

BBABAC 5 Bacheloroppgave med forskningsmetode

Tiltak mot suicidalitet blant unge



**Universitetet
i Stavanger**

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i barnevern

UIS mai 22

Kandidatnummer: 254346

Antall ord: 11008

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for tema.....	3
1.2 Formål og presentasjon av problemstilling	4
1.3 Begrepsavklaringer.....	4
1.3.1 <i>Selv mord og selvmordsatferd</i>	4
1.3.2 <i>Selv mordsforsøk, selvskading og selvmordsmetoder</i>	5
1.3.3 <i>Suicidalitet og suicidal</i>	6
2.0 Faglig kunnskap/teoretisk rammeverk	7
2.1 Emile Durkheims sosiologiske selvmordsteori	7
2.2 Edwin Shneidmans psykologiske selvmordsteori	8
2.3 Risikofaktorer.....	10
2.3.1 <i>Psykiske risikofaktorer</i>	11
2.3.2 <i>Sosiale risikofaktorer</i>	11
2.3.3 <i>Biologiske risikofaktorer</i>	12
2.4 Beskyttende faktorer	13
2.5 Ulike tiltak.....	13
2.5.1 <i>Begrenset adgang til selvmordsmetoder</i>	14
2.5.2 <i>Primære tiltak</i>	14
2.5.3 <i>Sekundære tiltak</i>	15
2.5.4 <i>Tertiære tiltak</i>	15
2.5.5 <i>Trygghet- og sikkerhetstiltak</i>	16
3.0 Metode	17
3.1 Valg av metode.....	17
3.2 Datainnsamling.....	18
3.2.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	18
3.3 Analyse.....	20
3.4 Studiens troverdighet.....	23

4.0 Presentasjon av funnene.....	24
4.1 Funn.....	24
4.2 Likheter og forskjeller i artiklene.....	26
5.0 Drøfting.....	27
5.1 Økt kunnskap og ferdighet	27
5.2 Kommunikasjon	27
5.3 Ulike terapi behandlinger	28
5.4 Sikrings- og tryggingstiltak.....	29
5.5 Flere omplasseringer øker risiko for selvmord	30
5.6 Varighet av plassering.....	30
5.7 Skole.....	31
5.8 Smitteeffekt	32
5.9 Foreldre som risikofaktor	33
5.10 Digitale intervensjoner	33
6.0 Avslutning.....	35
6.1 Veien videre	35
7.0 Litteraturliste	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for tema

De siste årene har selvmord blant unge fått mer og mer oppmerksomhet i samfunnet. Antall selvmord for hele aldersgruppen har gått nedover, og selv om Covid-19 fikk sitt utbrudd i 2020, var det overraskende 2 % færre selvmord enn i 2019 (Strøm et al., 2021). Blant barn og unge fra 0-19 år har det faktisk økt de siste årene, men blant de i alder 20-29 år har det gått opp og ned (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Omtrent en fjerdedel av dødsårsakene blant de i en alder 0-29 år er selvmord (Statistisk sentralbyrå, 2021b). Barn og unge har lettere tilgang til internett og sosiale medier nå enn for eksempel for 10 år siden. Dette gjør at de enklere kan bli kontaktet som både kan være positivt ved at vi kan nå ut til de via sosiale medier, men også negativt for de kan bli påvirket av andre med selvmordsatferd.

Grunnen til at jeg valgte akkurat dette temaet startet først når jeg hadde praksis på sengeposten på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Stavanger. I den korte perioden jeg var der var det enormt mange som ble innlagt på grunn av selvmordsforsøk. Flere av de hadde prøvd flere ganger eller hadde planer om å gjøre det igjen når de ble skrevet ut. Det ble prøvd ut flere tiltak for å hjelpe ungdommene, men fortsatt var det flere som ikke fikk noe nytte av tiltakene. Jeg ble etter praksisperioden veldig nysgjerrig på hva barnevernspedagoger kan gjøre for å hjelpe til med å redusere antall selvmord.

