



# BACHELOROPPGAVE

**«Hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?»**

**Forfattere:** Hanne Leirhol, Line Nordlien og Trine Vikenes

**Dato:** 11.05.2015

**12HBSPLH**

Avdeling helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	«Hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?»	<b>Dato:</b>	11.05.15
	«How can observation and preventive nursing measures prevent suicide?»		
<b>Deltakere:</b>	Hanne Leirhol		
	Line Nordlien		
	Trine Vikenes		
<b>Veileder:</b>	Lisbeth Kjeldsrud Aass		
<b>Nøkkelord:</b>	Selvmord, ungdom, sykepleie, observasjon og forebyggende tiltak.		
<b>Antall sider/ord:</b>	59/12922	<b>Antall vedlegg:</b>	2
		<b>Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):</b>	Åpen
<b>Introduksjon:</b>	<p>I gjennomsnitt begår 500 mennesker selvmord i Norge per år. Hvorfor et menneske begår selvmord, kan forklares som et samspill mellom en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser. Studier viser at det er forsket lite på beskyttende faktorer og selvmordsforebyggende sykepleietiltak, tross det faktum at selvmord er en av de ledende dødsårsakene i verden.</p>		
<b>Hensikt:</b>	<p>Belyse forebyggende sykepleietiltak i relasjon med selvmordsnær ungdom på barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling. Det fokuseres på observasjon av risikofaktorer, og bruk av beskyttende faktorer i selvmordsforebyggende sykepleie.</p>		
<b>Metode:</b>	<p>Denne oppgaven er et litteraturstudie. Systematiske søk i databaser resulterte i funn av fem kvantitative studier, tre kvalitative studier og ett systematisk litteraturstudie. Aktuelle søkeord er blant annet «selvmord», «selvmordsrisiko», «sykepleie», «psykiatri», «risikofaktorer», «beskyttende faktorer», «ungdom», «forebygging», «kontinuerlig observasjon» og «terapeutisk allianse».</p>		
<b>Konklusjon:</b>	<p>Selvmordsnær ungdom har behov for stor grad av beskyttelse og omsorg. Sykepleier spiller en vesentlig rolle i observasjon og identifikasjon av selvmordsrisiko, og må derfor ha kunnskap om hvilke risikofaktorer og belastende livshendelser som kan trigge selvmordsforsøk. Vedkommende bør også ha kunnskap om hvilke beskyttende faktorer som kan gjøre ungdommen resilient mot selvmordstanker. På barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling, bør den selvmordstruede ungdommen observeres ved kontinuerlig observasjon. Kontinuerlig observasjon gir sykepleier en mulighet til å skape en terapeutisk allianse med ungdommen. I en terapeutisk allianse med ungdommen, kan sykepleier fremme håp og gjøre vedkommende bevisst på egne ressurser og positive egenskaper, som beskytte han/henne mot selvmordstanker.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	«How can observation and preventive nursing measures prevent suicide?»	<b>Date:</b>	11.05.15
<b>Participants:</b>	Hanne Leirhol Line Nordlien Trine Vikenes		
<b>Supervisor:</b>	Lisbeth Kjeldsrud Aass		
<b>Keywords:</b>	«Suicide», «adolescents», «nursing», «observation», «prevention».		
<b>Number of pages/words:</b>	<b>Number of appendix:</b>	<b>Availability (open/confidential):</b>	
59/12922	2	Open	
<p><b>Introduction:</b> On average 500 people commit suicide in Norway every year. Why a person commits suicide can be explained as an interaction between a number of risk factors and stressful life events. Studies show that there is little research on protective factors and suicide preventive nursing measures, despite the fact that suicide is one of the leading causes of death worldwide.</p> <p><b>Purpose:</b> Illuminate preventive nursing in relation to suicidal adolescents in emergency psychiatric wards. This thesis focuses on the observation of risk factors and the use of protective factors in suicide preventive nursing.</p> <p><b>Method:</b> This thesis is a literature review. Systematic searches in databases resulted in the discovery of five quantitative studies, three qualitative studies and one systematic literature review. Relevant keywords in this review are: «Suicide», «suicide risk», «nursing», «psychiatry», «risk factors», «protective factors», «adolescents», «prevention», «constant observation» and «therapeutic relation».</p> <p><b>Conclusion:</b> Suicidal adolescents need a high degree of protection and care. The nurse plays a significant role in the observation and identification of suicide risk, and must therefore have knowledge about the risk factors and stressful life events that can trigger suicide attempts. Nurses should also have knowledge about the protective factors that can make youth resilient towards suicidal mindsets. In emergency psychiatric wards the suicidal youth should be under constant observation. Constant observation generates an opportunity for the nurse to build a therapeutic alliance with the adolescent. In a therapeutic alliance with the adolescent, the nurse can promote hope and make them aware of their own resources and positive traits that may aid in protecting them from suicidal thoughts.</p>			

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Begrunnelse for valg av tema .....	7
1.2. Sykepleiefaglig relevans .....	7
1.3. Relasjon til seksjonens forskningsområder .....	8
<b>2.0. Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
2.1. Teoretisk perspektiv .....	11
2.2. Sårbarhet-stress-modellen .....	13
2.3. Risikofaktorer og utløsende faktorer for selvmordsfare .....	13
2.4. Beskyttende faktorer mot selvmord .....	14
2.5. Miljøterapi .....	14
2.6. Sykepleieetiske prinsipper og lovverk .....	15
2.7. Hensikt med oppgaven .....	15
2.8. Problemstillingen .....	15
<b>3.0. Metode</b> .....	<b>16</b>
3.1. Litteraturstudie som metode .....	16
3.2. Søkestrategi .....	17
3.3. Analyse .....	20
<b>4.0. Resultater</b> .....	<b>22</b>
4.1. Risikofaktorer og utløsende faktorer for selvmordsfare .....	24
4.2. Beskyttende faktorer mot selvmord .....	27
4.3. Selvmordsforebyggende sykepleie .....	28
<b>5.0. Drøfting</b> .....	<b>32</b>
5.1. Risiko- og beskyttende faktorer .....	32
5.2. Selvmordsforebyggende sykepleie .....	35
5.3. Etikk og lovverk .....	40
5.4. Kildekritikk .....	41
<b>6.0. Konklusjon</b> .....	<b>46</b>
<b>7.0. Litteraturliste</b> .....	<b>48</b>
<b>Vedlegg 1 – Søkestrategi</b> .....	<b>52</b>
<b>Vedlegg 2 – Avtale om overdragelse av opphavsrett</b> .....	<b>57</b>

Antall ord: 12 922

## 1.0. Innledning

I nordiske land begår flere og flere yngre selvmord (Kringlen 2011). Vi har valgt å skrive om selvmordsforebygging overfor selvmordstruede pasienter innlagt på barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling. I oppgaven fokuseres det på observasjon av risikofaktorer, samt bruk av beskyttende faktorer og forebyggende sykepleietiltak. For å avgrense oppgaven, belyses sykepleie overfor ungdom fra 12 til 18 år med akutt selvmordsrisiko. For ytterligere avgrensning av oppgaven, vil den ikke innebære fokus på ivaretagelse av pårørende.

Selvmord defineres som «..selvbeskadigelse med dødelig utgang», og selvmordsforsøk defineres som «..selvbeskadigelse som ikke fører til døden» (Kringlen 2011, s. 374). Å forebygge selvmord innebærer både reduksjon av risikofaktorer og fremming av beskyttende faktorer (Helsedirektoratet 2014). Mål for selvmordsforebyggende arbeid beskrives som:

«Å hindre at personer dør i selvmord.

Å lindre lidelse knyttet til selvmordsproblemer.

Å lindre lidelse knyttet til behandling av selvmordproblemet.

Å bidra til refleksjon over, og mestring av livet.

Å bidra til refleksjon over og mestring av situasjoner med selvmordstrussel».

(Vråle 2013, s. 62).

Det skilles mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak: Primærforebyggende tiltak omhandler viktigheten av kunnskap om hva som kan forårsake selvmord. Primærforebyggende arbeid foregår hovedsakelig i lokalsamfunnet og på primærhelsetjenestenivå. Det vil si i hjemmet, i skole, hos fastlege og på arbeidsplassen (Vråle 2013).

Sekundærforebyggende tiltak omhandler behandling og tiltak overfor pasienter som står i fare for å utvikle selvmordsproblematikk. Dette kan blant annet innebære tidlig intervensjon hos pasienter med lidelser som for eksempel depresjon eller schizofreni, der selvmordstanker ofte forekommer. Et sekundærforebyggende prinsipp, er at terskelen for å søke hjelp i psykisk helsevern er lav (Vråle 2013).

Dette litteraturstudiet vil omhandle tertiærforebyggende tiltak, hvilket innebærer tiltak overfor pasienter med aktuell selvmordsproblematikk (Vråle 2013). Det er fordi oppgaven omhandler unge pasienter som allerede har utviklet høy selvmordsrisiko, og som står i fare for å ta sitt eget liv. Vråle beskriver at en pasient med akutt selvmordsrisiko har behov for stor grad av beskyttelse og omsorg, og betegner kontinuerlig observasjon som ett av flere tertiærforebyggende sykepleietiltak (ibid). Derfor fokuseres det på kontinuerlig observasjon, miljøterapi og andre sykepleietiltak i oppgaven.

Det beskrives at antall selvmord kan reduseres betydelig om helsepersonell utvikler kunnskap som gjør at de kan identifisere tidlige tegn på depresjon. Da kan behandling iverksettes (Vråle 2013). I «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» beskrives det at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse for utføring av korrekt vurdering av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Sykepleier må forholde seg til helsepersonelloven, og i helsepersonelloven (1999) § 4, står det nedfelt i kravene om faglig forsvarlighet, at helsepersonell må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. De har et ansvar for å henvise pasienten videre til kvalifisert personell (i dette tilfellet til lege/psykiater eller psykolog) ved mistanke om selvmordsrisiko (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

I de nasjonale retningslinjene fremstilles to hovedområder som det selvmordsforebyggende arbeidet skal rettes mot: 1) Målrettet arbeid med mennesker i risikogrupper, som for eksempel pasienter med depresjoner, schizofreni og personlighetsforstyrrelser, og 2) innsats for å forebygge risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd, som for eksempel krisesituasjoner som tapsopplevelse og stor krenkelse (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

Selvmordsforebyggende arbeid krever god planlegging, ulike tiltak og strategier, samt kontinuitet og oppfølging (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014). Valg av forebyggende strategi baseres på pasientens data og individuelle behov. Verdens helseorganisasjon peker på en modell for selvmordsforebyggende arbeid. Den innebærer identifikasjon av problemet, risikofaktorer og beskyttende faktorer, samt iverksettelse av tiltak og evaluering av hele prosessen (ibid).

## 1.1. Begrunnelse for valg av temaet

I gjennomsnitt begår 530 personer selvmord i Norge hvert år. Det er grunn til å anta at det gjøres 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord, og i tillegg til dette er et ukjent antall selvmord skjult som ulykker (Folkehelseinstituttet 2015). Dette viser at forebygging av selvmord er et viktig og sentralt tema i sykepleie. Temaets relevans beskrives nærmere i kapittel 2.0. Bakgrunn.

I rapporten «Forebygging av selvmord, del 2» konkluderes det med at det er gjort lite forskning på selvmordsforebyggende intervensjoner. Det er behov for forskning på dette området som evaluerer effekten av ulike selvmordsforebyggende tiltak (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2007). Rapporten om selvmordsforebygging i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (ibid).

## 1.2. Sykepleiefaglig relevans

Å identifisere risikoen for selvmord og selvmordsforsøk kan være en svært utfordrende oppgave for helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet 2008). I forskningsartikkelen «Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department: a pilot study», konkluderes det med at sykepleier spiller en vesentlig rolle i oppdagelse av selvmordsrisiko, og i selvmordsforebyggende arbeid (Folse m.fl. 2006). Ved identifisert selvmordsrisiko, beskrives det i forskningsartikkelen «Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984 – 2006: trends, triggers and underlying reasons» at det må iverksettes selvmordsforebyggende tiltak (Dieserud m.fl. 2010). Ulike selvmordsforebyggende tiltak beskrives senere i litteraturstudiet.

Sykepleiers rolle vil være å observere pasienten og ivareta pasienten med tanke på sikkerhet. Sykepleier skal forebygge at pasienten når de farlige og terminale fasene av lidelse. Dersom pasienten mister håp og vilje til å leve, kan sykepleier legge til rette for at pasienten igjen skal kunne føle håp. Pasienten kan føle håp dersom sykepleier viser tilgjengelighet og er villig til å hjelpe. Håp er beslektet med tillit, og tillit må sykepleieren fortjene. Få lidende pasienter viser automatisk tillit til et ukjent menneske (Travelbee 2014).

### **1.3. Relasjon til seksjonens forskningsområder**

Ved Høgskolen i Gjøvik beskrives tre forskningsområder: «Utdanningskvalitet», «kvalitet i sykepleie» og «helse i dagliglivet». Dette litteraturstudiet og temaet selvmordsforebygging, kan relateres til forskningsområdet «kvalitet i sykepleie». Dette forskningsområdet er det området som er mest relevant for oppgavens problemstilling, fordi kvalitet i sykepleie handler om pasientens behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet (Foss 2014).

Helse- og omsorgstjenesten har en livreddende funksjon og opprettholder pasientenes livskvalitet. Allikevel er det risiko for uønskede hendelser og pasientskade (I trygge hender 24-7 2014). Kvalitet i sykepleie innebærer ivaretagelse av pasientens sikkerhet. Sykepleien som ytes, skal beskytte pasienten mot atferd som kan påføre vedkommende skade, smerte og lidelse. Tiltak som iverksettes, skal være trygge, og skal beskytte pasienten mot situasjoner som innebærer ulike risikoforhold. Uheldige hendelser kan oppstå om helsepersonell ikke handler i tråd med standarder, normer for praksis og retningslinjer som er basert på kunnskap (Bjoro og Kirkevold 2011).



## 2.0. Bakgrunn

Selvordsraten fordoblet seg fra slutten av 1960-årene til slutten av 1980-årene. Blant unge under 30 år skjedde det en tre-fire-dobling av registrerte selvmord i samme tidsperiode. Som tidligere nevnt, har over 500 personer i gjennomsnitt tatt livet sitt i Norge per år de siste årene (Folkehelseinstituttet 2015).

