Etterlattes møte med hjelpeapparatet etter selvmord

Silje L. Kaspersen
silje.l.kaspersen@sintef.no

Jorid Kalseth

Kim Stene-Larsen

Anne Reneflot

Forskningslitteraturen de siste 20 årene tegner opp viktige føringer for hjelp og oppfølging, men fortsatt vet vi for lite.

Dødsårsaksregisteret gir den vondeste og mørkeste av statistikkene: Hvert år de siste fem årene har rundt 650 personer, over 70 % menn, tatt sitt eget liv. Bare i perioden 2017 til 2021 mistet Norge 3222 liv i selvmord (Folkehelseinstituttet, 2022). Hvis vi antar, slik forskningslitteraturen ofte gjør, at det bak hvert selvmord er minst seks nære familiemedlemmer som må leve resten av sine liv som etterlatte, betyr det at bortimot 20 000 personer har opplevd et slikt traume bare de siste fem årene. Inkluderer vi kollegaer, medelever og venner i etterlatt-definisjonen blir tallet fryktelig høyt, og de aller fleste voksne vil ha kjent noen som tok livet sitt. I august 2022 publiserte forskere i SINTEF og ved Folkehelseinstituttet en kunnskapsoppsummering av forskningslitteratur på engelsk om bruk av helsetjenester og andre hjelperessurser blant etterlatte ved selvmord i nær familie (Kaspersen et al., 2022). I det følgende oppsummerer vi noen av hovedfunnene i artikkelen.

Etterlatte er selv i risiko

At noen som står oss nær tar sitt eget liv, er for de fleste etterlatte et voldsomt traume de må leve med resten av livet. Mange risikerer å utvikle komplisert sorg, som kjennetegnes ved at sorgen varer med uforminsket styrke over lang tid og går ut over den etterlattes funksjon i hverdagen. I forskningslitteraturen finner vi at nære etterlatte ved selvmord har to til tre ganger høyere risiko for selv å forsøke å ta sitt eget liv, sammenliknet med folk som ikke har opplevd selvmord i nær familie (de Groot et al., 2006; A. L. Pitman et al., 2016), og flere enn normalbefolkningen har selvmordstanker (Molina et al., 2019). Dermed kan det å hjelpe etterlatte til å håndtere sorgen være et selvmordsforebyggende tiltak i seg selv. Den etterlatte gjennomgår forskjellige sorgfaser, med varierende behov for støtte. I første fase kan sjokket være så stort og hverdagen så mørk, at det ikke er lett å vite eller sette ord på hvilken hjelp man trenger. I senere faser kan etterlatte oppleve at det er vanskelig, nærmest skamfullt, å be om hjelp. Resten av verden synes å ha gått fort videre, og den etterlatte kan oppleve en forventning fra omverdenen om at vedkommende også bør ha kommet seg videre. Både vi som medmennesker, og det profesjonelle hjelpeapparatet, må anerkjenne at det å oppleve selvmord i nær familie eller nær vennekrets, byr på noen ekstra sorgdimensjoner.

Ekstra sorgdimensjoner

Selv om forskningen på etterlatte bare utgjør en liten del av selvmordsforskningen, vet vi en god del om hvordan det oppleves å bli etterlatt ved selvmord, og hvordan det kan skille seg fra å være etterlatt

