

Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Kandidatnummer: 10131

Selvmordsforebygging hos barn og unge

Litteraturbachelor

Antall ord: 7537

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Kandidatnummer: 10131

Selvmordsforebygging hos barn og unge

Litteraturbachelor

Antall ord: 7537

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Selvmordsforebygging hos barn og unge.

Bakgrunn: Selvmord er et alvorlig folkehelseproblem, og for ungdom under 20 år er selvmord den vanligste dødsårsaken etter ulykker. Et viktig mål innen psykisk helsevern er å sikre at selvmordsnære pasienter får den hjelpen de trenger og har krav på.

Hensikt: Å øke kunnskapen til sykepleiere om selvmord, selvmordsrisiko og forebyggende arbeid for ungdommer som ikke ønsker å leve. Oppgaven vil gi innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsytende til forebyggingen av selvmord, og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket. Oppgaven er også ment for å belyse et viktig og aktuelt tema.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie med systematiske søk etter forskning- og fagartikler som belyser temaet. Det er utført systematiske og strukturerte søk i ulike databaser. Syv fagfellevurderte forskningsartikler blir inkludert i studien. Annen relevant pensum- og faglitteratur er også brukt for å belyse oppgavens problemstilling.

Resultat: Resultatene for denne studien presenteres i tre hovedtemaer; risikofaktorer og årsaker til selvmord, relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge, og forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko.

Konklusjon: Det er viktig at sykepleiere har kunnskap og ferdigheter innenfor selvmordsforebygging, samt kunnskap om risikofaktorer og årsaker til selvmord. Dette kan bidra til å redusere antall selvmord hos barn og unge. Det er også viktig at sykepleiere skaper en god relasjon med pasienten. Screeningsverktøy har vist seg å være nyttig ved kartlegging av selvmordsrisiko, men slike verktøy kan ikke erstatte sykepleierens kliniske blikk og vurderingsevne.

Nøkkelord: selvmord, forebygging, ungdom og psykisk helsevern

Forord

*Dette er en ode
til de gutta
og de jentene som måtte gi tapt
i kampen mot mørket
for de var fine folk
de der helt fremst i frontlinjen
så ble det for mørkt der
og det er for dem vi skal slåss
med lysbrytere festet på knokene
for vi kan ikke ha det sånn
at svarte natta bare skal valse rundt
og ta for seg*

Trygve Skaug (2019)

Innhold

1.	Introduksjon	7
1.1.	Innledning til tema.....	7
1.1.1.	Bakgrunn for valg av tema	7
1.2.	Teori	8
1.2.1.	Sykepleieteorier	8
1.2.1.1.	Joycee travelbee – Håp	8
1.2.1.2.	Erik Eriksson – Utviklingsteori	8
1.2.2.	Selvmord	9
1.2.3.	Årsaker og risikofaktorer	9
1.2.4.	Relasjonsbygging og kommunikasjon	9
1.2.5.	Psykiske lidelser	10
1.2.6.	Lovverk	10
1.2.7.	Kartlegging og vurdering av selvmordsriko.....	11
1.2.8.	Selvmordsforebyggende arbeid	11
1.2.9.	Målet med sykepleie	12
1.3.	Formål og problemstilling	12
2.	Metode	13
2.1.	Beskrivelse av metode.....	13
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
2.3.	Databaser og søkeord.....	14
2.3.1.	Søketabell.....	14
2.4.	Kvalitetsvurdering.....	16
2.5.	Analyse.....	17
3.	Resultater	18
3.1.	Artikkelmatrise.....	18
3.2.	Presentasjon av resultater	21
3.2.1.	Risikofaktorer og årsaker til selvmord	22
3.2.2.	Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge	22
3.2.3.	Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko	23
4.	Diskusjon	24
4.1.	Innledning til diskusjon/drøfting	24
4.2.	Risikofaktorer og årsaker til selvmord.....	24
4.2.1.	Selvmord på døgninstitusjon	24
4.2.2.	Selvmord hos barn og unge.....	25

4.2.3. Psykiske lidelser	25
4.3. Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge.....	26
4.3.1. Kommunikasjon med barn og unge.....	26
4.3.2. Hvordan skape en god relasjon?.....	26
4.3.3. Hva sier lovverket?	27
4.4. Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko	27
4.4.1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko	27
4.4.2. Screeningsverktøy og kurs for sykepleiere	28
4.4.3. Andre selvmordsforebyggende tiltak	28
4.5. Implikasjoner for sykepleie.....	29
4.6. Styrker og svakheter med litteraturstudiet	29
5. Konklusjon	31
Referanser	32

Tabeller

Tabell 1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 2.1 Søketabell.....	14
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	18
Tabell 4.1 Styrker og svakheter med litteraturstudiet.....	29

1. Introduksjon

1.1. Innledning til tema

Selv mord er et alvorlig folkehelseproblem, ikke bare i Norge, men også i resten av verden. Selvmord er et veldig aktuelt tema som burde rettes mer oppmerksomhet mot. I Norge dør det hvert år flere personer enn det gjør ved trafikkulykker, og for ungdom under 20 år er selvmord den vanligste dødsårsaken etter ulykker. Det er en nasjonal målsetting å få selvmordsraten i Norge ned, og sykepleiere er en viktig del av forebyggingen av selvmord (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015).

Tall viser at selvmordsraten i Norge ikke synker. De siste årene har det blitt registrert mellom 500 og 700 selvmord i Norge. I 2019 var det 650 mennesker som tok sitt eget liv, og dette tilsvarer nesten to mennesker hver eneste dag. Ekspertene er spesielt bekymret for de unge. Antall selvmord blant jenter og unge kvinner i alderen 15-19 år har doblet seg de siste årene, fra 4 selvmord i 2010 til 8 selvmord i 2019. Hos unge menn i samme alder har antallet steget fra 18 til 22 selvmord i året (Aasheim, Røren & Hager-Thoresen, 2020). Selvmord anses å være en av de største truslene mot folkehelsen blant barn og unge (NHI, 2020).

Sykepleiere kan møte selvmordsnære pasienter i mange ulike situasjoner og arenaer. Det er sykepleieren som har den praktiske oppfølgingen, og som står pasienten nærmest, og kan få mer fortrolig informasjon enn annet helsepersonell. Dette kan bidra til at man kan oppdage selvmordintensjoner tidlig, og sette i gang tiltak (Ekeberg & Hem, 2016). Som sykepleier skal man jobbe helsefremmende og forebyggende, og jeg ønsker å sette spesielt fokus på sykepleiernes rolle i det selvmordsforebyggende arbeide.

1.1.1. Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt for min bacheloroppgave er selvmordsforebyggende arbeid hos ungdom ved døgninstitusjon i psykisk helsevern. I min praksisperiode fikk jeg høre flere historier fra pasientene om deres selvmordsforsøk i ung alder, samt selvmord i nære relasjoner. Dette gikk inn på meg, og jeg ønsket å vite mer. Jeg leste masse om temaet og jeg visste at jeg ønsket å få enda mer kunnskap om hvilke risikofaktorer og årsaker det finnes, samt hvordan jeg som sykepleier kan forhindre selvmord.

Med bakgrunn av dette ønsket jeg å fordype meg i temaet selvmord og selvmordsforebyggende arbeid for å tilegne meg mer kunnskap om forebygging av selvmord, samt belyse et viktig og aktuelt tema.

1.2. Teori

I teorikapittelet skal jeg presentere begreper og teorier som er relevante for min problemstilling. Teorien vil videre anvendes i drøftingskapittelet.

1.2.1. Sykepleieteorier

1.2.1.1. Joyce travelbee – Håp

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikanten hjelper et individ, familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee ser på relasjonen mellom sykepleier og pasient som et menneske-til-menneske-forhold. Relasjonen skal bære preg av respekt, omsorg og et ønske om å gjøre noe godt. For å kunne etablere et godt forhold mellom sykepleier og pasient, må begge parter oppfatte hverandre som unike enkeltindivider, og dette forutsetter at partenes stereotypiske forestillinger om hverandre blir brutt, og rollene som «sykepleier» og «pasient» viskes vekk (Travelbee, 1999; Eide & Eide, 2017).

Sykepleier-pasient-forholdet omfatter fem faser: det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati, og gjensidig forståelse og kontakt. Jeg har valgt å se nærmere på fase tre: empati. I denne fasen er sykepleierens utfordring å forholde seg empatisk til pasienten. Travelbee mente at empati var evnen til å gå inn i, eller ta del i og forstå pasientens psykologiske tilstand. Hun understrekte at «det å ta del i» ikke innebærer det å tenke akkurat som pasienten, men å dele av seg selv og samtidig stå utenfor (Eide & Eide, 2017).