I 2012 tok 804 000 mennesker livet sitt på verdensbasis. Dette innebærer 11,4 selvmord per 100 000 innbygger. Omtrent 70 000 av disse selvmordene ble begått av 15-åringer. 35 000 av de 804 000 selvmordene skjedde i Europa (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014), 516 av disse i Norge (Folkehelseinstituttet 2013). Hvorfor et menneske velger å ta sitt eget liv, kan forklares som et samspill mellom en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014).

Antall selvmord viser at selvmordsforebygging er et svært aktuelt og relevant tema innen psykisk helsevern i dag. Verdens helseorganisasjon beskriver at selvmordsforebygging er et lavt prioritert fokusområde, tross det faktum at selvmord er en av de ledende dødsårsakene i verden. Organisasjonen har utført en undersøkelse i den hensikt å se hvor mange land som har nasjonale retningslinjer og strategier for selvmordsforebygging. Undersøkelsen viser at Europa er den verdensdelen som har størst fokus på utarbeidelse av slike retningslinjer (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014). I 1994 var Norge det andre landet i verden som utarbeidet en handlingsplan mot selvmord (Statens helsetilsyn 2001).

I denne oppgaven belyses risikofaktorer, beskyttende faktorer og forebyggende sykepleie i samhandling med mennesker som står i fare for å ta sitt eget liv. Sykepleiere har et ansvar for å ta selvmordsrisiko på alvor (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Selvmordsrisiko defineres som «en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon» (Sosial- og helsedirektoratet 2008, s. 14). Identifikasjon av selvmordsfare innebærer en observasjon av både personen og den aktuelle situasjonen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). I det norske studiet «The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation» forklares det at det er legens ansvar å vurdere risikoen for selvmord, mens sykepleierens rolle er å observere pasientene (Vråle og Steen 2005). Det vil si at sykepleier må ha kjennskap til aktuelle risikofaktorer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (2014) har ulike innsatsområder, der det iverksettes ulike tiltak for å unngå pasientskader. Ett av disse områdene er «forebygging av selvmord». Programmet belyser at mange døgninstitusjoner mangler rutiner som ivaretar at nødvendige selvmordsforebyggende tiltak iverksettes og vedlikeholdes. Det har produsert en tiltakspakke som kan benyttes i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Denne skal være kunnskapsbasert, og sikre god praksis overfor selvmordstruede pasienter. Det er kommet frem til fem selvmordsforebyggende tiltak som bygger på de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Tiltakene innebærer 1) spesialistvurdering innen ett døgn, 2) iverksettelse av beskyttende tiltak, blant annet observasjon og sikring av omgivelser, 3) vurdering og observasjon av selvmordsrisiko, 4) planlegging av permisjon og 5) tiltak ved utskrivelse (ibid). Det er i hovedsak tiltak nummer to og tre som er relevante i dette litteraturstudiet.

I «Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko» beskrives det at pasienter med lav eller moderat selvmordsrisiko ikke trenger behandling på psykiatrisk sengepost (Sosial- og helsedirektoratet 2008). For pasienter med høy (akutt, overhengende) selvmordsrisiko, kan innleggelse på psykiatrisk akuttavdeling være nødvendig. Høy risiko innebærer at helsepersonell frykter at pasienten kan begå selvmord de nærmeste timene eller dagene, om vedkommendes situasjon ikke betydelig bedres (ibid). Det må skilles mellom akutt og kronisk selvmordsrisiko. Pasienter med akutt selvmordsrisiko legges inn på psykiatrisk døgninstitusjon for kortvarig sikring, for å dempe selvmordsfaren som en reaksjon på depresjon, realitetsbrist eller dramatiske livshendelser (Stangeland 2012). Pasienten tilbys frivillig innleggelse dersom pasienten har samtykkekompetanse. En frivillig innleggelse gir forutsetning for en vellykket behandling (ibid). Pasienten må i følge «Psykisk helsevernloven» (1999) § 2-1, samtykke til behandlingen. Dersom pasienten ikke samtykker, men utgjør en alvorlig fare for eget eller andres liv, legges pasienten inn til tvungen observasjon (Psykisk helsevernloven, § 3-2). Ved frivillig innleggelse kan pasienten i ytterste konsekvens forlate avdelingen og ta sitt eget liv. Derfor bør tvungen observasjon vurderes selv om pasienten har samtykket til behandling, dersom selvmordsrisikoen er svært høy (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

Det er stor fare for selvmord og selvmordsforsøk rett etter innleggelse. På psykiatrisk avdeling kan selvmord og selvmordsforsøk forebygges ved fysiske sikringstiltak som for eksempel skjerming, fjerning av selvmordsmidler og overvåking av pasienten ved

intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon. I tillegg til fysiske sikringstiltak, bør pasienten møtes med respekt og omsorg av kompetent helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

Ved høy selvmordsrisiko iverksettes kontinuerlig observasjon. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at kontinuerlig observasjon besluttes av kvalifisert spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Metoden innebærer at pasienten overvåkes til enhver tid. Sykepleier eller annet helsepersonell kan ikke snu ryggen til pasienten. De skal være fysisk nær pasienten, slik at de kan forebygge at farlige situasjoner som selvmordsforsøk og selvskading oppstår. Intervallobservasjon bør iverksettes når det besluttes at kontinuerlig observasjon skal oppheves. Da observerer sykepleier eller annet helsepersonell pasienten etter definerte tidsintervaller, for eksempel hvert femte, tiende eller femtende minutt. Intervallene er maksimumsintervaller, slik at de ikke er så forutsigbare at pasienten kan utnytte tidsrommet mellom intervallene til å skade seg selv. Ved behov observeres pasienten oftere, men aldri sjeldnere enn de definerte intervallobservasjonene (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

## **2.1. Teoretisk perspektiv**

Dette litteraturstudiet vil bygge på Joyce Travelbees sykepleieteori. Teorien er relevant for denne oppgaven, fordi den blant annet omhandler sykepleie til pasienter som opplever håpløshet, og som har mistet viljen til å leve (Travelbee 2014). I tillegg til dette vil vi benytte oss av «sårbarhet-stress-modellen»: en tankemodell for å beskrive hvordan psykiske lidelser kan oppstå (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

Travelbee (2014) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, fordi den alltid dreier seg om mennesker. Sykepleier må etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Et slikt forhold kjennetegnes ved at sykepleier og den lidende oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke bare som «sykepleier» og «pasient». Kvalitet i sykepleie bestemmes av sykepleierens forståelse av syke mennesker og hans/hennes menneskesyn. Sykepleierens verdier, menneskesyn, og syn på sykdom og lidelse har betydning for hvilken grad han/hun maktet å hjelpe den lidende til å finne mening i sin tilværelse. Alle mennesker vil oppleve lidelse og smerte i løpet av livet. Menneske-til-menneske-forholdet kan

brukes som et verktøy i sykepleie for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (ibid).

Travelbee skriver at håp kan hjelpe individet til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, kjedsomhet, nederlag, ensomhet og lidelse. Travelbee definerer håp slik: «Den som håper, tror at hvis han når frem til objektet for sine ønsker, vil livet endre seg på en eller annen måte, det vil bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede» (Travelbee 2014, s. 117).

Hun beskriver også at forutsetningen for å utvikle og opprettholde håp, er knyttet til at pasienten er trygg på at han/hun får hjelp og støtte fra andre ved behov. Et menneske som opplever håp, har tro på en forbedring i fremtiden, selv om nået kan være preget av fortvilelse. Håpet gjør fortvilelsen og lidelsen utholdelig. Hun lister opp seks kjennetegn ved håp; håp er knyttet til 1) valg 2) ønsker, 3) tillit og utholdenhet, 4) mot, 5) avhengighet av andre, og det er 6) fremtidsorientert (Travelbee 2014).

Videre skriver Travelbee (2014) at den som ikke opplever håp, opplever håpløshet. Mennesker som ikke føler håp, er tynget av problemer og har vanskelig for å tenke på fremtiden. Vedkommende føler seg fanget i en felle, i et problem det ikke finnes noen vei ut av.

Travelbee (2014) betegner enhver skade, sykdom eller ethvert tap som en trussel mot mennesket. Lidelse varierer i intensitet, varighet og dybde. Det kan spenne fra forbigående plager til utholdelige smerter, og til fasene utover smerten; «jeg-bryr-meg-ikke-fasen» og fasen med «apatisk likegyldighet». «Jeg-bryr-meg-ikke-fasen» preges av sinne, håpløshet og bitterhet, og da må sykepleier gripe inn. Her må sykepleier forbygge at pasientens tilstand forverrer seg, og når fasen med «apatisk likegyldighet». Denne fasen kjennetegnes nemlig av at pasienten mister viljen til å leve. Hun beskriver at sykepleiers rolle er å hjelpe den lidende til å holde fast ved håpet og forebygge håpløshet (ibid).

## **2.2. Sårbarhet-stress-modellen**

For å forstå utviklingen av psykiske lidelser, kan man bruke tankemodellen sårbarhet-stress-modellen: Symptomer på en psykisk lidelse oppstår når et menneskes psykiske likevekt bryter sammen, på grunn av en kombinasjon av en foreliggende sårbarhet på den ene siden, og et nivå av stress som overstiger hva vedkommende klarer å mestre på den andre siden. Da mister vedkommende evnen til å fungere som før. Hvor sårbart et menneske er, og hvor mye stress vedkommende klarer å mestre (coping), er individuelt og varierer i ulike faser i livet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

Man skiller mellom utløsende og vedlikeholdende stressfaktorer. Utløsende faktorer kan for eksempel være tap av en omsorgsperson, tap av arbeidsplass og liknende, mens vedlikeholdende faktorer kan være sosial isolasjon, venneløshet og så videre. Stress kan også påføres et menneske ved tilfeldighet (som for eksempel ved alvorlig sykdom og ulykker) eller oppstå som følger av egne livsvalg (krigsdeltakelse, rusmisbruk, kriminalitet og liknende) (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

I boka «Barn i risiko» beskrives det at begrepene stress og sårbarhet fortrenses av begrepene risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (Kvello 2011). For å forebygge selvmord blant ungdom, kan sykepleier benytte sårbarhet-stress-modellen som et verktøy; sykepleier kan forebygge at pasientens psykiske likevekt bryter sammen, ved å finne frem til faktorer som gjør pasienten mindre sårbar og at pasienten finner måter å håndtere stress på (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

## **2.3. Risikofaktorer og utløsende faktorer for selvmordsfare**

Selvmord er ofte et resultat av en kombinasjon av en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser. Derfor bør selvmordsforebygging inkludere forståelse av kontekstuelle forhold, og ikke bare fokusere på individets psykiske tilstand alene (Helsedirektoratet 2014). Ulike forhold kan medføre en sårbarhet for selvmord, som medfødte eller tidlig ervervete psykologiske og biologiske forhold i form av impulsivitet, emosjonell ustabilitet og aggressivitet (ibid). Verdens helseorganisasjon (2014) beskriver ulike risikofaktorer for selvmord: Tidligere selvmordsforsøk, selvmord i nær familie og psykiske helseproblemer (depresjon,

psykososer, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelproblemer). Andre risikofaktorer kan være:

- **Psykososiale risikofaktorer:** Kriser, relasjonsproblemer, sosial isolasjon, følelse av håpløshet, arbeidsledighet og økonomiske utfordringer.
- **Biologiske risikofaktorer:** Lav serotoninomsetning.
- **Somatisk sykdom:** Kreft, nevrologiske lidelser, HIV/aids.

(Helsedirektoratet 2014).

Det er økt selvmordsrisiko blant noen grupper i befolkningen, blant annet barn og ungdom, innvandrere og asylsøkere, lesbiske, homofile og bifile, og pasienter innlagt i døgnenheter (Helsedirektoratet 2014).

#### **2.4. Beskyttende faktorer mot selvmord**

Beskyttende faktorer kan redusere sårbarhet for risikofaktorer, og gi pasienten motstandskraft (resiliens) til å mestre vanskelige livssituasjoner. Sammenhengen mellom selvmordsrisiko og selvmordsatferd er avtakende hos pasienter med høy resiliens (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014).

Beskyttende faktorer kan være: Gode relasjoner og tilhørighet, evne til konflikthåndtering, god mestringsstrategi, emosjonell stabilitet, optimisme, håp, god selvfølelse, evnen til å søke hjelp ved behov, god fysisk form med nok søvn og sunt kosthold, adekvat stresshåndtering og personlig, kulturell eller religiøs overbevisning som styrker menneskets ønske om å leve (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014).

#### **2.5. Miljøterapi**

Miljøterapi er en behandlingsform som innebærer planlegging av alt som skjer mellom pasient og miljøpersonell til enhver tid. «Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse» (Henriksen m.fl. 2013, s. 10). Den grunnleggende holdningen i miljøet skal bestå av at man respekterer og erkjenner hverandre. Hvert menneske er unikt og ukrenkelig. Sykepleier skal ha en empatisk holdning i møte med pasienten. En slik holdning skapes i miljøet ved at sykepleier lytter til, og er åpen overfor den lidende. Sykepleier skal tilstrebe en anerkjennende

dialog med pasienten. Sykepleie og miljøterapi bunner i miljøpersonalets handlinger i møte med pasienten. Kunnskap er en forutsetning for å oppnå kvalitet i sykepleien og miljøterapien som utøves (Henriksen 2013).

## **2.6. Sykepleieetiske prinsipper og lovverk**

I «Etikk i sykepleien» (2012) beskrives fire etiske prinsipper som sykepleier må ivareta i sitt arbeid. Prinsippene anses som plikter, og er som følger:

- «Velgjørenhet - plikten til å gjøre godt mot andre»
- «Ikke skade - plikten til ikke å skade andre»
- «Autonomi - plikten til å respektere autonome personers beslutninger»
- «Rettferdighet - plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig»

(Brinchmann 2012, s. 85).

Temaet selvmordsforebygging reiser disse spørsmålene: Har mennesket rett til å ta sitt eget liv? Har andre rett og plikt til å hindre at noen tar sitt eget liv? (Vråle 2013). Plikten til å respektere autonome personers beslutninger anses som det mest relevante etiske prinsippet som kan drøftes i denne oppgaven.

Lovverk som regulerer ansvar for forebygging av selvmord blant ungdom er psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og barnevernloven, samt annen tilhørende helselovgivning (Helsedirektoratet 2014).

