

Christina Sanne Furuseth
Nina Hammerseng Sjøgren

***Hvordan kan sykepleier gjennom
observasjoner og tiltak forebygge
selvmord hos pasienter i alderen 12-18
år innlagt i døgninstitusjon med
depressiv lidelse?***

Bacheloroppgave i Sykepleie, deltid Gjøvik
Mai 2019

Christina Sanne Furueth
Nina Hammerseng Sjøgren

***Hvordan kan sykepleier gjennom
observasjoner og tiltak forebygge
selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år
innlagt i døgninstitusjon med depressiv
lidelse?***

Bacheloroppgave i Sykepleie, deltid Gjøvik
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleier gjennom observasjon og tiltak forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 innlagt i døgningstusjon med depressiv lidelse?	Dato: 13.05.19
Deltakere:	Nina Hammerseng Sjøgren Christina Sanne Furuseth	
Veileder:	Siri Ødegaard Fossum	
Stikkord/nøkkelord	Selvmordsforebygging, risikofaktorer, ungdom, depresjon	
Antall sider: 38 sider	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p> Bakgrunn: Et viktig mål innen psykisk helsevern er å sikre at pasienter som sliter med selvmordsproblematikk, får den forsvarlige hjelpen de har krav på. Det er også viktig at det reduseres antall selvmord og selvmordsforsøk innen psykisk helsevern ved at denne pasientgruppen får rett hjelp. I utviklingsteorien til Eriksson beskrives ungdomstiden som en sårbar fase, og dermed økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. </p> <p> Hensikt: Å øke kunnskapen til sykepleiere og annet helsepersonell om selvmordsrisiko og forebyggende arbeid for suicidale ungdommer med depressiv lidelse innlagt på døgnet for å redusere antall dødsfall. Samt å belyse et viktig og aktuelt tema. </p> <p> Metode: En litteraturstudie med kvalitativ tilnærming. PICO-skjema er benyttet som et hjelpemiddel i søkeprosessen. Databaser som er benyttet er Medline (Ovid), CHINAL Complete, Psykinfo og PubMed. Søkeord som er brukt i søkeprosessen er «ungdom», «selvmordsforsøk», «forebygging», «depresjon», «observasjonsmetoder» og «pasienter innlagt på sykehus». </p> <p> Resultat: Ulike metoder for selvmordsscreening er effektivt for å kartlegge selvmordsrisiko hos barn og ungdom innlagt i institusjon. Selvmordsscreeningsverktøy kan bidra med å lette kommunikasjonen og innsamling av viktig informasjon under vurdering av selvmordsrisiko hos ungdom, men erstatter ikke sykepleierens kliniske vurdering. Ungdom, særlig jenter, i alderen 14-18 år har høyere risiko for selvmordstanker. I tillegg øker depresjon risikoen for selvmordstanker, og dersom man har opplevd selvmord i familien og gjentatte ganger har vært innlagt i psykiatrisk avdeling grunnet selvmordstanker. 28 ulike observasjoner ved kontinuerlig observasjon av innlagte pasienter er relevante for selvmordsforebygging. Psykoedukative behandlingsgrupper og selvmordsforebyggende programmer er effektive tiltak i behandling av ungdom med selvmordstanker. </p> <p> Konklusjon: Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om risikofaktorer og forebyggende tiltak for ungdom med selvmordstanker. Kunnskapen og evnen til å gjennomføre effektive tiltak og observasjoner hos denne pasientgruppen kan bidra til å redusere forekomsten av selvmord. </p>		

Abstract

Title:	How can nurses prevent suicide in 12-18 years old inpatients with depressive disorder through observation and measures?	Date: 13.05.19
Participants:	Nina Hammerseng Sjøgren Christina Sanne Furuseth	
Supervisor	Siri Ødegaard Fossum	
Keywords	Suicide prevention, risk factor, adolescents, depression	
Number of pages: 38 pages	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: An important goal in mental health care is to ensure that patients who are struggling with suicidality get the proper help they are entitled to. It is also important that the number of suicides and suicide attempts within mental health care is reduced by giving this group the right help. Erik Erikson's theory of psychosocial development describes adolescence as a stage in life with higher risk of developing psychological disease.</p> <p>Purpose of the study: To increase the knowledge of nurses and other healthcare professionals about suicide risk and preventive work for suicidal adolescent inpatients with depressive disorder to reduce the number of deaths. And also to highlight an important and current topic.</p> <p>Methodes: A literature study with use of qualitative approach. The PICO form is used as an assistive device in the search process. Medline (Ovid), CHINAL Complete, Psychinfo and PubMed are the databases used in the search process. Keywords used in the search process are "adolescents", "suicide attempts", "prevention", "depression", "observation methods" and "hospitalized patients".</p> <p>Results: Different methods of suicide screening are effective for identifying suicide risk in children and adolescent inpatients. Suicide screening tools can help improve communication and gathering of important information while assessing suicide risk in adolescents. However, it do not replace the nurse's clinical assessment. Adolescents, especially girls, aged 14-18 have a higher risk of suicidal ideations. In addition, depression increases the risk of suicidal ideations. Adolescents who have an experience with suicide in the family have a higher risk of suicidal ideations and also those who have been repeatedly admitted to a psychiatric department due to suicidal ideations. 28 different observations for constant observation of admitted patients are relevant for suicide prevention. Psychoactive treatment groups and suicide prevention programs are effective measures in the treatment of adolescents with suicidal ideation.</p> <p>Conclusion: It is important that nurses have knowledge of different risk factors and preventive measures for adolescents with suicidal ideations. The knowledge and skills to implement effective measures and observations in this patient group can help reduce the incidence of suicide.</p>		

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
Innhold	3
1 Innledning	5
1.1 Introduksjon av tema og betydningen for sykepleie relevans	5
2 Bakgrunn	7
2.1 Litteraturstudiets teoretiske perspektiv	7
2.2 Erik Erikssons teori om personlighetsutvikling	7
2.3 Joyce Travelbees sykepleierteori.....	8
2.3.1 Håp og håpløshet	8
2.3.2 Kommunikasjon.....	9
2.4 Depresjon.....	10
2.5 Sårbarhets-stress-modellen.....	10
2.6 Den terapeutiske alliansen og den terapeutiske holdningen.....	11
2.7 Forebyggende psykisk helsearbeid.....	11
2.7.1 Risikofaktorer for selvmord.....	12
2.7.2 Psykisk helsevernloven.....	12
2.7.3 Retningslinjer for forebygging av selvmord.....	13
2.7.4 Gruppeterapi	14
2.7.5 Psykoedukativt arbeid.....	14
2.8 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling	15
2.9 Oppgavens avgrensning	15
3 Metode	16
3.1 Litteraturstudie med en kvalitativtilnærming	16
3.2 Søkestrategi	16
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	18
3.2.2 Søkord, databaser og antall treff	18
3.3 Analyse.....	20
4 Resultater	21
4.1 Presentasjon av resultater	21
Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population	21
4.2 Sammenfatning av resultatene.....	27

4.2.1	Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko hos ungdom	27
4.2.2	Obsrvasjon og risikofaktorer for selvmord og selvmordstanker	27
4.2.3	Behandling av ungdom innlagt med selvmordstanker.....	28
5	Drøfting.....	29
5.1	Observasjon og risikofaktorer ved selvmord og selvmordstanker	29
5.2	Behandling av ungdom med selvmordstanker	30
5.3	Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko hos ungdom	32
5.4	Kildekritikk	34
6	Konklusjon.....	35
7	Litteraturliste.....	36

Antall ord: 9017

1 Innledning

1.1 Introduksjon av tema og betydningen for sykepleie relevans

Tall hentet fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging viser at det i 2015 var 590 mennesker som begikk selvmord her i Norge, hvorav 400 menn og 190 kvinner. I tillegg har nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiskhelsevern (2008) en formening om at det er om lag 7-10 ganger flere selvmordsforsøk enn det er selvmord (Bruland, 2018). I alderen 14-19 år vises en tydelig øking på tilfeller av selvmord og villet egenskading som dødsårsak fra 2014 til 2017 her i Norge. I 2014 var det 11 tilfeller, mens i 2017 har tallet steget til 32 tilfeller på selvmord og villet egenskading som dødsårsak. Selv om tallene på selvmord i denne aldersgruppen er lav, ser man en tydelig økning i forekomsten på få år. Statistikk viser også tilfeller av selvmord som dødsårsak helt ned i alderen 10-14 år, med 5 tilfeller i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2018).

World Health Organization (1986) definerer selvmord som «en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål om å fremkalle de av den avdøde ønskede forandring.» (Bruland, 2018. S.28).

Selvmordsforsøk er en handling hvor utfallet ikke er dødelig, men personen med vilje utfører en handling som vil være skadelig for vedkommende om ingen andre griper inn (NHI, 2018).