Travelbee snakker også om håp og håpløshet. Hun anser sykepleieren som en sentral rolle i å fremme håpet hos pasienter ved å lytte til pasientens ønsker og tanker. Hun sier at håp er relatert til mot, og at det krever mot å håpe på et bedre liv. Travelbee (1999) understreker også at den som opplever håpløshet ofte ikke klarer å se valgmuligheter eller akseptere andres håp. Disse menneskene er ofte overbevist om at ingenting nytter og de kan føle seg fanget i en situasjon.

1.2.1.2. Erik Eriksson – Utviklingsteori

Erik Eriksson utviklet en psykososial teori om personlighetsutvikling som han delte inn i åtte faser, fra man blir født til man dør. I denne oppgaven settes fokuset på teorien om ungdomstiden, der identitet og forvirring er i sentrum (Håkonsen, 2014).

I utviklingsteorien til Erik Eriksson beskrives ungdomstiden som en sårbar fase, og dette kan øke risikoen for utvikling av psykiske lidelser. I tillegg er det denne fasen av livet de store forandringene skjer, både biologiske faktorer, slik som fysisk utvikling og hormonelle forandringer, og den sosiale utviklingen. Den seksuelle utprøvingen starter, og dette kan føre med seg store følelsesmessige og sosiale spenninger hos den enkelte. Krisene i denne fasen er særlig knyttet til forvirring rundt hvem man er og hva man skal bli (Håkonsen, 2014; Hummelvoll, 2012).

1.2.2.Selvmord

«Det brukes mange definisjoner av begrepet selvmord. Felles for dem alle er at handlingen som fører til døden, beskrives som en bevisst eller villet handling, og mange definisjoner inkluderer at døden er en følge av et samspill av en rekke faktorer» (Grøholt et al., 2015, s. 233).

Ifølge Aarre (2018) skjer det mange selvmord under behandling innen psykisk helsevern. I en studie fant de ut at 25 % av alle selvmord skjedde hos pasienter som har hatt kontakt med psykisk helsevern de siste tre årene. For innlagte pasienter er det perioden rundt innleggelse og utskrivelse som anses å være høyrisikoperioder for selvmord (Næsheim, 2018; Aarre, 2018).

1.2.3.Årsaker og risikofaktorer

Årsakene til at barn og unge tar selvmord kan være mange, og det er ikke alltid man klarer å finne noen spesiell årsak. Både i Grøholt et al. (2015) og fra NHI (2020) er det listet opp flere risikofaktorer og utløsende faktorer som kan øke risikoen for selvmordsforsøk hos barn og unge.

I Grøholt et al. (2015) forklarer de at risikofaktorene for selvmord kan knyttes til tre hovedtemaer; psykososiale problemer, psykologiske eller psykiske forhold, og sosiodemografiske forhold. Psykososiale forhold inkluderer blant annet psykiske lidelser hos foreldrene, konfliktfylt skilsmisse, selvmordsatferd i familien, dødsfall hos foreldre, negative livshendelser som fysisk og seksuelt misbruk, og mobbing. Psykologiske og psykiske forhold omfatter psykiske lidelser, spesielt depresjon, angst og ADHD, misbruk av alkohol og rusmidler, perfeksjonisme, lav selvfølelse og håpløshet. Sosiodemografiske risikofaktorer er kjønn (hvor flest gutter begår selvmord, mens flest jenter selvskader), skoleproblemer, seksuell orientering og lav sosioøkonomisk status (Grøholt et al., 2015; NHI, 2020).

1.2.4.Relasjonsbygging og kommunikasjon

Kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå pasienten og å møte pasientens behov og hjelpe pasienten til mestring av sin sykdom, lidelse og ensomhet. Hvis sykepleieren er bevisst på sine egne kommunikasjonsferdigheter, kan sykepleieren skape trygghet og styrke relasjonen mellom seg selv og pasienten (Eide & Eide, 2017). I «Handlingsplan for forebygging av selvmord» fra 2020, står det at det er mangel på relasjonskompetanse hos helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

For å skape en god relasjon trengs tillit, og det å få et barns tillit er ikke gjort i en fei. Barn og unge kan ofte føle usikkerhet, og det kreves at sykepleier prøver seg frem med litt forskjellige metoder. Å lytte etter hvor barnet har sin oppmerksomhet, og hva barnet er opptatt av, kan være en god start (Eide & Eide, 2017). Trygghet og tillit gir ofte håp (Vråle, 2018).

I møte med det selvmordstruede barnet eller ungdommen, kan sykepleieren legge vekt på sitt eget syn, samt dele sine tanker og erfaringer om temaet selvmord. Sykepleieren kan også hjelpe til med å rette søkelyset mot livet og muliggjøre en samtale om

eksistensielle spørsmål (Vråle, 2018). Sykepleieren må vise empati. Det å være der når pasienten trenger det, det å være seg selv, det å være ekte og nær. Dette skaper grunnlag for betydningsfulle møter (Hummelvoll, 2012).

Det finnes mange ulike kommunikasjonsmetoder en kan bruke for å skape en god relasjon med pasienten. Blant annet aktiv lytting, altså at man viser pasienten at han/hun blir hørt og forstått. Å bli lyttet til vil gi en god opplevelse hos pasienten, og kan være starten på en god relasjon. Man kan også gi bekreftelse ved å gjengi det pasienten har sagt, og eventuelt parafrasere det. Det å bli møtt med en slik bekreftelse kan øke selvbevisstheten (Hummelvoll, 2012; Vråle, 2018; Eide & Eide, 2017). Sykepleiere kan også bruke kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon for å vise at man lytter, samt gi støtte og nærhet slik at pasienten skal slippe ensomheten, og det å slippe å være alene med tankene (Håkonsen, 2014; Hummelvoll, 2012).

1.2.5.Psykiske lidelser

Det skjer omtrent 50 selvmord blant inneliggende pasienter i psykiatriske behandlingsinstitusjoner hvert år. Faggruppene som møter disse pasientene bør øke sin kompetanse på det å kartlegge og følge opp pasienter med psykiatriske problemer (FHI, 2015). «Å gjenkjenne psykiske lidelser hos unge mennesker som skammer seg over de plagene de har, og hjelpe dem til å akseptere sykdommen og motta adekvat behandling, vil være selvmordsforebyggende» (Grøholt et al., 2015, s. 237).

Det er umulig å finne én enkel årsak til et selvmord eller et selvmordsforsøk. Det er mange faktorer som påvirker dette; både genetikk, biologi, psykiske, psykologisk, sosiale og kulturelle forhold. En stor andel av barn og unge som tar selvmord eller har hatt et selvmordsforsøk, har en psykisk lidelse (Grøholt et al., 2015, s. 236).

Depresjon er den psykiske lidelsen som utgjør den største faren for selvmord. Det gjelder alle depresjoner der tap av selvfølelse og håp kan medføre en opplevelse av motløshet (Vråle, 2018).

1.2.6.Lovverk

For barn under 16 år er det som hovedregel foreldrene eller andre med foreldreansvar som har rett til å samtykke til helsehjelp på barnets vegne. For pasienter mellom 12 og 16 år gjelder ikke dette, da de kan samtykke etter pbrl § 4-3 første ledd bokstav c. Når barnet er fylt syv år eller når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det saken dreier seg om, skal foreldre og andre med ansvar, gi barnet den informasjon og gi anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om samtykke til helsehjelp. Det skal uansett legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet, og er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på barnets mening. Når barnet er mellom 16 og 18 år har barnet rett til å motsette seg helsehjelp, med mindre andre særlige lovbestemmelser sier dette, jf. pbrl § 4-5 (Befring, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4, § 4-4, § 4-5).

1.2.7. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre pasientene direkte om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner, samt om de noen gang har gjort et forsøk på å ta livet sitt. En slik «intervju-kartlegging» kan gi helsepersonell grunn til mistanke om selvmordsfare, og kan følge opp pasienten videre, samt iverksette tiltak umiddelbart (Helsedirektoratet, 2008; Grøholt et al., 2015). Det finnes spesifikke spørsmål sykepleiere kan stille den selvmordstruede pasienten når selvmordsrisiko skal vurderes, blant annet direkte spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner (Hummelvoll, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2017) har det kommet mange meldinger om at selvmordsrisikoen ikke har blitt vurdert før permisjon og ved utskrivelse. Dette på grunn av fravær av lege-/psykologkompetanse, spesielt i forbindelse med permisjon. I noen meldinger har det blitt beskrevet at de var i tvil om hvem som kunne eller skulle foreta screening. Denne usikkerheten bidro til at screeningen ikke ble utført.

«Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om iverksettelse av evt. behandlingstiltak omfatter både person, situasjon og tidsperiode» (Helsedirektoratet, 2008, s. 16). Sykepleiere må ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko, samt at det er faglig forsvarlig. Anbefalinger Helsedirektoratet (2008) har gjort er at alle pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern bør bli kartlagt for selvmordsrisiko både ved innleggelse, under innleggelse og ved permisjoner og utskrivelse.

1.2.8. Selvmordsforebyggende arbeid

Svært få av de som prøver å ta selvmord, vil til slutt dø av selvmord, men mange av de som dør av selvmord, vil ha flere selvmordsforsøk bak seg. Gode tilbud til barn og unge som forsøker å ta livet sitt, vil være svært selvmordsforebyggende (Grøholt et al., 2015, s. 235; NHI, 2020; Vråle, 2018).

Det finnes mange ulike tiltak som er selvmordsforebyggende. Blant annet vil hjelp rettet mot grunnsykdommen, spesielt ovenfor unge med psykiske lidelser, være utslagsgivende for forebygging av selvmord (Grøholt et al., 2015). Kontinuitet i behandling og oppfølging av den selvmordsnære pasienten har også stor betydning for selvmordsforebyggingen (Vråle, 2018).

Kontinuerlig observasjon av pasienter brukes når selvmordsfaren er høy. Dette innebærer at personalet på døgnetenheten ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør også være så fysisk nært at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Intervallobservasjon er også et tiltak man bruker i døgnetenhet. Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger konstant observasjon. Personalet bør likevel vite hvor pasienten befinner seg til enhver tid slik at man kan avverge eventuelle selvmordsforsøk (Vråle, 2018; Helsedirektoratet, 2008).

De nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern er ment for å øke forståelsen av livssituasjonen til den selvmordstruede pasienten, samt hva de trenger av oppfølging (Helsedirektoratet, 2008). I Norge har vi også undervisningsprogrammer for skolen, samt et nasjonalt senter for selvmordsforskning i

Oslo. Det er planlagt at det skal komme et nytt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern. Formålet med dette er å skaffe informasjon og kunnskap som kan gjøre behandling i psykisk helsevern tryggere (Aarre, 2018).

Retningslinjer og ulike prosedyrer kan fungere som gode sjekklister for kartlegging og vurdering av selvmord, men slike standardiserte lister kan ikke forutsi et selvmord (Vråle, 2018).

1.2.9.Målet med sykepleie

Hvorfor er temaet viktig for sykepleie? Jo, fordi det er sykepleierne som er tettest på pasientene i institusjoner, og som har mye av ansvaret for oppfølgingen av disse pasientene. Det er da viktig at sykepleierne har kunnskap og kompetanse til å ta hånd om selvmordsnære ungdommer. Det er også viktig at sykepleierne vet hvordan man skal møte pasienten, samt hvordan man skal observere og behandle pasienter i akutte situasjoner. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger blant annet på sykepleiernes ansvar om å gi omsorgsfull hjelp, fremme og forebygge sykdom, samt understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019).

1.3.Formål og problemstilling

Litteraturstudien min vil skape mer innsikt om selvmord hos ungdom, samt hvordan man som sykepleier kan forebygge selvmord hos pasienter som er innlagte på psykiatrisk institusjon.

Grunnen til at jeg har valgt akkurat denne aldersgruppen er fordi forskning viser at selvmord blant unge i dag er på et høyt nivå og det synker ikke, og da spesielt i aldersgruppen 14-19 år (Aasheim et al., 2020). Selvmordsraten er svært lave for barn fra 0-14 år (Næsheim, 2018). Aldersspennet som kom opp da jeg søkte i databasene var 13 -18 år.

Omfanget av temaet selvmord er stort. Jeg har derfor valgt å begrense den. Oppgaven blir begrenset slik at pårørendes og de etterlattes rolle ikke blir inkludert. Bruk av tvang blir ikke belyst i denne studien. Den medikamentelle behandlingen av pasienter med psykiske lidelser blir heller ikke beskrevet i denne litteraturstudien. Andre tiltak, slik som våpenkontroll, blir heller ikke beskrevet. Jeg har også valgt å ikke belyse alkohol og rusbruk hos ungdom.

Hensikten med denne litteraturstudien er å øke kunnskapen til sykepleiere om selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende arbeid for ungdom innlagt på døgninstitusjon. Oppgaven vil gi innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsytende til forebyggingen av selvmord, og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket. Oppgaven min er også ment for å belyse et viktig og aktuelt tema.

På bakgrunn av dette har jeg formulert problemstillingen slik;

Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt på døgninstitusjon?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51).

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie som baserer seg på data fra eksisterende forskning, teori og fagkunnskap. Det er brukt et systematisk litteratursøk for å finne disse dataene. Ifølge Dalland (2017) bygger en litteraturstudie på tidligere forskning og litteratur på et tema og fagfelt. Forskingen og litteraturen systematiseres ved å gjennomgå litteraturen som er funnet, samt sammenfatte denne. Her bør man også være kritiske til kildene man har brukt. I denne oppgaven bygger jeg videre på pensumlitteratur, helsedirektoratets offentlige publikasjoner, samt annen faglitteratur jeg har funnet på temaet selvmord.

Hvilken metode som er best egnet til å finne informasjon er avhengig av problemstillingen som skal belyses. Man skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, samt at de går mer i bredden. Kvalitative metoder derimot, har som hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle (Dalland, 2017).

Datagrunnlaget for denne litteraturstudien er syv forskningsartikler knyttet til selvmordsforebyggende arbeid blant unge. Disse artiklene er plukket ut basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene som presenteres i delkapittelet under. Det endelige utvalget av artikler består av et mangfold av metodiske tilnærminger, noe som gjør at artiklene tilbyr ulike innsikter. To av artiklene er retrospektive analyser, mens én er en prospektiv studie. En annen artikkel er en beskrivende studie, mens de tre siste er kvalitative studier hvor én baserer seg på forskningsintervju, én er en litteraturstudie og én er en kvalitativ innholdsanalyse.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De systematiske søkene jeg gjorde ble utført med disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene:

Tabell 1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Studier publisert etter 2011	Studier publisert før 2011

Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk	Andre språk
Alder: 12-18 år	Artikler som omhandler voksne/eldre
Sykepleieperspektiv	Pårørendeperspektiv
Pasientperspektiv	

2.3.Databaser og søkeord

Etter at problemstillingen var noenlunde utformet startet en omfattende søkeprosess hvor planen var å finne relevant forskning og aktuell litteratur. I starten av prosessen tok jeg utgangspunkt i sentrale begrep som er beskrevet i problemstillingen og fant engelske nøkkelord slik som; «suicide», «adolescents», «inpatient» og «nursing».

Videre ble det gjennomført strukturerte søk i databasene Cinahl, PubMed, SveMed+ og Medline. Dette er kjente databaser vi har benyttet i undervisning, som er grunnen til at jeg valgte disse. For å avgrense søkene brukte jeg inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene fra tabell 1.1. Studiene ble nøye gjennomgått ved å først lese overskriftene og abstraktene, for deretter å lese hele studien hvis jeg fant studien relevant for min problemstilling. Etter at jeg hadde søkt og lest litt fant jeg flere søkeord jeg kunne bruke, slik som «preventive health care», «psychiatric», «hospitalized», «risk factors». Disse søkeordene ble igjen kombinert ved hjelp av «AND» og «OR» for å øke eller redusere antall treff i databasene. Dette hjalp til i søkeprosessen ved at jeg fikk mindre artikler å lese, samt at artiklene jeg fikk opp var mer relevant.

2.3.1.Søketabell

I tabell 2.1 vises en oversikt over de ulike databasene som er brukt, dato for søkene, hvilke søkeord som er benyttet, avgrensinger, antall treff, samt hvor mange av artiklene som er valgt per søk. Til slutt presenteres artiklene med forfatter, tittel, årstall og tidsskrift.

