrasjonen, hukommelsen og tidsbegrepet ble begrenset, og søvnen var ofte varierende periodevis fraværende. Fysiske reaksjoner som hjertebank, skjelving, frostanfall, kvalme, munntørrhet, svette og svimmelhet var også vanlig. Ifølge Waldenstrøm (2007) er uventet dødsfall en sterk hendelse som vil utløse en krisereaksjon hos etterlatte, og som kan medføre en aktivering av det autonome nervesystemet. Vi blir satt beredskap for å flykte fra den vanskelige situasjonen, noe som gir psykosomatiske symptomer som beskrevet over.

Livet slik informantene kjente det ble frarøvet dem uten forvarsel, uten mulighet til å forberede seg på utfordringene som ventet dem. Noen fikk voldsomme tanker som at alt måtte være over, at man ikke klarte å fortsette og ønske om å dø for å gjenforenes med avdøde. De fortalte at det er viktig å huske på at etterlatte kan ha frykt for døden og til og med sin avdøde kjære, en frykt som kan sette seg fast og som er viktig å få bearbeidet. Denne redselen kan gi seg utslag på forskjellige måter, og er noe hjelpeapparatet må ha i tankene. Erfaring tilsier at fryktfølelsen kan gi dårlig samvittighet og tanker om at man reagerer feil, og kan derfor ofte kamufleres som at man takler det bedre enn man gjør. Alle reagerer forskjellig og ut ifra hvilken situasjon man er i, og ingen reaksjoner på en slik traumatisk hendelse er feil eller riktig. Dette ble bekreftet av Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) som belyste at etterlatte med svært sterke reaksjoner av og til lurer på om reaksjonene deres er normale, eller om de holder på å bli «gal av sorg». Mange blir lettet når de får høre at de reagerer på en forventet måte på en ekstrem hendelse.

Funnene tilsier at det er vanskelig å takle og bearbeide alt det vanskelige som skjer i en slik krise, og man kan lett føle seg alene og misforstått. Ifølge Skants (2008) er det viktig å dele de vanskelige tankene og reaksjonene sine med andre. Dette både for nødvendig bearbeiding, og i tillegg hjelpe de rundt til å forstå hvordan man har det. Samtidig forklarer forskningen at det er vanlig å føle et ubehag og prøve å unngå å dele på smerten og det vanskelige man kjenner på, spesielt ved død som er brå og uventet (Clements et al. 2003).

Skyldfølelse er også vanlig, og tanker om ting som man skulle ha gjort annerledes i tiden før dødsfallet. Veilederen for psykososiale tiltak for kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2016) beskriver at slike reaksjoner er vanlige, og at den umiddelbare reaksjonsfasen for mange består av nummenhet og uvirkelighet. Dette er med på å beskytte mot den nye og brutale virkeligheten. For noen kan reaksjonene være så sterke at de kan ha problemer med å ivareta seg selv eller foreta rasjonelle valg. Forskning om sorg (Clemets et.al 2003) belyser at de etterlatte ofte føler seg som et offer på grunn av den plutselige traumatiske hendelsen som de ikke fikk mulighet til å forberede seg mentalt på. Derfor blir de ofte overveldet av følelser i etterkant av dette, og sjokk og nummenhet er vanlige reaksjoner. Ifølge Kristensen, Weisæther og Heir (2012) gjør alle plutselige tap det vanskelig for etterlatte å akseptere realiteten, og at det skjer så brått frarøver dem å ta en skikkelig avskjed.

Vet vi nok om sorgens mange ansikter, til å ivareta mennesker som mister noen brått og uventet på en måte som gjør at de føler seg sett og møtt på en god måte?



## 5.2 Det sliter på de etterlatte å være sosial i en traumatisk krise

Informantene fortalte at det var vanskelig å fatte at livet skulle gå videre når de mistet noen brått og uventet, og når man stod midt oppe i et slikt kaos så kunne det være sårt å se at andres liv fortsatte som før. Det var lett å føle seg utenfor og glemt. Å skulle være sosial utenfor hjemmet og utføre daglige gjøremål ble også en ekstra påkjenning, og mange unngikk slike situasjoner. Det var en utfordring å takle og ta imot andres reaksjoner om det som hadde skjedd, og måtte fortelle opp igjen flere ganger om hendelsen. Noen hadde lett for å gråte, og følte seg sårbar og hudløs. Samtidig som de satte pris på og forstod at andre oppriktig brydde seg, så kunne de likevel velge å trekke seg tilbake dit de følte seg trygg. Clements et al. (2003) belyste at mennesker som har mistet noen brått og uventet, ofte beskriver sorgprosessen som en ensom vei og gå. Selv om de opplever venner og familie som støttende, så er de smertefullt klar over at sorgprosessen er unik for dem og vanskelig for andre å forstå. Videre synliggjorde Dyregrov (2005) at den sosiale- og følelsesmessige tilbaketrekningen dessverre også kan fungere som en barriere for å ta imot tilbud og profesjonell hjelp og sosial nettverksstøtte.

Funnene viste at mange av menneskene som etterlatte møtte, følte seg ukomfortable og ikke visste helt hvordan de skulle takle det. Ofte kunne etterlatte oppleve at andre stoppet å prate, såg bort eller ble triste når de møter dem på butikken og lignende. Det synes å være et språk mellom måten etterlatte ønsker å bli møtt på, og evnen de fleste andre har til å møte dem. Dette samsvarer med forskning av Grad et al. (2004), som viste at etterlatte rapporterte om det sosiale nettverkets problemer med å forholde seg til dem på en måte som var positiv for sorgprosessen deres, men heller ble en belastning. De opplevde at nettverket ikke alltid taklet åpenhet om temaet, og heller trekker seg tilbake og unngår situasjonen. Dette understøttes også av Dyregrov (2003) som viste til at svært mange sørgende har erfaringer med at mennesker som de forventer støtte ifra, heller unngår dem eller lar være å ta kontakt. Dette oppleves som en belastning. Erfaringsvis er brå og uventede dødsfall sjeldne, og mange synes det er vanskelig å vite hvordan man skal takle det og være overfor de etterlatte for å vise støtte. I mangel på andre gode løsninger så behandles etterlatte ofte med «respektfull stillhet», der folk tenker at man viser hensyn med å ikke forstyrre etterlatte. Man unngår ubehaget der og da, men begge parter sitter gjerne igjen med vanskelig tanker og følelser i etterkant. Det blir en ond sirkel som kan bidra til mer negativt enn positivt. Når alt kommer til alt så er det ifølge Dyregrov (2003) de etterlatte som må sette ord på hva de trenger, både fra nettverket og hjelpeapparatet.

Flere av informantene sa at uten familie og venner hadde de aldri greidd seg gjennom krisen. Ifølge Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) var støtte fra nettverket viktig, først og fremst fordi etterlatte selv opplever den som viktig. De som erfarer å få god støtte, sliter mindre med komplisert sorg, traumatiske etterreaksjoner og psykiske vansker. I tråd med funn fra andre studier (Dyregrov 2004) forklarte informantene samtidig om en belastning ved å få huset fullt av mennesker som vil støtte og hjelpe til, der man må trøste og ta seg av alle andre. De satte veldig pris på all omsorgen som ble vist, men det kunne bli for mye tid brukt på andre og ikke på seg selv og nødvendig sorgarbeid. De opplevde at nettverket var bekymret for å la dem være alene, i frykt for at de ikke skulle klare seg eller ville foreta seg noe irrasjonelt. Det var viktig å få være alene også, kjenne på og bearbeide alle følelser for å komme seg videre i sorgprosessen. Det var godt å få gråte for seg selv, og tenke framover på hvordan man skal lære seg å leve på nytt. Forskning understøtter dette og sier at de fleste etterlatte opplever mye oppmerksomhet den første tiden etter dødsfallet, og at det er stor enighet blant dem om at det er vanskelig å få for mye oppmerksomhet. Oppslutningen i begynnelsen kan oppleves som både slitsom og overveldende når den står på (Dyregrov 2004). Samtidig påpekte Retterstøl og Weisæth (1985) at tretthet- og maktesløshet er vanlig i oppgivelsesfasen, og det er lett å isolere seg og miste kontakten med personer som er viktige for deg. Det virker slik at det kan være utfordrende å finne balansegangen mellom det å kunne ta imot støtte i form av å omgi seg med venner og familie, og å være alene uten å isolere seg.

Kan det være at gapet mellom hjelp som ønskes og hjelp som gis, er på grunn av foreldede holdninger og mangel på kompetanse om sorgarbeid? Vi trenger kunnskap og trening i hvordan behandle etterlatte som opplever slike kriser, og hjelpeapparatet bør være den som kobler på nettverket og veileder dem i hvordan man best mulig handterer situasjonen og hvordan de kan hjelpe å spre kunnskapen rundt. Man kan selvfølgelig ikke nå over alle de etterlatte kan møte på, men naturlige støttespillere, jobben, skole, barnehage, idrettslag, foreninger og lignende.

### **5.3 Et dødsbudskap som formidles feil kan bidra til å forsterke krisen**

Døden rammer brutalt, og grunnvollene i vårt liv rystes plutselig. Å gå med et dødsbudskap er et viktig oppdrag om å gi de aller vanskeligste beskjedene når livet brått tar slutt.