ved andre typer død. Sterk skyldfølelse knyttet til selvmordet, og det å stadig stille seg selv spørsmålet «Hva skulle jeg ha gjort annerledes for å forhindre at det skjedde?», er betegnende for mange etterlatte ved selvmord. Skamfølelse knyttet til en opplevelse av ikke å ha gjort nok, og tanker om hva andre tenker om dette, er også vanlig. I enkelte kulturer kan skammen knyttes til en følelse av at den avdøde har gjort noe ulovlig ved å ta sitt eget liv. At selvmord betraktes forskjellig i ulike kulturer og minoritetsgrupper, er viktig å være oppmerksom på både i helsetjenestene og øvrig hjelpeapparat. Sosialt stigma og en opplevelse av unngåelse og avvisning fra omverden er rapportert i flere studier av etterlatte ved selvmord – og i større omfang enn for etterlatte ved andre dødsårsaker. Mange etterlatte opplever sinne og frustrasjon mot den avdøde som del av den naturlige sorgreaksjonen, noe som kan gi ytterligere skyldfølelse og dårlig samvittighet. Mistillit til helsetjenestene som følge av at de ikke har klart å hjelpe en del selvmordsofre i tide er heller ikke uvanlig, og kan påvirke hvilken hjelp den etterlatte selv ønsker fra helsetjenestene.

I forskningslitteraturen fant vi også en skjevhet i hvilke stemmer som har bidratt til forskningen på feltet. Kvinner er overrepresentert, både fordi det er flere kvinner som blir etterlatte ettersom menn tar livet sitt, men også fordi kvinner i større grad melder seg til å delta som informanter i forskning. Vi trenger mer forskningsbasert kunnskap om etterlatte av andre kjønn enn kvinner, fra minoritetsgrupper i det norske samfunnet, og fra barn og unge.

Ressurser om selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte ved selvmord

Ved å øke egen kunnskap om hvordan vi møter mennesker i selvmordsfare og etterlatte ved selvmord, kan vi kanskje senke terskelen for å tørre å spørre om hvordan det går, og bli tryggere på at vi tåler et ærlig svar. For de som har lyst til å lære mer om hva man kan si og hvordan man kan møte mennesker i selvmordsfare, anbefaler vi å besøke Vivat selvmordsforebygging sine hjemmesider, https://vivatselvmordsforebygging.net/, og ta en titt på brosjyrer, videosnutter og kurs.

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) har egne fylkeslag og arrangerer jevnlig møter, aktiviteter og treff for etterlatte. Det er en egen ungdomsavdeling for unge etterlatte og berørte ved selvmord, hovedsakelig for de mellom 16–35 år (Unge LEVE). LEVE organiserer også likepersonsarbeid hvor man som etterlatt kan få oppfølging og tid sammen med en annen etterlatt (se www.leve.no).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har informasjon, utdanninger og kurs i selvmordsforebygging, særlig rettet mot helsepersonell. NSSFs krisehjelpside www.nssfinfo.no gir tilpasset informasjon om hvor man skal henvende seg ved selvmordsfare.

Senter for krisepsykologi i Bergen har utviklet nettsiden www.kriser.no med rutiner og anbefalinger for psykososial oppfølging etter ulike traumatiske hendelser, herunder selvmord, for fagfolk i kommunene. De driver også nettstedet sorggrupper.no.

Landsforeningen uventet barnedød og Sorgstøttealliansen arrangerer og deltar på fagkonferanser både nasjonalt og internasjonalt (https://lub.no/vart-tilbud/kurs-og-arrangementer/).

Folkehelseinstituttet presenterer tall på selvmord over tid i Dødsårsaksregisteret (se https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/), og har i likhet med NSSF flere store forskningsprosjekter gående om selvmord og selvmordsforebygging. Mye av det vi vet om

selvmord og selvmordsforebygging i Norge, framgår også av regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025, som finnes på Regjeringens hjemmesider.
Det finnes flere lærebøker på norsk om selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte ved selvmord, for eksempel:

- Lars Mehlum (red.) (1999). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i praksis*. Høyskoleforlaget.
- Kari Dyregrov, Einar Plyhn, Gudrun Dieserud. (2010): *Etter selvmordet – veien videre*. Abstrakt.
- Atle Dyregrov & Kari Dyregrov. (2017). *Mestring av sorg. Håndbok for etterlatte og hjelpere*. Forlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øivind Ekeberg & Erlend Hem. (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Gyldendal Akademisk.
- Kari Dyregrov & Vigdis Songe-Møller (red.) (2021). *Nye perspektiver på selvmord. Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. Cappelen Damm.
- Heidi Hjelmeland. (2022). *Selvmordsforebygging – for å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm akademisk.