Dette litteraturstudiet skal fordypes i ungdom i aldersgruppen 12-18 år, innen psykisk helsevern, som sliter med depresjon og selvmordstanker. Det er viktig at sykepleiere som arbeider med ungdom har kunnskap om hvordan man møter denne pasientgruppen, og at de anvender kunnskapen i møte med ungdommene. Sykepleieren er ofte det helsepersonellet som er tettest på pasienter som er inne på institusjoner, og de har ansvar for nye innleggelse og oppfølging etter utskrivelse. Det gir sykepleieren mulighet til å raskt kunne fange opp om det er mistanke om selvmordstanker eller selvmordsplaner. Det er da viktig at sykepleiere har den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig til å fange opp disse tegnene så tidlig som mulig, og sette i gang tiltak for å forebygge selvmord. Det å vurdere selvmordsrisiko er en vanskelig oppgave innen helsevesenet, men tanker og planer om selvmord er ikke uvanlig hos pasienter med psykiske lidelser (sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Både i psykisk og somatisk helsearbeid møter helsepersonell mennesker som presenterer selvmordsproblematikken. Noen uttrykker sterkt et ønske om å dø, mens andre truer med å ta sitt eget liv. Noen pasienter kan gi en fornemmelse om at de sitter med en hemmelig tanke om å dø (Stänicke, Skåderud, Haugsgjerd, 2015). Det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell vet hvordan man skal møte pasienten, observere og behandle i slike situasjoner, både i somatikken og i psykiatrien.

Av psykiske lidelser er depresjon spesielt viktig å vektlegge ved hos pasienter med selvmordstanker, men alle psykiske lidelser øker risikoen for selvmord. (Grønhold og Sund, 2017). Depresjon har symptomer som nedstemthet, tretthet, redusert lyst til å gjennomføre gjøremål og lite energi. Men det kan også være symptomer som at man føler seg mindre verdt, har dårlig samvittighet og selvmordstanker (NHI, 2017).

2 Bakgrunn

Ifølge nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008) har selvmordstallene i Norge stabilisert seg siden 1990, og ligger nå på samme nivå som Sverige og Danmark. Cirka 500 mennesker begår årlig selvmord her i Norge, og ca. 25% av disse tilfellene omhandler pasienter som er eller som tidligere har vært innlagt i psykiatrien de siste årene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Et viktig mål innen psykiske helsevern er å sikre at pasienter som sliter med selvmordsproblematikk, får den forsvarlige hjelpen de har krav på. Det er også viktig at det reduseres antall selvmord og selvmordsforsøk innen psykisk helsevern, ved at denne pasientgruppen får rett hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.1 Litteraturstudiets teoretiske perspektiv

Dette litteraturstudie skal baseres på sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees sykepleietenkning og filosofi om håp og håpløshet, og kommunikasjon. Litteraturstudiet baserer seg i tillegg på Erik Erikssons teori om personlighetsutvikling.

2.2 Erik Erikssons teori om personlighetsutvikling

Eriksson (ifølge Håkonsen, 2014) utviklet en psykososial teori om personlighetsutvikling. Eriksson deler den psykososiale utviklingen inn i åttefaser, fra mennesket blir født til det dør. Vi ønsker i denne oppgaven å fokusere på teorien om ungdomstiden, der identitet og forvirring er i sentrum. Da dette litteraturstudie omhandler ungdommer i alderen 12-18 år.

Eriksson mener i sin teori at det er i denne fasen av livet de store forandringene skjer, både dramatiske og biologiske faktorer som hormonelle forandringer og den fysiske utviklingen. Det er i denne fasen av livet den seksuelle utprøvingen starter, noe som bidrar til en viss spenning i både det sosiale og følelsesmessige hos hver enkelt ungdom. Voksenverdenen nærmer seg, og livskriser fra faser tidligere i livet blir opplevd på nytt i disse årene. I denne fasen av livet kommer tidlig en forvirring om hvem man er og hvor man ønsker seg videre i livet tydelig frem. Når ungdommen er i denne fasen, og usikker på sin egen identitet kompenserer man gjerne med å knytte seg til vennegrupper eller andre grupper som tilbyr ungdommen en identitet innenfor et bestemt miljø (Håkonsen, 2014).

2.3 Joyce Travelbees sykepleierteori

I Joyce Travelbee sin sykepleietenkning og filosofi vektlegges i stor grad menneske-til-menneske forholdet, og at sykepleieren må være i stand til å se mennesket som en helhet for å utøve god sykepleie. Noen av de viktigste aspektene ved Joyce Travelbees tenkning er: hva er sykepleie?, menneske-til-menneske forhold, om å bruke seg selv terapeutisk, Joyce Travelbees åtte punkter om håp, Joyce Travelbee om lidelse, om sympati, om empati og eksistensialisme (Travelbee, 1999).

2.3.1 Håp og håpløshet

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 1999, s.117).

Når mennesket har et håp, tror en at hvis man når frem til sine ønsker vil livet endre seg til det bedre. Mangler man håp, ser man ingen mulighet forbedring bedringer i livet og har ingen løsninger på sine problemer eller veien ut av det vanskelige. Håp er relatert til en avhengighet av andre, en framtidorientering, det er relatert til valg, ønsker, mot og har en sammenheng med tillit og utholdenhet (Travelbee, 1999).

Når man har mangel på håp, opplever mennesket en håpløshet. Dette fører til at man ikke forsøker å løse problemer og man mestrer ikke vanskelighetene som oppstår i livet. Dette fordi man ikke ser noen muligheter til forandringer til det bedre. Mennesker som har mangel på håp ser ikke at det kan finnes valgmuligheter eller andre alternativer, og har mangel på initiativ til å bedre sin tilværelse. Personen ser ikke fordelene med at andre griper inn og ønsker å hjelpe til, for personen ser ingen nytte med hjelpen andre tilbyr. Er man uten håp er man orientert i tiden her og nå, men ikke mot fremtiden. Ingen mennesker er født uten håp, så for at mennesket etablerer en håpløshet må det en gang i livet ha opplevd å ha et håp og deretter ha mistet det (Travelbee, 1999).

«Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp» (Travelbee 1999, s.123).

Ved å opprettholde håp og unngå at mennesket føler på håpløshet er det viktig at sykepleieren gjør seg tilgjengelig og er villig til å hjelpe, for eksempel med å lytte når pasienten snakker om angsten og frykten den sitter med. Håp og tillit er beslektet, så sykepleieren må vise den syke pasienten at man er villig til å hjelpe når behovet oppstår. Sykepleieren kan ikke gi håp til en pasient, men kan bidra med å legge til rette for at den syke pasienten kan føle at den opplever håp. (Travelbee, 1999)

2.3.2 Kommunikasjon

Travelbee (1999) har beskrevet kommunikasjon i sykepleie. Gjennom atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, manerer og gester kommuniserer sykepleieren og det individet som sykepleieren har omsorg for. For å etablere et menneske-til-menneske-forhold blir sykepleieren kjent med den syke igjennom alle uttrykk den syke gir. Dette gjør at sykepleieren kan ivareta den syke og dens behov. I kommunikasjon med pasienter må sykepleieren ha forståelse for hva den syke kommuniserer og anvende denne informasjonen i planlegning og evaluering av sykepleietiltak.

«Kommunikasjon er altså en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere ett menneske-til-menneske-forhold» (Travelbee, 1999. s. 135 og 136). I sykepleie refereres uttrykket menneske-til-menneske-forhold til erfaringer mellom det mennesket som er sykt og sykepleieren. Igjennom kommunikasjon meddeler man tanker, følelser og holdninger. For at dette skal bli en prosess er det viktig at den som deler, føler at det som blir delt blir mottatt. At det ikke blir ignorert, at man ikke blir avvist, latterliggjort eller nedvurdert. Dersom sykepleieren ikke viser interesse, overføres dette til den syke som vil reagere tilsvarende.

«Kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelige nærhet i sykepleiesituasjoner; den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støtte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre.» (Travelbee, 1999. S.137).

For at sykepleieren skal forstå meningen i det som blir kommunisert av den syke, og til å bruke denne informasjonen i planleggingen er det viktig at sykepleieren studerer det som blir kommunisert. Sykepleieren blir ikke systematisk klar over hva som kommer frem i den aktuelle situasjonen før prosessen er studert (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon behøver ikke kun å meddeles verbalt, men også non-verbalt. Dette er kommunikasjon der ord ikke blir bruk. Ansiktuttrykk, kroppsbevegelser og lyder som gråting, skriking eller stønning er det som omfatter den non-verbale kommunikasjonen. Et meningsinnhold kan også formidles med berøring, lukt, tegn eller symboler, bilder, musikk, dans eller mime. For at budskapet skal nå frem til mottakeren er det viktig at man har evnen til å fortolke de følelser som blir formidlet, og oppfatte den andres grunnleggende intensjoner. Når budskapet er tolket og oppfattet korrekt, kan man si at det har forligget en kommunikasjon (Travelbee, 1999).