## **2.7. Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å belyse forebyggende sykepleietiltak i relasjon med selvmordsnær ungdom på barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling. Det fokuseres på observasjon av risikofaktorer, og bruk av beskyttende faktorer i selvmordsforebyggende sykepleie.

## **2.8. Problemstilling**

«Hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?»

### 3.0. Metode

I dette kapitlet gis det en introduksjon i litteraturstudie som metode. Deretter presenteres søkestrategi, herunder inklusjons- og eksklusjonskriterier ved valg av forskningsartikler. Det gis en kort innføring i kvalitativ og kvantitativ metode, samt forskningsetiske prinsipper og fagfellevurdering. Disse elementene omtales under kildekritikk i drøfting.

For å formulere en tydelig og konsis problemstilling, og for skape en god søkestrategi, benyttet vi PICO-skjemaet. I kunnskapsbasert praksis er PICO-skjemaet et nyttig verktøy som gir struktur, og klargjør problemstillingen for litteratursøk og kritisk vurdering (Graverholt 2012). PICO-skjemaet ser slik ut:

<b>Patient/problem</b>	Akutt selvmordsrisiko blant ungdom innlagt på barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling
<b>Intervention/intervensjon</b>	Observasjon av risikofaktorer, kartlegging av beskyttende faktorer, selvmordsforebyggende sykepleietiltak.
<b>Comparison/sammenlikning</b>	(Alternative tiltak)
<b>Outcome/Resultat</b>	Forebygge selvmord hos ungdom med høy selvmordsrisiko.

Ved bruk av PICO-skjemaet, formulerte vi problemstillingen slik: «Hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?»

#### 3.1. Litteraturstudie som metode

Dette er et litteraturstudie. I «Att göra systematiska litteraturstudier» beskrives det at et litteraturstudie baseres på en klart formulert problemstilling, som besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Det fokuseres på litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultater (Forsberg og Wengström 2013).

Et godt litteraturstudie kvalifiseres av at det først og fremst er omfattende, grundig og aktuelt for tidsperioden. For å kunne skrive en god oppgave, må man være kreativ i søkene man foretar. En må arbeide disiplinert, og benytte seg av klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Litteraturstudiet er godt, om en annen søker kan benytte seg



av de samme søkekriteriene for å komme frem til liknende konklusjon. Det forventes at sykepleiere forstår og benytter seg av evidensbasert praksis (evidence-based practice - EBP). EBP innebærer å benytte seg av den beste forskningen og kunnskapen, når man tar i bruk beslutningsprosessen i sykepleie (Polit og Beck 2012).

En fordel med litteraturstudie som metode, er at resultater fra randomiserte, kontrollerte studier anses som det beste grunnlaget for utvikling av evidensbasert praksis. En ulempe med å benytte seg av litteraturstudie som metode, er at forfatteren bare har tilgang til en begrenset mengde forskning. Utvalget av vitenskapelige artikler blir selektivt om vedkommende kun velger studier som bekrefter egne påstander eller standpunkter (Forsberg og Wengström 2013).

### **3.2. Søkestrategi**

Her følger en presentasjon av vår søkestrategi. For å finne gode og relevante vitenskapelige artikler for litteraturstudiet, ble databasene Ageline, Cinahl complete, Ovid nursing database (AMED, Pubmed, Psychinfo, Medline), Bibsys ask, Cochrane library, Clinical evidence og Svemed + benyttet. Disse databasene ble benyttet, fordi de er databaser som inneholder forskning innen helse. Dermed er de relevante for denne bacheloroppgaven i sykepleie. Vi brukte også søkemotoren Google scholar for finne relevante forskningsartikler. Å benytte Google scholar er nyttig for å få en oversikt over tilgjengelig forskning på temaet. Samfunnsvitenskapelig datatjenesters publiseringskanal ble brukt for å sikre at artiklene er publisert i et tidsskrift som er fagfelleurdert, og rangert til kvalitetsnivå én eller to.

Kjerne- og søkeord som ble benyttet ved søk i databasene var selvmord/suicid, selvmordsrisiko/suicide risk, selvmordsforsøk/suicide attempt risikofaktorer/risk factors, beskyttende faktorer/protective factors, sykepleie/nursing, tiltak/measures, effekt/effect, symptomer/symptoms, ungdom/adolescents/youth, håp/hope, akutt selvmordsfare/acute suicide risk, psykiatri/psychiatry, forebygging/prevention, profylakse/prophylaxis, omsorg/care, pasienter/patients, terapeutisk relasjon eller allianse/therapeutic relation, constant observation/kontinuerlig observasjon, og seclusion/skjerming.

Selv om flere ulike databaser ble benyttet, var det kun Academic search elite/Cinahl complete og Psychinfo som resulterte i funn av relevante, gode forskningsartikler. Søk i andre databaser resulterte også i funn av forskningsartikler, men fordi de ikke tilfredstilte våre inklusjonskriterier, valgte vi å ekskludere dem fra oppgaven. Eksempler på kombinasjoner av søkeord som ikke resulterte i relevante forskningsartikler var; «seclusion» and «adolescents» and «suicide risk», og «adolescents» and «suicide risk» and «therapeutic relationship». Fullstendig søkeprosess for funn av de aktuelle forskningsartiklene presenteres i vedlegg 1.

Søkeprosessen resulterte i funn av fem kvantitative forskningsartikler, tre kvalitative forskningsartikler og ett systematisk litteraturstudie. Kvantitativ forskning gir breddeperspektiv, mens kvalitativ metode benyttes for å tolke og skape en forståelse for menneskets subjektive opplevelse av omverdenen (Forsberg og Wengström 2013).

Ved bruk av kvantitativ metode, er forskeren objektiv og benytter seg av deduktiv metode. Vedkommende distanserer seg fra studiet for å unngå at resultatet av undersøkelsen påvirkes av forskerens forutsatte meninger. Forskeren formulerer en problemstilling eller hypotese, og tester ut denne. Hensikten med en kvantitativ studie er å strukturere, klassifisere, forutsi og forklare sammenhenger. Data-innsamlingen kan skje ved bruk av ulike metoder, som for eksempel journalinnsyn, intervjuer, observasjoner, skalaer, spørreundersøkelser og prøvetakning. I kvantitative studier brukes ofte mange respondenter, men få spørsmål med begrensede svaralternativer. Utvalget av respondenter er representativt. Det vil si at de er utvalgt etter bestemte prinsipper. For at resultatet av undersøkelsen skal kunne generaliseres, må metoden vise god pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet). Reliabilitet beskrives som målsikkerhet og overensstemmelse ved de samme undersøkelsene til ulike tider, mens validitet refererer til et undersøkelses-instruments evne til å undersøke det som faktisk skal undersøkes (Forsberg og Wengström 2013).

Ved bruk av kvalitativ metode, innledes studiet ved at forskeren formulerer en problemstilling og bestemmer seg for hvordan studiet skal bygges opp (hvilket design som skal benyttes). I motsetning til kvantitativ metode, kan forskeren utføre

datainnsamling og analyse av dataene samtidig. Ofte foregår datasamlingen ved intervju av et fåtall informanter med dypere spørsmål. For å strukturere dataene og analysen av dem, benyttes et teoretisk rammeverk. Resultatene presenteres i løpende tekst. Forskeren bruker induktiv fremgangsmåte og sammenslår data til universelle prinsipper, som kan føre til utvikling av en teori om et fenomen (Forsberg og Wengström 2013).

For å skape en god og gjennomgående oppbygning på dette litteraturstudiet, fulgte vi IMRAD-strukturen; IMRAD står for **i**ntroduction (introduksjon), **m**ethod (metode), **r**esults (resultater) **a**nd (og) **d**iscussion (diskusjon) (Høgskolen i Gjøvik [HiG] 2011). Da vi søkte etter vitenskapelige artikler, var et av inklusjonskriteriene at artiklene er bygd opp etter nettopp denne strukturen. Andre inklusjons- og eksklusjonskriterier presenteres i denne matrisen:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Årstall: 2005 – 2015	Eldre enn ti år
IMRAD-struktur	Mangler IMRAD-struktur
Det foreligger fagfelle vurdering	Det foreligger ikke fagfelle vurdering
Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk.	Andre språk enn de nevnte
Relevans for problemstillingen	Manglene relevans for problemstillingen
Ivaretar forskningsetiske prinsipper	Ivaretar ikke forskningsetiske prinsipper

Et av inklusjonskriteriene i matrisen over, er at forskningsartiklene skal ivareta forskningsetiske prinsipper. Forskning har stor betydning, både for enkeltindividet og for samfunnsutvikling. Derfor er det nødvendig at forskning gjennomføres på en etisk forsvarlig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014). Forskningsetiske prinsipper er som følger:

- **Respekt:** Informanter og andre deltakere i forskningen skal behandles med respekt. Om det skal forskes på mennesker eller på data som kan knyttes til enkeltmennesker, skal informanten samtykke til datainnsamlingen. Derfor må informanten være samtykkekompetent og informert, for samtykket skal gis

frivillig og være dokumenterbart. Dataene som samles inn, skal behandles konfidensielt. Forskeren må forhindre at bruk og formidling av data og informasjon, kan skade informanten.

- **Gode konsekvenser:** Forskeren skal etterstrebe at vedkommendes aktivitet resulterer i gode konsekvenser, men eventuelle uheldige konsekvenser er akseptable.
- **Rettferdighet:** Forskningsprosjektet skal utformes og utføres rettferdig.
- **Integritet:** Det er forskerens plikt å følge anerkjente normer, og å opptre ansvarlig, åpent og ærlig overfor kollegaer og offentlighet.

At forskningsetiske normer ivaretas, er ikke bare forskerens ansvar, men også forskningsinstitusjonens. Den har ansvar for å sikre at god vitenskapelig praksis etterlevs. Forskningsinstitusjonen skal sikre forskerens frihet ved valg av tema, valg av metode for gjennomføringen av forskningen, samt fagfellevurdering og publisering av forskningsresultater. Å etablere rutiner for håndtering av mistanke om brudd på forskningsetiske prinsipper, er også forskningsinstitusjonens ansvar (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014).

At forskningsartiklene er fagfellevurdert, er også et av inklusjonskriteriene. Fagfellevurdering vil si at to fagfeller med kompetanse eller doktorgrad innen det relevante fagområdet, vurderer artiklene som skal publiseres. Fagfellene vurderer artikkelen etter følgende kriterier: 1) Faglig innhold og relevans, 2) selvstendighet og originalitet, 3) kunnskaper og kildebruk, 4) metodisk tilnærming og gjennomføring, 5) forskningsetiske overveielser, 6) styrke og troverdighet i argumentasjon og resultater og 7) fremstilling og komposisjon (Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2015).

### 3.3. Analyse

I analyse av forskningsartiklene, fortolkes og sammenliknes empirien, teorien, kildeutsagn, statistikker, ekspertutsagn og teksten som skal undersøkes (Øyen og Solheim (2013). Analyse av de valgte forskningsartiklene gir grunnlag for drøfting.

Vi vil drøfte de ulike elementene i forskningsartiklene, ved å sette dem opp mot hverandre og sammenlikne deres utsagn.

Valg av vitenskapelige artikler ble basert på hensikten med oppgaven, problemstillingen, oppgavens tema og valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Funnene er et resultat av systematiske søk i nevnte databaser med ulike kjerne- og søkeord. For å vurdere om forskningsartiklene var relevante, leste vi først abstraktet på artiklene. Deretter valgte vi enten å inkludere dem i, eller ekskludere dem fra dette litteraturstudiet. Vi har analysert de inkluderte forskningsartiklene ved å lese gjennom dem, og undersøke om resultatene var aktuelle for vårt litteraturstudie.

## 4.0. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater og funn i de vitenskapelige artiklene, først i en matrise og deretter i løpende tekst.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater
Dieserud, G. m. fl. (2010) Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006; trends, triggers and underlying reasons. I: <i>Crisis</i> 31 (5) s. 255-264.	Presentere selvmordsrater og belyse triggende risikofaktorer og underliggende årsaker til selvmordsatferd.	Norsk, kvantitativ studie med 254 respondenter i alderen 13-19. Alle respondentene har vært innlagt på psykiatrisk avdeling i Bærum, i perioden 1984 til 2006, etter å ha gjennomført selvmordsforsøk.	Det skilles mellom triggende, utløsende faktorer for selvmordsforsøk og underliggende årsaker til selvmordsforsøk: For både gutter og jenter var en relasjonell konflikt den avgjørende, triggende faktoren til selvmordsforsøket. Dysfunksjonelle familieforhold var vanligste underliggende årsak til selvmordsforsøket hos både gutter og jenter. Selvmordsatferd blant selvmordstruet ungdom krever spesifikke, forebyggende tiltak og oppfølging.
Folse, V. N. m. fl. (2006) Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department: a pilot study. I: <i>Journal of psychosocial nursing</i> , 44 (3), s. 23-29.	Identifisere forekomsten av vurdering av selvmordsrisiko blant ungdom og voksne i en medisinsk akuttavdeling, uavhengig av årsak til at pasientene oppsøkte avdelingen. Observere nyttigheten av en slik vurdering.	Amerikansk, kvantitativ studie med 104 respondenter. Disse ble intervjuet ved hjelp av «Risk of suicide questionnaire items» (RSQ).	Vurdering og identifikasjon av selvmordsrisiko bør implementeres som en del av triage i medisinsk akuttavdeling, som et viktig selvmordsforebyggende tiltak. Sykepleier spiller en stor rolle i identifikasjon av selvmordsfare. Ved oppdaget selvmordsrisiko skal forebyggende tiltak iverksettes.
Freuchen, A. m.fl. (2012) Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. I: <i>Child and adolescent psychiatry &amp; mental health</i> , 6 (1), s. 1 – 12.	Innhente kunnskap om hvilke omstendigheter som kan knyttes til selvmord blant barn og ungdom under 16 år.	Norsk, kvantitativ studie. Forskerne gjennomførte psykologiske obduksjoner og intervjuer med foreldre som hadde mistet barn i selvmord eller ulykker. De innhentet informasjon om barn som begikk selvmord i 1993 til 2004, fra sykehusjournaler og politirapporter.	En del av ungdommene som døde av selvmord, oppfylte kriteriene for en psykiatrisk diagnose. 60 % av foreldrene til selvmordsdødsfallet, og kun 12 % av foreldrene til barna som døde i ulykker, rapporterte at ungdommene hadde opplevd stressende konflikter før dødsfallet. Nevnte risikofaktorer er misbruk av rusmidler, relasjonsbrudd, konflikter og mobbing. Noen av ungdommene som begikk selvmord, viste ikke tegn på selvmordstanker før de tok livet sitt.