En annen grunn til at jeg ønsket å skrive om selvmord var etter jeg så NRK-serien "Rådebank". Serien handler om en ungdomsgjeng i et rånemiljø i Bø. De har sine ulike utfordringer og selvmordsatferd og selvmord er blant disse utfordringene. Jeg ble nysgjerrig på hvordan vi som barnevernspedagoger kan hjelpe barna og ungdommene til å åpne seg mer om sine følelser og forhindre selvmord.

Dette temaet er veldig relevant med tanke på at det er barnevernspedagogene som ofte møter og har kontakt med barn og unge. Barnevernspedagogene er gjerne de som vil være en avgjørende faktor for å forhindre selvmord. Jeg har selv erfart i møte med ungdom på jobb at personen har villet tatt livet sitt og fortalt om flere selvmordsforsøk. Jeg og alle andre som

opplever slike erfaringer vil med mer forståelse rundt selvmord kunne klare å hjelpe og muligens forhindre selvmord.

1.2 Formål og presentasjon av problemstilling

Regjeringen har en handlingsplan for forebygging av selvmord som gjelder for 2020-2025. I handlingsplanen har de visjon som heter “nullvisjon”, hvor hovedmålet selvfølgelig ikke er å miste noen liv til selvmord. Visjonen skal også bidra til at det arbeides mer systematisk og kunnskapsbasert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Formålet med min bacheloroppgave blir dermed å kunne øke kunnskapen om hvordan barnevernspedagoger som arbeider med unge suicidale best mulig kan bidra til å redusere antallet selvmord. For å kunne få denne kunnskapen er det viktig å se på årsaksforhold som kan ligge til grunn for selvmord, selvmordsatferd eller suicidalitet kan barnevernspedagogene gjennom teori. I tillegg er det viktig å se på ulike tiltak/intervensjoner som har blitt forsket og se på mulighetene for å ta i bruk disse.

Problemstillingen blir dermed følgende: *“Hvilke tiltak/intervensjoner kan barnevernspedagoger iverksette i møte med suicidalitet blant unge?”*

For å forstå bakgrunnen for pågående tiltak, skal jeg først redegjøre for, og kompleksiteten i suicidalitet blant unge. Deretter skal jeg undersøke gjennom tre artikler og forskningen de er basert på, hvilke tiltak som finnes. Jeg vil underveis reflektere effektiviteten rundt disse tiltakene og antyde mulige veier videre for å utvikle den barnevernspedagogiske praksis på dette området.

1.3 Begrepsavklaringer

1.3.1 Selvmord og selvmordsatferd

Selvmord blir beskrevet som “en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer” (Hjelmeland, 2022, s. 59). Selvmord kan bli beskrevet på forskjellige måter, og akkurat denne kan være vanskelig å forstå. En enklere

måte å beskrive selvmord er “the act of deliberately killing oneself” eller oversatt til “handlingen å drepe seg selv med vilje” (Hjelmeland, 2022, s. 59).

Med selvmordsatferd forstår mennesket “selvmord, selvmordsforsøk og alvorlige selvmordstanker (planer og forberedelser) (Ekeberg & Hem, 2016, s. 12). Unge har ofte problemer med å holde ut vonde følelser som kan skyldes av at de har depresjon eller angst. Det kan også være skuffelse eller mismot. Noen kan ha dårlig følelsesregulering (Ekeberg & Hem, 2016, s. 77).

1.3.2 Selvmordsforsøk, selvskading og selvmordsmetoder

Selvmordsforsøk er handlinger hvor mennesket har som hensikt å skade seg selv, fordi det har et ønske om å dø. Selvmordsforsøk skiller seg ofte fra selvskading på grunn av metodene som blir brukt (Helsedirektoratet, 2017). Det er mer vanlig med selvmordsforsøk enn selvmord, spesielt hos unge. Blant jenter er det rundt 50 selvmordsforsøk per selvmord, men hos guttene er det 20 selvmordsforsøk per selvmord. Det er få av de som forsøker selvmord som vil dø til slutt, men på en annen side er det mange av de som dør av selvmord som har flere selvmordsforsøk bak seg.