2.4 Depresjon

Mennesker med depressiv lidelse har økt risiko for selvmord og selvmordsforsøk. Depressiv lidelse skiller mellom depressiv episode og tilbakevendende depressiv lidelse. Ved depressiv episode har en tidligere frisk person utviklet en depressiv tilstand. Dersom en slik episode gjentar seg kalles det tilbakevendende depressiv lidelse. De karakteristiske symptomene på depressiv lidelse er nedstemthet, lite energi og mangel på interesse og glede. Vanlig er også skyldfølelse, nedsatt selvfølelse og redusert konsentrasjonsevne. De fremste kjennetegnene ved depresjon er ofte en følelse av utrøstelig tristhet, at man ikke har verdi, og mangel på håp for framtiden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.5 Sårbarhets-stress-modellen

Sårbarhet-stress-modellen er en grunnleggende tankemodell for å forstå psykiske lidelser. Kombinasjonen av sårbarhet og et nivå av stress som er høyere enn hva en person takler kan føre til nedbrytning av personens psykiske likevekt, og personen klarer ikke lenger å fungere som normalt. Da vil ulike symptomer på psykisk lidelse melde seg (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

Alle faktorer som bidrar til å true en person sin psykiske likevekt regnes som stress. Sårbarhet derimot, vil variere ut ifra situasjonen som vurderes. For eksempel vil sårbarheten hos en ungdom være et resultat av medfødte forhold og utviklingen av personlighetstrekk og mestringsmekanismer fra barndommen. Eksempler på stressfaktorer er konflikter i barndomshjemmet, overgrepserfaringer og mobbing. Stressfaktorer kan inndeles i utløsende

årsaker og vedlikeholdene faktorer. Utløsende årsaker til stress kan for eksempel være mobbing, arbeidsløshet eller tap av omsorgsperson, mens sosial isolasjon og venneløshet er faktorer som kan vedlikeholde stress. Man skiller også mellom stress som påføres ved tilfeldighet og stress som skyldes egne livsvalg (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.6 Den terapeutiske alliansen og den terapeutiske holdningen

Samarbeid mellom pasient og behandler er en grunnleggende forutsetning i psykisk helsearbeid. I psykisk helsearbeid er ikke pasienten passiv i behandlingsopplegget, men arbeider med relasjonstillit, behandlingsmotivasjon og konflikt. I den terapeutiske alliansen blir pasienten og behandleren enige om målet for behandlingen og jobber sammen mot målet. Det er viktig at behandleren har en grunnleggende forståelse av lidelsen som skal behandles, og ikke bare kjennskap til den diagnostiske kategoriseringen. Kontakt, kommunikasjon og tillit mellom pasient og behandler er viktig for at pasienten skal nå målet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

Terapeutisk holdning er holdningen behandleren møter pasienten med, og utgjør kjernen i et stabilt fundament for pasientens behandling. Med en terapeutisk holdning er behandleren nysgjerrig på og interessert i pasientens opplevelser og situasjon, viser respekt for pasienten og viser varme ved at å anerkjenne pasientens behov og å være romslig overfor behovene. Å vise ekthet er et ideal innenfor terapeutisk holdning, og innebærer at behandleren uttrykker omsorg og hjelp med integritet på den måten som er naturlig for behandleren. Andre viktige egenskaper i samspillet med pasienten er ærlighet og å være direkte og jordnær (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.7 Forebyggende psykisk helsearbeid

Helsevern er ett av tre nivåer innen forebyggende psykisk helsearbeid, og omfatter både helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Det helsefremmende arbeidet handler om å gi god og helhetlig behandling til pasienter med psykiske vansker eller psykisk lidelse, mens det sykdomsforebyggende arbeidet handler om å hjelpe pasienter som allerede er utsatt eller rammet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.7.1 Risikofaktorer for selvmord

Ut ifra kliniske kunnskaper fra ulike fagfelt, statistikk og kliniske vurderinger av personers individuelle historie som enten har hatt alvorlige selvmordsforsøk eller som har gjennomført selvmord, har det blitt forsket på ulike risikofaktorer som kan føre til selvmordsproblematikk. Ved å legge vekt på risikofaktorene vil dette være med på å sannsynlighetsberegne faren for om personen vi skade seg selv. Risikofaktorer som er viktig å kartlegge i den akutte situasjonen er om personen har psykiske lidelser, om det foreligger rusavhengighet, om personen har hatt tidligere selvmordsforsøk (hvor mange og alvorlighetsgrad), brudd i relasjoner, sosial isolasjon, utskrivelse fra døgnet, har det vært selvmord i familien eller opplevelse ærekrenkelse for personen (Stänicke, 2015).

Viktige spørsmål i et en kliniske intervju med pasienten hvor det foreligger en mistanke om et ønske å begå selvmord er:

- Har du selvmordstanker?
- Når er tankene til stede, er tankene der hele tiden eller kun av og til?
- Hvor konkrete er planene, om det foreligger planer om å begå selvmord. Og finnes det noe avskjedsbrev?
- Er det stemmer som sier at du skal ta ditt eget liv, din eller andre sin stemme?
- Å foreta en kartlegging av pårørende, barn eller venner.
- Man må undersøke graden av håpløshet, ønsket om å dø, dens indre uro, aggresjon, og om det foreligger en sterk fysisk smerte.
- Har det nylig forekommet et brudd i en nær relasjon? (Stänicke, 2015).

2.7.2 Psykisk helsevernloven

I paragraf 1-2, psykisk helsevern, blir psykisk helsevern beskrevet som undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt omsorgen og pleien dette innebærer, utført av spesialisthelsetjenesten. Tvungen observasjon beskrives som undersøkelse, pleie og omsorg, med hensikt å kartlegge om det foreligger vilkår for tvunget psykisk helsevern til tross for at det ikke er gitt samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 sine bestemmelser. Tvunget psykisk helsevern beskrives som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som blir gitt uten samtykkelse etter bestemmelsene kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven (Psykisk helsevernloven, 1999).

2.7.3 Retningslinjer for forebygging av selvmord

I 2008 utga sosial- og helsedirektoratet ut «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.» Disse retningslinjene er basert god, oppdatert faglig kunnskap, og har som mål å sette fokus på forebygging av selvmord og å øke kunnskapen til utøvende helsepersonell i det psykiske helsevernet. Retningslinjene innebærer kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling, forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern, forebygging av selvmord etter utskrivelse i psykisk helsevern, kronisk suicidalitet, ivaretagelse av pårørende og etterlatte, rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk og rettslig grunnlag for helsehjelpen, og til slutt en kunnskapsoppsummering (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Her presenteres de 4 første retningslinjene:

1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko er en viktig del av jobben om å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at en person i en bestemt tidsperiode og i en gitt situasjon ønsker å ta sitt eget liv. Når man vurderer selvmordsrisiko vurderer man både person og situasjon. Det er viktig med kunnskap om de viktigste risikofaktorene, kliniske intervjuferdigheter og diagnostikk. Relasjonskompetanse er også en forutsetning for at helsepersonell får til en god dialog med pasienten. Ved kartlegging av selvmordsrisiko i psykisk helsevern blir pasientene spurt om de har eller har hatt selvmordsplaner eller selvmordstanker, og om de noen gang har forsøkt å ta livet sitt. Ved vurdering av selvmordsrisiko og hvilke tiltak som skal iverksettes vurderes både person, situasjon og tidsperiode. Risikofaktorer og selvmordstanker eller selvmordsplaner vurderes ut ifra pasientens psykiske status (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2. Behandling

Ettersom psykiske lidelser, først og fremst depresjon, øker risiko for selvmord er behandling av psykiske lidelser viktig for å forebygge selvmord. Kunnskapsstatus for den aktuelle psykiske lidelsen, pasientens vurdering av sin situasjon og sitt behov for hjelp burde være utgangspunktet for behandlingen. Det er viktig at pasienten under behandlingen får nok sosial støtte, og opplever en god relasjon til både sine behandlere og til nettverket rundt seg (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

3. Forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern

Innleggelse og utskrivelse i døgnenheter er høyrisikoperioder for selvmord. Sikringstiltak for å redusere mulighetene for å ta selvmord er derfor spesielt viktig i disse periodene, for eksempel fjerning eller tildekking av festepunkter for hengning eller sikring av vinduer. Det

må være iverksatt gode behandlings- og beskyttelsestiltak, og personellet må ha kompetanse og vise omsorg og respekt ovenfor pasienten. Det er viktig at hele personellet vet hvordan behandling- og beskyttelsestiltakene gjennomføres slik at alle gjør likt (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

4. Forebygging av selvmord etter utskrivelse i psykisk helsevern

For å hindre at pasienter faller ut av behandlingen er det viktig at det i overgangen mellom de ulike behandlingsnivåene er tilrettelagt for å sikre kontinuitet. Pasientene burde få informasjon om hvem de blir oppfulgt av og hvordan de kan kontaktes ved behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.7.4 Gruppeterapi

Gruppeterapi er i dag en viktig del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. I gruppeterapi oppfordres pasientene til å sette ord på sine tanker og følelser der og da, altså i gruppen. Ved å eksponere seg på denne måten blir en kjent med hva de andre tenker og føler om det som blir sagt, og på denne måten blir i bedre stand til å forstå sin innvirkning på de andre i gruppen, samt deres innvirkning på seg selv. Gruppeterapi kan øke pasientenes evne til mentalisering, øke toleransen for sine egne tanker og følelser, og øke forståelsen for andre mennesker. Gruppeterapien tilpasses målgruppen og sammensetningen av deltakere (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.7.5 Psykoedukativt arbeid

Psykoedukativt arbeid handler om å øke den faktiske kunnskapen om mentale forhold hos pasienter og familiemedlemmer for å øke kompetansen deres til mestre mentalt ubehag og symptomer. Kunnskapen kan gjøre det lettere å leve med en psykisk lidelse. Gjennom psykoedukasjon kan pasienter og familiemedlemmer få informasjon om ulike sykdomsformer, realistiske forventninger om bedring og prognose, lære viktigheten av kommunikasjon, lære om medikasjon, og å lære hvordan man tidlig kan fange opp pasienters signaler om at de har behov for hjelp. I tillegg kan psykoedukasjon bidra til å redusere familiemedlemmers skyldfølelse. I det psykoedukative arbeidet fokuseres det på et mestringsperspektiv, det vil si hva man kan få til fremfor hva man ikke får til (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

2.8 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling

Hensikten i dette litteraturstudiet er å øke kunnskapen til sykepleiere og annet helsepersonell om selvmordsrisiko og forebyggende arbeid for suicidale ungdommer med depressiv lidelse innlagt på døgnetenhet for å redusere antall dødsfall. Samt å belyse et viktig og aktuelt tema.