Budbringeren møter mennesker i dyp fortvilelse og under store påkjenninger. For de etterlatte er det nødvendig og viktig å få en sikker beskjed raskt, og så skånsomt og tydelig som det er mulig å formidle det (Stabrun 2014). Ofte er det politi, prest eller helsepersonell som er naturlige til å utføre denne jobben. Det finnes lite forskning på temaet dødsbudskap, og det ser

dessverre ut som at det sjelden er slik at de som skal gi slike budskap får systematisk trening i hvordan best mulig overbringe en slik beskjed. Det er viktig å formidle budskapet hurtig, og at situasjonen rundt må være så trygg og rolig som mulig (Dyregrov og Dyregrov 2008).

Det varierte hvordan informantene fikk vite om dødsfallet og ble tilbudt hjelp, noe som hadde hatt konsekvenser for hvordan reaksjonsforløpet og sorgprosessen deres ble. Noen ble aldri kontaktet og fant ut av dødsulykkene selv, enten ved at de var vitner til den eller at de måtte oppsøke informasjonen selv. Det var krevende for dem som måtte innhente informasjon, da det kunne ta tid før det ble avklart hvem som var med i ulykken og identifikasjon av avdøde. Det kom klart frem at måten de etterlatte fikk vite om dødsfallet på hadde stor betydning, og satte dype spor. Flere hadde sterke historier om hvordan de var blitt sekundærtraumatisert av måten dødsbudskapet kom på, og hvordan det første møtet med hjelpeapparatet ble. De påpekte viktigheten av hvem som gir budskapet, og egnethet til å utføre en slik oppgave på en best mulig måte. De vektla også tidsperspektivet og rammen rundt situasjonen. Det er viktig for dem å få vite det raskt, at det er en fra hjelpeapparatet som informerer, at man har god tid i situasjonen og at det helst skal være på et skjermet sted der man føler seg mindre utsatt. Ifølge Girgis og Sanson-Fisher (1998) bør man benytte en rolig og uforstyrret plass, og ha god tid og sørge for at man ikke avbrytes. Videre må man gi informasjonen på en enkel, forståelig og ærlig måte, og møte følelser med empati. Etterlattes forståelse og emosjonelle status må vurderes.

Stewart (1999) fremholdt at måten dødsbudskapet gis på, helt klart påvirke psykisk helse og den videre sorgprosessen. En studie av Thompson, Norris og Ruback (1998) viste at etterlatte etter brå død såg en sammenheng mellom mindre belastning på psykisk helse dersom dødsbudskapet ble handtert på en skånsom og god måte (Kristensen, Weisæther og Heir 2012). En informant fikk dødsbudskapet på sin arbeidsplass, og budbringeren som kom opplevdes som taus og ubekvem i situasjonen. Uegnethet for oppgaven gjennom dårlig kommunikasjon, lite informasjon, utrygge rammer og fravær av empatisk omsorg, bidrog i denne situasjonen til belastninger ved sekundærtraumer. En veileder fra Helsedirektoratet (2016) om psykososiale tiltak ved kriser og ulykker fortalte at brå og uventede dødsfall, i motsetning til forventede dødsfall, har en potensiell risk faktor for utvikling av Posttraumatisk stresslidelse, heretter kalt PTSD. En ekstra påkjenning påført gjennom første møtet kan være mer belastende i så måte, og kan gi umiddelbare reaksjoner som er så sterke at de lammer normal funksjon. PTSD kjennetegnes av unngåelse av tanker eller situasjoner som kan minne

om situasjonen, påtrengende minner, søvnproblem, emosjonell avflatning, økt årvåkenhet og konsentrasjonsproblemer. Det kan gi seg utslag i ulike angstlidelser (Helsedirektoratet 2016).

Det var informantenes klare formaning at dødsbudskapet alltid bør gis ansikt til ansikt dersom mulig slik at man har mulighet til å ta imot reaksjonen og støtte, og ikke over telefon eller lignede måter. Dyregrov og Dyregrov (2008) belyste at media i dag gir oss nye utfordringer med å få gitt budskapet først, og da er det likevel av og til nødvendig å benytte telefon for å få gitt beskjeden hurtigs mulig for å komme media i forkjøpet. Det blir et dilemma når to av de viktigste sidene etterlate fremhever står opp mot hverandre, hvordan budskapet gis og å få raskt beskjed. Man får gitt hurtig beskjed via telefon, men det er også en dårlig potensielt traumatisk ramme rundt det (Dyregrov og Dyregrov 2008).

Historiene til informantene viser at hjelpeapparatet har mange hensyn å ta ved det viktige førstemøtet med etterlatte, og det er viktig å tilpasse seg den aktuelle familie og situasjon. Det er ikke hvem som helst som kan avlevere et slikt budskap, og i små samfunn bør man også ta hensyn til relasjoner og slektskap mellom partene. Fokuset må være å skåne vedkommende, og dempe og kontrollere sjokket for å unngå at det blir en større utfordring i tiden framover.

Kunnskapen finnes i litteraturen og forskning, men det kan virke som at hjelpeapparat rundt om på de forskjellige stedene løser slike situasjoner på forskjellige måter. Brå og uventet død er ikke noe som skjer hver dag, og det går derfor en stund mellom hver gang et slikt dødsbudskap skal ut. Kriseteam og naturlige budbærere bør kurses i å avlevere dødsbudskap, siden dette er første møtet med etterlatte som kan prege deres sorgprosess og livskvalitet.

#### **5.4 Riktig hjelp er viktig og fravær av hjelp får negative konsekvenser**

Noen av informantene sa at det verste med hele krisehjelpen var fraværet av den. Flere rapporterte om et manglende hjelpetilbud, der de fikk opplevelsen av å stå alene og ikke bli ivaretatt. Ifølge Dyregrov og Dyregrov (2007) handlet ikke den direkte misnøyen mot det offentlige hjelpeapparatet om at hjelpen de fikk var for dårlig, men den retter seg i stor grad mot at hjelpen uteblir eller er for kortvarig. I norske (Dyregrov 2000) så vel som utenlandske studier (Murphy 2000) fortalte etterlatte at de har behov for hjelp. Da snakker de ikke om enten profesjonell og offentlig hjelp opp imot mer uformell støtte fra nettverket, men mener at de behøver begge deler. Videre belyste Dyregrov og Dyregrov (2007) at det er stor variasjon i den omsorg og hjelp som etterlatte mottar, både hvilken type hjelp de får, hvem de får det fra, hvor ofte, hvor lenge og om de må oppsøke den selv. Dette bekreftes av informantene sine

historier, som viser at det kan virke tilfeldig om man i det hele tatt får hjelp og hvilken hjelp som blir tilbudt. Dyregrov (2005) fremholdt at fagfolk umyndiggjør sørgende og kriserammede gjennom det som kalles demedikaliseringprosessen, som mente at hendelser som en traumatisk krise, er naturlige i menneskers liv. Profesjonell intervensjon blir derfor ikke tilbudt overfor kriserammede. De mener tvert imot at etterlatte hjelper seg best selv sammen med sitt nettverk, og at profesjonell hjelp vil forverre situasjonen. En av ni informanter støtter seg til denne tankegangen, og hadde ikke behov for annet enn sitt nærmeste nettverk. Det er et tydelig flertall som sier at man trenger et hjelpetilbud. Demedikaliseringprosessen kan forhindre nødvendige hjelpetiltak til mennesker som opplever psykososiale kriser. Men ved å ha brukerperspektivet mer i fokus og se helhetlig på det, så vil man heller ta på alvor at etterlatte ber om profesjonell hjelp for å gå videre i livet. Informantene fortalte om følelse av svik og bitterhet ved å ikke bli ivaretatt, og at dette kompliserer krisen man står i. Dette understøttes Dyregrov og Dyregrov (2007) som påpekte at et stort flertall av etterlatte etter brå død er misfornøyde med bistanden fra det offentlige hjelpeapparatet. Svært mange uttrykker i tillegg en bitterhet og frustrasjon over det de opplever som forskjellsbehandling opp imot hjelpen som blir tilbudt ved store katastrofer og somatisk sykdom. Videre tenkte informantene at en grunn til manglende tilbud kunne være at hjelpeapparatet antok at etterlatte ville få mye støtte fordi de hadde et stort nettverk. De ville kanskje ikke trenge seg på, eller at de syntes det var vanskelig og ubekvemt å ta kontakt. Det er ikke vanskelig å forestille seg at det er sjelsettende å oppleve å ikke få hjelp når en trenger det, eller at noen får hjelp mens man selv ikke får det. Det gjør at man får en større belastning opp i krisen. En annen informant erfarte også en fraværende oppfølging ved brå og uventet død på sykehus borte fra hjemkommunen, og manglende varslingsrutiner til bostedskommunen og det naturlige hjelpeapparatet til de etterlatte. Det burde være automatikk i dette, slik at hjelpeapparatet var forberedt til å ta imot familien i krise, og etablere en kontakt for å best mulig ivareta dem etter deres behov. Informantene har selv sagt at det er vanskelig å selv be om hjelp, og ikke alle vet hvilken hjelp som finnes heller. Ifølge Dyregrov (2000) så kunne flere forhold på systemnivå spille inn her, tids- og kapasitetshensyn, manglende organisering og planer for krisearbeid og begrenset kompetanse og usikkerhet om hvordan hjelpeapparat skal forholde seg i slike saker.

