



LEVE-rapport

# Selvmordsforebygging

Nasjonalt panel av etterlatte og berørte ved selvmord



Denne rapporten fra LEVE oppsummerer resultatene fra en spørreundersøkelse om selvmordsforebygging gjennomført i januar 2026. Respondentene er hentet fra LEVEs nasjonale panel av etterlatte og berørte ved selvmord. Totalt 54 personer har deltatt i undersøkelsen. Tusen takk for at dere har svart og gitt verdifulle bidrag til LEVEs arbeid.

Oslo, mai 2026



Telefon: [+47 22 36 17 00](tel:+4722361700)

E-post: [post@leve.no](mailto:post@leve.no)

Org. nr: 981 666 437

## Innhold

Innledning.....	3
Utvalg .....	4
Kjønn og alder .....	4
Utdanning.....	4
Etnisk og kulturell bakgrunn .....	4
Geografisk spredning.....	4
Tapserfaringer .....	4
Et ensrettet utvalg .....	5
Erfaring med å være pårørende til personer i selvmordsfare .....	6
Relasjon til personen i selvmordsfare.....	7
Mulige bakenforliggende årsaker til selvmordsfare.....	7
Forebygging av selvmordsfare .....	7
Erfaringer som pårørende .....	8
Kontakt med psykisk helsevern .....	9
Erfaring med egne selvmordstanker .....	10
Bakenforliggende faktorer til egne selvmordstanker .....	10
Hjelp og støtte.....	11
Fravær av hjelp.....	12
Erfaring med å miste noen i selvmord .....	14
Relasjon til avdøde .....	14
Avdødes alder .....	15
Tid siden dødsfallet .....	15
Hjelp og støtte etter selvmord .....	16
Relasjoner i familien, til venner og på jobb.....	18
Oppsummering .....	21

# Innledning

Høsten 2025 etablerte LEVE et nasjonalt panel for etterlatte og berørte etter selvmord for systematisk å kunne innhente erfaringer med selvmord blant medlemmene. Formålet med panelet er å bygge opp en nasjonal ressurs av erfaringskompetanse som kan styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. All deltakelse skjedde frivillig på grunnlag av informert samtykke.

Etterlatte og berørte etter selvmord representerer en verdifull – men ofte underutnyttet – ressurs som kan bidra til å forstå og forebygge selvmord. Gjennom panelet kan kunnskap og innsikt samles, struktureres og videreutvikles til et kunnskapsgrunnlag som kan brukes til å avdekke kunnskapshull, identifisere behov for nye tiltak og formulere nye og relevante forskningsspørsmål. Tanken er at brukerpanelet skal være en varig ressurs man kan henvende seg til gjentatte ganger, etter hvert som nye problemstillinger og spørsmål oppstår.

Panelmedlemmene består i hovedsak av medlemmer i LEVE, men panelet er åpent for alle etterlatte og berørte etter selvmord. Per i dag omfatter brukerpanelet 76 medlemmer, og det arbeides fortløpende med å rekruttere flere. Dersom forskere ønsker tilgang til data fra panelet, vil dette kreve en egen formell forespørsels- og vurderingsprosess før eventuelt deling eller samarbeid finner sted.

Den første undersøkelsen panelet svarte på ble gjennomført i januar 2026. Data fra undersøkelsen presenteres i denne rapporten. Hensikten med undersøkelsen var å stille åpne spørsmål for å avdekke om det finnes temaer som er viktige for etterlatte og berørte, men som i liten grad adresseres i hjelpeapparatet, i det offentlige rom eller i samtaler med de berørte selv. Med andre ord ønsket vi å identifisere hva vi ikke vet. I forlengelsen av dette ville vi også utforske hva etterlatte og berørte selv mener er nyttig og nødvendig – både for å forebygge selvmord og for å sikre god oppfølging av etterlatte. Hva er det som faktisk virker?



For å belyse disse spørsmålene har vi brukt et åpent spørreskjema. Skjemaet er utviklet av Fagansvarlig Selvmordsforebygging i LEVE, basert på vår kjennskap til forskningsfeltet og erfaringer fra sorgstøtte og likepersonsarbeid.

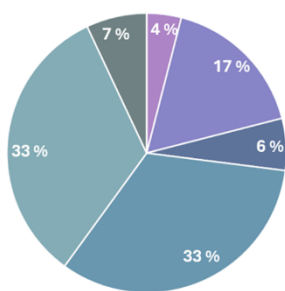
Spørreskjemaet består av tre typer spørsmål. Den første typen har *lukkede* svaralternativer, som gir konkrete, målbare og avgrensede svar. Samtidig begrenses svarene til det vi på forhånd har definert som mulige responser og følgelig til det som allerede er delvis kjent. Med tanke på formålet med denne undersøkelsen ville slike spørsmål alene ikke gitt et tilstrekkelig nyansert bilde. Derfor er mange av spørsmålene *delvis åpne*, det vil si at informantene har kunnet legge til kommentarer.

Det er også noen helt åpne spørsmål. Fordelen med et åpent spørreskjema er at det gir et rikere og mer mangfoldig datamateriale. Samtidig gjør kombinasjonen av tall- og tekstsvar materialet mer sammensatt og krevende å analysere.

Spørreskjemaet er delt inn i tre deler fordi det finnes tre ulike, og ikke alltid overlappende, erfaringsgrunnlag knyttet til selvmord. Den første delen kartlegger erfaringer med å være pårørende til personer i selvmordsfare. Den andre delen handler om erfaringer med egne selvmordstanker, og den tredje delen om erfaringer med å miste noen i selvmord.

## Utvalg

Utvalget i undersøkelsen består av 54 personer. Alle informantene er medlemmer av det nasjonale panelet for etterlatte og berørte etter selvmord. Panelet har totalt 76 medlemmer, disse ble rekruttert gjennom annonsering på LEVEs hjemmeside og i sosiale medier. Invitasjon til å delta i undersøkelsen ble sendt på e-post til alle paneldeltakerne, og 54 av dem samtykket til å delta.



Alder	Andel i %
20-29 år	4
30-39 år	17
40-49 år	6
50-59 år	33
60-63 år	33
70-79 år	7
n=54	

## Kjønn og alder

Det er en klar overvekt av kvinner i utvalget (91 %), mens 9 % er menn. Informantene i utvalget har en høy gjennomsnittsalder; de fleste av informantene befinner seg i aldersgruppen 50–70 år, til sammen er 73 % er over 50 år.