Litteraturstudiets problemstilling:

- **Hvordan kan sykepleier gjennom observasjoner og tiltak forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt i døgninstitusjon med depressiv lidelse?**

2.9 Oppgavens avgrensning

Det skal i dette litteraturstudiet fordypes i hvordan sykepleieren igjennom observasjon og tiltak kan forebygge selvmord hos pasientgruppen 12-18 år med depressiv lidelse. Oppgaven blir avgrenset til pasienter som innlagt på døgninstitusjon, da det er her sykepleieren møter denne pasientgruppen. For barn og unge under 16 år som mottar helsehjelp både innenfor somatikken og psykiatrien, er det foreldrenes rett til å samtykke for helsehjelpen de mottar (Helsedirektoratet, 2016). Dette gjør at foreldrene til pasientgruppen som dette litteraturstudiet er rettet mot har en viktig rolle i helsehjelpen pasientene mottar. Denne oppgaven blir avgrenset slik at foreldrenes rolle ikke blir inkludert da dette blir for stort for oppgavens omfang. Den medikamentelle behandlingen av psykiske lidelser blir heller ikke beskrevet.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie med en kvalitativtilnærming

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er en litteraturstudie, en studie hvor man via skriftlige kilder systematiserer kunnskap. Systematiseringen går ut på å innhente litteratur, granske den kritisk og å sammenfatte det hele til slutt (Thidemann, 2015). En litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur om et bestemt tema. I en litteraturstudie identifiseres en problemstilling som man gjennom systematiske søk og analysering av relevant litteratur ønsker å finne svar på. Dette gjelder både for en litteraturstudie som er en del av et større prosjekt eller en enkeltstudie, slik som denne. En litteraturstudie gjør det mulig å få ny og større kunnskap om et tema ved at man analyserer tidligere litteratur, og på den måten kan gjøre nye funn (Aveyard, 2014).

Denne litteraturstudien har en kvalitativ metodisk tilnærming. Den kvalitative metodetilnærmingen har som hensikt å få kunnskap om blant annet menneskers meninger, erfaringer, opplevelser, motiver og holdninger, forventninger, tanker, altså menneskelige egenskaper. I tillegg ønsker man å få frem nyanser. Metodetilnærmingen blir benyttet i den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen. Dynamiske prosesser som samhandling, bevegelse, helhet og utvikling kan man også utforske med den kvalitative metodetilnærmingen. Dybdekunnskap er kjennetegnet ved metoden (Thidemann, 2015).

Kvantitativ metodetilnærming blir benyttet i den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen. Ved kvantitativ metode er det som kan observeres, og det våre logiske sanser kan regne ut, kildene til kunnskap. Kvantitative data er eksakt faktakunnskap fra målbare enheter. Breddekunnskap er kjennetegnet ved metoden (Thidemann, 2015).

3.2 Søkestrategi

For å få et strukturert litteratursøk, samt å komme frem til en presis problemstilling i dette litteraturstudiet har vi benyttet PICO- skjema. PICO er et hjelpemiddel som bidrar med å strukturere og klargjøre spørsmålene for et litteratursøk (helsebiblioteket, 2016).

P – problem	Ungdom med depresjon og selvmordsproblematikk innlagt i psykisk helsevern
I – intervention	Forebyggende tiltak, risikofaktorer, kartlegging og observasjon.
C – comparison	Hvilke tiltak/observasjoner finnes?
O – Outcom	Hvordan kan sykepleier gjennom observasjoner og tiltak forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt i døgninstitusjon med depressiv lidelse?

Kriteriene vi har brukt for å velge ut 5-8 artikler til denne litteraturstudien er at artikkelen ikke er eldre enn 10 år, at den er skrevet etter IMRaD-modellen, at den er fagfellevurdert og at den har en god og variert litteraturliste. IMRaD står for I (introduksjon), M (materiale og metode), R (resultat) og D (diskusjon). Vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag er som oftest bygget opp med IMRaD-strukturen, som samsvarer med forskningsprosessen (Thidemann, 2015).

Søkeord som er benyttet for å finne relevante studier som belyser denne litteraturstudiens problemstilling er satt opp i en matrise under, både på engelsk og norsk.

Engelske søkeord	Norske søkeord
Depression	Depresjon
Adolescent	Ungdom
Suicide, Attempt	Selvmordsforsøk
Prevention	Forebygging
Nursing	Sykepleie
Hospitalized patients	Pasienter innlagt på sykehus
Observational methods	Observasjonsmetoder
Suicide	Selvmord

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Dette er inklusjons- og eksklusjonskriteriene i søket etter relevante forskningsartikler til litteraturstudiet skrevet inn i en tabell.

<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier</i>
Skrevet i perioden 2008-2019	Ikke eldre enn 10 år
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Skrevet i IMRaD-struktur	Ikke skrevet i IMRaD-struktur
Språk: norsk, engelsk, svensk eller norsk	Ingen av de nevnte språkene
Relevant for problemstillingen	Ikke relevant for problemstillingen

3.2.2 Søkeord, databaser og antall treff

Her presenteres de forskjellige artiklene i tabeller, for å få en systematisk oversikt over søket etter de aktuelle artiklene i de ulike databasene som er benyttet i dette litteraturstudie.

Artikkel nr. 1 “Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population” skrevet av Patterson (2016).

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
PubMed (Medline)	1.Suicide	1	81018 treff
	2.Adolescent	1 and 2	21364 treff
	3.Prevent	1 and 2 and 3	679 treff
	4. Nursing	1 and 2 and 3 and 4	35 treff

Artikkel nr. 2 “Use of the Suicide Status Form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents” Skrevet av Romanowicza *et al.* (2013).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
CHINAL complete	1.Suicide	1	26945 treff
	2.Preventive Health Care	1 and 2	1014 treff
	3. Adolescent, hospitalized	1 and 2 and 3	2 treff

Artikkel nr.3 “The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study” Skrevet av Björkdahl *et al.* (2011).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
CHINAL complete	1.Suicide	1	26945 treff
	2.Observational methods	1 and 2	45 treff

Artikke nr. 4 “Effects of a suicide prevention programme for hospitalized patients with mental illness in South Korea” Skrevet av Jun, Lee og Park (2016).

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Psykinfo	1.Suicide prevention	1	4322 treff
	2. Major depression	1 and 2	220 treff
	3. Hospitalized patients	1 and 2 and 3	1 treff

Artikke nr 5 “To Ask or Not to Ask? Opinions of Pediatric Medical Inpatients about Suicide Risk Screening in the Hospital” Skrevet av Ross *et al.* (2016)

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Psycinfo	1.Suicide prevention	1	4322 treff
	2.Hospitalized patients	1 and 2	45 treff

Artikkel nr. 6 “Adolescent Perceptions of a Suicide Prevention Group on an Inpatient Unit” Skrevet av Mcclung og Fairlie (2006).

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Psycinfo	1.Suicide prevention	1	4322 treff
	2. Hospitalized patients	1 and 2	45 treff

3.3 Analyse

Analysen startet med å lese sammendragene til ulike artikler i de ulike databasene Medline (Ovid), CHINAL Complete, Psykinfo og PubMed. Gjennom denne prosessen ble mange ulike studier ekskludert da disse ikke var relevante i forhold til dette litteraturstudiets problemstilling eller ikke hadde de oppnevnte inklusjonskriteriene. Deretter ble åtte aktuelle artikler valgt ut til kritisk granskning og vurdering av artiklenes relevans. Ved å sjekke om artiklene benyttet seg av IMRaD-struktur, samt at de var fagfellevurdert ble seks av disse vurdert som pålitelige studier og inkludert som resultatartikler.

Analyseringen og systematiseringen av resultatartiklene ble gjennomført etter inspirasjon fra analyseprosessen til Aveyard (2014). Den første delen av analyseprosessen gikk ut på å lage en artikkelmatrise som viste en systematisk og oversiktlig fremstilling av hensikten, metoden og resultatet i artiklene. Artikkelmatrisene er en fremstilling av resultatene med oversikt over hovedinnholdet og metodene i de ulike artiklene (Aveyard, 2014). Artikkelmatrisene inneholder kun relevante resultater for å besvare problemstillingen, og ikke hele resultatet fra de ulike artiklene.