Forskning utført av Bonnano (2004) synliggjorde at de fleste mennesker tilpasser seg bra etter å ha mistet en av sine nære relasjoner, og ikke får varige problemer eller har behov for profesjonell hjelp i sorgprosessen. Ifølge Stroebe, Shut og Stroebe (2007) fant oftest sørgende

en måte å takle tapet på og konsekvensene av det, dersom man tok tiden til hjelp. Samtidig fremholdt de Groot, de Keijser og Neeleman (2006) at det er en klar sammenheng mellom sorgreaksjoner og dårlig psykisk helse. Informantene rapporterte om alvorlige merbelastninger som følge av fravær av hjelp; komplisert sorgprosess for både voksne og barn, fortregning av problemer, sekundærtraume og PTSD, alvorlige og kroniske helseutfordringer og familierelasjoner som led stor belastning og tok varig skade. Ifølge Van Ameringen, et al. (2008) er etterlatte etter brå og uventede dødsfall en utsatt gruppe for etterreaksjoner og komplisert sorg, og i tillegg er det påvist å være en av de vanligste grunnene til PTSD. I tillegg viste Li, et al. (2003) at det finnes en sammenheng mellom traumatiske hendelser og økt sykkelighet og dødelighet. Spesielt sterke påkjenninger kan påvirke det sympatiske nervesystemet, sentralnervesystemet og kardiovaskulære systemet, som i verste fall kan resultere i forskjellige sykdommer. Stress og påkjenningene kan øke faren for infeksjon, kreft, hjerteproblem, økt inntak av alkohol og tobakk, forstyrrelser i kosthold og redusert fysisk aktivitet. Videre kan dette lede til utfordrende livsstil som igjen kan påvirke dødeligheten. Det ble også rapportert om økt fare for selvmord. Hjelpeapparatet bør lytte til og ta på alvor hva etterlatte sier de trenger når de blir rammet av brå og uventet død. Hjelpeapparatet må oppsøke de etterlatte, og ikke forvente at de selv skal be om hjelp. Man bør bestrebe å oppnå en brukermedvirkning fra en gruppe som sitter på en viktig kunnskap om hvor «skoen trykker hen». Ringvirkningene av å ikke få hjelp kan bli katastrofalt mye større enn hva det koster et system å være på tilbudssiden og tilby mer enn det som trenges.

## 5.5 Sorgprosessen tar tid og forløper seg forskjellig

Sorg er den prosessen vi mennesker må gjennom når vi skal bearbeide tap, og omjusterer litt på båndene som binder oss til den døde slik at vi kommer oss videre i livet. Denne prosessen starter i det øyeblikket vi får dødsbudskapet. Informantene beskrev sorgen som lammende smertefull, som tidvis var altoppslukende og tyngende i starten. Sorgen kunne være vanskelig for andre å forstå, noe som bidro til at det kunne være en ensom opplevelse. Det var også utfordrende å akseptere at døden var så endelig og å skulle gi slipp. Ifølge Skants (2008) er ikke hensikten å glemme, men å forene fortiden med tiden framover. Vi sørger alle forskjellig, og det vil ta tid. Det er mange ting som spiller inn på prosessens forløp, og ingen ting er rett eller galt i sorgen. Det er viktig å bli møtt med respekt og forståelse, uten forventninger om hva som er riktige og upassende sorgreaksjoner (Skants 2008). Dyregrov, Plyhn og Dieserud

(2009) forklarte at etterlatte med sterke sorgreaksjoner av og til lurer på om deres reaksjoner er normale, eller om de er helt i ubalanse. Det er da viktig å bekrefte at det de opplever er helt normale responser på en ekstrem hendelse. Clemets et al. (2003) synliggjorde også at sorgen kan variere mellom medlemmene innad i en familie, og ingen ting er riktig eller galt.

Informantene fortalte om hvor viktig det er å få kunnskap om de ulike sorgreaksjonene, slik at de kunne forstå at det de følte var helt normalt. Alt opplevdes så voldsomt og sterkt på mange måter, og det var lett å tvile på seg selv og alt de kjente på.

Sorg tar tid, av og til lang tid. Det er heller snakk om måneder og år, enn dager og uker (Skants 2008). For svært mange av informantene var tiden tre til tolv måneder den tyngste perioden. Sorgen økte gjerne i styrke etter begravelsen, noe som stod i kontrast til at det var akkurat da de fleste andre gikk videre med livet sitt og forsvant for de etterlatte (Dyregrov 2007). Ifølge Skants (2008) er det dessverre slik at omgivelsene kan miste interessen for den sørgendes behov tidligere enn den sørgende mister behovet for støtte. Det finnes ikke et tidsskjema for hvor lenge en sorg skal vare, selv om samfunnet og folk man møter kan ha en formening om «at man bør være komt over det nå». Clements et al. (2004) viste til at sorgsymptomer gjerne fortsetter utover 2 år, og det er helt normalt. Ingen kan definere hvordan sorgen til andre skal være. Stroebe og Shut (1999) synliggjorde utviklingen i sorgprosessen med toprossessmodellen, der man pendler mellom de ulike deler av sorgen, som følelsen av tap, kjenne på sorgen, tilpasse seg situasjonen og orientere seg mot det nye dagliglivet (Stroebe og Schut 1999).

Sorg er ikke en sykdom, men kan av og til føre til uhelse dersom man ikke tar den på alvor. I følge Dyregrov, Dyregrov og Kristensen (2014) så utvikler en god del av de sørgende betydelige helseproblemer i etterkant av plutselig og unaturlig død. Slike dødsfall kan i verste fall medføre til alvorlige psykiske og fysiske helseplager. Ifølge Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) endrer sorgen oftest karakter med tiden, slik at den blir lettere å leve med. Det er når sorgreaksjoner vedvarer over tid og begrenser normal livsførsel, at de kan sees på som kompliserte (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009). Nyere forskning har vist at mennesker som er rammet av brå og uventede dødsfall er mer utsatt for komplisert sorg, og i tillegg har større risiko for svekket helse (Wittouck, et al. 2011). Dette understøttes av informantenes historier, der flere hadde fått helseutfordringer i etterkant av hendelsenene.

Sorgreaksjoner over tid vil også henge sammen med hvordan man blir møtt av menneskene rundt, ikke minst møtet med hjelpeapparatet. Ifølge Waldenstrøm (2006) er det en fordel for de fleste sørgende å komme seg raskt tilbake i den vante rytmen og til arbeidet sitt igjen. Det

er da viktig at det blir tatt hensyn, og at det blir vist forståelse for at den etterlatte har gjennomgått en traumatisk livshendelse. Man bør derfor ikke forvente full effektivitet den første tiden (Waldenstrøm 2007). Dette står i sterk kontrast til det informantene fortalte om behovene de hadde og vanskelige møter med fastleger om sykemelding. De opplevde et forskjellig syn på hvor lenge man har behov for å sørge, og når det er forventet at de skal være klar for det vanlige livet igjen. De følte seg presset tilbake i jobb etter kort tid, noe som gjorde at de ikke fikk sørge seg ferdig og ble utsatt for mer påkjenning. Flere gikk også så langt som å kalle det sekundærtraumatiserende, og at det bidro til at sorgprosessen ble tyngre enn nødvendig. En av grunnen til dette kan ifølge Dyregrov og Dyregrov (2007) være den faglige og ideologiske motstanden som har eksistert i fagmiljøer opp gjennom årene, som går ut på at etterlatte ikke trenger hjelp eller tilrettelegging og derfor ikke bør få et slikt tilbud. Begrunnelsen er at sorg er en naturlig del av livet, og at man ikke skal sykeliggjøre det som er normalt.

Rekdal og Herrestad (2014) belyste at det ikke finnes noen diagnose for sorg, og at fastlegene trenger en diagnose for å kunne skrive ut sykemelding. Det er en viktig problemstilling at det ikke finnes hjemmel om å sykemelde mennesker i sorg, og satt på spissen så må fastlegene enten sykemelde mennesker for lidelser som de ikke har eller å ikke sykemelde i det hele tatt. Diagnosene som blir ofte blir brukt er psykisk ubalanse situasjonsbetinget og depresjonsfølelse, og gir dessverre dårligere muligheter ved tegning av forsikring og når man søker om ny jobb som trenger sikkerhetsklarering (Rekdal og Herrestad 2014). Dette er i tråd med funnene som belyste at det er et fokus på at sykemeldte bør tidlig tilbake til arbeid uten at det blir tatt hensyn til tiden de trenger til å sørge. Det blir viktig å sørge de ikke blir sykere av å komme tilbake til jobb. Vi bør lytte til når de sørgende selv sier de har behov for mer tid, og legge til rette for å gi dem brukermedvirkning, autonomi og kontroll over det de kjenner på best selv. For noen vil det være riktig å jobbe tilrettelagt, noen fullt og andre trenger lenger tid. Dersom de møtes med respekt og forståelse i istedenfor et firkantet system, så vil man legge grunnlaget for et mer vellykket sorgforløp og retur i arbeidslivet når de er sterke nok for det.

Sorg tar pauser, og vi tar hendelsen inn i doser slik at i skal klare å handtere det. Derfor ser vi sørgende le og ha det moro i det ene øyeblikket, for så i neste være tilbake i det triste (Skants 2008). Dette samsvarer med det informantene fortalte om viktigheten av å få ta fri fra sorgen, gå ut på tur, trene, få lov å ha det gøy og få være alene for å øve seg på å gå videre med livet. Det er da viktig at andre har forståelse for dette, og det kan man få gjennom kunnskap om



sorgforståelse. Slik vil vi unngå stigmatisering og bebreidelse overfor de som har det annerledes enn oss selv.