## Utdanning

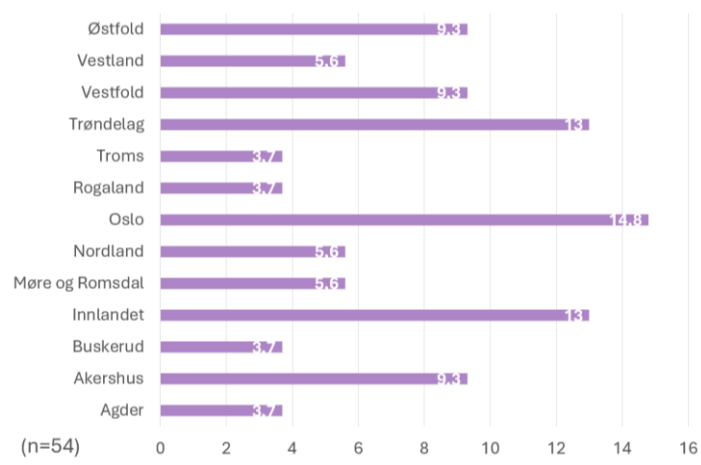
Det er en overrepresentasjon av informanter med høyere utdanning (70 %). Blant de øvrige har de fleste fullført videregående opplæring (38 %), mens 2 % oppgir grunnskole som høyeste utdanning.

## Etnisk og kulturell bakgrunn

På spørsmål om hvordan de vil beskrive sin etniske eller kulturelle bakgrunn, svarer 98 % «norsk». De resterende 2 % oppgir «nordisk».

## Geografisk spredning

Når det gjelder geografisk spredning, er utvalget variert. Kun Finnmark og Telemark er ikke representert. Oslo, Trøndelag og Innlandet har flest deltakere.



## Tapserfaringer

98 % av informantene oppgir at de har mistet noen i selvmord. De fleste (68 %) har mistet én nærstående, mens 30 % har mistet to eller flere. Det er en tydelig overvekt av informanter som har mistet eget barn (52 %). Hvilke relasjoner informantene har til avdøde er nærmere beskrevet i siste del av rapporten, *Erfaringer med å miste noen i selvmord*.

## Et ensrettet utvalg

Utvalget er ikke representativt. Funnene fra undersøkelsen må derfor sees i lys av at de stammer fra et begrenset og ikke-representativt utvalg. Likevel mener LEVE at levde erfaringer er et svært viktig bidrag til det kunnskapsgrunnlaget LEVE ønsker å danne. Det arbeides fortløpende med å rekruttere flere til det nasjonale panelet, særlig med tanke på å øke variasjonen blant deltakerne. Lykkes vi med dette, kan utvalget i kommende undersøkelser få en bredere sammensetning.

## Erfaring med å være pårørende til personer i selvmordsfare



I den første delen av undersøkelsen svarer informantene på spørsmål om erfaringer som pårørende til noen i selvmordsfare. Vi bruker pårørendebegrepet så lenge personen med selvmordstanker er i live. Man kan dermed være pårørende til noen som har selvmordstanker, og fortsatt være det dersom personen overlever. Dersom personen tar sitt eget liv, blir man etterlatt og er ikke lenger pårørende.

På spørsmål om man har erfaring som pårørende til noen i selvmordsfare, svarer 46 % ja. Samtidig vet vi at 98 % av informantene i undersøkelsen har mistet noen i selvmord. Diskrepansen mellom disse tallene kan ha flere forklaringer. Noen informanter har sannsynligvis ikke kjent til selvmordsfaren hos den som tok livet sitt, og har derfor ikke opplevd seg som pårørende før dødsfallet. Andre kan ha hatt en relasjon til avdøde som gjorde at de regnet seg som berørt etter dødsfallet, men ikke som pårørende mens personen var i live. To av tre som oppgir å ha vært pårørende til noen i selvmordsfare, sier at de ikke lenger er det. Av disse har 85 % mistet personen i selvmord.

Blant de 46 % som oppgir å ha vært pårørende, svarer én av fem at de har vært pårørende til mer enn én person i selvmordsfare. Disse informantene har derfor besvart denne delen av spørreskjemaet to ganger – én gang for hver person i selvmordsfare.

## Relasjon til personen i selvmordsfare

Halvparten av de pårørende (50 %) oppgir at de har vært pårørende til egne barn i selvmordsfare. Som vist i kapittelet om utvalget, har 52 % av informantene også mistet et barn i selvmord. Det er derfor sannsynlig at disse gruppene i stor grad overlapper. Fordelingen i de øvrige kategoriene følger et lignende mønster, der søsken er den nest hyppigste relasjonen. Noe flere oppgir å ha vært pårørende til ektefelle eller partner (10 %) enn antallet som har mistet ektefelle eller partner i selvmord (4 %).

Relasjon	Andel i %
Eget barn	50
Søsken	17
Ektefelle/partner	10
Forelder	7
Annen slektning	3
Kollega	3
Venn	3
Annet	7

n=30

## Mulige bakenforliggende årsaker til selvmordsfare

Selvord og selvmordsfare har sjelden én enkelt forklaring. Da vi spurte informantene om hvilke faktorer de mente kunne ha bidratt til at personen var i selvmordsfare, var det oppgitt flere svaralternativer. I gjennomsnitt valgte pårørende – her informantene 3,8 faktorer, noe som illustrerer hvor sammensatt bakgrunnen for selvmordsproblematikk ofte er. Det viser også at pårørende opplever situasjonen som preget av flere samtidige belastninger, snarere enn én tydelig årsak.



Av diagrammet ser vi at det å ha ulike former for psykiske vansker og/eller psykiske lidelser, er den faktoren flest pårørende peker på som grunnlag for selvmordsfaren. Ensomhet og utenforskap skårer også høyt, det samme gjør prestasjonspress. I tillegg mener 40% av informantene at vanskelige relasjoner i familien kan ha bidratt til selvmordsfare.

Vurderingene som informantene her har gjort må sees i lys av relasjonen mellom informantene og personene de har vært pårørende til. Når halvparten av informantene oppgir å ha vært pårørende til egne barn, kan vi anta at gjennomsnittsalderen blant dem som var i selvmordsfare var relativt lav. Det kan ha betydning for hvilke faktorer som fremstår som mest relevante, særlig med tanke på faktorer som påvirkes av alder. For eksempel vil gjeld, økonomiske vansker og fysisk uhelse være formodentlig mindre utbredt bakenforliggende faktorer hos yngre mennesker enn hos eldre.