Forskning på hjelp til etterlatte

En av Norges mest erfarne forskere på etterlatte ved selvmord, Kari Dyregrov, har tidligere vist at 70–80 % av etterlatte foreldre og etterlatte ungdommer i Norge hadde behov for medisinsk eller psykologisk behandling av sorgen. Etterlatte barn etter foreldres selvmord er spesielt utsatt, med økt risiko for depresjon, dårlige resultater på skolen og selvmord (Dyregrov, 2002; Dyregrov, 2009a, 2009b; Dyregrov et al., 2014). I Danmark har man funnet at rundt en tredjedel av de etterlatte oppsøkte hjelp fra en frivillig hjelpeorganisasjon innen seks måneder (Erlangsen et al., 2021), mens en fersk studie av italienske etterlatte ved selvmord fant at 57 % av deltakerne i studien søkte profesjonell hjelp etter selvmordet (Entilli et al., 2021). Vi trenger mer kunnskap fra Norge om hvor mange etterlatte som får hjelp fra helsetjenestene og andre støttetilbud etter selvmord, og hvordan det går med dem på lang sikt.

Da vi ønsket å oppsummere den internasjonale forskningslitteraturen om oppfølging av etterlatte ved selvmord fra 2010 og fram til mars 2022, hadde vi i utgangspunktet tenkt å konsentrere oss om oppfølging i helsetjenestene. Vi skjønte fort at det ble for smalt. I oppfølging av etterlatte ved selvmord viser forskningen at støtte- og sorggrupper, likepersonsarbeid og internettressurser er viktige supplement til de ordinære tjenestene (Adshead & Runacres, 2022; Ali & Lucock, 2020; B. Feigelman & Feigelman, 2011; Lestienne et al., 2021; Shields et al., 2017). Kanskje nettopp på grunn av de ekstra sorgdimensjonene opplever mange, men ikke alle, etterlatte ved selvmord det som nyttig å dele sine erfaringer med andre som har opplevd det samme. Flere av studiene vi fant, pekte på at sorggrupper og likepersonsarbeid kan motvirke sosial isolasjon og stigma og normalisere sorgprosessen på en måte som ikke nødvendigvis oppleves i de ordinære helsetjenestene (Lester, 2012; McKinnon & Chonody, 2014; Peters et al., 2016; Pitman et al., 2014). Samtidig pekes det på viktigheten av at de som skal lede gruppene eller likepersonsarbeidet, er godt kurset og utdannet, og at de er bevisste på at de ikke må dominere gruppen for mye selv. Flere av artiklene nevnt over peker på negative konsekvenser av å delta i sorggrupper og likepersonsarbeid; å høre andres historier og å dele egne erfaringer kan

oppleves tungt og potensielt retraumatriserende, ubalanserte grupper der noen få dominerer oppleves ikke bra, og klikkdannelser i gruppa kan virke ekskluderende. Det er viktig at etterlatte ved selvmord får anerkjent sine ulike behov for hjelp, og at «hjelpemenyen» tilpasses dette. Det meste av den forskningsbaserte kunnskapen vi har om støttegrupper og likepersonsarbeid, er basert på kvalitative studier, og det hadde vært nyttig å se større kvantitative effektstudier på dette feltet.

Det er en generell mangel på kunnskap om etterlattes egne pasientforløp i helsetjenestene etter selvmordet, og om sammenhengen mellom helsetjenestebehov og helsetjenestetilbud for denne gruppen – både i Norge og internasjonalt (Maple et al., 2018). Det meste av forskningen er gjort på psykologisk behandling av komplisert sorg, og vi savner mer kunnskap om behandling av andre psykiske lidelser (noen studier peker f.eks. på at posttraumatisk stresslidelse kan være underdiagnostisert blant etterlatte), somatiske diagnoser og komorbiditet. Vi savner også studier av oppfølging av etterlatte i ulike faser av sorgen, ettersom behovene i akuttfasen rett etter selvmord vil være annerledes enn et halvt år, ett år og ti år etterpå.