## 5.6 Barna blir glemt i kriser

De fleste informantene forteller at barna falt utenfor all hjelp i krisen, og at det ikke fantes oppfølgingsrutiner for søsken eller barn av avdøde. Barn fikk ikke samme hjelpetilbud som voksne, og veldig få opplevde at noen i hjelpeapparatet tok barna til sides og forklarte hva som skjedde. Et flertall av foreldrene slet med dårlig samvittighet fordi at de følte de ikke klarte å ta seg av barna på en god måte midt oppe i krisen. De fortalte om et system som ikke såg helheten når krisen rammet, og en følelse av å bli sendt alene rundt for å finne ut av ting selv. Dyregrov (2005) viser det samme, og ifølge etterspurte 65% av foreldrene et mer allsidig og spesialisert tilbud til barn og unge mens kun 38% av kommunene hadde et slik tilbud. Videre fant Dyregrov (2004) i Omsorgsprosjektet at hele 2/3 av foreldrene ønsket mer råd og hjelp til å håndtere sorgen til barn og unge enn det de faktisk fikk. Nesten halvparten mente at barna trengte psykologhjelp. Dette står i stor kontrast til at ikke alle kommuner har tilgjengelig kommunepsykolog eller annen lignende hjelp i umiddelbar nærhet. Flere av informantene fortalte om at de hadde lang reisevei til BUP og lignende, og at det derfor ble vanskelig å motivere barnet til behandling der. Helsedirektoratet har de senere årene satset på å ansette psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom årlige tilskuddsmidler. Tall fra 2016 (helsedirektoratet.no 2017) viser at antallet kommunepsykologer fortsetter å øke, og at de jobber innenfor psykisk helse, rus og vold- og traumefeltet.

Barn opplever kriser forskjellig fra voksne, og ifølge Skants (2008) så kan det utløse vansker senere i livet dersom de ikke får bearbeidet det. Informantene mente at i tillegg til å ha mistet noen som stod de nær, så ble de gjerne vitne til hvordan andre voksne trygghetspersoner slet med sin egen sorg. Erfaring tilsier at man bør bestrebe at barna får et naturlig forhold til sorg og en sunn sorgprosess. Det får man ikke dersom man later som at ting ikke har skjedd, men ved å snakke om hendelsen i rolige og trygge omgivelser og på en alderstilpasset måte. Skants (2008) forklarte at det er ikke alltid foreldrene er i stand til å gjøre dette selv, og derfor blir det viktig at hjelpeapparatet tilbyr seg å bidra med denne jobben sammen med foreldrene. Støttearbeid for barn skjer best sammen med foreldrene eller andre voksenpersoner som barnet var trygge på før hendelsen. Informasjonen må justeres til barnet, samtidig som at opprettholdelse av daglige rutiner kan være med å bidra til trygghet for barnet (Skants 2008).

De fleste av informantene opplevde at barna fikk psykiske reaksjoner på hendelsen og tiden etterpå, og noen opplevde også at barna fikk større problem i form av psykisk uhelse og rusproblem. Samtidig var der altså et fravær av systematisk hjelpetilbud for barn og unge som kunne fanget dem opp. Dyregrov (2006a) forklarte at tap i barndommen som ikke blir bearbeidet kan påvirke personlighetsutformingen og øke faren for psykiske problemer senere i livet. Dette blir det mindre fare for ved å komme tidlig inn i en hjelperelasjon, der det fokuseres på å hjelpe barnet til å bearbeide sine mange tanker, følelser og å uttrykke og akseptere sin sorg. Videre synliggjorde Dyregrov (2006a) at barn oftest blir henvist til spesialisthelsetjenesten når det allerede er oppstått et problem, og her vil man kunne forbygge større problemer med små og enkle midler som samtale og kriseintervensjon. Når barn sliter med dødsfall så skyldes dette ofte at det normale sorgarbeidet er hindret fordi at den traumatiske opplevelsen ikke er skikkelig bearbeidet (Dyregrov 2006a).

Ifølge Dyregrov (2007) er det ikke sjelden at rollene i en familie kan bli påvirket når noen dør brått og uventet, og spesielt dersom hjelpeapparatet uteblir kan det lett bli slik at barn og unge tar over omsorgsrollen eller ansvar for søsken. De kan oppleve at de voksne har det så vanskelig at de har nok med seg selv, er ofte livredde for at noe skal skje den andre forelderen eller at det generelt skal skje noe forferdelig på nytt. Ekvik (2010) forklarte at barn og unge er fleksible og kan strekke seg langt, og av og til så kan de få for stort ansvar og for krevende roller som de ikke bør ha. Da er det viktig at voksne er der og avløser de fra dette (Ekvik 2010). Informantene hadde opplevd både at barn kunne ha angst og separasjonsubehag, til at de gikk inn og tok ansvar og hjalp til. Uansett så følte de på en dårlig samvittighet fordi at de ikke hadde overskudd til barna. Ifølge Dyregrov (2004) peker unge på behovet for mer profesjonell støtte som henvender seg direkte til dem og på deres premisser. I tillegg oppfordret de hjelpeapparatet om å hjelpe foreldrene, slik at de selv ikke blir belastet med foreldrerollen eller ansvar for søsken.

Dyregrov (2007) fant at for barn og unge så vil ivaretagelse av voksne og reaksjoner fra omgivelsenes være avgjørende for hvordan de takler situasjonen. Støtte fra venner, skolen og andre sosiale nettverk spiller en stor rolle, og forskning viser at voksnes økte kunnskap på området gir tilbakemeldinger om at barn klarer seg bra i disse situasjonene (Dyregrov 2007). Dette står i sterk kontrast til det informantene fortalte. De opplevde at hverken skole eller barnehage taklet dette på en bra måte, men heller ignorerte problemet og ikke tok sorgen til barnet på alvor. Dette opplevdes som sårt for både barn og foreldre, da de heller hadde ønsket et mer åpent forhold om det som har skjedd. Det var også positivt at andre snakket og avdøde,

det gjorde godt å vite at personen betydde noe for andre også. Ekvik (2010) belyste at barna våre tilbringer mye tid på skolen og i barnehage, og de som jobber disset stedene bygger opp en stor tillit og trygghet til det enkelte barn. Denne voksenkontakten er av stor verdi når noe trist skjer som berører barna, og den kan være noe trygt og stabilt i en ellers så ny og kaotisk hverdag. Det er viktig å ikke bagatellisere sorgen som andre bærer på, og man er til størst hjelp når en viser respekt for den og gir sorgen den oppmerksomhet og plass som den trenger (Ekvik 2010).

Bugge og Røkholt (2009) påpekte at skolen har en spesiell plikt overfor barn og unge, og alle som jobber der må kjenne til beredskapsplaner ved alvorlig sykdom i familien, ulykker og plutselige dødsfall. Skole og helsestasjon skal være naturlige bindeledd mellom barnehage, utdanning og helsetjeneste, men også spesialisthelsetjenesten har ansvar for å veilede skoler og barnehager. Hver kommune har ansvaret for tjenestene som gjelder barns oppvekstvilkår, og å gi et tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker og deres foreldre (Bugge og Røkholt 2009). Ifølge Dyregrov (2006a) skal skolen ha en oppdatert og kjent beredskapsplan, og kontaktlærer, eller annen voksen som eleven har et tillitsforhold til, bør ta kontakt med familien så raskt som mulig selv om det er ubehagelig. Elever som har opplevd en slik krise vil oftest ha best av å komme tilbake til skolen raskest mulig, og dette blir enklere dersom lærer har vært tidlig i kontakt. Man viser ved slik kontakt at man bryr seg (Dyregrov 2006a). Lærere og foreldre undervurderer ofte barns vansker etter å ha opplevd smertefulle ting, og barna opplever å ikke bli trodd på når de forteller at de sliter med det som har skjedd. Det blir forventet at man skal raskt tilbake i rutine, og det blir ikke tatt høyde for at sorg tar tid. Dette er nok ikke av vond vilje, men på grunn av manglende kjennskap til sorgreaksjoner. Så snart de blir gjort oppmerksom på sammenhengen, så endre oftest forståelsen seg for elevens behov (Dyregrov 2006a).

## **5.7 Den beste hjelpen er tilgjengelig og tilpasset**

Mye har skjedd på feltet innen krisearbeid de siste årene, og vi har fått en økt kunnskap om kriser, sorgforståelse og bruk av kriseteam i kommunene. Kommunene har plikt til å sørge for psykososiale tiltak i alle relevante tjenester, også ved forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Kommunene kan selv bestemme hvordan disse tjenestene skal organiseres, men de fleste har etablert psykososiale kriseteam for å kunne følge opp enkeltpersoner, familier og nettverk på en rask og forsvarlig måte (Helsedirektoratet

2016). Kriserammede familier sliter ifølge Dyregrov (2005) ofte med omfattende psykososiale vansker og mottar langt mindre profesjonell hjelp enn de selv opplever at de har behov for. Demedikaliseringsprosessen som forbindes med autonomi og tenker å tilbakeføre kontroll til brukerne, fører imidlertid til en avmaktsfølelse (Dyregrov 2005). Dette samsvarer med informasjonen fra mine informanter, der de forteller om et sprik mellom hjelpen de ønsket og hadde behov for i forhold til den de faktisk mottok. De som ikke ble tilbudt hjelp, opplevde det ikke som en form for autonomi og brukermedvirkning. Heller tvert imot.