## Forebygging av selvmordsfare

I undersøkelsen ble deltakerne bedt om å svare på følgende åpne spørsmål: «Oppgi hva du tenker kunne ha bidratt til å forebygge selvmordstankene». Totalt 23 informanter valgte å besvare

spørsmålet. Teksten nedenfor er en sammenfatning av hovedpunktene i svarene som kom inn. For å forebygge selvmordstanker er det avgjørende med et helsevesen som lytter og er tilgjengelig. Mange opplever å bli avvist når de ber om hjelp, eller å bli skrevet ut for tidlig. Deltakerne etterlyser bedre og mer regelmessig oppfølging av personer de er pårørende til, lavere terskel for akutthjelp i kommunen og en trygghet på at man blir trodd og tatt på alvor. De oppgir videre at hjelpen bør være helhetlig, man må behandle både spesifikke diagnoser, men også traumer, rus, familieforhold og utfordringer for eksempel med Nav.

Samarbeid med familien er også et sentralt tema i tilbakemeldingen fra pårørende. De fremhever betydning av at foreldre, skole og behandlere må ha større bevissthet og kunnskap om psykisk helse og selvmordsproblematikk. Informantene ønsker at pårørende inkluderes og får tydelig informasjon, slik at personvern og lover ikke står i veien for å redde liv.

Pårørende til mennesker i selvmordsfare peker på flere ulike tiltak som potensielt forebyggende. Økt kompetanse om selvmordsforebygging i psykisk helsevern vurderes som det viktigste tiltaket, tett fulgt av lavere terskel og kortere ventetid for psykisk helsehjelp. Mange etterlyser også bedre kompetanse hos fastleger og i samfunnet generelt, samt støtte til familier som står i slike situasjoner. I tillegg fremheves behovet for lettere tilgang til innleggelse og mulighet for lengre opphold i døgnbehandling. Samlet viser svarene at informantene ser behov for både styrket fagkompetanse og bedre tilgjengelighet i tjenestene for å kunne forebygge selvmordsfare.

## Erfaringer som pårørende

Samlet sett opplever pårørende rollen som krevende. Da informantene ble bedt om å beskrive erfaringene sine, kunne de velge flere utsagn som passet. I gjennomsnitt valgte de 3,7 utsagn, noe som viser at mange kjenner på flere typer og til dels betydelige belastninger samtidig;

Utsagn	Andel i %	
Jeg gjorde så godt jeg kunne med den kunnskapen jeg hadde	80	Den mest utbredte erfaringen er følelsen av å ha gjort sitt beste med den kunnskapen man hadde, noe som 80% uttrykker. Samtidig rapporterer mange om betydelige belastninger: både kapasiteten hjemme
Min kapasitet på hjemmebane ble negativt påvirket	60	
Min psykiske helse ble negativt påvirket	57	
Jeg følte meg ensom med ansvaret for personen i selvmordsfare	53	
Min kapasitet i skole/utdanning/arbeid ble negativt påvirket	47	
Relasjoner innad i familien ble negativt påvirket	37	
Relasjonen til personen i selvmordsfare ble negativt påvirket	27	
Annet	7	
n=30		

og den psykiske helsen blir ofte negativt påvirket. Over halvparten beskriver også en opplevelse av ensomhet i ansvaret for personen i selvmordsfare. Flere oppgir at skole-, utdannings- eller arbeidssituasjonen blir påvirket, og en del opplever at relasjoner i familien eller til personen i selvmordsfare blir vanskeligere.

## Kontakt med psykisk helsevern

Behandlingstilbud	Andel i %
Poliklinisk behandling, DPS	64
Kommunale helsetjenester, psykisk helse	59
Sengepost	41
Privat behandlingstilbud	32
BUP	9
n=22	

Ifølge informantene var 73 % av personene i selvmordsfare i kontakt med psykisk helsevern. De var i gjennomsnitt vært innom to ulike behandlingstilbud, slik tabellen viser. Blant deres pårørende var det én av tre som var formelt registrert som

pårørendekontakt. Av dem som var registrert, opplevde 80 % at de ikke ble konstruktivt involvert av tjenestene.

Deltakerne i studien hadde anledning til å utdype sine erfaringer i fritekst. 12 av informantene valgte å svare på dette spørsmålet. I svarene kom det tydelig fram at det å være pårørende til noen i selvmordsfare er en ensom og til tider maktesløs kamp i møte med et system som ikke alltid lykkes med å samarbeide med pårørende. Flere har erfart at bekymringene deres ikke blir tatt på alvor av helsepersonell.

Et gjennomgående rapportert problem er opplevelsen av mangel på informasjon og samarbeid. Selv når pasienten ønsker at familien skal vite alt, blir pårørende ofte satt på sidelinjen. Foreldre erfarer at strenge tolkninger av taushetsplikt og aldersgrenser hindrer dem i å hjelpe barnet sitt. Pårørende sier også at de får lite veiledning, for eksempel i hvordan de skal håndtere situasjonen best mulig.

## Erfaring med egne selvmordstanker

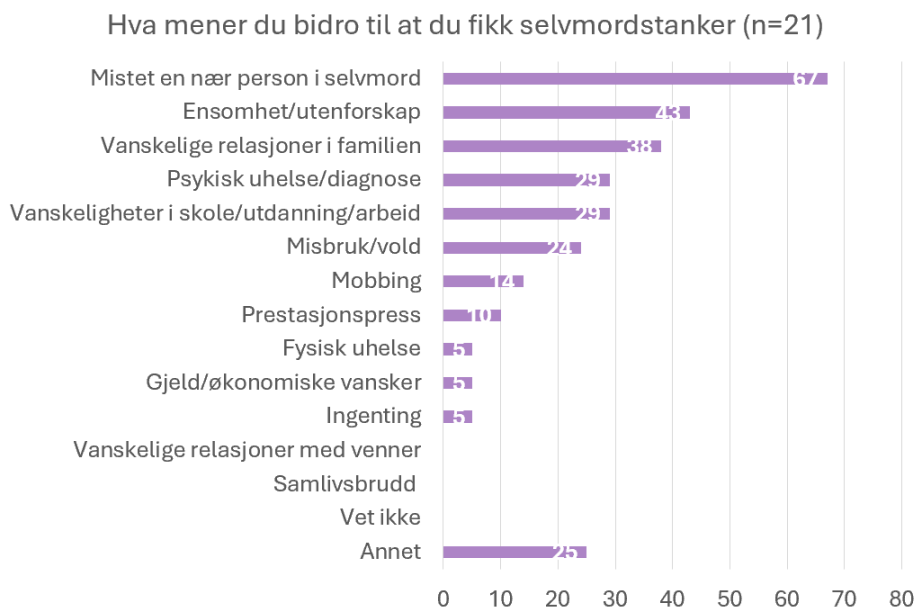


I den andre delen av undersøkelsen svarer informantene på spørsmål om eventuelle egne selvmordstanker. Vi vet fra tidligere forskning at etterlatte og berørte etter selvmord har økt risiko for selv å oppleve selvmordstanker. I vår undersøkelse er 53 av 54 informanter etterlatt eller berørt av selvmord. Blant disse oppgir 37 % at de har, eller har hatt, selvmordstanker.