Tabell 2.1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	20.04.21	S1.	(MH «Suicide+»)		32931	
		S2.	(MH «Adolescent, Hospitalized»)		389	
		S3.	(MH «Preventive Health Care+»)		273752	

		S4.	S1 AND S2		24	
		S5	S3 AND S4	Fagfelleverdert Alder: 13-18 Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	2	1 (A)
PubMed	21.04.21	S1	«Suicide prevention»		26711	
		S2	S1 AND «Nursing»		1762	
		S3	S2 AND «Youth»	2011-2021 Alder: 13-18 Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	230	
		S4	S3 AND «Psychiatric»	S3	97	2 (B, C)
SweMed+	23.04.21	S1	«Suicid*»		1260	
		S2	S1	Fagfelleverdert 2011-2019	194	
		S3	S1 AND «Adolescent»	S2	58	
		S4	S3 AND «Nurse»	S2	1	1 (D)
Medline	28.04.21	S1	«Suicide/»		40595	
		S2	«Adolescent/»		2086390	
		S3	«Child, Hospitalized/»		6834	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Fagfelleverdert 2011-2021	9	1 (E)
Medline	04.05.21	S1	«Suicide/»		40742	
		S2	S1	2011-2021 Alder: 13-18	3778	

				Språk: Engelsk, dansk, norsk og svensk		
		S3	«Inpatients/»		23851	
		S4	S1 AND S2 AND S3	S2	63	2 (F, G)

Inkluderte artikler:

- A. Romanowicz et al., 2013, Use of suicide status form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *Journal of affective disorders*, 151(2), 467-473
- B. Omerov et al., 2020, To identify and support youths who struggle with living – nurses' suicide prevention in psychiatric outpatient care. *Issues in mental health nursing*, 41(7), 574-583
- C. Patterson, 2016, Suicide risk screening tools and the youth. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 29(3), 118-126
- D. Tallaksen et al., 2013, "... You are not particularly helpful as a helper when you are helpless" A qualitative study of public health nurses and their professional competence related to suicidal adolescents, *Vård I Norden*, 33(1), 46-50
- E. Inman et al., 2019, Identifying the risk of suicide among adolescents admitted to a children's hospital using the Ask Suicide-Screening Questions, *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 32(2), 69-72
- F. Hunt et al., 2013, Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study, *Journal of affective disorders*, 144(1-2), 123-128
- G. Madsen et al., 2011, Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study, *The Journal of clinical psychiatry*, 73(2), 144-151

2.4. Kvalitetsvurdering

Alle artiklene som er valgt ut er publisert i tidsskrifter som er vurdert til nivå 1 eller nivå 2 av «Norsk Senter for Forskningsdata» (2021). Det vil si at de er publisert i et vitenskapelig tidsskrift med fagfellebedømming, og skal holde vitenskapelig standard (Dalland, 2017). Dette styrker artiklenes evidens. Jeg har også brukt sjekklister for vurdering av vitenskapelige artikler fra Helsebiblioteket (2016) for å kvalitetssikre artiklene ytterligere.

Forskningsartiklene i min studie er publisert på engelsk. Dette innebærer at jeg selv har fortolket og oversatt disse. Jeg er derfor kritisk til min egen oversetting og setningsoppbygging på norsk. Noen av artiklene omhandler innlagte voksne i psykiatrien og ikke ungdom, men jeg anser artiklene fortsatt som relevant for min oppgave grunnet viktigheten av å kartlegge selvmordsrisiko ved innleggelse uansett alder.

2.5. Analyse

Analysen startet med å lese sammendrag til ulike artikler i databasene Cinahl, Medline, SweMed+ og PubMed. Gjennom denne prosessen ble mange artikler ekskludert da de ikke var relevante nok for min problemstilling, samt at de ikke oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg har satt. Jeg valgte deretter tolv artikler som jeg gransket og vurderte nøye for å se om de var relevante nok for min studie. Etter at jeg hadde gått gjennom sjekklister for vurdering av forskningsartikler, satt jeg igjen med syv artikler som jeg har vurdert som pålitelige kilder (Helsebiblioteket, 2016).

Analyseringen jeg gjorde i min studie ble gjennomført etter inspirasjon fra analyseprosessen til Aveyard (2014). Første del av analyseprosessen var å lage en artikkelmatrise som viste hensikten, metoden og resultatene i artiklene på en oversiktlig måte. En artikkelmatrise er en fremstilling av resultatene med oversikt over hovedinnhold og metode. Videre i analyseringen ble temaer fra hver enkelt artikkel identifisert, og de temaene som var relevante for min problemstilling ble benyttet for å danne grunnlaget for kategoriene i resultatdelen. Til slutt førte disse kategoriene til at jeg laget mine temaer, og deretter sammenstilte resultatene.

Analysen resulterte i tre hovedtemaer: risikofaktorer og årsaker til selvmord, forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko (kartlegging, screening og kurs), og relasjonsbygging og kommunikasjon.

3. Resultater

I dette kapittelet presenteres valgt forskning i en artikkelmatrise, deretter kommer en sammenfattet tekst hvor hovedfunnene som er relevante for oppgavens tema og problemstilling blir presentert. Jeg har valgt å dele funnene inn i tre hovedtemaer; risikofaktorer og årsaker til selvmord, forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko (kartlegging, screening og kurs), og relasjonsbygging og kommunikasjon.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A) Romanowicz et al., 2013, Use of suicide status form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents. <i>Journal of affective disorders</i>, 151(2), 467-473</p>	<p>Fastslå faktorer knyttet til forskjeller i individuell vurdering av selvmordsrisiko-vurdering for barn og ungdom under innleggelse på akutt psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Kvalitativ retrospektiv analyse av arkivert data hentet fra medisinske journaler.</p> <p>1034 barn og ungdom i en alder mellom 8 til 18 år ble innlagt i en psykiatrisk døgnenhet hvor de gjennomførte SSF (suicide status form) (skjemaanalyse av selvmordstanker).</p>	<p>Ungdommene i alderen 14-18 år, som tidligere hadde blitt diagnostisert med en depressiv lidelse, anga høyere score på skjemaet, og hadde høyere selvmordsrisiko enn de andre i gruppen. Jentene i studien rapportere høyere psykisk smerte, stress, håpløshet og selv-hat enn guttene.</p>	<p>Omhandler ungdom innlagt på psykiatrisk avdeling med selvmordsrisiko.</p>
<p>B) Omerov et al., 2020, To identify and support youths who struggle with living – nurses' suicide</p>	<p>Hvordan sykepleiere kan oppdage og støtte suicidale ungdommer, samt forebygge selvmord, ifølge eksperter innen selvmordsforebygging.</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju.</p>	<p>Viktig med et godt forhold til ungdommene, samt det å lytte åpent uten å forstyrre, og også lytte etter risikofaktorer. Det å spørre om selvmord, samt la personen</p>	<p>Handler om hvordan sykepleier kan forebygge selvmord hos barn og ungdom.</p>

<p>prevention in psychiatric outpatient care. <i>Issues in mental health nursing</i>, 41(7), 574-583</p>			<p>utype hva som er viktig for seg, satte ungdommene pris på. Å tåle pasientens lidelser, samt å styre samtalene mot håp. Funnene i artikkelen antyder at kommunikasjon i selvmordsforebygging er en kunst.</p>	
<p>C) Patterson, S., 2016, Suicide risk screening tools and the youth. <i>Journal of child and adolescent psychiatric nursing</i>, 29(3), 118-126</p>	<p>Informere sykepleiere om bruken av selvmordsrisiko-screeningsverktøy for barn og ungdom.</p>	<p>En litteraturstudie som så på allerede eksisterende forskning som omhandlet ulike selvmordsrisiko-screeningsverktøy for barn og ungdom.</p>	<p>Screeningsverktøyene kan bidra til å gjøre kommunikasjonen og innsamlingen av informasjon lettere når sykepleiere skal vurdere selvmordsrisiko hos barn og ungdom. Disse verktøyene kan likevel ikke erstatte sykepleierens kliniske vurdering i praksis.</p>	<p>Omhandler barn og ungdom, og hvordan sykepleier kan bruke screeningsverktøy som metode for forebygging av selvmord.</p>
<p>D) Tallaksen et al., 2013, "... You are not particularly helpful as a helper when you are helpless" A qualitative study of public health nurses and their professional competence related to suicidal adolescents,</p>	<p>Få kunnskap om betydningen av kurset «Applied Suicide Intervention Skills Training» (lik «Vivat – Førstehjelp ved selvmordsfare) for sykepleiernes praksis i møte med selvmordsnære barn og unge.</p>	<p>Kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Deltakerne følte mer ro og kontroll over pasientene etter kurset. Tilegnet seg en mer direkte kommunikasjonsstil, og følte de hadde mer kompetanse i håndteringen av pasientenes lidelser og problemer. Våger å stille direkte spørsmål om selvmordstanker og planer. Økt deres faglige mestring, deres ferdigheter og deres dialogkompetanse.</p>	<p>Om kursing av sykepleiere kan hjelpe sykepleierne i ferden videre mot forebyggingen av selvmord.</p>