I motsetning til selvmordsforsøk hvor ønsket er å dø, er det ved selvskading et ønske om å regulere intense negative tanker, en vanskelig relasjon eller vonde følelser (Reneflot et al., 2014). Selvskading blir omtalt som “villet egenskade”, men flere unge mener de ikke har noe valg. Det er så mange som 13-17 % i en alder av 12-18 år som har selvskadet seg en gang. Av ungdommene som er i psykisk helsevern er det så mye som 40-60 % som har selvskadet seg (Øhlckers et al., 2020, s. 204).

Hvilke metoder som benyttes er forskjellig fra land til land. I USA og Kina er for eksempel skyting den mest brukte metoden, men i Europa er hengning den mest vanlige metoden. (Ekeberg & Hem, 2016, s. 45). I Norge var det i 2020, 49 % som brukte hengning eller kvelning som selvmordsmetode. Skyting som selvmordsmetode i Norge ble brukt av 9,5 % (Statistisk sentralbyrå, 2021a).

1.3.3 Suicidalitet og suicidal

Suicidalitet og selvmord er to ulike fenomener, men overlapper hverandre og vanskelig å skille. Suicidalitet handler om å være opptatt av tanker om selvmord. Alt fra fantasier om selvmord til planlegging av sin egen død eller fra formidling av dødsønsker til selvmordsforberedende handlinger og varsling til andre om selvmordsfare. Det betyr at ungdommer kan vise høy suicidalitet, men samtidig ha en lav risiko for selvmord (Øhlckers et al., 2020, s. 216).

En person som er suicidal, er en personen som er i nær fare for å ta sitt eget liv. Personen har forberedt eller har planer om å ta livet sitt (Ekeberg & Hem, 2016, s. 13).

2.0 Faglig kunnskap/teoretisk rammeverk

2.1 Emile Durkheims sosiologiske selvmordsteori

Emile Durkheim lanserte allerede i 1897 en sosiologisk selvmordsteori. Durkheim brukte statistikk for å støtte sin teori, men han hadde også fokus på kontekstens betydning for selvmord. I dag blir teorien til Durkheim brukt i både kvalitativ og kvantitativ forskning. I sosiologiens verden ser man på en rekke demografiske og sosiale variablers sammenheng med selvmord. Durkheim mente selvmord hadde med sosial integrasjon og desintegrasjon å gjøre. Det var fire hovedtyper for selvmord Durkheim kom frem til som skulle vise tilbake til et misforhold mellom personen som tok selvmord og den sosiale grupperingen eller samfunnet personen befinner seg i (Hjelmeland, 2022, s 130-131).

Den første typen er “det egoistiske selvmord”. Med det mente Durkheim at en tar sitt eget liv fordi en ikke er integrert godt nok i samfunnet. Personen har vært utelukket fra fellesskapet. Den andre typen er “det altruistiske selvmord”. Denne typen tar selvmord fordi personen er for sterkt integrert i samfunnet og føler seg dermed mer eller mindre tvunget til å ta selvmord for fellesskapet. Den tredje typen er “det anomiske selvmord”. Her tar personer selvmord som følge av at de reglene de er vant til å forholde seg til, blir borte. Det kommer plutselige samfunnsendringer som gjør at personen må gi tapt for det normløse ved det samfunnslivet personen er deltakende i. Den siste og fjerde typen er “det fatalistiske selvmord”. Her får personen altfor mange strenge regler på seg som fører til selvmord (Hjelmeland, 2022, s 130-131).

Et innspill mot Durkheims teori er han ikke tok hensyn til selvmordshandlingens subjektive mening. I tillegg er det en del variasjon i selvmordets sosiale meninger. Hjelmeland sier at Durkheim forstod “selvmord som et sosialt problem og et samfunnsproblem, men greide ikke å forbinde det individuelle med det kollektive, fordi han definerte samfunnet som noe utenfor individet” (Hjelmeland, 2022, s 131-132). Videre sier Hjelmeland at på grunn av det vil selvmord oppfattes som et avvik fra samfunnets normsystem.