### Bakenforliggende faktorer til egne selvmordstanker

Selvmordstanker blant etterlatte har sjelden én enkelt forklaring. Da vi spurte informantene hvilke faktorer de mente kunne ha bidratt, kunne de derfor velge flere svaralternativer. I gjennomsnitt oppgir informantene 2,9 bakenforliggende faktorer hver.

Blant informantene oppgir 67 % at deres selvmordstanker henger sammen med å ha mistet en nær person i selvmord. Med andre ord opplever mange en direkte sammenheng mellom det å være etterlatt og egne selvmordstanker. Utover dette peker informantene på de samme faktorene som de tidligere beskrev som belastninger for personene de var pårørende til. Ensomhet, utenforskap og vanskelige familierelasjoner nevnes ofte. Prestasjonspress, psykisk uhelse og økonomiske problemer nevnes også, men i mindre grad når etterlatte vurderer årsakene til egne selvmordstanker.



## Hjelp og støtte

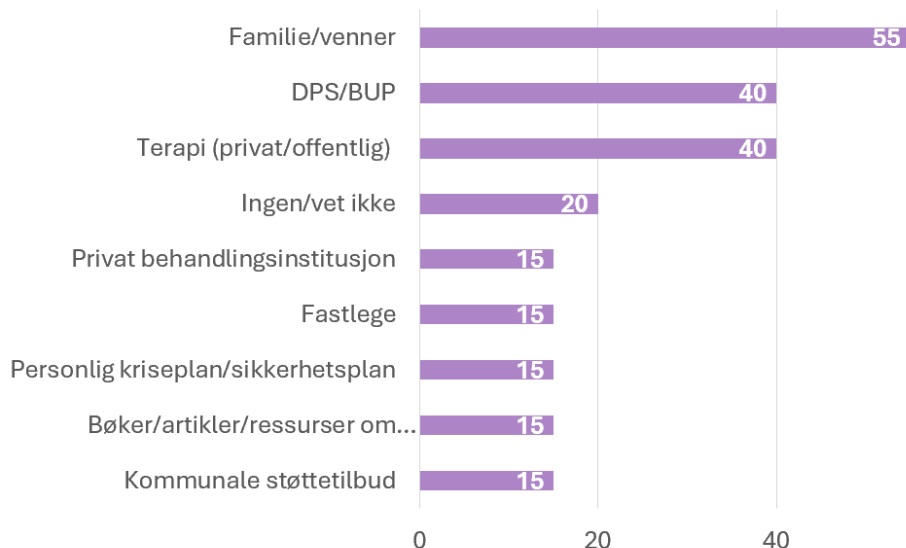
Informantene ble spurt om hvilke hjelpeinstanser de hadde brukt da de opplevde selvmordstanker, og i hvilken grad de opplevde hjelpen som nyttig. I denne rapporten har vi utelatt svaralternativer som svært få valgte. Dette gjaldt blant annet legevakt, trossamfunn, hjelpelinjer og krisetelefoner, digitale hjelpemidler og apper, kriseteam, tilbud gjennom arbeidsplassen og nettbaserte fellesskap. Også på dette spørsmålet kunne informantene velge flere svaralternativer, og i gjennomsnitt hadde de benyttet 2,6 hjelpetilbud hver. Flertallet (55 %) foretrakk å søke støtte hos familie og venner. Mange hadde også fått hjelp fra Distriktpsikiatrisk sykehus/ Distriktpsikiatrisk sykehus for barn og unge (DPS/BUP) (40 %) eller annen offentlig eller privat terapi (40 %).

Kontinuitet og rask tilgang til hjelp trekkes frem som det mest nyttige i møte med helsevesenet.

Fastlegen fungerer ofte som en viktig trygghet ved å tilby faste samtaler og være tilgjengelig over tid. Flere respondenter oppgir at det oppleves som nyttig når helsepersonell lytter, viser respekt og tar en på alvor. De påpeker at

det i terapi oppleves som nyttig å få økt kunnskap om egen sorg, lære at egne reaksjoner er normale og få støtte til å tåle og bearbeide egne tanker og følelser.

Selv om svært få krysser av for krise-team når de vurderer hvilke hjelpeinstanser som er nyttige, er det noe flere som nevner kommunalt kriseteam i fritekstsvarene.



På spørsmålet «Hvilke spesifikke aspekter ved disse støttetjenestene gjorde at de var nyttige?» svarte 16 informanter i fritekst. De peker på at kriseteam kan være avgjørende når de har mulighet til å følge opp familien over tid. Flere understreker at det andre året etter et selvmordstap ofte er mer krevende enn det første, og at det derfor er viktig at hjelpen ikke avsluttes for tidlig.

I hverdagen fungerer jobb som en viktig arena, særlig når arbeidsgiver er fleksibel og legger til rette for en arbeidssituasjon som kan fungere. Familie og venner bidrar med trygghet, sosiale avbrekk og aktiviteter utenfor hjemmet.

På spørsmålet om hvilke hjelpeinstanser som *ikke* oppleves som nyttige, er svarene mer begrensede. Halvparten av informantene svarer at de enten ikke vet, eller at ingen av instansene har vært lite nyttige. Samtidig oppgir 20 % at fastlegen er lite til hjelp, og 15 % sier det samme om ulike former for terapi. For 10 % er møtet med BUP eller DPS lite hjelpsomt, og like mange vurderer kommunale tilbud som lite nyttige. Deltakerne fikk også anledning til å utdype sine erfaringer med helsetjenester som ikke ble opplevd som nyttige, og 13 av informantene besvarte spørsmålet «Hvilke spesifikke aspekter ved disse støttetjenestene gjorde at de IKKE VAR nyttige?». Her kommer det frem at noen informanter med erfaring fra egne selvmordstanker forklarer at helsetjenestene svikter når den menneskelige kontakten mangler. Dette skaper en følelse av å være uviktig, og hjelpen oppleves som overfladisk når den består av enkle råd eller lister med telefonnumre som kan brukes i krise.