<p>Murray, B. L., og K. Wright (2006) Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. I: <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>, 13, s. 157-164.</p>	<p>Vurdere hvilke selvmordsforebyggende tiltak ungdommer opplever som nyttige, og observere hvordan ungdommene og deres foreldre opplever behandlingen.</p>	<p>Canadisk, kvalitativ studie med 9 respondenter (3 ungdommer i alderen 14 til 19 år og 6 mødre).</p>	<p>Pasientene og foreldrene opplevde behandlingen som konstruktiv. De opplevde en endring i selvmordsatferd som et resultat av ulike tiltak som blant annet god kommunikasjon, godt samarbeid, relasjonsbygging og fremming av håp. En spesialsykepleier iverksatte tiltakene ble iverksatt i samhandling med pasienten.</p>
<p>Sakinofsky, I. m.fl. (2007) Caring for the suicidal patient: An evidence-based approach. I: <i>The Canadian journal of psychiatry</i>, 52 (6), s. 1-136.</p>	<p>Belyse risikofaktorer og beskyttende faktorer mot selvmord, samt omsorg for den selvmordstruede pasienten.</p>	<p>Canadisk, systematisk litteraturstudie.</p>	<p>Selvmordsrisiko må tas på alvor. Pasienter som truer med å ta sitt eget liv må observeres nøye i sykehus og institusjon for egen trygghet og beskyttelse. Suicidal atferd innebærer et spekter av risikofaktorer som sykepleier må være kvalifisert til å oppdage. Selvmordsnære pasienter uttrykte blant annet håpløshet og ensomhet. En må også kunne om beskyttende faktorer. Selvmordsratene øker med alder i ungdomsårene.</p>
<p>Sharaf, A. Y., E. A. Thompson og E. Walsh (2009) Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. I: <i>Journal of child and adolescent psychiatric nursing</i>, 22 (3) 8, s. 160-168.</p>	<p>Undersøke hvilken effekt støtte fra familien har på forholdet mellom selvfølelse/-tillit og selvmordsrisiko.</p>	<p>Amerikansk, kvantitativ studie med 849 respondenter på videregående skoler i USA. Datainnsamlingen foregikk ved bruk av High school questionnaire (HSQ) og Measure of adolescent potential for suicide (MAPS).</p>	<p>Det ble identifisert selvmordsrisiko hos 37 % av ungdommene i studiet, og det var betydelig større selvmordsrisiko blant jentene enn hos guttene. Lav selvfølelse/-tillit viste seg å være knyttet til depresjon og håpløshet. Selvtilliten hos ungdommene med lite støtte fra familien, viste seg å være motsatt av hva hypotesen sa. Ungdommene med lite støtte fra familien har vokst opp med å mestre hverdagen, tross mangelen på støtte fra familien. En motstandsdyktig ungdom blir mindre sårbar for stress og livets utfordringer.</p>
<p>Stewart, D., L. Bowers og J. Ross (2012) Managing risk and conflicts behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. I: <i>Journal of advanced nursing</i>, 68 (6), s. 1340-1348.</p>	<p>Undersøke hvilke faktorer og observasjoner iverksettelse av kontinuerlig observasjon baseres på, og undersøke hvilken effekt kontinuerlig observasjon har i selvmordsforebygging.</p>	<p>Engelsk, kvantitativ studie med 522 respondenter innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger i London.</p>	<p>Kontinuerlig observasjon ble iverksatt som selvmordsforebyggende tiltak overfor suicidale pasienter og nyinnlagte pasienter som har forsøkt å ta sitt eget liv. Metoden oppleves som inngripende, upersonlig og lite terapeutisk. Kontinuerlig observasjon har en beskjeden, beskyttende effekt.</p>

Sun. F-K. m.fl. (2006) A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. I: <i>Journal of advanced nursing</i> , 53 (6), s. 680-690.	Presentere en sykepleieteori som en veileder i omsorg for pasienter med selvmordsproblematikk.	Taiwansk, kvalitativ studie der «grounded theory» benyttes for innsamling og analyse av data. 15 pasienter med selvmordsproblematikk intervjues. 15 psykiatriske sykepleiere blir også intervjuet og observert i løpet av en vakt.	Sykepleier må ha kunnskap om risikofaktorer og hva som kan trigge selvmordsforsøk. Blant risikofaktorene som nevnes er at pasienten ikke føler at han mestrer utfordringene livet og hverdagen har å by på, og at vedkommende føler maktesløshet. At sykepleier skaper en god, terapeutisk relasjon til pasienten er et beskyttende tiltak.
Vråle, G. B., og E. Steen (2005) The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. I: <i>Journal of psychiatric and mental nursing</i> , (12), s. 513-518.	Undersøke hvordan psykiatriske sykepleiere utfører kontinuerlig observasjon overfor suicidale pasienter.	Norsk, kvalitativ studie med fem respondenter. Respondentene er psykiatriske sykepleiere som arbeider på psykiatrisk akuttavdeling.	Kontinuerlig observasjon består av fire faser: Fase 1, overgangsfase 1, fase 2 og overgangsfase 2. Funnene i studiet viser at kontinuerlig observasjon består av to aspekter: Ett aspekt handler om fasene ved implementasjon av kontinuerlig observasjon som tiltak, og behovet for kontroll og sikkerhet for å hindre at pasienten skader seg. Det andre aspektet handler om relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier under perioden med kontinuerlig observasjon.

#### 4.1. Risikofaktorer og utløsende faktorer for selvmordsfare

Folse m.fl. (2006), Sakinofsky m.fl. (2007) og Sun. m.fl. (2006) beskriver at kunnskap om risikofaktorer og triggende faktorer for selvmord er nødvendig for identifikasjon av selvmordsrisiko. Sykepleiere spiller en vesentlig rolle i identifikasjon av selvmordsfare (Folse m.fl. 2006).

I sitt studie, benyttet Dieserud m.fl. (2010) kvantitativ metode for å belyse risikofaktorer og underliggende årsaker til at ungdom tar sitt eget liv. Alle de 254 respondentene i alderen 13 til 19 år var innlagt på psykiatrisk avdeling som følge av selvmordsforsøk. I studiet skilles det mellom «triggende, utløsende risikofaktorer», og «underliggende årsaker» til selvmord. En utløsende selvmordstrigger kan beskrives som en hendelse/situasjon som ungdommen selv mener er årsaken til selvmordsforsøket - en hendelse eller situasjon som har oppstått kort tid før forsøket. En underliggende årsak kan beskrives som faktorer pasienten har opplevd krevende over tid (ibid).



I Folse m.fl. (2006) ble de 104 respondentene vurdert, for å identifisere hvor mange som undersøkes for selvmordsrisiko i akuttmedisinsk avdeling. Studiet undersøker nyttigheten av at eventuell selvmordsrisiko undersøkes hos alle som oppsøker avdelingen. For å identifisere selvmordsrisiko hos pasientene, intervjuet sykepleierne pasientene ved hjelp av verktøyet «Risk of suicide questionnaire items» (RSQ). RSQ innebærer fire spørsmål: 1) Er du her fordi du har forsøkt å skade deg selv? 2) har du hatt selvmordstanker de siste ukene? 3) har du noen gang forsøkt å skade deg selv? 4) har du vært utsatt for overveldende stress den siste tiden? På denne måten spiller sykepleier en sentral rolle i oppdagelse av selvmordsrisiko. I studiet beskrives det at ved oppdaget selvmordsrisiko, skal selvmordsforebyggende tiltak iverksettes (ibid).

Freuchen m.fl. (2012) benyttet kvantitativ metode for å avduke hvilke omstendigheter som kan føre til selvmord blant ungdom under 16 år. Forskerne intervjuet foreldre som hadde mistet et barn eller ungdom i selvmord eller ulykker, og sammenliknet barnas/ungdommenes omstendigheter før dødsfallene. Om barna/ungdommene døde av selvmord eller i ulykker, sammenliknet de barna som døde av blant annet kvelning, drukning og fall fra store høyder. Det viser seg at 25 % av barna/ungdommene som døde av selvmord, oppfylte kriterier for en psykiatrisk diagnose. 30 % av selvmordsofrene hadde depressive symptomer. 60 % av foreldrene til selvmordsofrene, sammenliknet med 12 % av foreldrene til ulykkesofrene, rapporterte at barnet/ungdommen deres hadde opplevd et smertefullt tap eller en stressende konflikt før selvmordet. 29 % av selvmordsofrene, sammenliknet med 14 % av ulykkesofrene, ble mobbet før dødsfallet (ibid).

I sitt systematiske litteraturstudie, belyser Sakinofsky m.fl. (2007) risikofaktorer for selvmord og beskyttende faktorer mot selvmord, som må vektlegges i selvmordsforebyggende arbeid. Antall selvmord øker med alder, og er høyest blant eldre ungdom. 90 % av de eldre ungdommene som begikk selvmord, hadde en psykisk lidelse da de tok livet sitt. 50 % av disse hadde vært psykisk syke i minst to år før dødsfallet. Sammenliknet med eldre ungdom, hadde 60 % av de yngre ungdommene en psykisk lidelse da de tok livet sitt. Depressiv lidelse betegnes som den hyppigste årsaken til selvmord blant ungdommene. Foruten psykiske lidelser,

nevnes blant annet mobbing og manglende evne til å oppsøke hjelp, som risikofaktorer for selvmord (ibid).

Sakinofsky m.fl. (2007) betegner selvmordsrisiko som et offentlig helseproblem som må tas på alvor. For å identifisere selvmordsrisiko og risikofaktorer, kan sykepleier blant annet observere pasienten og stille vedkommende fire spørsmål. Disse innebærer spørsmål om pasienten har selvmordstanker og tanker om å skade seg selv på nåværende tidspunkt, om pasienten har hatt slike tanker tidligere, om pasienten tidligere har begått selvmordsforsøk og om pasienten har opplevd ulike stressfaktorer den siste tiden (ibid).

I følgende tabell kategoriseres risikofaktorene i utløsende, triggende faktorer og i underliggende årsaker til selvmord.

Referanse	Utløsende, triggende faktorer	Underliggende årsaker
<b>Dieserud m.fl. (2010)</b>	Relasjonelle konflikter, relasjonsbrudd.	Dysfunksjonelle familieforhold, psykiske problemer, økonomiske problemer, problemer i skole eller jobb, kriminalitet, somatisk sykdom, homofili, rusmiddelmisbruk og lav selvfølelse.
<b>Freuchen m.fl. (2012)</b>	Stressende konflikter, tap, relasjonsbrudd.	Psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk, mobbing.
<b>Sakinofsky m.fl. (2007)</b>	Store livsforandringer, relasjonsbrudd, impulsivitet.	Følelse av håpløshet og meningsløshet, depresjon, positive psykotiske symptomer, pessimisme, bruk av vold, rusmisbruk, mobbing, fedme, svakt sosialt nettverk, tidligere selvmordsforsøk, misbruk og overgrep i barndommen, manglende evne til å oppsøke hjelp.

<b>Sharaf, Thompson og Walsh (2009)</b>	Beskriver ikke spesifikt utløsende faktorer.	Lav selvfølelse, depresjon, følelse av håpløshet.
<b>Stewart, Bowers og Ross (2012)</b>	Beskriver ikke spesifikt utløsende faktorer.	Tidligere selvmordsforsøk og suicidalitet.
<b>Sun m.fl. (2006)</b>	Beskriver ikke spesifikt utløsende faktorer.	Lav mestringsfølelse og følelse av maktesløshet.

#### 4.2. Beskyttende faktorer mot selvmord

Sykepleier må ha kunnskap om hvilke faktorer som kan beskytte pasienten mot selvmordstanker (Sakinofsky m.fl. 2007). Forskning på hvilke faktorer som virker beskyttende er mangelfull, og derfor trengs det mer forskning på temaet. For å forebygge selvmord, må sykepleier identifisere beskyttende faktorer, som for eksempel gode familierelasjoner og evne til å oppsøke hjelp (ibid).

Sharaf, Thompson og Walsh (2009) benyttet kvantitativ metode for å undersøke hvilken effekt familiær støtte har på forholdet mellom selvfølelse/-tillit og selvmordsrisiko. De beskriver at det er viktig å være bevisst på at beskyttende faktorer, ikke nødvendigvis speiler pasientens risikofaktorer. Data ble innhentet ved bruk av High school questionnaire (HSQ) og Measure of adolescent potential for suicide (MAPS). HSQ er et multidimensjonelt mål på ungdommers atferd, opplevelser og erfaringer, og grad av selvmordsrisiko. MAPS innebærer observasjoner av ungdommenes risikoatferd og beskyttende faktorer. Forskerne anslo på forhånd at høy selvtillit er knyttet til god familiær støtte, og at dette virker beskyttende mot selvmord. På den ene siden, viser resultatene at lav selvfølelse er knyttet til depresjon og følelse av håpløshet, mens høy selvtillit anses som en beskyttende faktor. I motsetning til forskernes hypotese, viser det seg på den andre siden at ungdommene som hadde en oppvekst med lite støtte fra familien, hadde lært å mestre hverdagen alene. Dette ga dem tro på seg selv. De tror på at de klarer å løse utfordringer og problemer livet byr på. Det belyses at selvtillit gir dem motstandskraft, og at motstandskraft gjør dem mindre sårbare for utfordringer de møter på (ibid).

I følgende tabell kategoriseres beskyttende faktorer mot selvmord.

Referanse	Beskyttende faktorer
Murray og Wright (2006)	Håp, sosial tilhørighet og sterkt sosialt nettverk.
Sakinofsky m.fl. (2007)	Gode familierelasjoner, evne til å oppsøke hjelp.
Sharaf, Thompson og Walsh (2009)	God selvtillit, følelse av tilhørighet, følelse av å bli ivaretatt, ønsket og elsket av familiemedlemmer, sterke personlige ressurser som evne til konflikthåndtering og problemløsning.
Sun m.fl. (2006)	Sterkt sosialt nettverk.