<p>Vård I Norden, 33(1), 46-50</p>				
<p>E) Inman et al., 2019, Identifying the risk of suicide among adolescents admitted to a children's hospital using the Ask Suicide-Screening Questions, <i>Journal of child and adolescent psychiatric nursing</i>, 32(2), 69-72</p>	<p>Undersøke om screeningsverktøyet «Ask Suicide-screening Questions» (aSQ) gjør det enklere å oppdage selvmordsrisiko hos barn og unge over 12 år.</p>	<p>En beskrivende studie.</p>	<p>Studien viser at screening av selvmord er gjennomførbart og akseptabelt for pasienter som er innlagt. Studien viser også at sykepleiere har nytte av videre undervisning og opplæring rundt det å stille spørsmål om selvmordsundersøkelser.</p>	<p>Om screeningsverktøy</p>
<p>F) Hunt et al., 2013, Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study, <i>Journal of affective disorders</i>, 144(1-2), 123-128</p>	<p>Identifisere risikofaktorer for selvmord blant pasienter innen den første uken etter innleggelse.</p>	<p>Nasjonal populasjonsbasert Case-Control studie (England). Retrospektiv studie med kliniske data som hovedsakelig er samlet inn fra sakregister.</p>	<p>40% av de innlagte tok selvmord de tre første dagene etter innleggelsen. Uavhengige risikofaktorer for selvmord inkluderte tidligere selvskading, nylige uønskede livshendelser og kortvarig sykdom. De første dagene av innleggelsen anerkjennes som den perioden med høyest selvmordsrisiko.</p>	<p>Risikofaktorer for selvmord og ulike tiltak man kan iverksette.</p>

<p>G) Madsen et al., 2011, Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register- based study, <i>The Journal of clinical psychiatry</i>, 73(2), 144- 151</p>	<p>Studere forekomsten og risikofaktorene for selvmord hos innlagte pasienter i psykiatrien.</p>	<p>Nasjonal prospektiv register-basert studie (Danmark), som gikk over en periode på 10 år.</p>	<p>Blant 126 382 psykiatriske inneliggende pasienter i alderen 14 år eller eldre skjedde 279 selvmord. Av de personene som fullførte selvmord, døde 50% innen 18 dager etter innleggelse. Flere signifikante prediktorer for selvmord ble funnet;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasienter med bachelorgrad hadde et signifikant høyere risikoforhold for selvmord sammenlignet med de med grunnskoleutdanning eller de med yrkesopplæring. 2. Å ha en personlighets- forstyrrelse som sekundærdiagnose. 3. Nylig kontakt med privat psykolog. 4. Nylig selvmordsforsøk før innleggelse på sykehuset var assosiert med den høyeste risikoen for innlagte selvmord. 	<p>Risikofaktorer hos innlagte pasienter i psykiatrien.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

3.2. Presentasjon av resultater

Her presenteres de relevante resultatene i løpende tekst. Flere av resultatene er vanskelige å skille da de flyter inn i hverandre, og flere av elementene i studiene vil derfor passe inn under samme tema eller ulike tema. Jeg har valgt denne innledningen slik at man kan få en bedre oversikt over funnene. Alle artiklene tar utgangspunkt i at

pasientene er, eller tidligere har vært innlagt på psykiatrisk institusjon eller sykehus, noe som er utgangspunktet for min problemstilling.

3.2.1. Risikofaktorer og årsaker til selvmord

I følge Romanowicz, O'Connor, Schak, Swintak og Lineberry (2013) har ungdom i alderen 14-18 år, som tidligere har hatt en depressiv lidelse, høyere risiko for selvmordstanker og selvmord. I tillegg rapporterte jentene i studien høyere psykisk smerte, stress og håpløshet enn guttene. Jentene hadde også hatt flere innleggelser ved psykiatrisk institusjon, samt at de hadde hatt selvmord i nær slekt. Hunt et al. (2013) mener at kunnskap om livshendelser bør innarbeides i fremtidige risikovurderinger da dette er en risikofaktor for selvmord, noe vi kan se på forskningen til Romanowicz et al. (2013). Andre viktige funn i artikkelen til Hunt et al. (2013) er at de første dagene ved innleggelse anerkjennes som den perioden med høyest selvmordsrisiko. Her er det nødvendig med en nøye risikovurdering, spesielt de pasientene som tidligere har hatt selvmordsforsøk. Uavhengige risikofaktorer for selvmord hos de innlagte, som er funnet i denne studien, inkluderte tidligere selvskading, nylige uønskede livshendelser og kortvarig sykdom (Hunt et al., 2013).

Den danske studien til Madsen, Agerbo, Mortensen og Nordentoft (2011) viser at pasienter med bachelorgrad hadde høyere selvmordsrisiko enn de med grunnskoleutdanning og yrkesopplæring. Pasienter med en personlighetsforstyrrelse, samt de som har vært kontakt med psykolog, hadde også høyere risikoforhold. Studien fant til slutt ut at de som nylig hadde hatt selvmordsforsøk før innleggelse hadde den høyeste risikoen for innlagte selvmord. Hunt et al. (2013) redegjør for at forbedringer og endringer i avdelingsmiljø kan være et viktig forebyggende tiltak for å redusere lidelsen ved innleggelse. Et annet tiltak kan være å forbedre protokoller for permisjon da flere av de innlagte i studien tok selvmord da de var på permisjon. Studien til Madsen et al. (2011) demonstrerte en høy risiko for selvmord hos innlagte pasienter i psykiatrien i Danmark, men i løpet av den 10 års-perioden studien varte viste det seg at selvmordsraten har gått betraktelig ned. Selvmordsraten har sunket omtrent 6% hvert år i løpet av den perioden.

3.2.2. Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge

Et tema som var gjennomgående i flere av artiklene var viktigheten av en god relasjon med pasientene. Ifølge studien til Omerov, Kneck, Karlsson, Cronqvist og Bullington (2020) er det viktig med et godt forhold til ungdommene, samt det å lytte åpent og uten å forstyrre pasienten. Her har sykepleierne også mulighet til å lytte etter risikofaktorer, og ha sitt kliniske blikk åpent. Screeningsverktøy kan også bidra i det forebyggende arbeidet. Resultatene til Patterson (2016) viste at disse verktøyene kan bidra til å gjøre kommunikasjonen og innsamling av informasjon lettere når sykepleierne skal vurdere selvmordsrisikoen til pasientene.

Deltakerne i studien til Tallaksen, Bråten og Tveiten (2013), som var med i ASIST-kurset, følte mer ro og kontroll over pasientene etter kurset. De tilegnet seg en mer direkte kommunikasjonsstil, og følte de hadde mer kompetanse i håndteringen av pasientens lidelser og problemer. Sykepleierne fra kurset våget å stille mer direkte spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner i etterkant (Tallaksen et al., 2013). Dette er noe unge selvmordsnære pasienter setter pris på, altså det å tørre å spørre om de vanskelige

tingene, samt det å kunne få lov til å utdype seg om hva som er viktig for dem, uten å bli avbrutt (Omerov et al., 2020). Håp er et begrep som blir gjentatt i Omerov et al. (2020). Det er viktig at sykepleierne styrer samtalene mot håp og mestring, samt at man må tåle pasientens lidelser. Funnene i denne studien antyder at kommunikasjon i selvmordsforebygging er en kunst, og sykepleiere trenger gode ferdigheter innenfor kommunikasjon og relasjonsbygging, spesielt i arbeidet med barn og unge.

3.2.3. Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko

Flere av artiklene nevnte viktigheten av risikovurdering for selvmord ved innleggelse på psykiatrisk avdeling og sykehus. Det er svært viktig at det blir tatt en risikovurdering fordi dette gjør det mulig for sykepleierne å sette i gang forebyggende tiltak raskt. Likevel viser studiene at slike screeningsverktøy ikke kan erstatte sykepleiernes egne kliniske vurdering i praksis, men at sykepleiere kan ha god nytte av videre undervisning og opplæring (Patterson, 2016; Inman, Matthews, Butcher, Swartz & Meadows, 2019).

En av farene ved screeningsverktøy kan være at det blir mer fokus på service og mindre på det å gjenkjenne selvmordsfare og gripe inn ved en akutt situasjon (Patterson, 2016). Patterson (2016) viser likevel til at screeningsverktøy kan bidra med å gjøre kommunikasjonen under vurdering av selvmordsfare lettere.