Blant informantene er det noen som beskriver at terapi oppleves som lite nyttig når samtalene utelukkende handler om reaksjonsmønstre og vansker, og når fokuset ligger mer på symptomer og medisiner enn på bakenforliggende årsaker og forhold. Uten gjensidig tillit, respekt og konkrete verktøy for å bearbeide problemene, ender man opp med å føle seg alene – selv etter å ha bedt om hjelp. Andre opplever å bli avvist i helsevesenet fordi de mangler en spesifikk diagnose, eller de må avbryte privat behandling fordi de ikke har råd.

Informantene har også råd til andre som opplever selvmordstanker. 14 svarte på spørsmålet «Er det noe du selv lærte fra denne tiden som du gjerne vil at andre som tenker på selvmord skal få vite?». Her peker flere på at det å være åpen og ærlig om selvmordstanker er det viktigste. Det øker sjansen for å bli tatt på alvor, og selvmordstankene blir mindre skumle når man deler dem med andre. Det oppfordres også til å be om hjelp hos noen man stoler på, for eksempel fastlege, andre som har vært i samme situasjon, eller ens sosiale nettverk. Det kan også hjelpe å vite at livet blir lysere med tiden, selv om det ikke føles slik nå. Å ta livet sitt har katastrofale konsekvenser for de etterlatte, tanken på det kan bidra til å holde fast i livet.

## Fravær av hjelp

14 av deltakerne i studien svarte på det åpne spørsmålet «Hvilken type støtte skulle du ønske var tilgjengelig da du hadde selvmordstanker, men som du ikke fikk?». Deltakere som opplever selvmordstanker etterlyser hjelp i form av kommunale lavterskeltilbud, og gjerne et hjelpeapparat som er mer oppsøkende. Deltakerne etterlyser også ansatte som har spesialkompetanse på både selvmord, sorgprosesser og traumeinnsikt, og at helsepersonell prioriterer å bygge tillit og en autentisk relasjon.

Lokale kriseteam får av noen kritikk for å ikke ha kompetanse eller kapasitet til å fange opp at noen etterlatte går inn i en krise etter et selvmordstap. Etterlatte vet ofte ikke selv hva de trenger midt i sjokket, og de savner at kriseteamet tar regi.

På et overordnet plan etterlyses det mer kunnskap og åpenhet i samfunnet generelt, for å fjerne tabu og skam knyttet til selvmordstanker. For flere er det avgjørende at hjelpen er gratis og tilgjengelig, slik at økonomi ikke står i veien for nødvendig psykisk helsehjelp.

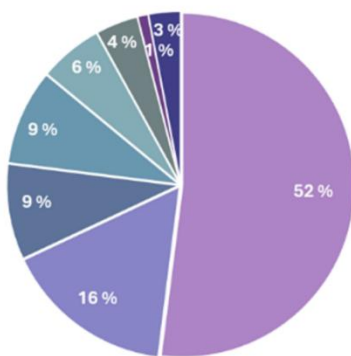
## Erfaring med å miste noen i selvmord



I den tredje delen av undersøkelsen svarer informantene på spørsmål knyttet til erfaringer med å miste noen i selvmord. 53 av 54 informanter oppgir at de har en eller flere slike erfaringer.

### Relasjon til avdøde

Den største delen av utvalget (52%) har mistet eget barn i selvmord. Dette må sees i lys av utvalgets fordeling på kjønn og alder. 16% har mistet en forelder, og 9% et søsken. Dersom vi inkluderer tap av ektefelle/partner (4%), har 81% har mistet noen i sin nærmeste familie. Utover nærmeste familie er venner den største gruppen (9%).

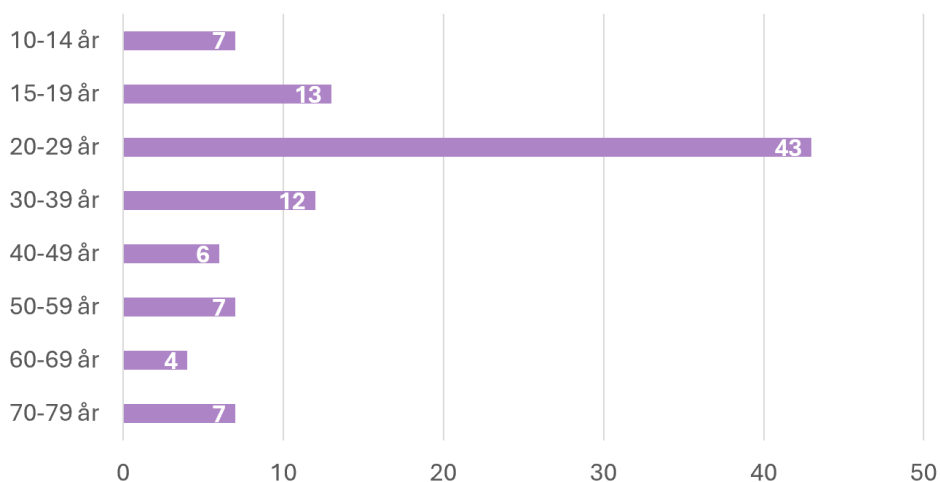


Relasjon	Andel i %
Eget barn	52
Forelder	16
Søsken	9
Venn	9
Annen slektning/familie	6
Ektefelle/partner	4
Kollega	1
Annen	3
n=53	

## Avdødes alder

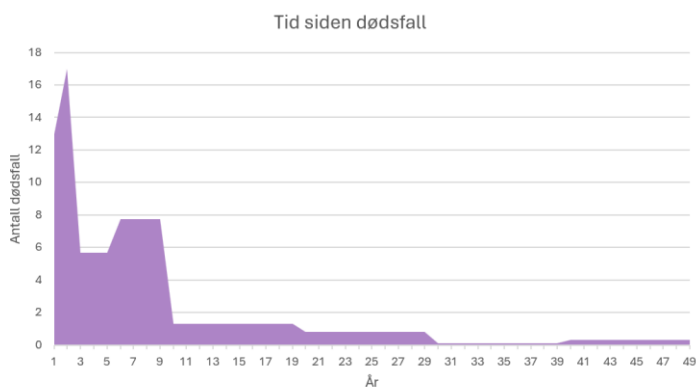
Den største gruppen av de avdøde var mellom 20 og 29 år da de døde (43%). Dette må sees i sammenheng med at en stor andel av respondentene er foreldre som har mistet eget barn, og at 66 % av deltakerne selv er over 50 år. 20% var under 19 år, resten fordeler seg noenlunde jevnt på de ulike alderskategoriene..