For å belyse hva som er den beste hjelpen i en slik situasjon, så viser jeg til informantenes oppfatning av dette. Alle hadde forskjellige kriseopplevelser og varierende bakgrunn og livssituasjon, noe som tilsier at også hjelpen burde tilpasses individuelt. Ikke alle trengte profesjonell oppfølging, men alle burde få et tilbud om dette med mulighet til å velge. Hjelpen burde være der det skjer, og man måtte møte menneskene der de var. Den beste hjelpen var den som var tilgjengelig for alle, hadde et brukerperspektiv og var tilpasset familien og situasjonen. Ifølge Almvik og Borge (2016) betyr ikke brukerperspektivet bare at brukerens behov settes i sentrum, men at hans egne erfaringer, kunnskap og uttrykte behov setter standard for selve behandlingen (Almvik og Borge 2016). Tanken er at brukeren inviteres med i et samarbeid og kan påvirke gjennom sitt erfaringsperspektiv og sin kunnskap basert på refleksjon av egen opplevelse. Dette kalles innenfrakunnskap, en kunnskap som dessverre tidligere ofte har blitt oversett (Bøe og Thomassen 2007). Informantene fortalte at hjelpeapparatet burde tidlig inn å tilby hjelp, og foreta en kartlegging av de rammede for å finne ut behovene de hadde. Det var viktig at alle fikk samme tilbud om hjelp, det måtte ikke være tilfeldig om og hvilken hjelp de ble tilbudt. Det måtte opprettes kontakt med spesialisthelsetjenesten ved behov, og hjelpeapparatet burde bistå med å koble på nettverket. Dette samsvarer med funn av Dyregrov (2004) om at det er ønskelig med tidligst mulig hjelp, og at kommunene tar ansvar for å mobilisere sosial nettverksstøtte.

Videre anbefalte informantene at hjelpeapparatet måtte bidra til trygghet, stabilitet, vise omsorg og respekt med sin tilstedeværelse. Det burde bestått av de samme folkene over tid, da det var krevende å forholde seg til mange og nye mennesker i en slik situasjon. De måtte kunne utstråle tillit, ro, handlekraft og tidlig klarlegge taushetsplikten. Hjelpen måtte vare over tid, og tilpasses den enkeltes sorgprosess og behov. Flere opplevde at støtten opphørte når begravelsen var overstått, og at de sto alene når de skulle til på den tøffeste jobben med å gå videre med livet og få hjulene i gang igjen. Dette samsvarer med funn av Dyregrov (2004), der etterlatte opplever at hyppigheten av å bli kontaktet synker kraftig etter begravelsen. De

kjenner på en skuffelse over at venner og omgangskrets ser ut til å glemme det som har hendt så raskt (Dyregrov 2004).

Flere av informantene sa at dersom etterlatte takket nei til hjelp, så burde hjelpeapparatet sjekke innom igjen for å høre om de trengte noe på et senere tidspunkt. Det var lett å avslå hjelpen fordi man ikke orket å forholde seg, eller ikke ønsket å være til bry. Det dras klare paralleller mellom dette og funn gjort av Dyregrov (2004), der det kommer frem at de fleste etterlatte vet at de har rett på hjelp. Likevel har de ikke krefter til å be om dette, eller klarer ikke å sette ord på hva de faktisk trenger. Ifølge Dyregrov (2002b) etterspørres derfor et system som gir denne hjelpen automatisk gjennom kontakt med offentlige hjelpeteam. De ønsker en fast og stabil hjelp som er fleksibel og individuelt tilpasset, samt kompetente hjelpere (Dyregrov 2002b). Behovet for hjelp er også svært skiftende gjennom sorgprosessen, og derfor ønskes gjentatt tilbud om hjelp gjennom hele første året etter dødsfallet (Dyregrov 2004).

Informantene fortalte at informasjon var viktig for å ivareta en følelse av kontroll i et kaos. Det var sårt å tenke på at andre visste mer enn dem som var de nærmeste til avdøde. De etterspurte også tidlig informasjon om hvilken hjelp som fantes. Dyregrov, Plyhn og Diserud (2009) bekreftet dette når de belyste at all informasjon må tilpasses situasjonen og tilstanden til den etterlatte. Videre forklarte Waldenstrøm (2007) at mangel på informasjon ofte vil skape usikkerhet og angst for etterlatte og bli en tilleggsbelastning, og Kristensen, Weisæth og Heir (2012) synliggjorde at god informasjon kan hjelpe etterlatte til å forstå og forsones seg med det som har skjedd. Ifølge Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) vil rask tilgang på informasjon kombinert med god omsorg være den beste ivaretagelsen de fleste etterlatte kan få. Først er det behov for informasjon om selve hendelsen og hva som skjer videre, så kommer gjerne behovet for informasjon om vanlige reaksjoner og støtte på slike. I tillegg er det etter hvert nyttig å informere om hvor de kan få hjelp til juridiske og økonomiske spørsmål (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009). Etter traumatiske dødsfall ønsker etterlatte gjerne også kunnskap om hvordan dødsfallet kan innvirke på enkeltindivider i familien og familien som system. Voksne etterlatte etterspør også råd for å takle kommunikasjonsvansker som oppstår i familien, og for hvordan best ivareta barn og unge (Dyregrov 2007)

Flere av informantene fikk tilbud om terapeutiske støttesamtaler, og såg stor nytteverdi i å prate om det vanskelige og få forklaring på og normalisert sine sorgreaksjoner. I følge Clements et al (2004) så kan det være nyttig å bidra med konkret informasjon om sorgreaksjoner sammen med en oppriktig omsorg av deres tap. Informasjonen kan bidra til å

øke forståelsen deres for tanker og følelser de har, dempe angst og uro rundt om de reagerer normalt. Skants (2014) belyste at er det viktig å dele reaksjonene over det man har opplevd med andre. Dette vil bidra både til egen bearbeiding, og hjelpe de som er rundt en til å forstå hvorfor en oppfører seg og handler som man gjør. Dyregrov, Plyhn og Dieserud (2009) forklarte at en slik støttesamtale i starten gjerne vil bestå i å lytte og vise forståelse for den enkeltes reaksjon, og etter hvert får et praktisk fokus om hvordan de skal komme gjennom hverdagen. Av og til trenger etterlatte støtte til å foreta valg og prioriteringer i trivielle spørsmål så vel som viktige. Ofte er det nyttig for de etterlatte å lage en konkret plan for hvordan de skal komme seg gjennom hver dag, dette for å skape struktur og kontroll i kaoset (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009).

Felles for alle informantene var behovet for hjelp til praktiske ting, alt fra organisering av begravelse, barnepass og praktiske gjøremål. I tillegg savnet de en slags veileder i alle praktiske ting som måtte ordnes rundt økonomi, forsikring, sykemelding, avslutting av kontoer og abonnemeter og så videre. Ifølge Clements et al. (2004) er etterlatte ofte overveldet av både følelser og alt det praktiske som skal ordnes. Etterlatte opplever ofte behov for mange forskjellige former for hjelp, og foruten samtaler, informasjon og råd så etterspørres gjerne hjelp til juridiske, praktiske og eksistensielle forhold (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009). Mange kan også ha behov for å komme i kontakt med lege, psykolog, Nav og så videre, og har ikke overskudd til å sitte i ventekøer både på et venteværelse eller i telefon. Hjelpeapparatet kan også bistå med å informere skole, barnehage og arbeidsplass, og hvilke tiltak som er ønskelig og behov for. Dersom hjelpeapparatet ser at etterlatte har et lite nettverk, så må de sørge for at det offentlige trer inn og bistår med de praktiske oppgavene. Det er viktig at hjelpen tilbys og utøves på en respektfull og tilpasset måte, slik at den kan dekke de etterlattes behov. Det er imidlertid ikke meningen at hjelpeapparatet skal ta over alt, da det ofte er viktig for de etterlatte å gjennomføre daglige rutine oppgaver for å oppleve mestring og avledning (Dyregrov, Plyhn og Dieserud 2009)

## 5.8 Styrker og svakheter – gyldighet og pålitelighet

Begrepene reliabilitet og validitet blir brukt for å si noe om studiens pålitelighet og gyldighet, og begrepene blir i utgangspunktet brukt i kvalitativ forskning. Troverdighet eller reliabilitet i forskningsarbeid vises ved at det hele tiden kommer tydelig fram, steg for steg, hva som er gjort. Dette er å gjøre studien transparent eller gjennomsiktig (Silvermann 2006).