2.2 Edwin Shneidmans psykologiske selvmordsteori

Begrepet suicidologi var introdusert av Edwin Shneidman og han mener selvmord må ses fra mange forskjellige faglige og teoretiske ståsteder. Shneidman sier at nøkkelen for å forstå selvmord, eller hvordan en suicidal krise eller suicidalitet oppleves, er gjennom å lytte til hva de som har kjent suicidalitet på kroppen sier med sine egne ord om dette. Videre mener han at selvmord eller suicidalitet er “ a drama in the mind” og at man ikke kan forstå selvmord ved å studere psykiske lidelser, hjernestrukturer eller sosiale statistikker. Han mener man i stedet kan studere emosjoner direkte gjennom suicidale menneskers egne beskrivelser. De aller viktigste spørsmålene man kan stille en suicidal person er så enkelt som “hvordan kan jeg hjelpe deg?” og “hvor har du vondt?” (Hjelmeland, 2022, s 133-134).

Shneidmans teori kommer fra flere studier av selvmordsbrev, hans egen kliniske praksis, dybdeintervjuer fra mennesker som hadde overlevd svært alvorlige selvmordsforsøk og psykologiske autopsistudier. I teorien hans kommer han frem til ti fellestrekk som går igjen ved de fleste selvmord. Han kaller disse fellestrekene for “vanlige karakteristika” ved selvmord. Disse fellestrekene skal kunne si oss noe om hva som egentlig gir mening den som tar selvmord i det øyeblikket selvmordet foregår, samtidig hvordan selvmord ser ut fra innsiden. Disse ti fellestrekene blir gruppert i seks ulike aspekter; situasjonelle, viljemessige, affektive, kognitive, relasjonelle og serielle. Jeg skal nå beskrive litt mer av Shneidmans ti fellestrekk (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

1. *Det vanlige stimulus ved selvmord er uutholdelig psykisk smerte (Situasjonell).*

Dette er smerte som personen ønsker å slippe ved selvmord, som Shneidman kaller for metasmerte, smerte ved å føle smerte (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

2. *Den vanlige stressoren i selvmord er uoppfylte psykologiske behov (Situasjonell).*

Personen ønsker å slippe unna den psykiske smerten ved å ta livet sitt og dette blir skapt og opprettholdes av de psykologiske behovene man ikke får tilfredsstilt. Shneidman delte disse behovene i fem grupper. Den første er å ikke være akseptert, høre til eller elsket. Den andre er å ikke ha kontroll. Den tredje er unngåelse av skam og det å ha ødelagt selvbylde. Den fjerde er

ødelagte betydningsfulle relasjoner sammen med tapsfølelse og sorg. Den femte og siste er fiendtlighet, overdrevent sinne og raseri (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

3. *Den vanlige hensikten med selvmord er å søke en løsning (Viljemessig).*

Shneidman mener selvmord ikke er en meningsløs eller tilfeldig handling. Hensikten er å finne en løsning på den opplevde krisen og komme seg bort fra smerten som gir deg en intens lidelse (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

4. *Det vanlige målet med selvmord er å få slutt på bevisstheten (Viljemessig).*

Personen ønsker få slutt på de smertefulle følelsene og tankene. Selvmord kan handle om å bevege seg mot noe som for eksempel bevisstheten eller vekk fra noe som for eksempel den psykiske smerten (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

5. *Den vanlige følelsen ved selvmord er håpløshet-hjelpeløshet (Affektiv).*

Denne følelsen ligger under alle andre følelser som man ofte assosierer med selvmord som for eksempel fiendtlighet, skyldfølelse eller skam (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

6. *Den vanlige kognitive tilstand/indre holdning til selvmord er ambivalens (Affektiv).*

Her ønsker personen både å dø, men likevel fortsette å leve samtidig. Shneidman mener at de aller fleste som er suicidale er ambivalente når det kommer til om de ønsker å dø eller leve, helt frem til dødsøyeblikket. Man føler kanskje at den eneste løsningen på problemene er selvmord, men samtidig ønsker man og legger til rette for at man skal bli reddet av noen (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