Hvor gammel var den du mistet da de tok livet sitt ?  
(n=53)



## Tid siden dødsfallet

Antall år siden tapet	Andel i %	Antall år i tidsintervallet	Gjennomsnittlig antall per år i %
1 år eller mindre	13	1 år	13,0
2 år	14	1 år	14,0
3-5 år	17	3 år	5,7
6-9 år	31	4 år	7,75
10-19 år	13	10 år	1,3
20-29 år	8	10 år	0,8
30-39 år	1	10 år	0,1
40-49 år	3	10 år	0,3
n=53			



Da kategoriene i undersøkelsen varierer i omfang (fra 1 til 10 år), er det hensiktsmessig å beregne gjennomsnittlig antall dødsfall per år, slik tabellen og grafen viser. Dette gjør det tydelig at en stor andel av respondentene har mistet noen i selvmord relativt nylig. 27 % har tapserfaringer fra de to siste årene, og for om lag halvparten (48 %) ligger tapet tre til ni år tilbake. De resterende 25 % har mistet noen for mer enn ti år siden. Dette er relevant for tolkningen av de øvrige resultatene i undersøkelsen.

Selv om det er færre informanter som rapporterer om tap som ligger langt tilbake i tid, viser svarene at engasjementet varer ved. Dette tyder på at et selvmordstap er livsendrende og ofte preger mennesker gjennom hele livet.

## Hjelp og støtte etter selvmord

Informantene ble spurt om hvilke hjelpeinstanser de hadde brukt etter å ha mistet noen i selvmord, og i hvilken grad de opplevde hjelpen som nyttig eller ikke. I denne rapporten har vi utelatt svaralternativer som svært få valgte. Dette gjelder legevakt, politi, ideelle organisasjoner, private behandlingsinstitusjoner, sosiale medier og hjelpelinjer/krisetelefoner. Også på dette spørsmålet kunne informantene velge flere alternativer, og i gjennomsnitt har de benyttet 3,5 hjelpetilbud i tiden etter tapet. I tillegg har de vært i kontakt med i gjennomsnitt 1,5 hjelpeinstans som de ikke var fornøyd med. Samlet sett ser vi at etterlatte er innom flere ulike tilbud, i gjennomsnitt fem, men kategoriene i undersøkelsen er også mange og brede.

Hjelpeinstans	Benyttet, Andel i %	Nyttig, andel i %	Ikke nyttig, andels i %
Familie og venner	87	83	4
Samtaler med andre etterlatte	72	66	6
Fastlege	66	34	32
Kriseteam	57	40	17
Terapi (offentlig/privat)	42	36	6
DPS/BUP	34	21	13
Bøker, artikler, ressurser om sorg	32	32	0
Trossamfunn	32	23	9
Kommunale lavterskel støttetilbud	26	13	13

(n=53)

Som forventet er familie og venner den mest brukte formen for støtte (83 %), og informantene opplever i stor grad denne hjelpen som nyttig. Samtaler med andre etterlatte brukes også mye (72 %) og vurderes i hovedsak som nyttige. Det er samtidig relevant å merke seg at informantene i denne undersøkelsen er rekruttert fra LEVEs medlemsmasse, noe som naturlig bidrar til at mange har vært i kontakt med andre etterlatte.

Relativt mange har også vært i kontakt med kriseteam (57 %), men erfaringene er mer delte. 40 % oppgir at de har hatt kontakt og opplevd dette som nyttig, mens 17 % har hatt kontakt uten å oppleve hjelpen som nyttig. Det innebærer at én av tre som møter kriseteamet ikke opplever hjelpen som nyttig.

Svaralternativene «Terapi (offentlig/privat)» og «DPS/BUP» kan oppleves overlappende, og det er uklart om informanter som har gått i terapi har krysset av for det ene eller begge alternativene. Vi ser likevel at «Terapi (offentlig/privat)» oppleves som mer nyttig enn «DPS/BUP», selv om altså graden av overlap er usikker.

Det er også verdt å merke seg svarene knyttet til fastlegen. 66 % av informantene har vært i kontakt med fastlegen etter selvmordstapet, men nesten halvparten opplever ikke denne hjelpen som nyttig.

Informantene har også hatt anledning til å utdype hvilke aspekter ved hjelpeinstansene som gjør at tilbudet oppleves som nyttig. 43 av informantene svarer på spørsmålet «Hvilke spesifikke aspekter ved disse støttetjenestene gjorde at de var nyttige for deg i din situasjon?». De vektlegger følgende:

I akuttfasen kan kriseteam og politi bidra med å overbringe budskapet til andre familiemedlemmer og kontakte personer i nettverket som kan gi mer langvarig sosial støtte og omsorg. Sosial støtte beskrives som at familie, venner og kolleger kan «stå i det» over tid, tar kontakt uoppfordret og gir rom for å snakke om det samme om og om igjen. Å være ærlig uten å «pakke inn» sannheten for å skåne andre, blir beskrevet som en viktig forutsetning for å bearbeide traumer knyttet til tapet. Videre oppleves det positivt med anerkjennelse fra omgivelsene, at de man møter våger å møte blikket, stille spørsmål og vise empati. Venner kan bidra med å ta etterlatte med på aktiviteter slik at man får en pause i sorgen. Det er også verdifullt å få praktisk hjelp i forbindelse med begravelse og den første tiden etterpå.



I tillegg til sosial støtte oppleves profesjonell hjelp og terapi som nyttig av mange. Kloke og erfarne behandlere som lytter, formidler kunnskap om sorgreaksjoner og bekrefter at egne tanker er normale er viktig. Hyppige samtaler over lang tid, der behandleren blir kjent med hele familien, er verdifulle. Det samme er hjelp til å sortere og håndtere sterke følelser og minner. Noen har fått nyttig oppfølging fra kriseteam over tid, og en del sier at samtaler med prest eller diakon har vært verdifullt.

Fellesskap med andre etterlatte kan bidra til en normalisering av situasjonen, man føler seg mindre alene eller «annerledes». Det kan gi håp og motivasjon å se at andre som har opplevd det samme har klart å få tilbake et normalt liv. I møte med andre etterlatte opplever man gjerne en dypere forståelse enn hos de som ikke selv har kjent et slikt tap på kroppen.