#### 4.3. Selvmordsforebyggende sykepleie

Dieserud m.fl. (2010), Folse m.fl. (2006) og Sakinofsky m.fl. (2007) konkluderer med at selvmordsrisiko må tas på alvor, og at selvmordsforebyggende tiltak må iverksettes.

Murray og Wright (2006) benytter kvalitativ metode for å belyse hvilke selvmordsforebyggende tiltak ungdommer selv opplever som nyttige. Før behandling, ble de selvmordstruede ungdommene henvist til spesialsykepleier Murray. Han intervjuet pasientene angående deres familieforhold, og vurderte pasientenes grad av selvmordsrisiko. Sykepleietiltakene som ble iverksatt under behandling, baserte seg på dette intervjuet. Behandlingen bestod av både individuell terapi og gruppeterapi. I terapi fremmet spesialsykepleieren håp i samhandling med pasienten. Han bygget en god relasjon til pasienten ved bruk av god kommunikasjon og godt samarbeid. Det presiseres at helsepersonell må forstå og anerkjenne at pasienten viser destruktiv atferd fordi vedkommende har det vanskelig. Pasientene og foresatte opplevde terapien som konstruktiv og effektiv, fordi den resulterte i endring i selvmordstanker og destruktiv atferd (ibid).

Sun m.fl. (2006) ønsket å presentere en sykepleieteori som veileder i omsorg for selvmordstruede pasienter. De benyttet «grounded theory» for innsamling og analyse av data. Forskerne beskriver at å skape en god relasjon innebærer at sykepleier tar seg god tid til pasienten. En god relasjon oppstår om sykepleier

respekterer og aksepterer pasienten, og at vedkommende får pasienten til å føle seg verdsatt. God kommunikasjon og aktiv lytting er gode verktøy som sykepleier kan benytte seg av, for at pasienten skal føle hørt (ibid).

Sakinofsky m.fl. (2007) sitt systematiske litteraturstudie analyserer studier som omhandler omsorg for selvmordstruede mennesker, for å vurdere om forbedret klinisk omsorg kan redusere antall selvmord. Når selvmordsrisiko identifiseres, iverksettes ulike tiltak for å forebygge selvmord. Det beskrives at sykepleier må være oppmerksom på komorbide lidelser, som kan påvirke sykepleierens tilnærming og de ulike selvmordsforebyggende tiltakene som iverksettes. Hvordan sykepleier tilnærmer seg pasienten, må tilpasses hver enkelt pasient (ibid).

Sakinofsky m.fl. (2007), samt Stewart, Bowers og Ross (2012), beskriver at ved oppdaget selvmordsrisiko, bør pasienten legges inn og observeres nøye i sykehusavdeling, for vedkommendes beskyttelse og sikkerhet. Vråle og Steen (2005) og Stewart, Bowers og Ross (2012) beskriver at kontinuerlig observasjon iverksettes som tiltak for å forebygge at pasienten skader seg selv eller andre.

Stewart, Bowers og Ross (2012) benyttet kvantitativ metode for å undersøke hva som legger grunnlaget for at kontinuerlig observasjon iverksettes, og hvilke risikofaktorer og observasjoner beslutningen baseres på. Kontinuerlig observasjon ble besluttet og iverksatt for å forebygge selvmordsforsøk og selvskading, og ble enten iverksatt ved innleggelse eller under innleggelse. Det beskrives at pasientene opplever kontinuerlig observasjon som en upersonlig, inngripende og lite terapeutisk prosedyre (ibid).

Kontinuerlig observasjon betegnes som et tiltak som benyttes på forskjellige måter, og i ulik grad på sykehusene (Stewart, Bowers og Ross 2012). Denne type observasjon skal brukes hvis det er overhengende fare for at pasienten skader seg selv eller andre, og helst etter at andre tiltak er forsøkt. I dette studiet forsøkte ikke pasientene å ta sitt eget liv, hvis kontinuerlig observasjon ble iverksatt ved innleggelse. Kontinuerlig observasjon har dermed en selvmordsforebyggende effekt på psykiatrisk avdeling (ibid).

Vråle og Steen (2005) benytter kvalitativ metode for å få innsyn i hvordan psykiatriske sykepleiere utfører kontinuerlig observasjon, overfor selvmordstruede pasienter. Ved innleggelse og/eller nyoppstått selvmordsfare, vurderer lege/psykiater eller psykolog risikoen for selvmord, og behovet for kontinuerlig observasjon. Legens beslutning om iverksettelse av kontinuerlig observasjon, baseres og fattes på grunnlag av tverrfaglige observasjoner gjort av sykepleier og annet miljøpersonell. Sykepleier kan allikevel iverksette kontinuerlig observasjon ved identifisert akutt selvmordsfare, til lege/psykiater eller psykolog får utført en vurdering av pasienten (ibid).

I Vråle og Steens forskningsartikkel beskrives kontinuerlig observasjon som en kompleks sykepleieprosedyre som innebærer livreddende arbeid. Metoden gir sykepleieren en ypperlig mulighet til å danne en terapeutisk relasjon til pasienten (Vråle og Steen 2005). Sykepleierne i studiet forklarer at kontinuerlig observasjon består av fire faser. De forteller hva de observerer og hvilke tiltak de benytter seg av, under denne typen observasjon:

- **Fase 1:** Fase 1 innebærer identifikasjon av selvmordsrisiko og vurdering av behov for kontinuerlig observasjon. Observasjonene baseres på pasientens ansiktsuttrykk, kroppsspråk, bevegelse, uttrykt smerte og håpløshet, og pasientens uttrykte selvmordstanker og -planer.
- **Overgangsfase 1:** Overgangsfase 1 går ut på å informere pasienten og ansatte om at det er besluttet at kontinuerlig observasjon skal iverksettes, og på hvilket grunnlag beslutningen baseres på. Pasienten har rett på informasjon om tiltaket og hva dette innebærer. At kontinuerlig observasjon iverksettes skal dokumenteres og journalføres.
- **Fase 2:** I denne fasen iverksettes tiltaket kontinuerlig observasjon. Denne fasen varer ofte i to til 14 dager, og da observerer pasientens primær-sykepleier pasienten kontinuerlig. Fasens lengde bestemmes av graden av relasjonsbygning mellom pasienten og sykepleier, og av pasientens behov for sikkerhet og beskyttelse. I denne fasen må sykepleier forsøke å danne relasjon

til pasienten, slik at de sammen kan snakke om temaer som for eksempel håp eller håpløshet.

- **Overgangsfase 2:** I denne fasen planlegges overgangen fra kontinuerlig observasjon til «intervallobservasjon». Oppheving av kontinuerlig observasjon baseres på utviklingen av den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient, og gjensidig tillit. Det beskrives at sykepleier kan skape en terapeutisk allianse med pasienten om han/hun fremmer håp, viser interesse og omsorg, tilbyr regelmessig kontakt, og introduserer relevante og viktige samtaleemner. I dialog med pasienten, observerer sykepleier om det fortsatt foreligger selvmordsrisiko og om det ennå er behov for kontinuerlig observasjon. Gradvis tester sykepleier pasienten, ved å redusere graden av observasjon. Et eksempel på dette kan være å snu ryggen til pasienten om vedkommende er på toalettet (Vråle og Steen 2005).

## 5.0. Drøfting

I dette kapitlet drøftes resultatene presentert i forrige kapittel sammen med annen relevant faglitteratur. Kildekritikk av valgte vitenskapelige artikler presenteres som en del av drøftingen.

Hvert førtiende sekund dør et menneske av selvmord i verden, og mange flere begår selvmordsforsøk. På verdensbasis er selvmord den andre ledende dødsårsaken blant unge mellom 15 og 29 år (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014). Det kan stilles spørsmål ved om selvmord kan forebygges. I «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» beskrives det at det ikke er mulig å forebygge alle selvmord eller selvmordsforsøk (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Verdens helseorganisasjon (2014) presiserer derimot at selvmord kan forebygges. Både Sakinofsky m.fl. (2007) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) hevder at det er gjort lite forskning på risikofaktorer, beskyttende faktorer og selvmordsforebyggende tiltak, og at det trengs mer forskning og kompetanse om disse temaene.

### 5.1. Risiko- og beskyttende faktorer

I denne oppgaven fokuseres det på observasjon av risikofaktorer, og på beskyttende faktorer i selvmordsforebyggende sykepleietiltak i barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling.

Verdens helseorganisasjon hevder at selvmord kan forebygges om helsepersonell lærer å gjenkjenne tegn på depresjon, andre psykiske lidelser og rusmisbruk. I likhet med Verdens helseorganisasjon, hevder også Vråle (2013) at selvmord forebygges om helsepersonell utvikler kunnskap om symptomer på depresjon. Sakinofsky m.fl. (2007) skriver at hele 90 % av ungdommene som har begått selvmord hadde en psykisk lidelse når de tok livet sitt. 50 % av disse hadde en psykiatrisk diagnose de to siste årene de levde (ibid). Samtidig, i Freuchen m.fl. sin studie (2012), oppfylte 25 % av selvmordssofrene (ungdommer i alderen 16 år yngre som har begått selvmord) kriterier for en psykiatrisk diagnose. I fagartikkelen «Når sikreste behandling ikke er beste behandling», presiseres det derimot at det ikke bør fokuseres for mye på psykiske lidelser alene, som årsak til selvmord og selvmordsforsøk. Følelse av håpløshet, ydmykelse, fastlåsthet og desperasjon i kombinasjon med belastende livshendelser, kan like gjerne være prediktorer for



selvmord som psykiske lidelser (Stangeland 2012). Sammenliknet med Verdens helseorganisasjon (2014), belyser Stangeland (2012) at samspillet mellom risikofaktorer og belastende livshendelser kan være årsaken til at et menneske velger å ta sitt eget liv. Selvmordsforsøk kan også være en impulsiv respons på akutte, psykososiale stressfaktorer.

I pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7», nevnes observasjon av risikofaktorer som et av de selvmordsforebyggende tiltakene (2014). Følge m.fl. (2006) hevder at sykepleier spiller en vesentlig rolle i observasjon og identifikasjon av selvmordsfare (ibid). Dette støttes av Dieserud m.fl. (2010), som skriver at sykepleier bør være observant på både utløsende risikofaktorer og underliggende årsaker til selvmord. Det skilles mellom akutte triggere og underliggende årsaker over tid, som kan gjøre ungdommen mer sårbar for selvmordstanker og suicidal atferd under stress. I samsvar med Sakinofsky m.fl. (2007) og Freuchen m.fl. (2012), nevner Dieserud m.fl. (2010) at relasjonsbrudd, konflikter og store livsforandringer er utløsende risikofaktorer som sykepleier må være særlig observant på. Et eksempel på dette beskrives i Freuchen m.fl. (2012), der 60 % av foreldrene til selvmordsofrene rapporterte at ungdommen deres hadde opplevd en stressende konflikt før selvmordet.

Sammenliknet med Dieserud m.fl. (2010), nevner Sakinofsky m.fl. (2007) at dysfunksjonelle familieforhold, svake sosiale nettverk, psykiske lidelser, rusmiddelmissbruk, samt overgrep og misbruk i barndommen, kan være underliggende årsaker til at en ungdom begår selvmord. Videre nevner Sakinofsky m.fl. (2007) at tidligere selvmordsforsøk anses som en viktig underliggende risikofaktor, som sykepleier bør være observant på. Dette støttes av Stewart, Bowers og Ross (2012). I likhet med Sun m.fl. (2006) skriver Sakinofsky m.fl. (2007) at følelse av håpløshet og maktesløshet over tid kan medføre selvmordsfare.

Verdens helseorganisasjon (2014) skriver at majoriteten av mennesker som begår selvmord viser tegn på at de ønsker å ta sitt eget liv, enten verbalt eller nonverbalt. Noen selvmord skjer uten forvarsel, men det er viktig å ha kunnskap om tegn på selvmordstanker og observere dem. Dette bekreftes i Freuchen m.fl. (2012). Noen av selvmordsofrene i studiet uttrykte ikke, eller viste ikke tegn på, at de ønsket å ta

sitt eget liv før de begikk selvmord. De fleste av dem blir beskrevet som sårbare og følsomme. I motsetning til ulykkesofrene, snakket de sjelden om utfordringene sine. Et eksempel fra studiet der selvmordsrisikoen ikke ble oppfattet av pårørende, er en av jentene blant selvmordssofrene. Hun var svært ressurssterk, intelligent, praktisk anlagt, målbevisst og rettferdig. Hun var hjelpsom og omsorgsfull, spesielt overfor svakere jevnaldrende. Det plaget foreldrene at hun aldri ville snakke om sitt eget liv, men de oppfattet ikke dette som uvanlig for ungdom på hennes alder. Datteren tok sitt eget liv, ved å kvele seg selv i en alder av 15 år (Freuchen m.fl. 2012). Sakinofsky m. fl. (2007) skriver at manglende evne til å oppsøke hjelp, kan være en underliggende årsak til selvmord blant ungdom. Ungdommer som ikke snakker om selvmord, men utfører selvmordsforsøk, kan ha en sterkere følelse av håpløshet og ensomhet, enn de som snakker om å ta sitt eget liv (ibid).

Det kan være nyttig å benytte sårbarhet-stress-modellen som verktøy, for å forstå hvorfor ungdom kan få tanker om å ta sitt eget liv. Da kan en forsøke å forstå hvilke faktorer som gjør at vedkommendes psykiske likevekt bryter sammen (Dieserud m.fl. 2010). Slik vi ser det, kan utløsende stressfaktorer og vedlikeholdende stressfaktorer i sårbarhet-stress-modellen, sammenliknes med utløsende triggere og underliggende årsaker til selvmord. Motsatt av helsetruende stressfaktorer, er beskyttende faktorer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Pasientens personlige egenskaper som gjør at vedkommende mestrer stress og belastende påkjenninger, og som fremmer resiliens mot lidelse, betegnes som beskyttende faktorer. Dette støttes av Sharaf, Thompson og Walsh (2009), som beskriver at en resilient ungdom, sammenliknet med en ikke-resilient ungdom, er mindre sårbar mot stress og livsbelastninger.

I likhet med Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010), samt Sharaf, Thompson og Walsh (2009), skriver Kvello (2011) at beskyttende faktorer kan redusere risikoen for utvikling av lidelse hos et barn eller en ungdom som er rammet av risikofaktorer. Ut fra dette kan det sies at sykepleier bør utvikle kunnskap om hvilke faktorer som kan beskytte mot, og forebygge, at ungdommen får selvmordstanker. Dette bekreftes av Sakinofsky m.fl. (2007). Sharaf, Thompson og Walsh (2009) presiserer imidlertid viktigheten av at sykepleier er observant på at faktorer som virker beskyttende, ikke nødvendigvis speiler pasientens risikofaktorer.