7. *Den vanlige kognitive/perseptuelle tilstand ved selvmord er innsnevring (Kognitiv).*

Her er det en innsnevring av tankevirksomhet og følelser. Man kan være desperat og ulykkelig uten å være psykisk syk. Problemet ifølge Shneidman er at "det er snakk om en mer eller mindre forbigående innsnevring av de muligheter som vanligvis er tilgjengelig for bevisstheten, når man ikke har

panikk og bare er i stand til dikotom (enten/eller) tenkning” (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

8. *Den vanlige mellommenneskelige handling ved selvmord er kommunikasjon av intensjon (Relasjonell).*

Enten det er direkte eller indirekte, bevisst eller ubevisst, har så mange som ni av ti som begår selvmord kommunisert om dette på forhånd. Man kan oppdage dette på personene ved at de for eksempel trekker seg tilbake sosialt, de begynner å rydde og gir bort ting som har en betydning for de, oppfører seg annerledes enn de ellers gjør eller at de sier de ikke orker mer (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

9. *Den vanlige handlingen ved selvmord er flukt (Relasjonell).*

Her er det enkelt og greit at personen ønsker seg vekk fra det vonde. De ønsker å flykte fra eller unnsnippe sine uutholdelige psykiske smerter (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

10. *Den vanlige konsistens ved selvmord er knyttet til livslange mestringsmønstre (Serielt).*

En undersøker om det har vært tidligere episoder med å trekke/flykte seg tilbake fra noe eller noen, innsnevring av tankemønstre, psykiske problemer og tilbøyelighet til dikotom tenkning (Hjelmeland, 2022, s 134-137).

2.3 Risikofaktorer

For at vi skal kunne forstå mer av selvmordsatferden til mennesket må vi finne frem til noen risikofaktorer som er forbundet med høyere selvmordsrisiko. Ekeberg og Hem (2016) nevner tre hovedgrupper av risikofaktorer; psykiske, sosiale og biologiske (Ekeberg & Hem, 2016, s. 28-29). Videre sier de det er større risiko for selvmord dersom det foreligger flere risikofaktorer samtidig.

2.3.1 Psykiske risikofaktorer

Blant de unge som dør ved selvmord eller gjør selvmordsforsøk er det en stor del av disse som har en psykisk lidelse, og er den viktigste risikofaktoren hos unge. Rundt halvparten av de som dør av selvmord får stilt diagnosen depresjon av symptomene som er blitt beskrevet av etterlatte. Av den resterende parten er det en femtedel som har atferdsforstyrrelser. ADHD kan være en av atferdsforstyrrelsene. Her er det kombinasjonen av ensomhet, aggressiv atferd og impulsivitet som kan slå uheldig ut. Andre viktige risikofaktorer for selvmord er schizofreni, bipolar lidelse eller en annen psykose. Det er noen som klarer å holde de psykotiske symptomene unna når de er sammen med andre, men når de er alene sliter de og har høyere risiko for å begå selvmord. Andre lidelser som fører til selvmord er misbruk av rusmidler, personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. En kombinasjon av atferdsforstyrrelse, rusmiddelmissbruk og depresjon leder ofte til selvmordshandlinger (Ekeberg & Hem, 2016, s. 78-80).

Ekeberg og Hem (2016) sier at “unge mennesker kan ha symptomer på psykiske lidelser som oppleves som skremmende, især for en som har lite innsikt i hva slike symptomer kan bety ” (Ekeberg & Hem, 2016, s. 78-80). Videre nevner de at slike tilstander kan være panikkangst, posttraumatiske forstyrrelser eller tvangslidelser. De unge har gjerne en ubegrunnet angst for å bli “sinnssyk” som kan føre til håpløshet og selvmordsatferd blant de. Dette er på grunn av at de ikke forstår sin egen reaksjonsmåte, samt at de har få og fordomsfulle kunnskaper om psykiske lidelser.