Romanowicz et al. (2013) redegjør for at selvmordsscreening hos innlagte barn og unge er effektiv i det forebyggende arbeidet. Flertallet av barna i studien syntes også det er viktig at sykepleieren stilte direkte spørsmål om selvmordstanker. Inman et al. (2019) viser også at screening er gjennomførbart og akseptabelt for pasienter som er innlagt.

Studien til Tallaksen et al. (2013) skulle gi kunnskap om betydningen av kurset ASIST, som er et førstehjelpskurs ved selvmordsfare, for sykepleiernes praksis i møte med selvmordsnære barn og unge. De fant ut at kurset økte sykepleiernes faglige mestring, ferdigheter og dialogkompetanse. Studien viser at kurset mest sannsynlig bedret kvaliteten på omsorgen.

4. Diskusjon

4.1. Innledning til diskusjon/drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte resultatene opp mot relevante sykepleieteorier, pensumlitteratur, nasjonale retningslinjer og faglitteratur fra teorikapitlet. Jeg skal også dele noen av mine egne erfaringer fra praksis. Ved hjelp av dette skal jeg besvare problemstillingen min; «Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt på døgninstitusjon». Som nevnt i resultatkapitlet er det utfordrende å skille elementene i resultatene fra hverandre, derfor vil flere av funnene passe inn under flere av kapitlene. Jeg kommer til å benytte samme inndeling av kapitler som i resultatdelen. Det vil komme flere underkapitler under disse igjen.

4.2. Risikofaktorer og årsaker til selvmord

4.2.1. Selvmord på døgninstitusjon

Det skjer mange selvmord under behandling innen psykisk helsevern. I boka «Psykiatri for helsefag» (Aarre, 2018) var det en studie der de fant ut at 25 % av alle selvmord skjedde hos pasienter som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern de siste tre årene. For innlagte pasienter er det perioden rundt innleggelse og utskrivelse som anses å være høyrisikoperioder for selvmord (Næsheim, 2018; Aarre, 2018). Ett av funnene i studien til Hunt et al. (2013) viste det samme; at de første dagene ved innleggelse er den perioden med høyest selvmordsrisiko. Permisjonsdagene har også høy selvmordsrisiko. Flere av deltakerne i studien tok selvmord da de var på permisjon. Dette skjedde fordi døgninstitusjonen ikke hadde gode nok rutiner for risikovurderinger ved innleggelse, permisjon og utskrivelse. Et tiltak her vil være å forbedre permisjonsvilkårene, samt ha gode rutiner for screening av pasienter. Forbedringer i avdelingsmiljø kan også være et forebyggende tiltak som kan redusere smerten til pasienten ved innleggelse (Hunt et al., 2013).

Artikkelen til Madsen et al. (2011) trekker fram i sin studie at de som nylig har hatt selvmordsforsøk før innleggelse hadde den høyeste risikoen for innlagte selvmord. De med lavere utdanning og de med yrkesopplæring hadde også større risiko for å begå selvmord. Andre uavhengige risikofaktorer funnet hos de innlagte i døgninstitusjon inkluderte selvskading og nylig uønskede livshendelser (Hunt et al., 2013).

Hunt et al. (2013) mener at kunnskap om livshendelser, som selvskading og psykisk lidelse, bør innarbeides i fremtidige risikovurderinger i institusjoner, da dette er en risikofaktor for selvmord i følge både denne studien og i studien til Romanowicz et al. (2013). Den danske studien til Madsen et al. (2011) fant i tillegg ut at pasienter med psykisk lidelse, spesielt personlighetsforstyrrelse, hadde høyere risikoforhold.

4.2.2.Selvmord hos barn og unge

Årsakene til at barn og unge tar selvmord kan være mange, og det er ikke alltid man finner noen spesiell årsak. I Grøholt et al. (2015) forklares det at risikofaktorer kan knyttes til tre hovedtemaer, nemlig psykososiale problemer, psykiske forhold og sosiodemografiske forhold. Under disse inkluderes det flere risikofaktorer som er nevnt i teorikapitlet.

Som sagt tidligere inkluderer psykososiale forhold blant annet psykiske lidelser hos foreldrene, selvmordsatferd i familien, negative livshendelser som fysisk og seksuelt misbruk, og mobbing. Psykologiske og psykiske forhold omfatter psykiske lidelser, spesielt depresjon, angst og ADHD, lav selvfølelse og håpløshet. Sosiodemografiske risikofaktorer er kjønn, skoleproblemer, seksuell orientering og lav sosioøkonomisk status (Grøholt et al., 2015; NHI, 2020).

I utviklingsteorien til Eriksson beskrives ungdomstiden som en sårbar fase. Dette støttes av både Patterson (2016) og Romanowicz et al. (2013). Patterson (2016) fant ut at nesten halvparten av alle ungdommer med en adferdsforstyrrelse, som er definert som en risikofaktor for selvmord, har en debut i 14 års alderen. Romanowicz et al. (2013) fant ut at ungdom i alderen 14-18 år, som tidligere har hatt en depressiv lidelse, hadde høyere risiko for selvmordstanker og selvmord. Jentene i denne studien rapporterte mer håpløshet, stress og psykisk smerte enn guttene. Jentene hadde også hatt flere innleggelseser, samt opplevd selvmord i nær slekt, noe som er en risikofaktor under hovedtemaet psykososiale forhold fra boka til Grøholt et al. (2015).

4.2.3.Psykiske lidelser

Ifølge FHI (2015) skjer det omtrent 50 selvmord blant inneliggende pasienter i psykiatriske institusjoner hvert år. Det å gjenkjenne psykiske lidelser hos unge mennesker som skammer seg, samt hjelpe disse pasientene til å godta sin sykdom, og gi behandling for grunnsykdom, vil være selvmordsforebyggende (Grøholt et al., 2015).

En god andel av barn og unge som tar selvmord eller har hatt et selvmordsforsøk, har en psykisk lidelse (Grøholt et al., 2015). Funnene i forskningen viser at depresjon er den psykiske lidelsen som utgjør størst fare for selvmord, sammen med personlighetsforstyrrelse og angst (Madsen et al., 2011; Vråle, 2018). I Grøholt et al. (2015) trekkes det også frem at de psykiske lidelsene angst og ADHD er risikofaktorer og utgjør en fare for selvmord.

Som nevnt tidligere beskrives ungdomstiden som en sårbar fase, ifølge Erikssons utviklingsteori. Å være sårbar kan øke risikoen for utvikling av psykiske lidelser, i tillegg er det denne fasen av livet der de største forandringene skjer, både biologiske faktorer slik som fysisk utvikling, og den sosiale utviklingen. Ungdomstiden er starten på den seksuelle utprøvingen, og dette kan føre med seg store emosjonelle og sosiale spenninger hos den enkelte (Håkonsen, 2014; Hummelvoll, 2012). Travelbee (1999) snakker mye om håp og håpløshet, og at den som opplever håpløshet ofte ikke klarer å se valgmuligheter. Disse menneskene er ofte overbevisst om at ingen ting nytter, og de kan føle seg fanget. I ungdomsalderen kan man føle seg fanget, samt føle at man ikke hører til noe sted. Dette kan igjen føre til håpløshet. Her spiller sykepleierne en stor rolle. Vi er der for å fremme håpet hos pasienten (Travelbee, 1999).

4.3. Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn og unge

4.3.1. Kommunikasjon med barn og unge

Et tema som var gjennomgående i flere av forskningsartiklene var viktigheten av en god relasjon med pasientene. Både Patterson (2016) og Omerov et al. (2020) mente det var viktig å skape et godt forhold til ungdommene, samt lytte åpent og uten å forstyrre dem. Når sykepleieren lytter til det pasienten sier, har sykepleieren mulighet til å lytte etter risikofaktorer, samt ha sitt kliniske blikk åpent. Som sykepleiere må vi ta oss tid til å lytte på historiene til pasientene slik at vi kan tilrettelegge behandling og hjelpe de ungdommene som sliter i dag. Kunnskap om risikofaktorer vil gjøre oss til bedre lyttere (Grøholt et al., 2015).

Kommunikasjon er et middel man bruker for å bli kjent med mennesker. Ved hjelp av kommunikasjon lærer man å forstå pasienten, og å møte pasientens behov, samt hjelpe pasienten til mestring av sin sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2017). Dette er også noe som står i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019).

I «Handlingsplan for forebygging av selvmord» fra 2020, står det at det er mangel på relasjonskompetanse hos helsepersonell, da er det viktig at sykepleiere får kurs og opplæring slik at man kan øke sin kompetanse, samt føle at man har bedre kontroll.