Sakinofsky m.fl. (2007) hevder at det er gjort lite forskning på hvilke faktorer som kan beskytte pasienten mot selvmord. Imidlertid nevner de blant annet evne til å oppsøke hjelp som en beskyttende faktor. Samtidig nevner Sharaf, Thompson og Walsh (2009) følelse av tilhørighet, en følelse av å bli verdsatt og elsket, samt evne til konflikthåndtering og problemløsning som viktige beskyttende faktorer mot selvmord (ibid).

I samsvar med Sakinofsky m.fl. (2007), hevder Sun m.fl. (2006), samt Murray og Wright (2006), at gode familierelasjoner og et godt sosialt nettverk kan være beskyttende faktorer mot selvmord. På en annen side, belyser Sharaf, Thompson og Walsh (2009) at ungdommer med et svakt sosialt nettverk og lite støtte fra familien, mestrer utfordringer på en konstruktiv og selvstendig måte. Det beskrives at de respondentene som har vokst opp med et svakt nettverk, har bedre selvtillit, fordi de har lært å mestre utfordringer og hverdagen på egenhånd.

## **5.2. Selvmordsforebyggende sykepleietiltak**

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse selvmordsforebyggende sykepleietiltak overfor ungdom innlagt i barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling.

Verdens helseorganisasjon (2014) skriver at forhøyet selvmordsrisiko ofte er kortvarig og situasjonsavhengig. Sakinofsky m.fl. (2007) hevder at pasienten bør legges inn på psykiatrisk avdeling ved identifisert selvmordsfare. Dette bekreftes av både Stewart, Bowers og Ross (2012) og Herrestad og Larsen (2012), som beskriver at det er nødvendig med innleggelse ved høy selvmordsrisiko for kortvarig sikring. I følge de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, kan selvmord og selvmordsforsøk forebygges ved blant annet overvåking av pasienten med intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Intervallobservasjon og kontinuerlig observasjon i psykiatrisk akuttavdeling, betegnes som tertiærforebyggende tiltak (ibid). Dette samsvarer med pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (2014), der observasjon av pasienten nevnes som ett av de fem selvmordsforebyggende tiltakene.

Stewart, Bowers og Ross (2012) presiserer at det er ønskelig at det iverksettes en minst mulig inngripende observasjonsmetode ved innleggelse, helst intervallobservasjon. Allikevel konkluderes det med at pasienter med høy selvmordsrisiko bør observeres ved kontinuerlig observasjon ved innleggelse, fordi det forebygger at pasienten forsøker å ta sitt eget liv under innleggelsen. I 15 av 55 tilfeller i deres studie, der intervallobservasjon ble vedtatt som observasjonsmetode ved innleggelse (fremfor kontinuerlig observasjon), hadde pasienten skadet seg eller forsøkt å ta sitt eget liv (ibid). De nasjonale retningslinjene presiserer at selvmordsrisikoen er høy rett etter innleggelse (Sosial- og helsedirektoratet 2008). At kontinuerlig observasjon bør iverksettes ved innleggelse, bekreftes og anbefales i både de nasjonale retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet 2008) og i Vråle og Steen (2005). Vråle og Steen (2005) betegner kontinuerlig observasjon som en forebyggende sykepleieprosedyre med livreddende effekt.

Stewart, Bowers og Ross (2012) beskriver at pasienter kan oppfatte kontinuerlig observasjon som en inngripende, upersonlig og lite terapeutisk observasjonsmetode. De misliker den grad av restriksjon og kontroll metoden innebærer. I studiet presiseres det at hvis det besluttes at pasienten skal observeres under kontinuerlig observasjon ved innleggelse, er pasienten ofte mer villig til å akseptere denne type observasjon. Det nevnes at den suicidale foretrekker å bli observert av en sykepleier vedkommende kjenner, og som kommuniserer godt med han/henne (ibid). Vråle og Steen (2005) skriver at pasienten skal informeres om at det er besluttet at kontinuerlig observasjon skal iverksettes. Dette underbygges av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, som fastslår at pasienten har rett på informasjon om innholdet i helsehjelpen som tilbys, og informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand.

I Vråle og Steen (2005) står det beskrevet at under kontinuerlig observasjon bør sykepleier kontinuerlig observere om det foreligger selvmordsrisiko, og graden av denne. Dette støttes av Stewart, Bowers og Ross (2012). Ved kontinuerlig observasjon kan sykepleier blant annet observere pasientens ansiktsuttrykk, kroppsspråk, og om pasienten gir uttrykk for selvmordstanker og –planer. Sykepleier kan snakke med pasienten om vedkommende føler håpløshet, og eventuelt graden av denne (Vråle og Steen 2005). Samtidig skriver Stangeland (2012) at noen

pasienter gjerne forteller om selvmordstanker, men at de ikke nødvendigvis forsøker å finne ut av hva som trigger tankene. Hvis sykepleier ikke reagerer umiddelbart på uttalelsene, men lar pasienten undersøke hvordan det er å snakke om disse tankene, kan pasienten oppleve det som positivt å få snakket ut. Det er viktig at sykepleier vet at uttalelser om selvmordstanker ikke nødvendigvis utgjør en risiko, men at de kan være sterke uttrykk for ensomhet og maktesløshet. Samtidig skriver Verdens helseorganisasjon (2014) at det er en myte blant helsepersonell, at et menneske som snakker om å begå selvmord, ikke vil komme til å gjøre det. Det skrives også at når et menneske snakker om å ta sitt eget liv, kan det være et rop om hjelp eller støtte. Mange som snakker om selvmordstanker opplever angst og håpløshet, og kan føle at døden er eneste utvei. At sykepleier snakker med pasienten om vedkommendes selvmordstanker, motiverer ikke nødvendigvis til selvmord, men kan forebygge selvmordet ved å introdusere andre løsninger. Da kan den suicidale eventuelt revurdere sitt ønske og sin avgjørelse om å ta sitt eget liv (ibid). Stangeland (2012) skriver videre at pasienten kan trygges av at sykepleier oppfatter og validerer affekten vedkommende kommuniserer.

Vråle og Steen (2005) skriver at kontinuerlig observasjon gir sykepleieren en god mulighet til å skape en terapeutisk allianse med pasienten. Vråle støtter dette i «Møte med det selvmordstruede mennesket», og beskriver at å skape en terapeutisk allianse, er som å arbeide i et dynamisk forhold mellom kontroll og terapi (Vråle 2013). En terapeutisk allianse kjennetegnes av et positivt, emosjonelt bånd mellom sykepleier og pasient, at sykepleier og pasient er enige om mål og at de har enighet om hvilken metode som skal til for å nå målene. Det beskrives at de emosjonelle båndene som oppstår i en terapeutisk allianse, kan styrke tilknytningen til både andre mennesker og til livet. At sykepleier viser en etisk forankret anerkjennelse av pasientens smerte og behov for tilhørighet, har stor betydning for å styrke de emosjonelle båndene i den terapeutiske alliansen (ibid).

Verdens helseorganisasjon belyser at den suicidale ofte er ambivalent, og ikke vet om han/hun ønsker å ta livet sitt eller ikke (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014). Samtidig skriver Travelbee (2014) at hvis pasienten uttrykker håpløshet, bør sykepleier forebygge at vedkommende når den terminale fasen «ikke-bry-seg-holdningen». Denne fasen betegnes som en mellommenneskelig nødsituasjon som

krever øyeblikkelig intervensjon. Sykepleier kan beskytte mot, og forebygge at pasientens situasjon forverrer seg, og at vedkommende når fasen «apatisk likegyldighet». For det er i denne fasen at pasienten mister viljen til å leve. Da er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten til å gjenvinne håpet, og håp er sterkt knyttet til tillit (ibid).

Sammenliknet med Sharaf, Thompson og Walsh (2009), anbefaler Verdens helseorganisasjon (2014) at selvmordsforebyggende tiltak bør baseres på pasientens individuelle behov. Murray og Wright (2006) støtter dette, og skriver at sykepleier bør kunne forstå og anerkjenne at ungdommer har individuelle verdier, ulike håp, ulik tro og frykt. Et eksempel på dette kan være at noen ungdommer kan oppleve barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling som svært utrygg, fordi de oppfatter tap av kontroll og overvåkning som truende. Hos disse kan innleggelse med alt dette innebærer, utløse suicidal atferd. Andre opplever derimot sikkerheten ved den barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen som en trygghet (Stangeland 2012). I følge Henriksen m.fl. (2013) er dialog med pasienten nødvendig for å få kunnskap om hva som er den beste behandling for vedkommende. Murray og Wright (2006) bekrefter dette, og belyser at det er i dialog med pasienten at sykepleier kan fremme håp. De nevner følelse av håp som en beskyttende faktor mot selvmord. Sykepleier må fortjene pasientens tillit, og vedkommende kan opparbeide tillit og en terapeutisk allianse med pasienten, om han/hun viser vilje til å hjelpe og lytter aktivt til pasienten (Travelbee 2014). Dette støttes av Sun m.fl. (2006) og Murray og Wright (2006), som beskriver at sykepleier kan skape en relasjon og allianse med pasienten ved bruk av god kommunikasjon og aktiv lytting.

Murray og Wright (2006) beskriver at det er viktig at pasienten føler at sykepleier bryr seg og engasjerer seg i arbeidet med han/henne. Dette gir vedkommende rom til å uttrykke seg. Dette samsvarer med Travelbees sykepleierteori om mellommenneskelige forhold. Hun skriver at det er viktig at sykepleier ikke avviser pasienten når vedkommende søker hjelp, for avvisning kan medføre at pasienten får mistillit til sykepleieren. At pasienten får mistillit til sykepleier, kan være svært destruktivt. Da kan pasienten føle at ingen vil hjelpe han/henne og at vedkommende må stå alene i det vanskelige. Det kan være vanskelig for den lidende å søke hjelp, fordi vedkommende ønsker å være uavhengig av andre (Travelbee 2014). I følge Sakinofsky m.fl. (2007) er manglende evne til å oppsøke hjelp, en risikofaktor.

Samtidig nevnes det at evne til å oppsøke hjelp en beskyttende faktor mot selvmord. Dette bekreftes av Sharaf, Thompson og Walsh (2009) som skriver at sykepleier bør styrke pasientens evne til å oppsøke hjelp.

I tillegg til å styrke pasientens evne til å be om hjelp, skriver Sharaf, Thompson og Walsh (2009) at selvmordsforebyggende sykepleietiltak også bør innebære at sykepleier hjelper pasienten til økt selvtillit. Sykepleier kan hjelpe pasienten til å bli bevisst på egne ressurser og positive egenskaper. Dette kan virke beskyttende mot påtrengende selvmordstanker (ibid). I likhet med Sharaf, Thompson og Walsh (2009), skriver Henriksen m.fl. (2013) at økt selvfølelse kan være beskyttende. Det kan bidra til redusert følelse av angst og fortvilelse. Dersom pasienten er sårbar og har et skjørt selvbilde, kan det være nødvendig at sykepleier bekrefter og anerkjenner pasienten som verdifull. Miljøterapi innebærer støtte som kan medføre at pasienten føler velvære, sikkerhet og økt selvfølelse. Dersom pasienten uttrykker fortvilelse og håpløshet, bør sykepleier prøve å få kontakt med pasientens følelser. Sykepleier bør vise oppmerksomhet og empati, for det er først når man forstår hvordan andre har det, at støtte kan gis. Det kan være utfordrende å vurdere hvor mye støtte pasienten bør få. At pasientens gode følelser kun bygger på kontinuerlig støtte, virker destruktivt, fordi for mye støtte kan føre til at pasienten føler seg inkompetent og avhengig av andre (Henriksen m.fl. 2013).

Sykepleier bør møte pasienten med respekt og aksept, og det belyses at pasienten bør føle seg hørt og verdsatt av sykepleieren (Sun m.fl. 2006). Henriksen m.fl. (2013) støtter dette, og skriver at det er sentralt at sykepleier møter pasienten med en anerkjennende holdning. Sykepleier bør forsøke å tilstrebe den gode relasjonen til pasienten, for denne skal være bærende i den beskyttende fasen. Relasjonen mellom dem bør bygge på likeverd og forståelse. På denne måten kan pasienten utvikle respekt for seg selv gjennom mellommenneskelig kontakt (ibid).

Det hevdes at en dømmende holdning virker destruktivt på pasientene, mens en ikke-dømmende holdning kan virke beskyttende mot selvmord (Sun. m.fl. 2006). Dette samsvarer med Sakinofsky m.fl. (2007), som skriver at suicidal ungdom ikke ønsker å bli møtt med en stigmatiserende holdning. Travelbee (2014) hevder på sin side at en ikke-dømmende holdning ikke eksisterer. Hun skriver at en ikke-dømmende holdning er en ukorrekt betegnelse, fordi alle mennesker dømmer andres atferd i

møtet med andre mennesker. Travelbee presiserer at sykepleier bør la være å forsøke og være ikke-dømmende, men i stedet være bevisst på hvilke tanker han/hun danner seg om den lidende. Det er først når sykepleieren er bevisst på sine tanker om pasienten, at vedkommende kan vurdere hvordan hans/hennes tanker kan påvirke pasienten (ibid).

Avslutningsvis belyser Henriksen m.fl. (2013) at høy grad av beskyttelse over lengre tid kan virke depriverende, og medføre undertrykkelse av håp. Likevel beskriver Vråle og Steen (2005) at kontinuerlig observasjon bør benyttes så lenge pasienten har behov for denne grad av beskyttelse og sikkerhet. Det er i overgangsfase 2, at lege vurderer om overgang til intervallobservasjon er trygt. Denne beslutningen baseres også på sykepleiers og annet miljøpersonells tverrfaglige observasjoner. Når selvmordsfaren ikke lenger anses som akutt, og sykepleier og pasient har skapt en god terapeutisk allianse med gjensidig tillit, kan det vurderes om pasienten bør observeres ved intervallobservasjon.