Videre ble temaer fra resultatene i hver enkelt artikkel identifisert, og temaene som ble vurdert som relevante for problemstillingen ble benytte for å danne et grunnlag for kategoriene til resultatet i litteraturstudien. Videre førte disse kategoriene til at vi dannet våre temaer og sammenstilte resultatene (Aveyard, 2014).

Hovedtemaene i sammenstillingen av resultater ble «observasjon og risikofaktorer for selvmord og selvmordstanker», «forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko hos ungdom» og «behandling av ungdom innlagt med selvmordstanker».

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres de seks utvalgte forskningsartiklene i hver sin matrise. Dette for å få en systematisk oversikt over artiklenes forfatter, tittel, hensikt, metode, resultat og kvalitetsvurdering. Vider i dette resultatkapitlet presenteres de relevante hovedfunnene fra de ulike artiklene i en løpende tekst som en sammenfatning av resultatene fra analyseprosessen.

4.1 Presentasjon av resultater

Artikkel nr.1

Forfatter Publiseringsår Tidsskrift Land	S. PATTERSON. 2016 Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing Canada
Tittel	Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population
Hensikt med studien	Å gi informasjon til sykepleiere om bruken av selvmordsrisikoscreeningsverktøy tilpasset til ungdom.
Metode	En litteraturstudie som undersøkte litteratur som allerede fantes om selvmordsrisikoscreeningsverktøy som omhandlet ungdom. Det ble gjort systematiske søk etter gjeldende litteratur i flere forskjellige databaser. Over hundre artikler ble oppnevnt, men kun et få tall ble sett på som relevante for den videre gjennomgangen og diskusjonen.
Utvalg/populasjon	46 artikler ble valgt ut som relevante for videre diskusjon som omhandlet bruken av selvmordsrisikoscreeningsverktøy for sykepleiere som arbeider med barn og ungdom.
Resultater/hovedfunn	Selvmordsrisikoscreeningsverktøy kan bidra med å lette kommunikasjonen og innsamling av viktig informasjon under vurderingen av selvmordsrisiko hos ungdom, men disse verktøyene erstatter ikke sykepleierens kliniske vurdering i den praktiske settingen. En av farene som kan oppstå i en selvmordsrisikoscreeningprosess er at den kan bli automatisert og at det blir fokus på service behov, mer enn å gjenkjenne og gripe inn i pasientens reelle problem.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert IMRaD-struktur

Artikkel nr.2

Forfattere	Magdalena Romanowicza Stephen S.O'Connorb Kathryn M.Schack Cosima C.Swintak Timothy W.Lineberryc
Publiseringsår	2013
Tidsskrift	Journal of affective disorders
Land	USA
Tittel	Use of the Suicide Status Form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents
Hensikt med studien	Å fastslå faktorer knyttet til forskjeller i individuell vurdering av selvmordsrisiko for barn og ungdom under akutt psykiatrisk opphold.
Metode	Studien var en retrospektiv analyse av arkivert data hentet fra medisinske journaler. All data var aidentifisert. I studien anvendes Suicide Status Form-II, en analyse av selvmordstanker bestående av både kvalitativ og kvantitativ metode. 1153 barn og ungdommer ble innlagt etter hverandre i en psykiatrisk døgnenhet hvor de gjennomførte et selv-administrert Suicide Status Form innen 24 timer. Datainnsamlingen baserer seg på Suicide Status Form fra 1034 deltakere, intervjuer med deltakerne og deres foreldre/verge, samt informasjon om risikofaktorer for selvmord hentet fra medisinske journaler. Funnene ble analysert gjennom ulike regresjonsmodeller.
Utvalg/populasjon	Barn og ungdom i alderen 8-18 år innlagt på Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center Child and Adolescent Unit.
Hovedfunn/resultater	Jenter rapporterte betydelig høyere psykisk smerte, stress, håpløshet og selv-hat på Suicide Status Form. Det var betydelig større sjanse for at de hadde hatt et selvmordsforsøk like før innleggelsen, de rapporterte om tidligere selvmord i familien, og de hadde opplevd flere innleggelser i psykiatriske avdelinger grunnet selvmordstanker. Ungdommene i alderen 14-18 år, og de som tidligere hadde blitt diagnostisert med depressiv lidelse, viste høyere Suicide Status Form-score og selvmordsrisiko i forhold til sammenligningsgrupper.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert IMRaD-struktur

Artikkel nr.3

Forfattere	A. BJÖRKDAHL U. NYBERG B. RUNESON P. OMÉROV
Publiseringsår	2011
Tidsskrift	Journal of psychiatric and mental health nursing
Land	Sverige
Tittel	The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study
Hensikt med studien	Å iverksette utviklingen av et skjema for systematisk dokumentasjon av den konstante observasjonen av selvmordspasienter ved å nå konsensus om hva som utgjør viktige observasjonsvariabler, som vurderes av et ekspertpanel.
Metode	The Delphi Method er en metode som bruker et ekspertpanel med uavhengige eksperter til å besvare spørsmål i to eller flere runder. Etter hver runde blir ekspertenes svar aggregert anonymt og returnert til deltakeren som deretter vurderer sine opprinnelige svar opp mot valgene fra de andre panelmedlemmene. Ekspertpanelet rangerte 28 punkter om verdifulle observasjoner ved selvmordsrisiko på en skala fra 1-4 (ingen betydning-høy betydning). De 28 punktene var basert på analyser av 44 artikler, hentet fra PubMed, om observasjon med søkeordene «suicide risk», «inpatient care», «assessment» og «nursing». Ekspertpanelet kunne komme med egne forslag til verdifulle observasjoner. Til sammen 37 ulike observasjoner ble vurdert av ekspertpanelet.
Utvalg/populasjon	Ekspertpanelet besto av 41 internasjonale deltakere (14 sykepleiere, 14 medisinerer, 4 psykologer og 9 andre) med erfaring fra observasjon av innlagte pasienter med selvmordsrisiko
Resultater/hovedfunn	28 ulike observasjoner ble identifisert som relevant for konstant observasjon av innlagte suicidale pasienter. Disse observasjonene er: håpløshet, selvmordsplaner, selvskading/selvmoedsforsøk, døds- og selvmordsønske eller tanke, impulsive handlinger, plutselige humørsvingninger, søvn, høre kommanderende stemmer, tilbaketrukket/isolert, virkelighetsforstyrrelse/psykotisk, nervøs/engstelig, aggressiv/fiendtlig, nedstemt/deprimert, skamfull/skyldfølelse, motorisk uro, psykisk smerte, mistenksom, aktiv utenfor rommet, forvirret, sint/irritert, variert humør, fremtidsplaner, ernæring, rolig, ryddet opp i personlige problemer?, konflikt med personalet og andre, ivaretagelse av personlig hygiene, fysisk smerte og plage.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert IMRaD-strukturen

Artikkel nr.4

Forfattere	W.H. JUN E.J. LEE J.S. PARK
Publiseringsår	2013
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Land	South Korea
Tittel	Effects of a suicide prevention programme for hospitalized patients with mental illness in South Korea
Hensikt med studien	Undersøke effekten av et selvmordsforebyggende program på nivåer av depresjon, selvtillit, selvmordstanker og åndelighet hos pasienter med psykiske lidelser.
Metode	<p>Studien har et kvasiexperimentelt design med bruk av en kontrollgruppe, for å identifisere effekten av et selvmordsforebyggende program.</p> <p>En eksperimentell gruppe deltok i programmet, mens kontrollgruppen mottok rutinemessig behandling på sykehuset.</p> <p>Programmet ble delt inn i tre faser, hvor hver fase inneholdt to økter. Den første fasen som var en kognitiv rekonstruksjon, fokuserte på å produsere en positiv følelsesmessig forandring og rasjonelle tanker hos deltagerne. Gjennom etablering av egne verdier ved å forstå deres følelser av kognitiv forvrengning og resultatet av deres oppførsel. Den andre fasen som var styrking og trening på oppførsel, førte til at pasienten forandret sin oppførsel gjennom utvikling av personlige relasjoner og gjennom sinnekontroll. Den tredje fasen fokuserte på å øke håpet ved å søke meningen med livet gjennom en aktivitet som er ment for å oppmuntre en respekt for livet og på å identifisere støtteressurser.</p>
Utvalg/populasjon	45 pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling i Sør-Korea, med psykisk lidelse. I perioden mai-oktober.
Hovedfunn/resultater	<p>Et program for selvmordsforebygging som måler nivåer av depresjon, selvmordstanker, selvtillit og åndelighet viser at et slik program bidro til en betydelig reduksjon på scoren for depresjon og selvmordstanker. Det hadde ingen vesentlig betydning for selvtillit og det åndelige hos pasientene.</p> <p>Et slik program kan brukes som et hjelpemiddel for sykepleiere, i møte med pasienter som er innlagt på psykiatriske avdelinger eller klinikker hvor målet er å redusere depresjon og selvmordstanker</p>
Kvalitetsvurdering	IMRaD-struktur Fagfelleverdert