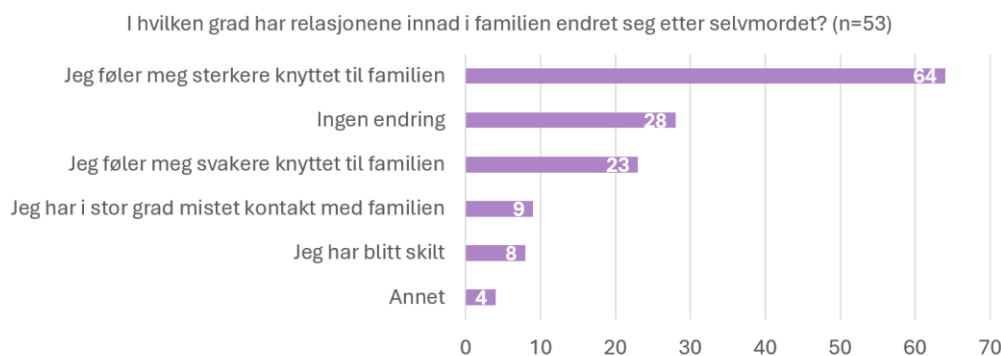
Informantene utdyper også hva det er som gjør at hjelp ikke oppleves nyttig. Her svarer 34 informanter på spørsmålet «Hvilke spesifikke aspekter ved disse støttetjenestene gjorde at de IKKE VAR nyttige for deg i din situasjon?». Flere peker på svikt i mellommenneskelige relasjoner som en faktor som gjorde at støttetjenestene opplevdes som unyttige. Dette kunne for eksempel handle om manglende empati, behandlere og instanser ble i flere tilfeller beskrevet som «kalde» og «fraværende». Noen opplevde for mye press fra omgivelsene, for eksempel om å komme raskt tilbake i jobb. Andre peker på sosial tilbaketrekking og at venner og familie sluttet å ta kontakt.

I en del av de utdypende svarene pekes det også på systemsvikt. Flere opplevde at hjelpen aldri kom, eller at de måtte finne frem til, og søke om alt selv, i en fase hvor de ikke hadde krefter til det. Hjelpen opphørte gjerne også for raskt. Flere nevner at sykemeldinger var altfor korte, og at det var en belastning å måtte «kjempe» for å få forlenget denne. I tillegg nevnes lang ventetid hos for eksempel DPS som problematisk når man står i en akutt krise.

I møte med helsevesenet opplever en del etterlatte at fastleger og kommunale tjenester har begrenset kunnskap om sorg, og at de mangler forståelse for de fysiske og psykiske reaksjonene ved selvmordstap. Å bli møtt med enkle råd opplevdes som bagatelliserende. Noen opplevde å kun få utdelt sovemedisin eller beroligende uten tilbud om samtalerterapi eller videre bearbeiding. Noen opplevde kriseteamene som lite profesjonelle, og andre etterlatte opplevde usannheter og tildekking av feil fra DPS sin side i etterkant av dødsfallet.

## Relasjoner i familien, til venner og på jobb

På spørsmål om hvordan selvmordstapet har påvirket relasjonene innad i familien, oppgir 64 % at de føler seg sterkere knyttet til familien, mens 23 % opplever en svakere tilknytning. 26 % rapporterer ingen endring. Siden informantene kunne velge flere svaralternativer, kan vi anta noen relasjoner styrkes, mens andre svekkes i en og samme familie. I gjennomsnitt valgte informantene å krysse av for 1,4 svaralternativ.



Videre oppgir 9 % at de i stor grad har mistet kontakten med familien, noe som kan være en betydelig tilleggsbelastning i en allerede krevende situasjon. Noen (8 %) opplever også å bli skilt. Tatt i betraktning sammenhengen kan dette tyde på at informantene ser en forbindelse mellom selvmordstapet og skilsmissen, selv om det ikke spørres eksplisitt om dette.

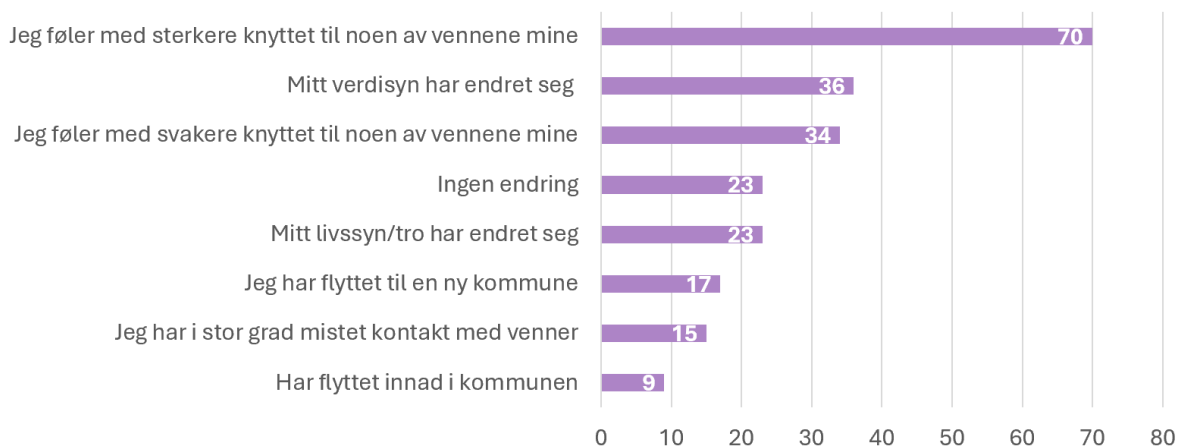
18 av informantene velger også å utdype temaet «relasjoner i familien» i fritekst. Her kommer det fram at en del opplever at familiemedlemmer har forskjellige måter å sørge på, noe som fører til gnisninger. Spesielt i parforhold kan det være krevende når den ene parten føler at den andre har «gått videre», eller ikke aksepterer alle sider ved sorgen. Noen har funnet en aksept for disse ulikhetene, mens andre føler seg mer alene enn noen gang.

Flere har fått et sterkere bånd til sine nærmeste (barn og ektefelle) og prioriterer tiden sammen med familien. Andre opplever at foreldre, søsken eller annen familie trekker seg unna, ikke tar kontakt, eller at deres sorg blir en tilleggsbelastning som er vanskelig. Venner, tanter eller onkler har i noen tilfeller trått til og blitt viktigere enn den aller nærmeste familien.