Validitet betyr at et mål faktisk måler det vi ønsker å måle, og reliabilitet handler om hvor konsistent et gitt mål er (Svartdal 2011). Validitet er knyttet til tolkning av data og gyldigheten av tolkningene som forskeren er kommet frem til (Thagaard 2009). Validitet handler også om du har fått gyldige og relevante data som kan bidra til å kaste lys over problemstillingen din, gjennom å stille relevante spørsmål i forhold til tema. Høy pålitelighet eller reliabilitet handler om at gjentatte målinger under samme og gjentatte betingelsene hver gang gir likt resultat. Dersom det er stor spredning i resultatet så indikerer dette et lite reliabelt mål. Et mål kan altså være reliabelt uten at det er valid. Idealet for vitenskap er høy reliabilitet og høy validitet (Svartdal 2011). Reliabiliteten kan knyttes til kvaliteten på den informasjonen som forskeren baserer seg på (Thagaard 2009). Det er vanskelig å svare på om funnene våre er sanne eller gyldige. Vi må heller ta stilling til hva funnene er sanne om, hva materialet og metoden gir muligheten til å si noe om og hvor overførbart resultatet er. Sammenhengen der resultatene er hentet fra vil være med å bestemme kunnskapens rekkevidde (Malterud 2013). Metodevalget stemte bra med det jeg ville å undersøke, da jeg ønsket å komme nært inn på andres historier og lytte til deres erfaringer om traumatiske kriser og møtet med hjelpeapparatet. I møtet med informantene var jeg bevisst på min egen forforståelse og jobbet aktivt for å sette den til side. Jeg reflekterte over min rolle som forsker, og om jeg med min fremtoning og fremgangsmåte har påvirket informantene på noen slags måte. Vi bærer våre egne erfaringer og kunnskap som lett kan påvirke påliteligheten i studien, noe som er svært viktig å ha fokus på gjennom hele prosjektet. Samtidig har jeg forsøkt å tolke dataene slik at informantens utsagn ble ivaretatt på best mulig måte. Jeg har intervjuet ni personer, og det er deres stemme som gav grunnlag for studiet. Som forsker påvirker man resultatet av studien ved å foreta valg helt fra start og gjennom hele prosessen. En studie der forskerens stemme er visket ut blir ingen forskningsstudie, men mer et referat med nedtegnelse av informantens erfaringer (Repstad, Johnsen og Halvorsen 2009). Intervjuguiden ble utarbeidet av meg etter semistrukturert mal, og dialog mellom meg og informant har utviklet seg slik at ingen intervju er like. Andre ville kanskje lagt vekt på andre tema, så min teoretiske forståelse og fortolkning har preget denne undersøkelsen. I forbindelse med transkriberingen vil vår egen forforståelse prege hva vi oppfatter og påvirke resultatet.

Det må påpekes at informasjon fra ni informanter fra et relativt sentrert område av Norge, ikke vil kunne gi et generalisert bilde av hele befolkningen. Men det kan likevel være med på å bidra som et supplement til annen forskning på feltet. I forhold til tidsperspektivet jeg har hatt til rådighet så tenker jeg at ni informanter er en ganske solid empiri, men sett i større

sammenheng så er det lite. En svakhet med studien er at det ikke er en tidsavgrenset periode til hvor lenge siden krisene fant sted, og at jeg har informanter som har historier fra 19 år tilbake og frem til for 2 år siden. Det er en spredning på over 17 år. Det vil nok ha noe å si for bearbeidingen deres av hendelsen, og forventningene til et hjelpetilbud. Et alternativ ville vært og sett på hvordan hjelpetilbudet er i nyere tid og eventuelt hvordan det har utviklet seg de ti siste år. Videre valgte jeg å ikke sende intervjuguiden til informantene i forkant, dette for å ikke påvirke svarene deres på noen slags måte med forberedelse og lignende. Jeg erfarte imidlertid at det kanskje kunne ha vært en fordel at de fikk et lite overblikk om temaer vi skulle innom før intervjuet, da flere uttrykte at de hadde tenkt mye på hvilke spørsmål som ville kunne komme.

## 6.0 Konklusjon og veien videre

### Oppsummering

Arbeidet med denne studien har gitt meg en større innsikt i hvordan det oppleves å miste noen brått og uventet, og hvordan hjelpeapparatet møter de etterlatte. Erfaringen med studien har også gjort meg til en tryggere fagperson og menneske i møte med personer som har opplevd traumatiske kriser og gjennomgår sorg. Informantene kom også med anbefalinger til hvordan etterlatte ønsker å bli møtt i en slik krise. Mitt klare siktemål med denne studien var å få belyst viktigheten av at alle som trenger det skal få et tilbud om hjelp, og at de skal slippe å oppsøke denne hjelpen selv. Selv om denne typen hendelser er noe man heldigvis møter sjelden både i hverdagen og faglig, så er det vel så viktig å øke forståelsen for temaet på alle plan i samfunnet vårt. Studien viste at det er et sprik mellom forventningene som de etterlatte har om hjelp og støtte både i nettverket og hjelpeapparatet, og den faktiske hjelpen de blir møtt med. Det har vært en stor utvikling på feltet de siste 25 årene, og all kunnskap sier oss at mennesker som opplever traumatiske kriser trenger og ber om oppfølging. Likevel fortalte informantene at de føler seg sviktet av systemet og nettverket, noe som påfører en merbelastning i tillegg til krisen de er i. Det var ikke alle som ble møtt av et hjelpeapparat, og de som ble det fortalte om varierende hjelpetilbud. Selv om føringene gir klare anbefalinger til hvilken hjelp som bør tilbys, så virker det som at det er tilfeldig hvem som får hjelp og hvilken hjelp som er tilgjengelig. Det varierer også mellom de forskjellige kommunene, noe som nok stammer fra valget kommunen har om å bygge opp psykososiale kriseteam selv, tilgjengelig kompetanse og at terskelen for å aktivere et kriseteam er forskjellig. Det er altså et



sprik mellom trenden med organisering av kommunale kriseteam, tanken om hva disse skal bidra med og den hjelpen som faktisk når ut til etterlatte. Vi bør lytte til de etterlatte, det er de selv som vet best hva som hjelper. Her er deres anbefalinger til hjelpeapparatet:

Etterlatte ber om å få tilbud om oppfølging, og et valg om å takke ja eller nei. De ønsker å få slippe å oppsøke hjelpen selv, da de ofte ikke er i stand til å tenke rasjonelt i kaoset. Dersom de takker nei, så må hjelpeapparatet komme tilbake og tilby hjelp en gang til. Hjelpen må vare over et lenger tidsrom enn i dag, og de ønsker et tilrettelagt tilbud for alle involverte parter. Etterlatte ber om å bli ivaretatt så lenge de selv synes det er behov. Hjelpeapparatet bør bestå av de samme personene over tid, og inkludere en person som tar seg av de praktiske ting som må ordnes med økonomi, forsikring og lignende. Ved behov må hjelpeapparatet opprette kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle samarbeidspartnere. Etterlatte sette søkelyset på måten dødsbudskap blir gitt på, og hvor viktig dette første møtet kan være for den videre prosessen. Barna må få hjelp og oppfølging på alle arenaer, og skoler og barnehager må lære å tilnærme seg temaet på en naturlig måte og snakke om det vanskelige. Det er nødvendig å få sørge ferdig og bruke den tiden det tar, og da trengs det gjerne både sykemelding og tilrettelegging en periode. Etterlatte ønsker åpenhet og at man snakker om den døde, og gjerne oppmerksomhet på merkedager. Alle bør få tilbud om deltakelse i sorggrupper eller traumegrupper.

### **Overførbarhet**

Flere kan dra nytte av funnene i denne studien. Først og fremst alle som kommer i kontakt med mennesker som opplever kriser utløst av brå og uventet dødsfall, gjennom psykososiale kriseteam, psykisk helsetjeneste og naturlige hjelpeapparat i slike situasjoner. Eksempel på sånne kan være lege, brannvesen, helsestasjon, sykehus, familievernkontor, barnevern, politi, prest, begravelsesbyrå, Røde kors og så videre. I tillegg vil også helsepersonell eller hjelpeapparat som til vanlig kommer i kontakt med mennesker som opplever vanskelige situasjoner og andre typer kriser, kunne dra nytte av kunnskapen fra funnene i denne studien til sitt arbeid. Funnene er også relevante for skoler og barnehager, i tillegg til bruker- og pårørende organisasjoner. Sist men ikke minst kan det være av stor betydning for de etterlatte at deres stemme kommer tydelig frem og blir tatt i betraktning. Slik vil de kunne bidra til å skape bedre åpenhet rundt temaet, og gi alle mennesker en bedre innsikt og mulighet til å få et normalisert forhold til det. Studien vil kunne bidra til å øke forståelsen for hvordan det oppleves å gå gjennom en traumatisk krise, og hvordan de etterlatte har behov for å bli møtt. Nytteverdien vil nok være størst i land som har organisert krisehjelpen på en samme måte som

i Norge, men kan også være verdifull for de som jobber på dette feltet i andre land. Dødsfall og sorg er noe som alle mennesker blir rammet av en eller flere ganger i livet, så studien kan således ha nytteverdi for alle som skal hjelpe mennesker i slike situasjoner.

### **Veien videre**

Det kom frem i min studie at det var for lite av alt av hjelpetilbud i krisene, og at det kunne vært gjort mer for å møte de etterlatte på en god måte. Jeg vil anbefale å standardisere organiseringen rundt psykososiale kriseteam i kommunene slik at det blir obligatorisk og ikke valgfritt. Slik det er i dag finnes kun anbefalinger til hvordan organisere det, noe som også muliggjør de forskjeller i hjelpetilbud som informantene forteller om. Det bør mer kompetanse inn, bedre rutiner for hva hjelpen faktisk skal bestå i, avklares hvem som skal være med i et hjelpeapparat og hvor lenge hjelpen skal vare. Det må også innføres oppfølgingsrutiner for barn og unge der det ikke finnes, dette er helt essensielt. Hjelpetilbudene bør også gjøres mer synlige, slik det er i dag så er det veldig få som vet hvilken hjelp som finnes og hvordan få tak i den. I tillegg må man se nærmere på rutinene rundt varsling til kommunens hjelpeapparat dersom brått og uventet dødsfall skjer på institusjon og sykehus. Man bør slik bestrebe at alle som trenger det får et likt hjelpetilbud som kan tilpasses den enkeltes behov på best mulig måte.