Artikkel nr.5

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land	M.A. ROSS E. WHITE D. POWELL S. NELSON L. HOROWITZ E. WHARFELL 2016 The Journal of Pediatrics USA
Tittel	To Ask or Not to Ask? Opinions of Pediatric Medical Inpatients about Suicide Risk Screening in the Hospital
Hensikt med studien	Å få frem barn og ungdoms meninger om en universell screening om selvmordsrisiko på pediatriske pasienter, innlagt på medisinskavdeling.
Metode	<p>En kvalitativ- og kvantitativstudie som inkluderer barn og ungdom innlagt på medisinsk avdeling. Der deltagerne i er rekruttert til å delta i en selvmordsrisikoscreenings studie.</p> <p>Pasientene deltok i et intervju uten sine foreldre/forsørgere. Deltagerne ble screenet for depresjon og selvmordsrisiko, ved at det ble inkluderte et spørreskjema som spurte om tidligere helsehjelp og deres psykiske og medisinske sykdommer. De ble også spurt følgende spørsmål: «Tror du at sykepleiere bør spørre barn om selvmordstanker, mens man er innlagt på sykehus? Hvorfor/hvorfor ikke?» Ordlyden av det deltageren svarte ble notert</p>
Utvalg/populasjon	200 barn i alderen 10-21år innlagt på en medisinsk barnepost
Hovedfunn/resultater	<p>Det viser seg at flertallet av barn og ungdom innlagt på sykehus syns at selvmordsrisikoscreening gjennomført av sykepleiere er viktig. Og støtter en slik universell selvmordsrisikoscreening. Flere fremtredener grunner kom frem for at barn og ungdom støtter en slik screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at det er forebyggende • at det gir følelsesmessige fordeler • personer innlagt på sykehus kan ha en større risiko for selvmordstanker. • helsepersonellet har ansvar for å screene selvmordsrisiko og selvskading. <p>Ved å stille åpne spørsmål om selvmordstanker til barn og ungdom innlagt på sykehus, kan bidra med å tidlig fange opp deres selvmordsproblematikk.</p>
Kvalitetsvurdering	IMRAD-struktur Fagfelleverdert

Artikkel nr.6

Forfattere	T.J. MCCLUNG A.M. FAIRLIE
Publiseringsår	2006
Tidsskrift	Archives of Suicide Research.
Land	USA
Tittel	Adolescent Perceptions of a Suicide Prevention Group on an Inpatient Unit
Hensikt med studien	Å presentere en psykoedukativ behandlingsgruppe for ungdommer med selvmordsatferd, og undersøke deltagerens oppfatning av styrke og svakheter med en slik gruppeterapi.
Metode	<p>En kvalitativstudie.</p> <p>Hvor ungdom som er innlagt på en akutt psykiatriskavdeling deltok en denne selvmordsforebyggende behandlingsgruppen. På en periode på cirka 3 år.</p> <p>Ungdommene som deltok i behandlingsgruppen fikk utdelt en selvmordsforebyggende treningshåndbok for innlagt ungdom i psykiatrien. Denne fungerte som en guide for gruppen. Den ga ungdommen en psykisk forståelse på selvmord, økte forståelsen av deres personlige utløsende faktorer til selvmordsatferd og for å forhindre fremtidig selvmord.</p> <p>Som en del av gruppeterapien satte ungdommene opp en liste «grunner til å leve» og en «sikkerhetsliste».</p>
Utvalg/populasjon	250 ungdom innlagt på en akutt psykiatriskavdeling for ungdom (99 gutter og 151 jenter).
Hovedfunn/resultater	Ungdommer med selvmordsatferd har nytte av en slik behandlingsgruppe, og flertallet i studien sa at de lærte noe av å delta og at det vil hindre de i å forsøke å begå selvmord i fremtiden. Det å skive en liste over «grunner til å leve» var svært nyttig for flertallet av deltagerne.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert IMRAD-struktur

4.2 Sammenfatning av resultatene

Her presenteres de relevante resultatene fra analyseprosessen i en løpende tekst. I analyseprosessen kom vi frem til de tre hovedtemaene risikofaktorer, forebyggende arbeid og behandling. Disse elementene er vanskelige å skille da de flyter inn i hverandre, og flere av elementene vil derfor passe inn under samme tema. Vi har valgt denne inndelingen for å få en bedre oversikt over de ulike hovedfunnene.

4.2.1 Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko hos ungdom

Romanowicza *et al.* (2013) og Ross *et al.* (2016) redegjør for at ulike metoder for selvmordsscreening er effektivt for å kartlegge selvmordsrisiko hos barn og ungdom innlagt i institusjon. Begge studiene benyttet seg av spørreskjemaer og intervju som metode for å gjennomføre selvmordsscreening. I studien til Ross *et al.* (2016) syntes flertallet av barn og ungdom at selvmordsscreening er viktig for å forebygge selvmord, samt at sykepleier stiller direkte spørsmål om selvmordstanker.

Hovedfunnene til Patterson (2016) viser at selvmordsrisikoscreeningsverktøy kan bidra med å lette kommunikasjonen og innsamling av viktig informasjon under vurdering av selvmordsrisiko hos ungdom. Verktøyene erstatter ikke sykepleierens kliniske vurdering i den praktiske settingen som for eksempel i et klinisk intervju. En selvmordsscreeningsprosess kan fort bli automatisert, og det er viktig å gjenkjenne og å gripe inn i pasientens reelle problem.

4.2.2 Observasjon og risikofaktorer for selvmord og selvmordstanker

Ifølge Romanowicza *et al.* (2013) har ungdom, særlig jenter, i alderen 14-18 år høyere risiko for selvmordstanker. I tillegg har ungdom med depresjon økt risiko for selvmordstanker, og risikoen øker dersom de har opplevd selvmord i familien og gjentatte ganger har vært innlagt i psykiatrisk avdeling grunnet selvmordstanker. Resultater fra de andre studiene støtter opp under at ungdom med depresjon har økt risiko for selvmordstanker.

Björkdahl *et al.* (2011) redegjør for 28 ulike observasjoner som ble funnet relevant ved kontinuerlig observasjon av innlagte suicidale pasienter. Blant de 28 observasjonene var adferd som utpekte seg som spesielt viktig å observere var håpløshet, selvmordstanker- og planer, selvskading og selvmordsforsøk, ønske om å dø, impulsive handlinger,

humørsvingninger, søvn, tilbaketrukkethet og isolasjon, forstyrret virkelighetsoppfatning (psykotisk), engstelighet, aggressiv og voldelig, og trist og depressiv.

4.2.3 Behandling av ungdom innlagt med selvmordstanker

Ifølge Jun, Lee og Park (2013) og Mcclung og Fairlie (2006) kan en psykoedukativ behandlingsgruppe og et selvmordsforebyggende program være effektive tiltak i behandling av ungdom med selvmordstanker. Å skrive ned en liste med «grunner til å leve» bidro til å produsere positive og rasjonelle tanker hos ungdommene, samt øke lysten til å leve. Det selvmordsforebyggende programmet bidro til en betydelig reduksjon av depresjon og selvmordstanker hos ungdommene som deltok i programmet.

5 Drøfting

I dette kapitlet skal sammenfatningen av resultatene drøftes opp mot relevant faglitteratur fra bakgrunnskapitlet. I drøftingen forklares resultatenes betydning og hvordan de besvarer problemstillingen «Hvordan kan sykepleier gjennom observasjoner og tiltak forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt i døgninstitusjon med depressiv lidelse». Som nevnt i sammenfatningen av resultater er det utfordrende å skille elementene fra hverandre, derfor vil også her flere av hovedfunnene passe inn under de ulike temaene da vi benytter samme inndeling som i sammenfatningen av resultater.

5.1 Observasjon og risikofaktorer ved selvmord og selvmordstanker

Eriksson (i Håkonsen, 2014) beskriver ungdomstiden som en sårbar fase i sin teori om personlighetsutvikling. I denne fasen av livet skjer det store forandringer, tidligere livskriser blir gjenopplevd, og man bekymrer seg for voksenlivet. Usikkerheten på hvem man er fører til at man søker grupper som tilbyr identitet og trygghet. Mcclung og Fairlie (2006) beskriver gruppeterapi som et effektivt tiltak i behandling av ungdommer med depresjon og selvmordstanker. Sammenlignet med Eriksson (i Håkonsen, 2014) sin utviklingsteori er grupper viktig i en sårbar fase i livet. Også i nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern blir sosial støtte og nettverk beskrevet som viktig under behandling av en psykisk lidelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Ifølge Eriksson (i Håkonsen, 2014) er ungdomstiden en sårbar fase i livet. Dette støttes av Patterson (2016) som beskriver at nær halvparten av alle følelsesmessige- og atferdsforstyrrelser som er definert som risikofaktorer for selvmord, har en debut ved 14 års alderen. I likhet med funn i studien til Romanowicza *et al.* (2013) hadde ungdom i alderen 14-18 år, særlig jenter og ungdom med depresjon, økt risiko for selvmordstanker. Sårbarhet-stress-modellen beskriver at kombinasjonen av sårbarhet og et nivå av stress som er høyere enn hva en person takler kan føre til at personens psykiske likevekt bryter sammen, og symptomer melder seg (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Björkdahl *et al.* (2011) beskriver blant annet søvn, ernæring, psykisk- og fysisk smerte og hygiene som relevante observasjoner ved kontinuerlig observasjon. Sammenlignet med sårbarhet-stress-modellen er dette stressfaktorer som kan trigge fram symptomer hos sårbare personer. Det å redusere