Kursing av sykepleiere har vist seg å være svært nyttig i det selvmordsforebyggende arbeidet ifølge Tallaksen et al. (2013). Sykepleierne som har vært på det selvmordsforebyggende kurset ASIST, følte mer ro og kontroll over pasientene etter kurset. Sykepleierne fikk også mer kompetanse og følte seg bedre rustet til å gå inn til pasientene som hadde selvmordstanker. De tilegnet seg i tillegg en mer direkte kommunikasjonsstil, hvor de klarte å stille mer direkte spørsmål om selvmord og selvmordsforsøk i ettertid. Dette er noe pasienter setter pris på, altså det å tørre å spørre om de vanskelige tingene, samt at pasientene fikk lov til å utdype seg om sine problemer uten å bli avbrutt (Tallaksen et al., 2013; Omerov et al., 2020). Flertallet av deltakerne i studien til Romanowicz et al. (2013) syntes det var viktig at sykepleierne stilte direkte spørsmål om selvmordstanker. Erfaringen min fra praksis viser det samme som forskningen, nemlig at pasienter setter pris på at man er direkte og ikke «går rundt grøten».

4.3.2. Hvordan skape en god relasjon?

Det trengs tillit for å skape en god relasjon, og dette kan ta litt lengre tid med barn fordi de ofte kan føle på usikkerhet, noe Erikssons utviklingsteori bekrefter. Nemlig at barne- og ungdomstiden er den fasen av livet hvor det skjer store forandringer, og man fort kan bli usikker. Denne fasen er særlig knyttet til forvirring rundt hvem man er og hva man skal utrette i livet (Håkonsen, 2014; Hummelvoll, 2012). Det kreves at sykepleier prøver seg frem med litt ulike metoder for å skape et tillitsbånd. Det å lytte kan være en god start (Eide & Eide, 2017).

Ulike kommunikasjonsmetoder en sykepleier kan bruke er aktiv lytting, man kan gi bekreftelse, bruke kroppsspråket og nonverbal kommunikasjon for å vise at man lytter, gi støtte og bare være der i stillheten kan også hjelpe pasienten til å reflektere (Håkonsen, 2014; Hummelvoll, 2012; Vråle, 2018; Eide & Eide, 2017). Det finnes mange kommunikasjonsmetoder man kan bruke som sykepleier, og man må bare føle seg frem, alle pasienter er unike og det er ikke alltid en standardbehandling fungerer på alle.

Trygghet og tillit gir ofte håp (Vråle, 2018), og håp ifølge Travelbee (1999) er relatert til mot, at det trengs mot for å håpe på et bedre liv. Det er sykepleierens oppgave å fremme håpet hos pasienter som kjenner på håpløshet. Dette gjør man ved å lytte til pasientens ønsker og tanker.

Det er viktig at sykepleier legger vekt på sitt eget syn og deler av seg selv, og deler sine tanker og opplevelser. Sykepleierens oppgave er også å rette søkelyset mot livet (Vråle, 2018). Å vise empati skaper grunnlag for betydningsfulle møter (Hummelvoll, 2012). Travelbee (1999) mente at empati var å gå inn i, eller ta del i og forstå pasientens psykologiske tilstand. Hun understreket at «det å ta del i» ikke innebærer å tenke akkurat som pasienten, men å dele av seg selv. Da jeg var i praksis, delte jeg mye av meg selv. Jeg viste pasienten at jeg også kun var et menneske som også har problemer med ulike ting i livet. Dette satte pasienten veldig stor pris på. Som sykepleier har jeg lært at det viktig å dele av seg selv, men man må ikke ta over pasientrollen. Man må ikke begynne å prate masse om seg selv og la pasienten sitte å høre på dine problemer. Det fins en balansegang mellom det å dele for mye og det å dele for lite.

Travelbee (1999) ser på relasjonen mellom sykepleier og pasient som et menneske-til-menneske-forhold. Denne relasjonen bærer preg av respekt og omsorg. Begge parter må oppfatte hverandre som enkeltindivider, og dette forutsetter at rollene «sykepleier» og «pasient» blir brutt.

4.3.3.Hva sier lovverket?

Når barnet er fylt syv år, eller når et yngre barn er i stand til å danne sine egne synspunkter om det saken dreier seg om, skal barnet få informasjon, samt at det skal bli gitt anledning til å si sin mening før en avgjørelse skal tas. Det skal uansett legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet, og er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på barnets mening. Når barnet er mellom 16 og 18 år har barnet rett til å motsette seg helsehjelp, men mindre andre særlige lovbestemmelser sier dette. Barnet har også rett til å velge om foreldre skal få informasjon om barnets helse, jf. pbrl § 4-5 (Befring, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4, § 4-4, § 4-5).

4.4.Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko

4.4.1.Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Det sykepleier kan starte kartleggingen med er direkte spørsmål til pasienten om han/hun har selvmordstanker eller planer. Et slikt intervju kan gi sykepleiere mye informasjon, man kan også se hvordan pasienten svarer og hvordan kroppsspråket er. Hvis det er grunn til mistanke om selvmordsfare kan sykepleieren iverksette tiltak raskt,

samt følge opp pasienten videre (Helsedirektoratet, 2008; Grøholt et al., 2015). Det finnes mange spesifikke og direkte spørsmål sykepleieren kan stille når selvmordsrisiko skal vurderes (Hummelvoll, 2012).

Ifølge en artikkel fra 2017 skrevet av Helsedirektoratet, har det kommet mange meldinger inn om at selvmordsrisikoen ikke har blitt vurdert før permisjon og ved utskrivelse. Dette på grunn av lege- /psykologfravær, og at annet helsepersonell var i tvil om hvem som skulle foreta screening. Denne usikkerheten bidro til at screening ikke ble utført. I de nasjonale retningslinjene skrevet av Helsedirektoratet fra 2008 står det spesifikt at alle pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern bør bli kartlagt for selvmordsrisiko både ved innleggelse, under innleggelse og ved permisjoner og utskrivelse. Det må også være faglig forsvarlig, og man må ha helsepersonell på jobb som har kompetanse til å foreta kartlegging av selvmordsrisiko.

Retningslinjer og ulike prosedyrer kan fungere som gode sjekklister for kartlegging og vurdering av selvmord, men slike standardiserte lister kan ikke forutsi et selvmord (Vråle, 2018). Sykepleieren må ha et våkent blikk, samt en god klinisk vurderingsevne i møte med selvmordsnære ungdom innlagt på psykiatrisk døgnenhet.

4.4.2. Screeningsverktøy og kurs for sykepleiere

Som nevnt tidligere i drøftingen har flere av forskningsartiklene nevnt viktigheten av risikovurdering av selvmord ved innleggelse på psykiatrisk døgnavdeling og sykehus. Risikovurderinger ved innleggelse kan gjøre det mulig å oppdage selvmordsatferd tidlig, og sykepleierne kan igjen sette i gang forebyggende tiltak raskt. Både Patterson (2016) og Inman et al. (2019) mente at screeningsverktøy er gode hjelpemidler, men at det aldri kommer til å erstatte sykepleiernes kliniske vurdering i praksis. Sykepleierne kan fremdeles ha god nytte av videre undervisning og kursing.

En annen fare ved bruk av screeningsverktøy er at det fort kan bli mer fokus på service og mindre på det å gjenkjenne selvmordsfare og gripe inn i akutte hendelser (Patterson, 2016). Som sykepleier kan man fort bli opptatt av å bare skyndte seg å gjøre ferdig screeningene, på grunn av travle jobbdager, plutselig kan man miste litt av vurderingsevnen sin inn til pasienten.

Patterson (2016) viser likevel til at screeningsverktøy kan bidra til å gjøre kommunikasjonen med pasientene lettere. Screening er også gjennomførbart og akseptabelt for pasienter som er innlagt på døgnavdeling (Inman et al., 2019).

Studien til Tallaksen et al. (2013) viser at kursing av sykepleiere kan bedre kvaliteten på omsorgen til selvmordsnære barn og unge. Sykepleierne følte de fikk økt sin faglige mestring, økt sine ferdigheter, samt bedret sin dialogkompetanse.

4.4.3. Andre selvmordsforebyggende tiltak

Det er viktig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse da det er sykepleierne som er tettest på pasientene i institusjoner, og det er også de som har ansvar for oppfølging av de selvmordsnære pasientene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger blant annet på sykepleiernes ansvar om å gi omsorgsfull hjelp og behandling, samt understøtte håp og livsmot hos pasienten (NSF, 2019).