Det virker viktig å bygge opp et kompetansesenter på kriser og sorg slik at hjelpen når ut til flere. Dette vil kunne bidra til en kompetanseheving for fagpersoner som er i direkte kontakt med etterlatte i alle aldre, og fungere som et støtteapparat for alle som ellers trenger den kunnskapen. I tillegg vil jeg oppfordre til å innføre opplæring om sorg og krisesituasjoner i skolen, der barn fra tidlig alder lærer om hvordan slike hendelser påvirker livet vårt, vår psykiske helse, hva som er normale reaksjoner og hvordan handtere det dersom man selv eller andre opplever noe lignende. Det vil være en god start på å gi mennesker et naturlig forhold til temaet, og slik bidra til å endre måten vi tenker, føler og oppfører oss i slike situasjoner. Videre så gjorde funnene i studien meg oppmerksom på hvordan familierelasjoner kan lide overlast ved slike hendelser, og blir påvirket av mange forskjellige fenomener. Jeg vil derfor oppfordre til videre forskning på familier som er rammet av brå og uventede dødsfall, hvordan dette har påvirket dem og hvordan best kunne hjelpe dem som en familieenhet. Sist men ikke minst vil jeg vise til behov for mer forskning på hvordan å kunne ivareta den etterlattes sorgprosess på en bedre måte enn det synes å ligge til rette for i dag. Det bør tilrettelegges for at de etterlatte får ro og tid til å sørge i fred, og man bør se på hvilke

ordninger som muliggjør dette på best mulig måte uten å belaste de etterlatte mer enn de allerede er. Temaet rundt at sorg bør få en egen diagnose har vært aktuell de senere årene, og det oppfordres til videre forskning rundt dette.

## Referanser

- Aadland, Einar. 2011 *"og eg ser på deg"*. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, Tor Halvdan og Erik Fossåskaret. 2007. *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almvik, Arve og Lisbeth Borge. 2016. *Å sette farger på livet - Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Anstorp, Trine og Kirsten Benum. 2014. *Traume-behandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bonanno, George. A. 2004. «Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely evrsive events?» *American Psychologist*, 59. utg.: 20-28.
- Bugge, Kari Elisabeth, Hilde Eriksen, og Oddbjørn Sandvik. 2003. *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bugge, Kari Elisabeth, og Eline Grelland Røkholt. 2009. *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagkoforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bøe, Tore Dag, og Arne Thomassen. 2007. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid - Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Clements, Paul T., Joseph T. DeRainieri, Theresa. Fay-Hillier, og Gloria. C. Henry. 2003. «The benefits of community meetings for the cooperate settings after the suicide of a co-worker.» *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41. utg.: 44-49.
- Clements, Paul. T., Joseph T. DeRainieri, Gloria J. Vigil, og Kathleen M. Benasutti. 2004. «Life after Death: Grief Therapy After the Sudden Traumatic Death of a Family Member.» *Perspectives i Psychiatric Care*, 40. utg.: 149-154.
- Cullberg, Johan. 1975 *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, Johan. 1994. *Mennesker i krise og utvikling - en psykodynamisk og sosialpsykisk studie*. Gjøvik: H. Aschehoug & Co.
- Currier, J.M, J.M Holland, og R.A Neimeyer. 2006. *Sense-making, grief and the experience of violent loss; toward a mediational model*. Deathstudies, Memphis Tennessee, USA: Routhledge Taylor & Francis Group.
- Dahl, Alv A., og Trong F. Aarre. 2012. *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalen, Monica. 2004. *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Uniersitetsforlaget.
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- de Groot, M., J. de Keijser, og J. Neeleman. 2006. «Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first degree relatives.» *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2006, 36. utg.: 418-431.
- Dyregrov, Atle. 1985a. «Krisehjelpsteam.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 22. utg.: 206-210.

- Dyregrov, Atle. 1985b. «Psykologens arbeid i kriser og katastrofer: Hører vi hjemme i slikt arbeid?» *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 22. utg.: 273-275.
- Dyregrov, Atle. 2002a. *Når katastrofen rammer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dyregrov, Atle. 2006a. «Komplisert sorg: teori og behandling.» *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43. utg.: 779-786.
- Dyregrov, Atle. 2006b. *Sorg hos barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dyregrov, Atle og Kari Dyregrov. 2007. *Sosial nettteverkstøtte ved brå død*. Berg: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dyregrov, Atle, og Kari Dyregrov. 2008. *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dyregrov, Kari. 2000. «Offentlig hjelp til etterlatte i norske kommuner.» *Suicidologi*, 2. utg.: 16-17.
- Dyregrov, Kari. 2002b. «Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide.» *Death Studies*, 26. utg.: 647-668.
- Dyregrov, Kari. 2003. «Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: unhelpful and avoidant responses from the community.» *Omega*, 48. utg.: 23-44.
- Dyregrov, Kari. 2004. «Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord?» *Suicidologi*, 2004, 2. utg.: 8-11.
- Dyregrov, Kari. 2005. «Umyndiggjør fagfolk kriserammede?» *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 13-14. utg.: 1853 - 55.
- Dyregrov, Kari. 2006c. «Hvordan ønsker unge selvmordsetterlatte å bli møtt av psykologer? - en brukerundersøkelse.» *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43. utg.: 787-794.
- Dyregrov, Kari. 2006d. «Skolens viktige rolle etter selvmord.» *Bedre skole*, 1. utg.: 46-51.
- Dyregrov, Atle, Kari Dyregrov, og Pål Kristensen. 2014. *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?* <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/> (funnet 05 30, 2017).
- Dyregrov, Atle og Ingebretsen, Reidun. 1982. «Kriseintervensjon - teoretiskfundament og praktisk virkelighet.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 19. utg.: 583-594.
- Dyregrov, Kari, og Målfrid Litlere. 2009. «"Førstehjelperenes" møte med etterlatte ved selvmord - psykososiale utfordringer.» *Suicidologi*, 1. utg.: 21-24.
- Dyregrov, Kari, Dag Nordanger, og Atle Dyregrov. 2000. *Omsorg for etterlatte ved selvmord*. Bergen: Senter for krisepsykologi.
- Dyregrov, Kari, Einar Plyhn, og Gudrun Dieserud. 2009. *Etter selvmordet - veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Ekvik, Steinar. 2010. *Tårer uten en stemme. Når barn er blandt de som sørger*. Trondheim: Verbum Forlag.
- Falk, Bent og Anne Marie Smith. 1917. *Å være der du er: samtaler med kriserammede*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S, 1999.

- Freud, Sigmund. *Mourning and melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol.14)*. London: Hogart Press.
- Girgis, A., og R. W. Sanson-Fisher. 1998. «Breaking bad news1: current best advice for clinicians.» *Behavoioral Medicine*, 24. utg.: 53-59.
- Glad, Kristin Alve, Tine Kristin Jensen, og Grete Dyb. 2014. «Er det hjelp du har savnet etter terroranslaget på Utøya? Foreldrene forteller.» *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51. utg.: 537-545.
- Grad, Onja T, Sheila Clark, Kari Dyregrov, og Karl Andriessen. 2004. «What helps and what hinders the process of surviving the suicide og somebody close?» *Crisis*, 25. utg.: 134-139.
- Heggen, Kåre og Tor-Johan Ekeland. 2007. *Meistring og myndiggjering: -reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Helsepersonelloven*. Oslo.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. Oslo.[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=lov om helsemessig og sosial](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=lov%20om%20helsemessig%20og%20sosial).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester*.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunal helse- og omsorgstjeneste](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunal%20helse-og-omsorgstjeneste).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om pasientrettigheter*. Oslo.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
- Helsedirektoratet. 2017. *helsedirektoratet.no*. 18 05 2017.  
<https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-psykologer-i-kommunene> (funnet 2018).
- Helsedirektoratet. 2016. *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Veileder, Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
- Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen. 2006. *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendals akademisk.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Justis- og beredskapsdepartementet. 2018. *Lov om behandling av personopplysninger*. Oslo.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31/>
- Kristensen, Pål, Lars Weisæth, og Trond Heir. 2012. «Bereavment end Mental Health after Sudden and violent Losses; A review.» *Psychiatry*, 75. utg.: 76-97.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2014. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendals forlag.
- Li, Jong, Dorthe H. Precht, Preben .B. Mortensen, og Jørn Olsen. 2003. «Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study.» *The Lancet*: 363-367.
- Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Merlevede, Els, Daniel Spooren, Hilde Henderick, Gwendolyn Portzky, Walter Buylaert, Costantin Jannes, Paul Calle, Michele Van Staey, Conny De Rock, Lieve Smeesters et al. 2004. «Perception, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death.» *Elsevier Ireland Ltd.*, 2004: 342-348.
- Murphy, Susan Avis. 2000. «The use of research findings in bereavements programs: A case study.» *Death Studies*, 24. utg.: 585-602.
- Nilsen, Lisa Govasli, Lise Elin Stene, Kristin Alve Glad, Gertrud Sofie Hafstad, og Grete Dyb. 2017. *Oppfølgingen av de som overlevde Utøya - Erfaring med tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet*. Rapport nr 03/2017, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Raundalen, Magne og Atle Dyregrov. 1983. «Psykologisk intervensjon i familier med alvorlig syke barn; Terapeutiske hjelpemidler. Del 1.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*: 13-18.
- Rekdal, Kari Willie og Henning Herrestad. 2014. «Sorg og sykemelding.» *Suicidologi*, 1. utg.: 18-22.
- Repstad, Pål, Hans Christian Garman Johnsen, og Anne Halvorsen. 2009. *Å forske blandt sine egne: universitet og region - nærhet og uavhengighet*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Retterstøl, N., og L. Weisæth. 1985. *Katastrofer og kriser*. Kristiansand: Universitetsforlaget AS.
- Silvermann, David. 2006. *Interpreting Qualitative Data Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.
- Skants, Petter. 2008. *Omsorg i kriser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Stabrun, Erik Jørgen. 2014. *Bud bærer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stewart, Alan E. 1999. «Complicated bereavement and posttraumatic stress disorder following fatal car crashes: recommendation for death notification practice.» *Death Studies*, 23. utg.: 289-321.
- Stroebe, Margaret, Henk Schut, og Wolfgang Stroebe. 2011. «Helsemessige følger av sorg.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48. utg.: 883-897.
- Stroebe, Margaret, Henk Shut, og Wolfgang Stroebe. 2007. «Health outcomes of bereavement.» *The Lancet*, 370 utg.: 1960-1973.
- Stroebe, Margaret, og Henk Schut. 1999. «The dual process model of coping with bereavement: rationale and description.» *Death Studies*: 197-224.
- Svartdal, Frode. 2011. *Psykologiens forskningsmetoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thagaard, Tove. 2009. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, Eline. 2012. *Viteskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Van Ameringen, Michael, Catherine Mancini, Beth Patterson, og Michael H. Boyle. 2008. «Post-traumatic stress disorder in Canada.» *CNS Neuroscience & Therapeutics*: 171-181.