stressfaktorer er et tiltak sykepleieren kan gjøre for å ivareta pasientenes psykiske likevekt (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern beskriver at helsepersonell trenger kunnskap om de viktigste risikofaktorene for selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Ifølge Björkdahl *et al.* (2011) utpekes 28 ulike observasjoner som relevante risikofaktorer for selvmord hos suicidale innlagte pasienter. Sammenlignet med Stänicke (2015) beskrives også psykiske lidelser, tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjoner, håpløshet, aggresjon, ønske om å dø og sosial isolasjon som relevante observasjoner og risikofaktorer. Videre beskriver nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern under den tredje retningslinjen, at sikringstiltak for å redusere mulighetene for å ta selvmord er spesielt viktig ved innleggelse i og utskrivelse fra døgnenheter da dette er høyrisikoperioder for selvmord. Sikringstiltak innebærer blant annet fjerning eller tildekning av festepunkter for hengning eller sikring av vinduer. Studien til Björkdahl *et al.* (2011) nevner ikke viktigheten av sikringstiltak under kontinuerlig observasjon av innlagte pasienter. Vi tenker at en grunn til at Björkdahl *et al.* (2011) ikke nevner sikringstiltak kan være fordi pasientene er under kontinuerlig observasjon, noe som innebærer at pasienten aldri er alene og har ikke mulighet til å utføre et selvmordsforsøk.

Björkdahl *et al.* (2011), Romanowicza *et al.* (2013) og Jun, Lee og Park (2013) beskriver håpløshet som en risikofaktor for selvmordstanker. Mangel på håp for framtiden er et av de fremste kjennetegnene ved depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Sammenlignet med Eriksson (i Håkonsen, 2014) er ungdomstiden preget av bekymring for framtiden. En av sykepleierens oppgaver er å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp. Å gjenvinne håp er en utfordrende oppgave, spesielt hos depressive pasienter som sitter med en følelse av håpløshet. Det er viktig at sykepleieren gjør seg tilgjengelig og er villig til å hjelpe, for eksempel med å lytte når pasienten snakker om sine tanker og følelser. Håp og tillit er beslektet, så sykepleieren må vise den syke pasienten at man er villig til å hjelpe når behovet oppstår (Travelbee, 1999).

5.2 Behandling av ungdom med selvmordstanker

Travelbee (1999) beskriver at å fremme håp er en av sykepleierens mange oppgaver. Sykepleieren kan ikke gi håp, men kan legge til rette for å fremme håp. I studien til Mcclung

og Fairlie (2006) fikk ungdommene i oppgave å skrive en liste med grunner til å leve. Listen bidro til å fremme håp og motivasjon for å leve blant ungdommene. Å fremme håp er et tiltak i det forbyggende arbeidet av selvmord og selvmordstanker. Våre erfaringer fra praksis i psykiatrien er at å sette mål og delmål for fremtiden øker pasientens motivasjon til å være delaktige og samarbeidsvillige i en behandlingssituasjon. Å oppnå delmålene sine på veien mot hovedmålet kan gi mestringsfølelse og bidra til å fremme håpet for fremtiden.

Sammenlignet med Mcclung og Fairlie (2006) støtter Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015) bruk av gruppeterapi som behandlingsmetode for pasienter innlagt i psykisk helsevern. Gruppeterapi kan øke toleransen og forståelsen for pasientenes egne tanker og følelser, og øke forståelsen for de andre pasientene i gruppen. For ungdommer innlagt på døgnenhet med depresjon og selvmordstanker kan gruppeterapi brukes som en del av behandlingen. Ved å eksponere seg for gruppen gjennom å dele sine tanker og følelser der og da kan pasientene bli bedre kjent med sine tanker og følelser, samt tankene og følelsene til andre mennesker i lignende situasjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). På en annen side kan det å dele sine tanker og følelser med hverandre i en gruppe ha en negativ innvirkning på selvmordstanker dersom pasientene får ideer og inspirasjon av hverandre. I tillegg vil en dårlig sammensatt gruppe ikke skape trygghet og gruppesamhold, noe som er en forutsetning for at gruppeterapien skal fungere som behandlingsform. For at gruppen skal kunne utvikle tilstrekkelig gruppesamhold og trygghet er det derfor avgjørende at gruppeterapeuten setter sammen en gruppe med pasienter som har positiv innflytelse på hverandre, og forutsetninger for et godt samarbeid og trygghet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Ettersom sykepleieren er tett på pasientene har sykepleieren gode forutsetninger for å sette sammen en gruppe som passer sammen, da sykepleieren kjenner pasientene. Videre tenker vi at gruppeterapi gir sykepleieren muligheten til å benytte psykoedukativt arbeid. Gjennom psykoedukasjon kan sykepleieren øke pasientenes faktiske kunnskap om deres lidelse, og på denne måten øke pasientenes kompetanse til å mestre mentalt ubehag og symptomer. Psykoedukasjon kan bidra til at pasienten blir en aktiv bidragsyter i bedringsarbeidet i stedet for en passiv mottaker av behandling (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Mcclung og Fairlie (2006) fant dessuten ut at det kan ha en positiv effekt at pasientene var aktive bidragsytere i behandlingen. Vi tenker også at det er viktig at sykepleieren har en terapeutisk holdning og ser hvert enkelt individ i gruppen. Terapeutisk holdning blir videre beskrevet i neste avsnitt.

Sykepleiere som jobber med ungdom som er innlagt i en døgninstitusjon har mulighet for kontinuerlig observasjon av pasientene. Kontinuerlig observasjon er et tiltak for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk hos innlagte pasienter. Resultater fra studien til Björkdahl *et al.* (2011) viser at pasienter med depresjon har økt risiko for selvmordsforsøk, og dette støttes også av Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015), Ross *et al.* (2016), Jun, Lee og Park (2013) og Romanowicza *et al.* (2013). Det er derfor viktig at pasienter med depresjon som er innlagt får kontinuerlig observasjon for å redusere risikoen for selvmordsforsøk. Kontinuerlig observasjon er et tiltak under behandling av innlagte pasienter i psykisk helsevern. Samarbeid mellom pasient og sykepleier er en grunnleggende forutsetning i behandlingen da de jobber sammen mot et felles mål. Å danne en terapeutisk allianse med kontakt, kommunikasjon og tillit mellom pasient og sykepleier er viktig for at pasienten skal nå målet. I tillegg er det viktig at sykepleier har en terapeutisk holdning i behandlingen av ungdom med depresjon og selvmordstanker da ungdommene, ifølge Erikson (i Håkonsen, 2014), er i en sårbar fase i livet. Terapeutisk holdning utgjør et stabilt fundament i pasientens behandling (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Ifølge Patterson (2016) beskrives terapeutisk holdning som det primære prinsippet for å opprettholde en person-sentrert selvmordsrisiko. En sykepleier med en terapeutisk holdning er nysgjerrig og interessert i pasientens opplevelser og situasjon, viser respekt for pasienten og anerkjenner pasientens behov, samt er romslig ovenfor disse behovene. Det er viktig at sykepleieren viser ekthet ved å utrykke omsorg og hjelp på en naturlig måte. I tillegg er det viktig å være ærlig, direkte og jordnær i samspillet med pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

På den andre siden så kan det å skape en terapeutisk allianse være utfordrende hos ungdommer innlagt i psykisk helsevern med depresjon. Pasientene er nedstemte, og har gjerne lite energi, interesse og glede, samt redusert konsentrasjonsevne, og mangel på håp for fremtiden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Dette skaper utfordringer for samarbeidet mellom pasient og behandler da pasienten kan mangle motivasjon og energi til å være delaktig i behandlingen. Vi tenker derfor at det er spesielt viktig at sykepleier har en terapeutisk holdning i møte med disse pasientene da samarbeidet kan være ekstra krevende.

5.3 Forebyggende arbeid ved selvmordsrisiko hos ungdom

Romanowicza *et al.* (2013). og Ross *et al.* (2016) beskriver at ulike metoder for selvmordsscreening er effektivt for å kartlegge selvmordsrisiko hos barn og ungdom innlagt i

institusjon. I nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern beskrives også kartlegging av selvmordsrisiko som et relevant tiltak i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk. I studiene blir kartleggingen blant annet gjennomført ved klinisk intervju. Retningslinjene påpeker at det er viktig at helsepersonell som gjennomfører kartlegging av selvmordsrisiko har ferdigheter til å gjennomføre et klinisk intervju da dette er en effektiv kartleggingsmetode (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette er i tråd med Stänicke (2015) som beskriver at hos pasienter hvor det foreligger en mistanke om selvmordstanker er klinisk intervju en viktig kartleggingsmetode. Dette støttes også av funn fra studien Patterson (2016) som nevner viktigheten av klinisk intervju i kartleggingen av selvmordsrisiko, og sykepleiers evne til gjennomføringen.