### **5.3. Etikk og lovverk**

Temaene selvmord og selvmordsforebygging reiser etiske spørsmål; spørsmål knyttet til liv, død, ansvar og integritet. En kan stille spørsmål ved hvilken rett pasienten har til å ta sitt eget liv, og hvilken rett og plikt en som sykepleier har til å hindre at pasienten tar livet sitt (Vråle 2013). Verdens helseorganisasjon (2014) presiserer at et suicidalt menneske er svært ulykkelig. På den ene siden plikter sykepleier å ivareta pasientens autonomi, som vil si å respektere en autonom persons beslutning. På en annen side, er også sykepleier pliktet til å følge gjeldende lovverk. Det etiske prinsippet om autonomi er knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, «pasientens og brukerens rett til medvirkning», men også § 4-9, «pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner» (Brinchmann 2012).

Vår oppgave omhandler selvmordsforebyggende sykepleie overfor ungdom innlagt på barne- og ungdomspsykiatrisk akuttavdeling. Ungdommene er i alderen 12 til 18 år. Psykisk helsevernloven (1999) § 2-1, beskriver at «..psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke». Pasienten må, i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1, informeres om sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer, for at samtykket skal være gyldig.



Jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-4, har foresatte rett til å samtykke til behandling for pasienter under 16 år. Da skal de, i følge § 3-4, informeres om pasientens helsetilstand. Pasienter mellom 16 og 18 år har i følge § 4-3 b, rett til å samtykke. Om pasienten er over 16 år, men åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av psykiske forstyrrelser, har både pasienten og foresatte rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Om foresatte har rett til samtykke, deler barnet/ungdommen retten til samtykke med sine foresatte. Om barnet/ungdommen ikke er enig i foresattes samtykke, er det foresattes beslutning som gjelder (Statens helsetilsyn 2001). Om foresatte ikke ser barnets behov for helsehjelp, kan barnevernet i følge barnevernloven (1992) § 4-8 og 4-12, samtykke til behandling.

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-9, har pasienten rett til å nekte behandling, men det er hvis vedkommende er over 18 år og døende. Som nevnt tidligere i oppgaven, er det slik at dersom pasienten ikke samtykker til behandling, men utgjør en betydelig fare for eget eller andres liv og helse, kan vedkommende legges inn til tvungen observasjon. Tvungen observasjon kan iverksettes når frivillig innleggelse er forsøkt tilbudt først (Psykisk helsevernloven, § 3-3). Henriksen m.fl. (2013) presiserer at pasienter som er i fare for å ta sitt eget liv og som trenger beskyttelse, ikke nødvendigvis vet sitt eget beste. I følge Helsepersonelloven (1999) § 7, er det også slik at helsepersonell umiddelbart skal yte den helsehjelpen vedkommende evner, om det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Nødvendig helsehjelp skal ytes selv om pasienten ikke kan samtykke, og selv om pasienten motsetter seg behandling.

#### **5.4. Kildekritikk**

Ved kildekritikk foretas en objektiv vurdering av forskningsstudiets styrker og begrensninger (Polit og Beck 2012). I dette kapitlet vurderes hver vitenskapelig artikkel med tanke på inklusjonskriterier, kvalitetsnivå og relevans til vår oppgave. Det presiseres om det er benyttet kvalitativ eller kvantitativ metode i forskningsstudiene.

Kvalitetsnivået på tidsskriftet som forskningsartiklene er publisert i, presenteres også i hvert avsnitt. Kvalitetsnivå vil si en rangering av tidsskriftene med tanke på vitenskapelig kvalitet og prestisje. Tidsskriftene kan rangeres i to kvalitetsnivåer: 1) Nivå 1: Vitenskapelig publiseringskanal, og 2) Nivå 2: Vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje. Om en publikasjon kvalifiseres som vitenskapelig, må den tilfredsstillende disse kravene: 1) Den må presentere ny innsikt, 2) den må presenteres i en form der resultater kan etterprøves eller anvendes i ny forskning, 3) den må være skrevet på et språk, og være distribuert, på en slik måte at den er tilgjengelig for interesserte forskere, og 4) den må være publisert i en publiseringskanal, for eksempel et tidsskrift, som har rutiner for fagfelleevaluering (Database for statistikk om høgre utdanning 2015).

Alle forskningsartiklene er bygget opp etter IMRAD, og har dermed en god struktur. De ivaretar forskningsetiske prinsipper.

«Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006: trends, triggers and underlying reasons» av Dieserud m.fl. (2010) er fagfelleevaluert, og publisert i et tidsskrift som er rangert til kvalitetsnivå én. Det er positivt at forskningsstudiet er utført i Norge, fordi det gjør studiet særlig relevant for vår oppgave. Forskningsartikkelen er også relevant for vårt litteraturstudie, fordi dens hensikt og tema omhandler risikofaktorer og underliggende årsaker til at ungdom begår selvmord. Samtidig presiseres det at studiets funn er begrenset, fordi forskerne kun har undersøkt den viktigste triggeren eller den viktigste underliggende årsaken til selvmordsforsøkene. De skriver selv at dette kan ha medført tap av viktig informasjon. Forskningsstudiet kan anses som representativt, da det er et kvantitativt studie med et stort utvalg respondenter. Studiet er utført over en lengre periode, og kan derfor anses som pålitelig. Det gjør at resultatene kan generaliseres.

«Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department: A pilot study» av Folse m.fl. (2006) er fagfelleevaluert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå én. I studiet er det benyttet kvantitativ metode. Det kan stilles spørsmål ved studiets relevans for vår oppgave; den omhandler observasjon og identifikasjon av selvmordsfare både hos ungdom og voksne i en amerikansk, *medisinsk* akuttavdeling, uavhengig av årsaken til at pasientene oppsøkte

avdelingen. På tross av dette anser vi allikevel forskningsartikkelen som relevant for vår oppgave; den presiserer at sykepleier spiller en vesentlig rolle i observasjon og identifikasjon av selvmordsrisiko. Verdens helseorganisasjon sin intervensjonsveileder anbefaler at alle personer over ti år som lider av kroniske smerter eller som opplever en akutt, følelsesmessig stressende situasjon, skal observeres med tanke på selvmordsrisiko (Verdens helseorganisasjon [WHO] 2014).

«Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample» av Freuchen m.fl. (2012) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå én. Forskningsstudiet er relevant for vårt litteraturstudie, fordi det omhandler hvilke omstendigheter som kan knyttes til selvmord blant barn og ungdom under 16 år. Det er særlig relevant for vårt litteraturstudie, fordi det er utført i Norge. Studiet kan anses som representativt fordi det er kvantitativt, og fordi det er utført over en lengre periode. Derfor kan resultatene anses som pålitelige, og de kan generaliseres. Allikevel kan det stilles spørsmål ved om studiet er representativt, fordi det er foreldrene til de avdøde som angir informasjon om risikofaktorene og omstendighetene rundt dødsfallene. Det gjør dem til sekundærkilder, og faktorer som glemte detaljer og benektelse kan påvirke studiets funn og resultater. I tillegg til dette var det kun 45 % av de spurte foreldrene som valgte å stille som respondenter i studiet. Freuchen m.fl. (2012) anser dette som lav respons. Med tanke på forskningsetikk, beskriver forskerne at de utsetter foreldrene for en emosjonelt stressende situasjon ved å utføre en slik undersøkelse. Samtidig presiseres det at respondentene deltok på grunnlag av frivillig, informert samtykke.

«Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth» av Murray og Wright (2006) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift som er rangert til kvalitetsnivå én. Studiet er kvalitativt og har kun ni respondenter, der bare tre av dem er ungdommer. Derfor kan det stilles spørsmål ved om studiet er representativt. Allikevel anses studiet som relevant for vårt litteraturstudie, fordi det tar for seg hvilke selvmordsforebyggende sykepleietiltak som ungdom selv opplever som effektive. På denne måten presenteres pasientens perspektiv. Forskerne beskriver at selv om antall respondenter i studiet var lavt, ga det mulighet

for dybdeintervjuer og fyldig datainnsamling. Intervjuene ble utført av en erfaren forsker og terapeut. Intervjuene ga innsikt i livene til ungdommer som har vært gjennom selvmordsrisikovurdering, behandling og oppfølging.

«Caring for the suicidal patient: an evidence-based approach» av Sakinofsky m. fl. (2007) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå én. Forskningsstudiet er ikke et originalt studie, men et systematisk litteraturstudie. Artikkelen er bygd opp av ulike kapitler som alle er bygget opp etter IMRAD-strukturen, og som tar for seg ulike temaer innen omsorg for selvmordsnære pasienter. Den omhandler statistikk, risikofaktorer for selvmord, beskyttende faktorer og selvmordsforebyggende tiltak, og er derfor relevant for vår oppgave.

«Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents» av Sharaf, Thompson og Walsh (2009) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå én. Studiet er relevant for vårt litteraturstudie, fordi det omhandler selvtillit og motstandsdyktighet som beskyttende faktorer mot selvmord. Studiet er kvantitativt med hele 849 respondenter i alderen 14 til 18 år, og utvalget av respondenter anses derfor som representativt. Det beskrives i artikkelen at studiets validitet og reliabilitet ivaretas ved bruk av pålitelige og gyldige undersøkelsesmetoder som «High School questionnaire» og «Measure of adolescent potential for suicide».

«Managing risk and conflict behaviors in acute psychiatry: The dual role of constant special observation» av Stewart, Bowers og Ross (2012) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift som er rangert til kvalitetsnivå to. Det vil si at forskningsartikkelen er publisert i et vitenskapelig tidsskrift med særlig høy prestisje. Artikkelen omhandler ikke spesifikt ungdom, men den er relevant for vårt litteraturstudie, fordi den belyser hvilke observasjoner og omstendigheter beslutningen om iverksettelse av kontinuerlig observasjon baseres på. Artikkelen beskriver hvilken selvmordsforebyggende effekt kontinuerlig observasjon kan ha, og omhandler også sykepleie i en psykiatrisk akuttavdeling. Studiet er kvantitativt, men mangel på dokumentasjon og manglende deltakelse blant respondentene kan ha påvirket studiets resultater.

«A theory for the nursing care of patients at risk of suicide» av Sun m.fl. (2006) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå to, som dermed har høy prestisje. Studiet introduserer både sykepleiernes og pasientens perspektiv på selvmordsforebyggende sykepleietiltak. Det kan stilles spørsmål ved om studiet er relevant for vårt litteraturstudie, fordi det ikke spesifikt omhandler ungdom, og fordi det er utført i Taiwan. Om det er representativt kan også diskuteres, da det er kvalitativt. Allikevel anses forskningsartikkelen som relevant for vår oppgave, fordi den belyser viktigheten av kunnskap om risikofaktorer, og forebyggende sykepleie overfor pasienter med selvmordsproblematikk.

«The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation» av Vråle og Steen (2005) er fagfelleurdert, og publisert i et tidsskrift rangert til kvalitetsnivå én. Studiet anses ikke nødvendigvis som representativt da det er kvalitativt, og har kun fem respondenter. Heller ikke dette studiet omhandler spesifikt ungdom. Det anses allikevel som relevant for vår oppgave, fordi den omhandler bruk av kontinuerlig observasjon overfor selvmordstruede pasienter innlagt i norske, psykiatriske akuttavdelinger. Forskningsartikkelen fremhever at funnene i dette studiet, kan benyttes som basis i videre forskning for å beskrive utførelse av kontinuerlig observasjon på en mer presis måte.

## 6.0. Konklusjon

Problemstillingen i dette litteraturstudiet er «hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?». Det har vært utfordrende å finne et godt svar på dette spørsmålet. I litteraturen vi har funnet, står det beskrevet at beskyttende faktorer og selvmordsforebyggende sykepleietiltak, er områder det ikke er forsket tilstrekkelig på. Her fattes en konklusjon basert på elementene drøftet i forrige kapittel.

En ungdom som står i akutt fare for å ta sitt eget liv, har behov for stor grad av beskyttelse og omsorg. Akutt selvmordsrisiko er som oftest kortvarig og situasjonsavhengig, og i denne fasen bør pasienten observeres ved kontinuerlig observasjon. Kontinuerlig observasjon beskrives som et livreddende, selvmordsforebyggende sykepleietiltak. Det innebærer to aspekter: Sykepleiers behov for kontroll og sikkerhet, for å forebygge at pasienten skader seg, og relasjonsbygging mellom pasienten og sykepleier. Det er lege, psykiater eller psykolog som fatter beslutningen om iverksettelse av tiltaket. Pasienten har rett på informasjon om at tiltaket iverksettes og hvorfor. Ved kontinuerlig observasjon observerer sykepleier pasienten til enhver tid, for å forebygge at pasienten skader seg selv, eller forsøker å ta sitt eget liv.

Sykepleier spiller en betydelig rolle i oppdagelse av selvmordsrisiko. Ved oppdaget selvmordsfare, bør selvmordsforebyggende sykepleietiltak iverksettes. Under kontinuerlig observasjon, bør sykepleier stadig observere om det foreligger selvmordsfare. Derfor er det svært viktig at vedkommende har kunnskap om risikofaktorer for selvmord. Samspillet mellom risikofaktorer og belastende livshendelser kan forårsake at pasienten utvikler selvmordsproblematikk.

Det er også nødvendig at sykepleier har kunnskap om hvilke faktorer som gjør pasienten resilient mot selvmordstanker, og som kan forebygge at pasienten tar livet sitt. Om pasienten er rammet av risikofaktorer, kan beskyttende faktorer redusere faren for utvikling av selvmordsatferd. Håp anses som en sentral beskyttende faktor, og sykepleier kan fremme håp i samhandling og relasjon med pasienten.

Kontinuerlig observasjon gir sykepleier en ypperlig mulighet til å skape en terapeutisk allianse og relasjon til pasienten. Pasienten kan oppleve observasjonsmetoden som inngripende og upersonlig. Det er viktig at pasienten føler at sykepleier bryr seg og viser

engasjement. Sykepleier kan skape en terapeutisk allianse, ved å lytte aktivt og gi pasienten rom til å uttrykke seg. De selvmordsforebyggende sykepleietiltakene som utøves, bør baseres på pasientens individuelle behov. Kvalitet i sykepleie omhandler nemlig pasientens behov og sikkerhet. Sykepleier kan bruke dialog som et verktøy i observasjon av selvmordsrisiko. Da kan han/hun for eksempel spørre pasienten om vedkommende har tanker om å ta livet sitt på nåværende tidspunkt. I dialog med pasienten, bør sykepleier også innhente kunnskap om hva pasienten mener kan forebygges at han/hun tar livet sitt. Ved god kommunikasjon og godt samarbeid, kan sykepleier hjelpe pasienten til å gjenvinne håpet. Sykepleier kan bevisstgjøre pasienten på egne ressurser og positive egenskaper som kan beskytte pasienten mot selvmordstankene.