Sjokket og sorgen har i enkelte tilfeller ført til samlivsbrudd eller at relasjoner har gått i stykker. Mangel på profesjonell hjelp til å håndtere kommunikasjon i krisen trekkes frem som en årsak til at relasjoner har blitt ødelagt. For noen har det oppstått en dyp frykt for å miste flere, noe som preger relasjonene i ettertid.

Noe av det samme mønsteret ser vi i relasjoner til venner. Her har informantene gjennomgående valgt flere svaralternativer, i gjennomsnitt 2,6 svar hver.

I hvilken grad endret relasjonene til lokalmiljøet ditt og venner seg etter dette andre selvmordet (n=53)



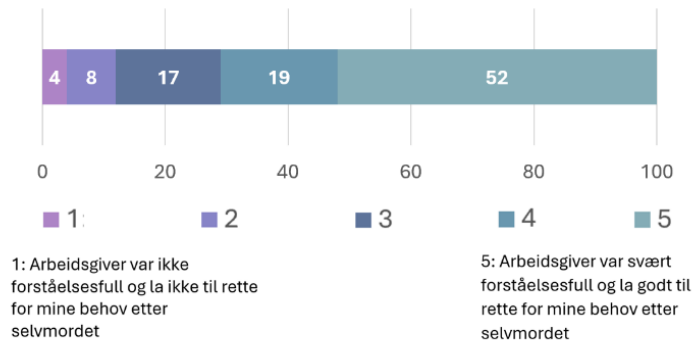
70 % av respondentene oppgir at de føler seg sterkere knyttet til noen av vennene sine, mens 34 % sier at de føler seg svakere knyttet til enkelte venner. I tillegg har 15 % i stor grad mistet kontakten med venner.

Også her hadde informantene mulighet til å utdype svarene sine i fritekst, noe 11 informanter valgte å gjøre. I disse svarene kommer det fram at mange opplever endringer i relasjonen til venner. Noen venner har forsvunnet, mens relasjonen til de som viste støtte og våget å stå i krisen, har blitt sterkere. Flere beskriver at disse vennskapene nå er preget av en dypere ærlighet og åpenhet. Når venner forsvinner handler det gjerne om at de trekker seg unna eller «går omveier». Dette forstås av de etterlatte som usikkerhet og frykt for å si noe feil. Flere nevner at venner i ettertid har innrømmet at de ønsket å spørre, men ikke turte.

Noen beskriver også et behov for mer alenetid og ro. Selv om relasjonene består, har den fysiske kontakten i perioder vært minimal fordi man bruker opp energien på jobb eller på å få hverdagen til å gå rundt. Sosiale medier har for noen vært en viktig kanal for å opprettholde kontakt når man ikke orker fysiske møter.

Når 36 % av utvalget oppgir at de har endret verdisyn, og 23 % rapporterer endringer i livssyn eller tro, tyder dette på at det å miste en nærstående i selvmord kan medføre endringer av mer eksistensiell karakter for en del etterlatte. Mange blir mer opptatt av de små tingene i hverdagen, som å fortelle folk at man er glad i dem. Liv og helse prioriteres gjerne høyere enn karriere og ytre forhold etter tapet. Flere finner trøst i troen på at man møtes igjen, og frykten for døden har for mange blitt mindre. Disse svarene utelates i rapporten, men er tilsynelatende viktig for flere.

På en skala fra 1-5, hvordan ble din relasjon til arbeidsgiver påvirket av at du mistet en nær i selvmord?



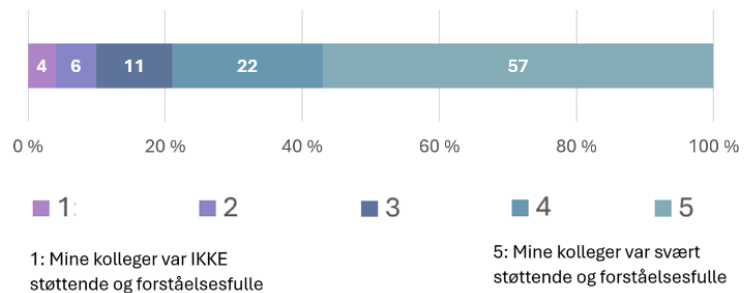
Respondentene oppgir at det opplevde seg godt ivaretatt på arbeidsplassen i etterkant av tapet.

Over halvparten (52%) oppgir at arbeidsgiver har vært forståelsesfull og lagt til rette for endrede behov etter selvmordet. 4% opplever ikke dette i det hele tatt.

Diagrammet viser overveidende grad av tilrettelegging og støtte på arbeidsplassen.

57% av respondentene oppgir at kollegaer har vært forståelsesfulle og støttende. 4% har opplevd det motsatte. Diagrammet viser tydelig at informantene i denne undersøkelsen i overveidende grad er blitt møtt med forståelse og støtte fra kollegaer.

På en skala fra 1-5, hvordan ble din relasjon til kollegaer påvirket av at du mistet en nær i selvmord?



## Oppsummering

Denne første undersøkelsen i LEVEs nasjonale brukerpanel viser at etterlatte og berørte sitter med erfaringer som både støtter og utvider eksisterende forståelse av selvmord og selvmordsforebygging. Når vi stiller åpne spørsmål, blir det tydelig at mye av det som oppleves som viktigst – både i møte med selvmordsfare og i tiden etter et selvmord – ikke alltid fanges opp av eksisterende tjenester som skal være til hjelp og støtte. Svarene peker på behov som ikke blir møtt i tilstrekkelig grad, og innsikter som i liten grad blir brukt systematisk i forebyggingsarbeidet.

Undersøkelsen viser at brukerpanelet har tydelige oppfatninger av hva som faktisk virker: tilgjengelighet, kontinuitet, relasjoner preget av tillit, samarbeid og tjenester som evner å se hele mennesket og hele situasjonen. Samtidig viser svarene at selvmordstap setter dype spor – i den enkeltes liv, i relasjoner, i livssyn og i måten man orienterer seg videre i verden. Dette er erfaringsbasert kunnskap som ikke bare beskriver konsekvensene av selvmord, men som også kan bidra til å forebygge nye tap.



**Kontakt LEVE**

Telefon: [+47 22 36 17 00](tel:+4722361700)

E-post: [post@leve.no](mailto:post@leve.no)

Org. nr: 981 666