I Danmark har forskere funnet at for hver ekstra 10 km kjøreavstand til tjenester som er skreddersydd for etterlatte ved selvmord, går bruken av tjenestene ned med 15 % (Erlangsen et al., 2021). I Norge har de færreste etterlatte som ikke bor i de store byene et spesialtilbud i umiddelbar nærhet, og må bruke de generelle helsetjenestene som fastlege eller psykisk helse-enheten i kommunen. Dette er et argument for å øke den generelle kunnskapen om selvmordsoppfølging i hele primærhelsetjenesten, andre etater (f.eks. NAV, barnevern, PPT, politi) og i befolkningen generelt. Forskningen viser også at vi kan ha positive forventninger til nye internettbaserte selvmordsoppfølgingstjenester, som for mange vil kunne fungere uavhengig av geografi og reisebudsjett (Lestienne et al., 2021). Digitale verktøy vil også gi større muligheter til å sette sammen mer målrettede grupper nasjonalt, der de etterlatte kan møte andre som har mistet noen de hadde en tilsvarende relasjon til (f.eks. en far, en bror eller en datter), noe som har vist seg viktig for mange (Pitman et al., 2014).

Fastlegens rolle

Mange av forskningsartiklene vi inkluderte i vår oppsummering, pekte på at fastlegen kan ha en helt sentral rolle i oppfølgingen av etterlatte, men at det er noen svakheter i systemet som gjør at fastlegene ikke alltid kommer i posisjon til å hjelpe (An Fhaili et al., 2016; W. Feigelman et al., 2020; Wainwright et al., 2020). Ei heller er det alle fastleger som føler at de har kompetanse og tid nok til å hjelpe pasientene med kompliserte sorgprosesser. Det er som regel pasienten selv som må ta den første kontakten for å ytre behov for hjelp, og det er ikke automatikk i at pasienten settes opp på faste timeavtaler fram i tid. I flere studier fra utlandet har etterlatte rapportert at de ikke alltid møter en genuin forståelse for sitt tap hos fastlegen, mens en studie av fastlegers møte med foreldre som hadde mistet et barn i selvmord, viste at fastlegene opplevde at de ikke hadde nok kompetanse på feltet og følte seg uforberedt i møte med foreldrene. Noen fastleger hadde også skyldfølelse knyttet til å ikke å ha fått hjulpet barnet som hadde tatt livet sitt, og unngikk dermed kontakt med foreldrene (Wainwright et al., 2020). For en del etterlatte har fastlegen vært den aller viktigste hjelperen, men vi ser et behov for mer kunnskap om hvordan etterlatte ved selvmord får gode pasientforløp hos fastlegen, og hvordan vi kan sikre at oppfølgingen skjer systematisk over tid.

… å hjelpe etterlatte til å håndtere sorgen [kan] være et selvmordsforebyggende tiltak i seg selv

De første som kommer til

Forskningslitteraturen viser videre at de første som kommer til etter et selvmord, det være seg for eksempel politi, ambulansepersonell, frivillig letemannskap, begravelseskonsulenter eller prest, spiller en viktig rolle i møtet med de pårørende og hvordan deres videre sorgforløp blir (Andriessen et al., 2021; Hofmann et al., 2021; A. Pitman et al., 2016). Slike såkalte first responders bør være trenet i å møte de ekstra sorgdimensjonene etterlatte ved selvmord står i. Det også viktig at de sørger for å informere godt om hva som skal skje videre, og bidrar til å skape kontinuitet i tjenesteforløpet, for eksempel ved at de aldri forlater de etterlatte før en annen tjeneste har tatt over oppfølgingen. Flere studier fra utlandet pekte på dårlig oppfølging, mangel på empati og lite informasjon fra politiet, som ifølge de etterlatte ofte selv kunne virke ukomfortable og overveldet av situasjonen. I noen tilfeller kan også etterlatte få en rolle som mistenkt i saker som ikke umiddelbart klarer å skille mellom mistenkelig dødsfall og selvmord, og under slike omstendigheter er politiets håndtering av møtet med de etterlatte svært sensitivt. Det er en generell utfordring at det kan være mange etater inne i akuttfasen, der de gir stafettpinnen fort videre til andre tjenester i en fase preget av sjokk og avmakt for de etterlatte, og der det ikke nødvendigvis er et system som fanger opp den etterlatte på sikt, hvis den etterlatte ikke selv ber om det.