I teorien jeg har funnet mange elementer og verktøy en kan bruke i selvmordsforebyggende behandling. Både Grøholt et al. (2015), Vråle (2018) og NHI (2020) mener at gode tilbud til barn og unge med psykiske lidelser, og barn som forsøker å ta livet sitt, vil være svært selvmordsforebyggende. Gode tilbud som for eksempel fritidstilbud etter skoletid, i kirken eller tilbud om samtaler med noen slik at man slipper å takle ensomheten alene. Undervisningsprogrammer for skoleverket, samt mer forskning på temaet selvmord kan bidra til å gjøre selvmord mindre tabubelagt (Helsedirektoratet, 2008; Aarre, 2018).

Behandling av grunnsykdommen, spesielt ovenfor unge med psykiske lidelser, vil være svært utslagsgivende for forebyggingen av selvmord (Grøholt et al., 2015). Kontinuitet i behandling har også stor betydning for pasienter med selvmordstanker (Vråle, 2018).

Som nevnt i teorien; hvis selvmordsfaren er høy kan det være lurt å sette et tiltak hvor det er kontinuerlig observasjon av pasienten. Intervallobservasjoner er også noe sykepleier kan bruke (Vråle, 2018; Helsedirektoratet, 2008).

4.5. Implikasjoner for sykepleie

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger blant annet på sykepleiernes ansvar om å gi omsorgsfull hjelp, fremme og forebygge sykdom, samt understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019). Alt dette er viktig i det selvmordsforebyggende arbeidet. Sykepleierens funksjon er å være der for pasienten, samt observere selvmordsfare, vurdere tiltak og følge opp pasienten slik at pasienten føler seg sett og ivaretatt.

Min oppgave gir kunnskap til sykepleiere om selvmord, selvmordsrisiko og forebyggende arbeid for ungdommer som ikke ønsker å leve. Oppgaven gir innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsytende til forebyggingen av selvmord, og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket. Oppgaven min belyser også et viktig og aktuelt tema.

4.6. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Tabell 4.1 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Styrker	Svakheter
Det er gjort søk i databaser etter anbefaling fra NTNU.	Databasen SweMed+ legges ned. Her blir det ikke gjort oppdateringer på eksisterende forskning og det blir heller ikke lagt ut ny forskning.
Forskningsartiklene er ikke eldre enn 10 år.	Én av forskningsartiklene er skrevet i 2011. Artikkelen er akkurat innenfor den 10-års-rammen som er satt. Her bør man være kritisk da den er noe eldre og kanskje ikke like aktuell i forhold til nyere tall og statistikk.

IMRaD-struktur i forskningsartiklene – dette er et kvalitetsstempel (Dalland, 2017).	Travelbees sykepleieteori er opprinnelig fra 1966.
Syv forskningsartikler med forskjellige metoder – Dette viser variasjon i forskningen jeg har funnet.	De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er utgitt i 2008.
Overføringsverdi til norske forhold, spesielt studien til Madsen et al. (2011) som er dansk.	Alle artiklene er skrevet på engelsk. Jeg er kritisk til min oversetting av disse.
Alle artiklene er publisert i et vitenskapelig tidsskrift med fagfellebedømming. Dette styrker artiklenes evidens.	Én av artiklene omhandler voksne i psykiatrien og ikke ungdom.
Pensumlitteraturen som er brukt er anbefalt av NTNU, og er litteraturen som er brukt ved andre eksamener ved sykepleierstudiet.	

De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er utgitt i 2008, men jeg mener disse retningslinjene fortsatt er relevante for forebygging av selvmord da annen ny forskning og pensumlitteratur sier det samme. Travelbees sykepleieteori er opprinnelig fra 1966, men ettersom den fortsatt er anvendelig og mye brukt i dagens sykepleierutdanning har jeg valgt å benytte meg av denne.

Forskningsartikkelen til Hunt et al. (2013) omhandler innlagte voksne i psykiatrien og ikke ungdom i alderen 12-18 år, men jeg anser artikkelen fortsatt som relevant for min oppgave grunnet viktigheten av å kartlegge selvmordsrisiko ved innleggelse uansett alder.

Alle artiklene er skrevet på engelsk. Dette innebærer at jeg selv har fortolket og oversatt disse. Jeg er derfor kritisk til min egen oversetting og setningsoppbygging på norsk. Feiltolkning av resultatene kan inntreffe.

Ved at jeg har med artikler med ulike metoder gjør at litteraturstudien min får flere perspektiv, samt at den blir mer variert. Jeg har også brukt mange bøker fra pensumlitteraturen som underbygger det samme. Dette styrker min litteraturstudie.

5. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg prøvd å besvare problemstillingen: Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt på døgninstitusjon? Oppgaven har belyst flere viktige aspekter ved selvmordsforebygging, blant annet at det er viktig at sykepleiere har kunnskap om risikofaktorer, årsaker til selvmord og forebyggende arbeid.

Ungdomstiden er en sårbar fase av livet og her har man økt risiko for å utvikle en psykisk lidelse, spesielt unge jenter. Det er viktig å skape en relasjon med pasientene, og bruke ulike kommunikasjonsverktøy for å nå frem. Aktiv lytting, bruk av kroppsspråk, være empatisk og dele av seg selv, samt gi trygghet, tillitt og håp, kan skape gode relasjoner og være selvmordsforebyggende.

Forskningen viser at screeningsverktøy er et godt hjelpemiddel til forebyggingen av selvmord hos ungdom innlagt på døgnavdeling, men det erstatter ikke sykepleierens kliniske blikk, vurderingsevne og det «å se» pasienten.

Som sykepleier må man våge å møte selvmordsnære barn og unge. Man må våge å være seg selv, og dele av seg selv. Arbeid med selvmordsnære mennesker kan være noe av det mest utfordrende en sykepleier kan møte, men kanskje noe av det viktigste. Som sykepleiere må vi tørre å ta tak i det som er vondt, og vi må våge å se det rett i hvitøyet. En sykepleier vil aldri kunne forhindre alle selvmord, men med riktig kunnskap og god kompetanse er sjansen litt større for å redde flere liv fra mørket.

Referanser

- Aarre, T. F. (Red). (2018). *Psykiatrici for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasheim, A., Røren, I., & Hager-Thoresen, F. (2020, 17. desember). Fortsatt høye selvmordstall. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/oAMI7V/fortsatt-hoeye-selvmordstall>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (3. utg.). London: Open University Press.
- Befring, A. K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekeberg, Ø., & Hem, E. (red.). (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FHI. (2015, 4. mars). Fakta om forebygging av selvmord. FHI. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/forebygging-av-selvmord---faktaark/>
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B., & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatrici* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse/Selvmord%20og%20selvmordsforsok%20under%20innleggelse.pdf/_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvmord%20og%20selvmordsforsok%20under%20innleggelse.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Handlingsplan for forebygging av selvmord – 2020-2025. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt; Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *Journal of Affective Disorders, 144*(1-2), 123-128.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Inman, D. D., Matthews, J., Butcher, L., Swartz, C., & Meadows, A. L. (2019). Identifying the risk of suicide among adolescents admitted to a children's hospital using the Ask Suicide-Screening Questions, *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 32*(2), 69-72
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2011). Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *The Journal of clinical psychiatry, 73*(2), 144-151.
- NHI. (2020, 17. april). Selvmordsforsøk hos barn og ungdom. NHI. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/barn/barnpsykiatri/selvordsforsok-hos-barn-og-ungdom/?hp=true>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2021). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næsheim, A. (2018, 26. januar). 14-årig døde etter selvmordsforsøk på institusjon. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/innlandet/14-aring-dode-etter-selvordsforsok-pa-institusjon-1.13847832>
- Omerov, P., Kneck, Å., Karlsson, L., Cronqvist, A., & Bullington, J. (2020). To Identify and Support Youths Who Struggle with Living—Nurses' Suicide Prevention in Psychiatric Outpatient Care. *Issues in mental health nursing, 41*(7), 574-583.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patterson, S. (2016). Suicide risk screening tools and the youth population. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 29*(3), 118-126.
- Romanowicz, M., O'Connor, S. S., Schak, K. M., Swintak, C. C., & Lineberry, T. W. (2013). Use of the Suicide Status Form-II to investigate correlates of suicide risk

factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *Journal of affective disorders*, 151(2), 467-473.

Skaug, T. (2019). *Følg med nå*. Oslo: Cappelen Damm

Tallaksen, D. W., Bråten, K., & Tveiten, S. (2013). "... You are Not Particularly Helpful as a Helper When You are Helpless" A Qualitative Study of Public Health Nurses and Their Professional Competence Related to Suicidal Adolescents. *Vård i Norden*, 33(1), 46-50.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.