Waldenstrøm, Egil, Jan Haslerud, og Gerd-Ragna Bloch Thorsen. 2001. *Psykisk førstehjelp ved katastrofer, ulykker og kriser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Waldenstrøm, Egil. 2007. *Psykisk førstehjelp ved katastrofer, ulykker og kriser*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Weisæth, Lars og Lars Mehlum. 1993. *Mennesker traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Wittouck, Ciska, Sara Van Autreve, Eva De Jaegere, Gwendolyn Portzky, og Kees van Heeringen. 2011. «The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis.» *Clinical Psychology Review*, 31. utg.: 69-78.



## **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt**

**Prosjekt:** «Krise utløst av brå og uventet dødsfall»

**Ansvarlig:** Wanja K. Lien

**Veileder:** Karl Yngvar Dale

**Stuedsted:** Høgskolen i Molde

**Studieretning:** Master i helse- og sosialfag

### **Bakgrunn og hensikt**

Jeg er student ved Høgskolen i Molde, hvor jeg tar en mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner for sårbare grupper. Som et ledd i denne utdanningen skal jeg skrive en masteravhandling som skal slutføres våren 2018, hvor mitt tema er mennesker som har opplevd traumatiske kriser.

Til daglig jobber jeg som spesial vernepleier i psykisk helse og miljøterapeut i kommunalt psykisk helseteam. I tillegg er jeg med i kommunens psykososiale kriseteam, hvor vi holder på med en nyetablering av kriseteamet, tar kurs og lager nye rutiner. I denne prosessen fikk jeg et ønske om å forske mer på hvilken hjelp innbyggerne i en kommune opplever å bli møtt med når en traumatisk krise oppstår, og hva som oppleves som god hjelp.

Tema for studien er mennesker i krise, og oppmerksomheten rettes mot enkeltmennesket som opplever en traumatisk krise i livet. Jeg ønsker å fokusere på fenomenet i møtet mellom bruker og hjelpeapparatet.

Mennesker som opplever kriser mister kontroll over livet sitt i kortere eller lengre perioder. Krisehjelp er ikke behandling, men å hjelpe mennesket til vekst gjennom krisen. Hvordan vi møter kriser og hvordan vi får hjelp er avgjørende. I henhold til tidligere forskning er målene for krisehjelp å bistå mennesker i å få tilbake mestringsevnen og ferdigheter i problemløsning. Menneskets evne til å overleve er avhengig av tidligere livserfaring, og dette prosjektet ønsker

å fokusere på den subjektive opplevelsen av krise og møtet mellom den kriserammede og hjelpeapparatet.

**Problemstillingen er:** *Hvordan opplever mennesker i krise å bli ivaretatt av hjelpeapparatet?*

### **Hva innebærer deltakelse i studiet?**

Det vil være til stor hjelp for meg om du vil delta i undersøkelsen, og du får muligheten til å øke kunnskapen på dette feltet. Som deltager i undersøkelsen vil du få tilbud om et eksemplar av den endelige oppgaven.

Vi vil sammen finne et egnet sted og tidspunkt som passer til et intervju. Intervjuet vil ta ca. 1 time, og jeg ønsker å bruke lydopptak for å sikre at dataene blir registrert. Jeg ønsker også muligheten til å kontakte deg etterpå dersom noe er uklart, og du kan kontakte meg dersom det skulle være noe du lurer på. Om du trenger noen å snakke med etter intervjuet kan du kontakte meg, så vil jeg hjelpe deg i kontakt med noen i psykisk helseteam.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

All informasjon om deg vil bli behandlet konfidensielt og det er kun forsker som har tilgang på datamaterialet. Navnelisten vil bli oppbevart, kryptert med kode, på en minnepenn som kun forsker har tilgang til. Det er kun undertegnede som vil kjenne din identitet. Det vil heller ikke komme frem hvor du kommer fra. Intervjuet du gir vil bli anonymisert, transkribert og gjennomgått av undertegnede. Lydopptaket vil bli slettet etter at oppgaven har fått sensur og er godkjent innen 30.04.18. Datamaterialet vil dermed bli behandlet i overenstemmelse med etiske hensyn og formelle krav, slik at du ikke kan identifiseres i den endelige oppgaven. Det er også mulig at jeg som forsker vil publisere avhandlingen som en artikkel i et tidsskrift.

### **Frivillig deltagelse og innsynsrett**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil være mulig å trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt, både før og etter at intervjuet er gjennomført. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Du har innsyn i det som blir skrevet, og muligheten til å rette opp om noe er blitt feil, eller undertegnede har misoppfattet det du har sagt.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykke erklæringen. Har du spørsmål til studien, tar du kontakt med meg på telefon: 99698084.

Til informasjon så er min faglige veileder ved Høgskolen i Molde Karl Yngvar Dale, og kan nås på tlf.:91630393

Studien er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og blitt godkjent der 09.08.17

Selje, 27.06.17

Med vennlig hilsen

.....

Wanja Lien

## **Intervjuguide**

Jeg ønsker å benytte semistrukturert kvalitativt forskningsintervju (Kvale, et al. 2009). Mitt utgangspunkt er at vi lærer av å lytte til mennesker som har opplevd en eller flere traumatiske kriser av en slik art at de har vært i kontakt med hjelpeapparatet.

Problemstilling:

*Hvordan opplever mennesker i krise utløst av brå og uventet dødsfall i nær relasjon selve hendelsen og møtet med hjelpeapparatet?*

### **Del 1 Intro**

Navn, alder og bakgrunn

### **Del 2 Tanker, erfaringer og opplevelser**

1. Hva er det som gjør at du har lyst å la deg intervju om temaet krise?
2. Hvor gammel var du når det skjedde?
3. Har du lyst å fortelle hva som skjedde?
  - Hvordan opplevde og reagerte du på krisen?
  - Hva fikk du vite?
  - Var noen sammen med deg fra dine nære relasjoner når du fikk beskjeden?
4. Fikk du tilbud om å snakke med hjelpeapparatet?
  - Hvis ja – hvem?
  - Kom de til deg eller måtte du oppsøke dem?
  - Hvis nei- hadde det vært et ønske fra deg?

### **Del 3 Tilbakeblikk på hendelsen i dag**

5. Hvilke tanker og refleksjoner gjør du deg i etterkant om dine opplevelser?
6. Hvordan opplevde du å bli møtt av hjelpeapparatet?
  - Følte du deg sett og ivaretatt?
  - Hva var det beste med dette møtet?
  - Hva var det vanskeligste med dette møtet?

- Har du noen tanker om den ideelle måten å møte mennesker som opplever en krise på?
7. Hadde du noen nære familiemedlemmer eller venner du kunne snakke med?
- Hvem var hos deg, og hvilken betydning hadde det?

#### **Del 4 Erfaringer og anbefalinger**

8. I dag sitter du med en erfaring mange ikke har. Ønsker du å si noe om hvilken hjelp mennesker i krise kunne trenge?
- Utdype om det har vært spesielt viktig i møtet med hjelpeapparatet/venner/familie som har vært spesielt bra.
9. Tenker du at din historie og dine erfaringer har vært med å prege hvordan du opplevde denne krisen i livet ditt?
- Hva kan vi som møter mennesker i krise lære av din historie?
10. Hva synes du om å bli intervjuet om dette temaet?
11. Sitter du igjen med noe du ønsker å dele?
12. Ønsker du å få et ferdig transkribert intervju tilsendt for gjennomlesing før jeg bruker det i oppgaven?

## Samtykke til deltagelse i studien

Jeg bekrefter herved at jeg har lest informasjon og forespørsel om å delta i prosjektet som omhandler «Mennesker som opplever krise utløst av brå og uventet dødsfall», og samtykker heretter til å delta.

Prosjektet utgjør en del av en masterstudie i Helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde, og jeg er informert om at de opplysningene jeg gir vil bli behandlet konfidensielt. Jeg deltar frivillig i studien, og jeg er innforstått med at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi noen grunn.

Jeg vil delta i prosjektet:

«Hvordan opplever mennesker i krise å bli ivaretatt av hjelpeapparatet?»

Dato: ..... Sted: .....

Deltagerens navn,

blokkbokstaver:.....

Deltagerens signatur: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

----- Ja takk, jeg ønsker et eksemplar av prosjektoppgaven

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

Wanja K. Lien