Hva blir viktig i fortsettelsen?

Det var en stor økning i publikasjoner med tema oppfølging av etterlatte ved selvmord fra 2019 og utover; 40 % av studiene mellom januar 2010 og mars 2022 ble publisert i 2019 eller senere. Det er sannsynlig at ekstra søkelys på psykisk helse og risikoen for selvmord under COVID-19-pandemien har bidratt til den kraftige økningen i publikasjoner. Høsten 2020 la regjeringen fram en ny handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Med den ble det innført en nullvisjon for selvmord i Norge, ment som en forpliktelse om å jobbe ut ifra at vi ikke har noen å miste. Det presiseres at nullvisjonen skal gjelde hele samfunnet, fordi arbeidet med å forebygge selvmord hører hjemme i alle sektorer, og angår oss alle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Vi trenger mer kunnskap fra Norge om hvor mange etterlatte som får hjelp fra helsetjenestene og andre støttetilbud

Vår kunnskapsoppsummering (Kaspersen et al., 2022) har vist at man har en del erfaringer med og kunnskap om behovet for helsetjenester og andre støtteressurser til personer som er etterlatt ved selvmord, men at vi mangler kunnskap om deres hjelpsøkeratferd, pasientforløp og koordinering av tjenestene. Vi vet heller ikke nok om hvordan det går med etterlatte på lang sikt, i hvilken grad de havner utenfor skole og arbeidsliv som følge av den traumatiske livshendelsen det er å oppleve et selvmord på nært hold, og ikke minst hvordan vi effektivt kan forhindre negative utfall for de etterlatte. Mulige negative konsekvenser av hjelpetiltak og støttetilbud er det også forsket lite på. Vi ser et behov for å øke den generelle kompetansen, både i befolkningen og i tjenestene, om hvordan man møter og støtter etterlatte ved selvmord. Helsetjenester, etater som møter etterlatte i akuttfasen

og andre støtteressurser som sorggrupper, likepersonsarbeid og internettbaserte ressurser må tilpasses den enkeltes behov, og det må være god opplæring av de som skal fasilitere slike tjenester. Man kommer langt med å utvise empati og inngående forståelse av de etterlattes situasjon, og ved å huske at behovet for hjelp kan endre seg underveis, noe som taler for en proaktiv tilnærming fra tjenester og støtteressurser.

Referanser

Adshead, C. & Runacres, J. (2022). Sharing is Caring: A Realist Evaluation of a Social Support Group for Individuals Who Have Been Bereaved by Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. https://doi.org/10.1177/00302228211070152

Ali, F. & Lucock, M. (2020). 'It's like getting a group hug and you can cry there and be yourself and they understand'. Family members' experiences of using a suicide bereavement peer support group. *Bereavement Care, 39*(2), 51 - 58. https://doi.org/10.1080/02682621.2020.1771951

An Fhaili, M. N., Flynn, N. & Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: A qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice, 66*(643), e92-e98. https://doi.org/10.3399/bjgp16X683413

Andriessen, K., Krysinska, K., Pirkis, J. & Rickwood, D. (2021). "Finding a safe space": A qualitative study of what makes help helpful for adolescents bereaved by suicide. *Death Studies, 1–11*. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1970049

de Groot, M. H., de Keijser, J. & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(4), 418 - 431. https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.418

Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies, 26*(8), 647 - 668.https://doi.org/10.1080/07481180290088356

Dyregrov, K. (2009a). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *OMEGA - Journal of Death and Dying), 59*(3), 221 - 238. https://doi.org/10.2190/OM.59.3.c

Dyregrov, K. (2009b). The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? *OMEGA - Journal of Death and Dying, 59*(2), 147 - 161. https://doi.org/10.2190/OM.59.2.d

Dyregrov, K., Berntsen, G. & Silviken, A. (2014). The need for and barriers to professional help - a qualitative study of the bereaved in Sámi areas. *Suicidology Online, 5*(1), 47 - 58.

Entilli, L., Leo, D. D., Aiolli, F., Polato, M., Gaggi, O., & Cipolletta, S. (2021). Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. https://doi.org/10.1177/00302228211024112

Erlangsen, A., Fleischer, E., Gunnell, D. & Nordentoft, M. (2021). Characteristics of Survivors of Suicide Seeking Counseling From an NGO in Denmark: Analyses of a National Database. *Archives of Suicide Research, 26*(3), 1362 - 1377. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1903636

Feigelman, B. & Feigelman, W. (2011). Suicide Survivor Support Groups: Comings and Goings, Part II. *Illness, Crisis & Loss, 19*(2), 165 - 185. https://doi.org/10.2190/IL.19.2.e

Feigelman, W., Sanford, R. L., & Cerel, J. (2020). Do Primary Care Physicians Help the Bereaved With Their Suicide Losses: Loss Survivor Perceptions of Helpfulness From Physicians. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 80*(3), 476 - 489. https://doi.org/10.1177/0030222817742822

Folkehelseinstituttet. (2022, 9. juni). *Dødsårsaksregisteret- statistikkbank. D1: Dødsfall etter kjønn, alder og dødsårsak*. http://statistikkbank.fhi.no/dar/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/

Hofmann, L., Glaesmer, H., Przyrembel, M. & Wagner, B. (2021). The Impact of Police Behavior During Death Notifications on Mental Health of the Bereaved: A Cross-Sectional Study. *OMEGA -Journal of Death and Dying*. https://doi.org/10.1177/00302228211019202

Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2022). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *International Journal of Envronmental Research and Public Health, 19*(16). https://doi.org/10.3390/ijerph191610016

Lester, D. (2012). Bereavement after Suicide: A Study of Memorials on the Internet. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 65*(3), 189 - 194. https://doi.org/10.2190/OM.65.3.b

Lestienne, L., Leaune, E., Haesebaert, J., Poulet, E. & Andriessen, K. (2021). An integrative systematic review of online resources and interventions for people bereaved by suicide. *Preventive Medicine, 152*, 106583. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106583

Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A. & Andriessen, K. (2018). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed strategic research agenda. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 39*(4), 275 - 282. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498

McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the formal supports used by people bereaved through suicide: A qualitative study. *Social Work in Mental Health, 12*(3), 231 - 248. https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637

Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H. & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences, 9*(5), 53. https://doi.org/10.3390/bs9050053

Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(5), 418 - 425. https://doi.org/10.1111/inm.12224

Pitman, A., Khrisna, A., Kennedy, N., De Souza, T., King, M. & Osborn, D. (2016). Priorities for the development and evaluation of support after suicide bereavement in the UK: results of a discussion group. *Bereavement Care, 35*(3), 109 - 116. https://doi.org/10.1080/02682621.2016.1254457

Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 86 - 94. https://doi.org/10.1016/S2215-0366%2814%2970224-X

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K. & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open, 6*(1), e009948. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948

Shields, C., Kavanagh, M. & Russo, K. (2017). A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 74*(4), 426 - 454. https://doi.org/10.1177/0030222815612281

Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B. & McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice, 70*(691), e102–e110. https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849

Publisert: 01.11.2022, Tidsskrift for Norsk psykologforening.