Den terapeutiske alliansen er bærende i den beskyttende fasen, og bør bygge på tillit, likeverd og empati. Sykepleier bør møte pasienten med respekt og anerkjennelse, slik at pasienten kan føle seg akseptert og verdsatt. Om sykepleier anerkjenner pasientens smerte og behov for tilhørighet, styrkes de emosjonelle båndene i den terapeutiske alliansen. De emosjonelle båndene og relasjonen til sykepleier, kan styrke pasientens tilknytning til livet.

Kontinuerlig observasjon oppheves når pasienten ikke lenger har behov for denne grad av sikkerhet og beskyttelse. For høy grad av beskyttelse kan virke depriverende og dermed mot sin hensikt. Om sykepleier og annet miljøpersonell observerer at pasientens selvmordsrisiko er dempet, kan lege/psykiater eller psykolog vurdere om det er trygt å oppheve tiltaket.

## 7.0. Litteraturliste

- Barnevernloven (1992) *Lov om barneverntjenester* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven> (16.04.15).
- Bjøro, K. og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nordtvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 344-383.
- Brinchmann, B. S. (2012) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Database for statistikk om høgre utdanning (2015) *Vitenskapelig publisering* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (21.04.2015).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer* [online]. URL: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (30.03.15).
- Dieserud, G. m.fl. (2010) Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006. I: *Crisis*, 31 (5), s. 255-264.
- Folkehelseinstituttet (2013) *Selv mord etter kjønn, alder og døds måte* [online]. Bergen: Nasjonalt folkehelseinstitutt. URL: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (27.01.15).
- Folkehelseinstituttet (2015) *Selv mord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk* [online]. URL: <http://www.fhi.no/tema/selv mord/fakta-om-selv mord> (27.03.15).
- Folse, V. N., m.fl. (2006) Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department: a pilot study. I: *Journal of psychosocial nursing & mental health services*, 44, s. 22-29.
- Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.
- Foss, M. H. (2014) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (15.01.15).



Freuchen, A. m.fl. (2012) Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. I: *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6 (1), s. 1-12.

Graverholt, B. (2012) *PICO* [online] Bergen: Høgskolen i Bergen. URL:  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> (09.03.15).

Helsedirektoratet (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning, 2014-2017* [online]. URL:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan\\_selvmord\\_300414.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf) (05.03.15).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (27.01.15).

Henriksen, A. T., m.fl. (2013) *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Herrestad, H. og K. Larsen (2012) *Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko* [online]. URL:  
<http://ost.rvts.no/Images/assets/dokument/ost/vurdering%20av%20selvmordsrisiko%20jan2012.pdf> (08.04.15).

Høgskolen i Gjøvik [HiG] (2011) *Kom i gang* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL:  
<http://www.hig.no/biblioteket/skrive/komigang> (09.03.15).

I trygge hender 24-7 (2014) *Tiltakspakke for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger* [online]. URL:  
[http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/\\_attachment/1817?\\_ts=14999720eb9](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/1817?_ts=14999720eb9) (16.04.15).

Kringlen, E. (2011) *Psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvello, Ø. (2011) *Barn i risiko*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Murray, B. L. og K. Wright (2006) Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. I: *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, s. 157-164.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) *Forebygging av selvmord, del 2* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forebygging-av-selvmord-del-2> (30.03.15)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (16.03.15).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk+helsevernloven> (15.03.15)

Sakinofsky, I. m.fl. (2007) Caring for the suicidal patient: An evidence-based approach. I: *The Canadian journal of psychiatry*, 52 (1), s. 1-136.

Sharaf, A. Y., E. A. Thompson og E. Walsh (2009) Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. I: *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 22 (3), s. 160-168.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern> (27.02.2015).

Stangeland, T. (2012) Når sikreste behandling ikke er beste behandling. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (49), s. 138-144.

Statens helsetilsyn (2001) *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid* [online]. URL: [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/registrering\\_sykehus\\_parasuicid\\_ik-2743.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/registrering_sykehus_parasuicid_ik-2743.pdf) (30.03.15).

Stewart, D., L. Bowers og J. Ross (2012) Managing risk and conflict behaviors in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. I: *Journal of advanced nursing*, 68 (6), s. 1340-1340.

Sun, F-K. m.fl. (2006) A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. I: *Journal of advanced nursing*, 53 (6) s. 680-690.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2015) *Fagfelle vurdering - veileder for fagfelle vurderte artikler til Tidsskrift for psykisk helsearbeid* [online]. URL:

[http://www.psykiskhelsearbeid.net/?page\\_id=643](http://www.psykiskhelsearbeid.net/?page_id=643) (27.03.15)

Travelbee, J. (2014) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vråle, G. B. (2013) *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vråle, G. B. og E. Steen (2005) The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. I: *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, s. 513-518.

Verdens helseorganisasjon [WHO] (2014) *Preventing suicide - a global imperative* [online].

URL:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)  
(27.03.15).

Øyen, S. A. og B. Solheim (2013) *Akademisk skriving - en skriveveiledning*. Oslo: Cappelen damm.

## Vedlegg 1 – Søkestrategi

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation» (Vråle og Steen 2005), publisert i tidsskriftet «Journal of psychiatric and mental health nursing», som er rangert til kvalitetsnivå én.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl complete	1. Constant observation	1	14
	2. Psychiatric inpatients	1 and 2	1

**Avgrensninger i Cinahl complete:** PDF full text, abstract available, tidsperiode 2005-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Managing risk and conflict behaviors in acute psychiatry: the dual role of constant special observation» (Stewart, Bowers og Ross 2012), publisert i tidsskriftet «Journal of advanced nursing» som er rangert til kvalitetsnivå to.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl complete	1. Constant observation	1	14
	2. Nursing	1 and 2	9
	3. Psychiatry	1 and 2 and 3	2

**Avgrensninger i Cinahl complete:** PDF full text, abstract available, tidsperiode 2010-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «A theory for the nursing care of patients at risk of suicide» (Sun m.fl. 2006), publisert i tidsskriftet «Journal of advanced nursing» som er rangert til kvalitetsnivå to.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Academic search elite	1. Nursing care	1	9828
	2. Suicide risk	1 and 2	12
	3. Patients	1 and 2 and 3	8

**Avgrensninger i Academic search elite:** PDF full text, tidsperiode 2005-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents» (Sharaf, Thompson og Walsh 2009), publisert i tidsskriftet «Journal of child and adolescent psychiatric nursing» som er rangert til kvalitetsnivå én.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl complete	1. Suicide risk	1	419
	2. Protective	1 and 2	39
	3. Effect	1 and 2 and 3	6

**Avgrensninger i Cinahl complete:** PDF full text, abstract available, tidsperiode 2005-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department: a pilot study» (Folse m.fl. 2006), publisert i tidsskriftet «Journal of psychosocial nursing» som er rangert til kvalitetsnivå én.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl complete	1. Suicide prevention	1	366
	2. Adolescents	1 and 2	27
	3. Care	1 and 2 and 3	6

**Avgrensninger i Cinahl complete:** PDF full text, abstract available, tidsperiode 2005-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth» (Murray og Wright 2006), publisert i tidsskriftet «Journal of psychiatric and mental health nursing» som er rangert til kvalitetsnivå én.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl complete	1. Suicide risk	1	142
	2. Adolescents	1 and 2	13
	3. Hope	1 and 2 and 3	1

**Avgrensninger i Cinahl complete:** PDF full text, abstract available, tidsperiode 2005-2015 og peer reviewed journals.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: a psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample» (Freuchen m.fl. 2012), publisert i tidsskriftet «Child and adolescent psychiatry & mental health» som er rangert til kvalitetsnivå én. Psychinfo er en referansedatabase. Vi fant artikkelen i fulltekst ved å trykke på linken til helsebiblioteket inne på Psychinfo.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Psychinfo	1. Suicide victims	1	361
	2. Adolescents	1 and 2	25
	3. Children	1 and 2 and 3	13

**Avgrensninger i Psychinfo:** Abstracts og tidsperioden 2010-2015.

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006: trends, triggers and underlying reasons» (Dieserud m.fl. 2010), publisert i tidsskriftet «Crisis» som er rangert til kvalitetsnivå én. Psychinfo er en referansedatabase. Vi fant artikkelen i fulltekst ved å trykke på linken til helsebiblioteket inne på Psychinfo.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Psychinfo	1. Adolescent	1	77 758
	2. Suicide attempts	1 and 2	636
	3. Norway	1 and 2 and 3	6

**Søkestrategi for forskningsartikkelen:** «Caring for the suicidal patient: an evidence-based approach» (Sakinofsky m.fl. 2007), publisert i tidsskriftet «The Canadian journal of psychiatry», som er rangert til kvalitetsnivå én.

Søkemotor	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Google scholar	1. «Suicidal behavior»	«1»	16 400
	2. «Children and adolescents»	«1 and 2»	4230
	3. Risk factors	«1 and 2 and 3»	2860

**Avgrensninger i søkemotoren Google scholar:** Egendefinert tidsperiode: 2005-2015. Blant de 2860 treffene vi fikk ved bruk av kombinasjonen «suicidal behavior», «children and adolescents» og «risk factors» var «Caring for the suicidal patient: an evidence-based approach» første mulige treff.



## Vedlegg 2 – Avtale om overdragelse av opphavsrett

AVTALE OM OVERDRAGELSE AV OPPHAVSRETT AVTALE OM PUBLISERING AV BACHELOR-/MASTEROPPGAVE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I GJØVIK (HiG) OG

**STUDENT(ENE):** Line Nordlien, Trine Vikenes og Hanne Leirhol

**FØDT:** 10.11.1993, 29.09.1992, 03.04.1993.

**Studieprogram:** Bachelor i sykepleie.

For at HiG skal kunne gjøre mastergradsoppgaver og større studentoppgaver tilgjengelige for allmennheten må det inngås en avtale mellom Høgskolen i Gjøvik v/biblioteket og studentene om overdragelse av opphavsrett.

Forfatteren gir herved HiG en vederlagsfri rett til å gjøre studentenes bachelor-/masteroppgave med tittelen: «**Hvordan kan observasjon og preventive sykepleietiltak forebygge selvmord?**» tilgjengelig på biblioteket i trykt og/eller i elektronisk form.

Forfatteren er klar over og aksepterer utstrekningen og betydningen av den aktuelle rettighetsoverdragelsen og den senere publisering via internett, slik dette fremgår av de etterfølgende sidene.

For at avtale om publisering av bachelor-/mastersoppgaver skal være gyldig må – og dette gjelder hovedprosjekter – avtalen mellom HiG, oppdragsgiver og studenter, kalt prosjektavtale, være signert av partene og vedlagt avtale om publisering av bachelor-/mastersoppgaver.

**HiGs rettigheter og plikter:** HiG har bestemt at beståtte masteroppgaver vil bli gjort tilgjengelig i trykt og/eller elektronisk versjon. Dette forutsetter at oppgaven ikke er klauslert og at studenten har gitt sitt samtykke.

HiG har bestemt av bacheloroppgaver med karakter A, B eller C kan gjøres tilgjengelig i trykt og/eller elektronisk versjon. Dette forutsetter at oppgaven ikke er klauslert og at studenten har gitt sitt samtykke.

HiG har rett, men ikke plikt til å gjøre bachelor-/masteroppgaven tilgjengelig på biblioteket og/eller i høgskolens institusjonelle arkiv for faglige arbeider (HIGIA) eller tilsvarende.

Dersom HiG benytter seg av denne retten skal det som publiseres være slik det ble levert til HiG. HiG er ikke ansvarlig for å korrekturlese eller kontrollere den innleverte versjonen.

HiG får ikke råderett over bachelor-/masteroppgaven utover det som uttrykkelig fremgår av denne avtalen.

**Studentenes rettigheter og plikter:** Studentene skal følge de retningslinjer som til enhver tid gjelder for publisering ved HiG. Forfatteren skal ved eventuell inngåelse av avtaler med andre om overdragelse av rett til å publisere bachelor-/masteroppgaven, alltid sørge for å ivareta og beskytte HiGs rettigheter etter denne avtalen.

Studentene garanterer at han/hun er opphav til hovedprosjektet/masteroppgaven og har fullstendig råderett. Det samme gjelder materiale som er lagt ved eller på annen måte er koblet til bachelor-/masteroppgaven, for eksempel som vedlegg eller gjennom lenking eller annen teknisk framgangsmåte. Materiale som er innhentet fra andre kilder skal være referert i litteraturlisten.

Studentene garanterer at han/hun ikke har kunnskap eller mistanke om at bachelor-/masteroppgaven inneholder materiell som kan anses å stride mot gjeldende norsk rett eller inneholder lenker eller andre koblinger til slikt materiale.

Dersom HiG skulle bli gjort erstatningsansvarlig overfor en tredjepart på grunn av at studentene ikke oppfyller sine plikter og garantier etter denne avtalen, er studentene forpliktet til å holde HiG fullt ut skadesløs.

**Papirutskrifter m.m:** HiG har rett til å publisere hovedprosjektet/masteroppgaven på internett på en slik måte at det er mulig å ta utskrift av dokumentet. HiG skal også ha rett til å ta enkeltstående papirutskrifter og andre kopier av bachelor/masteroppgaven til internt bruk ved HiG.

**Opphør av avtalen:** HiG har en ubegrenset rett til å avbryte publiseringen av bachelor-/masteroppgaven.

Studentene har rett til skriftlig å si opp avtalen. HiG skal fjerne bachelor-/masteroppgaven fra sine sider på internett senest 6 måneder etter mottakelse av oppsigelsen. HiG skal likevel være forpliktet til fjerne avhandlingen raskere, dersom studentene oppgir særlige, saklige grunner for dette.

Denne avtalen er utstedt og undertegnet i to likelydende eksemplarer, hvorav partene beholder hvert sitt.

**Avtalen er innlevert:** Gjøvik 11.05.15

Vi har lest og akseptert den overstående avtalen med Høgskolen i Gjøvik (HiG) v/biblioteket

Line Nordlien, Trine Vikenes og Hanne Leirhol