På en annen side viser funnene til Patterson (2016) at det også finnes risikoer ved å benytte seg av selvmordsscreeningsverktøy da selvmordsscreeningsprosessen kan bli automatisert å ha fokus på service behov. Dette kan føre til dårligere klinisk vurdering, og at sykepleier ikke gjenkjenner og griper inn i pasientens reelle problem. Derimot beskriver Romanowicza *et al.* (2013) og Ross *et al.* (2016) at selvmordsrisikoscreeningsverktøy kan bidra med å lette kommunikasjonen og innsamling av viktig informasjon under vurdering av selvmordsrisiko hos ungdom. Vi ser at det er både fordeler og ulemper med å benytte seg av selvmordsrisikoscreeningsverktøy. Vi tenker at selvmordsrisikoscreeningsverktøy er en effektiv metode for å kartlegge om pasienten er suicidal, men at sykepleier først og fremst må benytte seg av gode kliniske vurderinger. Det er derfor viktig at sykepleier som jobber med denne pasientgruppen har erfaring og kunnskapen som trengs for å gjennomføre en god klinisk vurdering.

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en viktig faktor for å etablere ett menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. I kommunikasjon med pasienter må sykepleieren ha forståelse for hva den syke kommuniserer og anvende denne informasjonen i planlegging og evaluering av sykepleietiltak. Det er viktig at sykepleien har evne til å tolke også den non-verbale kommunikasjonen for å oppfatte pasientens grunnleggende intensjoner. Kommunikasjon er viktig i kartlegging av selvmordsrisiko da sykepleier må kunne forstå hva pasienten kommuniserer, for så å benytte denne informasjonen i planlegging og evaluering av tiltak. I studien til Ross *et al.* (2016) sa flertallet av deltakerne at de foretrakk at sykepleieren stilte direkte spørsmål om selvmordstanker. Det er da viktig at sykepleier evner å fortolke pasientens følelser og grunnleggende intensjon (Travelbee, 1999). Sammenlignet med funn i

studien til Patterson (2016) er kommunikasjon viktig i sykepleierens kliniske vurdering av selvmordsrisiko. Våre erfaringer er at pasienter med depresjon kan være utfordrende å kommunisere med da disse pasientene ofte er innesluttet og lite delaktige i kommunikasjonen, det kan også være utfordrende å tolke deres non-verbale kommunikasjon da de ofte kun uttrykker nedstemthet. Det er derfor viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsevner da det kan gi bedre forutsetninger for å kommunisere med disse pasientene. Medikamentell behandling, som for eksempel antidepressiva, blir ofte benyttet i behandling av depresjon. Den medikamentelle behandlingen gjør pasienten mer mottakelig for den samtalebaserte behandlingen, og letter også kommunikasjonen med pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015).

5.4 Kildekritikk

Kildekritikk brukes som metode for å vurdere troverdigheten til avsenderen av informasjon og informasjonen. For å vurdere informasjonens kvalitet og relevans kan man gå ut ifra de fire kriteriene; troverdighet, nøyaktighet, objektivitet og egnethet (Orgeret, 2018).

Til tross for at vi har kvalitetssikret artiklene som er inkludert i dette litteraturstudiet har artiklene noen svakheter. For det første er ikke alle studiene rettet mot målgruppen, altså ungdommer i alderen 12-18 år. Vi har likevel valgt å inkludere disse studiene i oppgaven da vi mener de er like relevante for alle aldersgrupper. Videre har vi valgt å inkludere en artikkel som er eldre enn 10 år (fra 2006) da vi mener den er relevant for problemstillingen i dette litteraturstudiet. Flere av studiene er utført på en relativt liten gruppe deltakere, som er en svakhet ved studiene. Vi har ikke inkludert noen norske studier, og kun én fra Skandinavia. Ettersom artiklene er skrevet på engelsk øker risiko for feiltolkning av resultatene i studiene. Vi har valgt å ikke inkludere norske artikler ettersom det viste seg å være få relevante artikler igjennom søkene våre.

6 Konklusjon

Problemstillingen i dette litteraturstudie er «Hvordan kan sykepleier gjennom observasjoner og tiltak forebygge selvmord hos pasienter i alderen 12-18 år innlagt i døgninstitusjon med depressiv lidelse?». I analysen kom vi frem til at det er viktig at sykepleiere har kunnskap om risikofaktorer, forebyggende arbeid og behandling av selvmord og selvmordstanker. Disse tre elementene flyter inn i hverandre, og det er viktig at sykepleiere har kunnskap om elementene hver for seg og hvordan de henger sammen.

Tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjoner, håpløshet, aggresjon, et ønske om å dø, sosial isolasjon og psykiske lidelser, spesielt depresjon, viser seg å være relevante observasjoner og risikofaktorer ved selvmord og selvmordstanker. Ungdomstiden er en sårbar fase i livet med økt risiko for utvikling av psykisk lidelse, særlig jenter i alderen 14-18 år. Stress er en faktor som øker risiko for psykisk lidelse, samt forverring av symptomer ved psykisk lidelse. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om disse observasjonene og risikofaktorene. I tillegg burde sykepleiere være ekstra oppmerksomme ved innleggelse og utskrivelse fra døgnenheter da dette er høyrisikoperioder for selvmord.

Å fremme håp er et tiltak i det forebyggende arbeidet. Dette er en utfordrende oppgave, men det er viktig at sykepleieren er tilgjengelig og villig til å hjelpe. Gruppeterapi kan være en effektiv behandlingsmetode, og et tiltak for å forebygge selvmord og selvmordstanker hos ungdom med depresjon. Sykepleieren burde derfor ha tilstrekkelig kunnskap om gruppeterapi. Psykoedukasjon er et tiltak med positiv effekt ved forebygging av selvmord og selvmordstanker. Dette forutsetter gode kommunikasjonsevner, da kommunikasjon er et grunnleggende element i behandlingen. Kommunikasjon er også et element ved kartlegging av selvmordsrisiko, som er et relevant tiltak i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om ulike metoder for selvmordsscreening, først og fremst klinisk intervju da dette er en effektiv kartleggingsmetode. I tillegg trenger sykepleiere kunnskap og evne til å gjøre en klinisk vurdering.

Selvmordsforebygging og kunnskap om risikofaktorer er viktig for å redusere forekomsten av selvmord. Sykepleieren vil aldri kunne forhindre alle selvmord, men med riktig kunnskap om observasjoner og tiltak for å forebygge selvmord og selvmordstanker er sjansen større for at færre lykkes i å ta sitt eget liv.

7 Litteraturliste

Björkdahl, A., Nyberg, U., Runeson, B., Omèrov. P. (2011) The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), s.558-561. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01758.x

Bruland G.V. (2018) *Møte med det selvmorstruende mennesket*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2018) *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank*. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (Hentet: 09.april.19).

Grøholt, B., Sund A.M(2016) *Suicide og suicidal atferd*. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne—og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-4-suicid-og-suicidal-atferd/> (Hentet: 13.april.19).

Helsedirektoratet (2016) *nasjonale faglige retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=barn-og-unge-under-10426> (Hentet: 10.april.19).

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jun, W.H., Lee, E.J., Park, J.S. (2013) Effects of a suicide prevention programme for Hospitalized patients with mental illness in South Korea, *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14) s.1845-1856. doi: 10.1111/jocn.12417

McClung, T.J., Fairlie A.M. (2006) Adolescent Perceptions of a Suicide Prevention Group on an Inpatient Unit, *Archives of Suicide Research*. 10(3) s. 265-275
doi:10.1080/13811110600582554

Norsk helse informatikk (2018) *Selv mord og selvmordsforsøk*. Tilgjengelig fra:
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selv-mord/selv-mord/> (Hentet: 10.februar 2019).

Norsk helseinformatikk (2017) *Selv-mordsforsøk hos barn og ungdom*. Tilgjengelig fra:
<https://nhi.no/sykdommer/barn/barnepsykiatri/selv-mordsforsok-hos-barn-og-ungdom/>
(Hentet: 13.februar 2019).

Norsk helseinformatikk (2018) *Depresjon, en oversikt*. Tilgjengelig fra:
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/> (Hentet: 12. februar 2019).

Orgeret, K. S (2018) Kildekritikk, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra:
<https://snl.no/kildekritikk> (Hentet: 23. april 2019).

Patterson, S. (2016) Suicide Risk Screening Tools and Youth Population, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), s.118-126. doi: doi.org/10.1111/jcap.12148

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet: 29.april.2019).

Romanowicz, M., O'Conner, S.S., Schak, K.M., Swintak, C.C., Linberry, 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), s 467-473. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.026

Ross, M.A., White E., Powell, D., Nelson, S., Horowitz, L., Wharff, E. (2016) To Ask or Not to Ask? Opinions of Pediatric Medical Inpatients about Suicide Risk Screening in the Hospital, *The Journal of Pediatrics* 170(1-350) s.295-300. doi:10.1016/j.jpeds.2015.11.052

Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (Hentet: 01. mars 2019).

Stanicke, L., Haugsgjerd, S., Skådreud, F. (2015) *Psykiatriboken*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stanicke, L. (2015) Selvmord og selvmordsvurdering. I Stanicke, L., Haugsgjerd, S., Skådreud, F. (red.) *Psykiatriboken*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 355-360

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