2.3.2 Sosiale risikofaktorer

Familieproblemer blant unge er noe som gir økt risiko for selvskading og selvmord. Psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk hos foreldre er de høye risikofaktorene, men omsorgssvikt og overgrep er også høye risikofaktorer. En annen faktor som øker risikoen for selvmord blant unge er selvmordsatferd hos foreldrene. Det kan for eksempel være på grunn av at de har vært bekymret for foreldrene som har vært suicidale, eller det kan være på grunn av den læringseffekten man får ved å oppleve selvskade i nærheten. Det å miste en av sine nærmeste vil være en belastning og kan øke risikoen for selvmord (Ekeberg & Hem, 2016, s. 79).

Barn med tidligere barndomstraumer er en sosial risikofaktor. Det kan være traumer fra seksuelle, psykiske og fysiske overgrep eller omsorgssvikt. Barn med traumer har økt fare for rusmisbruk, psykiske problemer, dårlig selvfølelse, impulsiv og utagerende atferd, samt selvmordsatferd (Ekeberg & Hem, 2016, s. 35).

Andre sosiale risikofaktorer for selvmord er isolasjon og ensomhet. Det kan skyldes manglende initiativ, utstøting eller psykiske problemer som rusmisbruk, psykose eller depresjon. Det er også noen som kan ha en personlighet som fører til konflikter i sosiale sammenhenger (Ekeberg & Hem, 2016, s. 36).

Selvmordsatferd kan ha en smitteeffekt blant unge. Risikoen for dette gjelder mest når det er snakk om selvmord i nære omgivelser eller “romantiserte” selvmord blant kjente personer. Selvmord i en ungdomsgjeng kan utløse sterke følelser hos de som fra før er sårbare. Dette kan gjøre det vanskelig å kontrollere disse følelsene (Ekeberg & Hem, 2016, s. 36-37).

Det er mer selvmordsatferd blant seksuelle minoriteter, som homofile og bifile. I dag er det mer toleranse for ulike seksuelle legninger enn hva det var før, men det er fortsatt mange som opplever utstøting og skam (Ekeberg & Hem, 2016, s. 37). I tillegg opplever de unge usikkerhet på sin egen identitet. For unge er nye erotiske erfaringer viktig og de fleste ønsker å holde opplevelser om seksualitet for seg selv (Ekeberg & Hem, 2016, s. 81).

2.3.3 Biologiske risikofaktorer

Det har vært spekulert i om det er en genetisk disposisjon ettersom det har økt av selvmord i noen familier. Det er ikke blitt funnet noen sikre genetiske forklaringer på selvmordsatferden, men noe som er blitt funnet er økt forekomst av flere risikofaktorer for rusmisbruk, affektive lidelser og psykoser. Økt risiko for selvmord kan også påvirkes dersom de unge har opplevd at andre i familien eller slekten har forsøkt å ta livet sitt som en måte for å løse problemet de har (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

Ved flere somatiske sykdommer er det økt selvmordsrisiko. Dette er særlig ved smertetilstander, kreft og degenerative nervelidelser. Denne typen risikoen er rettet mot eldre, men det kan oppstå blant unge også (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

En annen biologisk risikofaktor er de som har lavt nivå av serotonin i sentralnervesystemet sitt (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38). Serotonin er et signalstoff som i flere steder i kroppen blir skilt ut, men i hjernen er serotonin mest viktig fordi det påvirker søvn, våkenhet, stemningsleie og oppmerksomhet. Psykiske lidelser påvirkes ofte av mangel på serotonin (Hassel, 2022). Lavt nivå av serotonin gir økt risiko for impulsive selvmordsforsøk og selvmord, med voldsomme metoder. Selvmordsforsøkere som hadde lave nivåer av serotonin ved innleggelse, hadde året etter utskrivelse økt risiko for gjentatte selvmordsforsøk (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

2.4 Beskyttende faktorer

Det finnes flere beskyttende faktorer som kan gjøre menneskene bedre i stand til å mestre disse risikofaktorene vi har vært gjennom. Det å ha en trygg familiesituasjon er en viktig faktor. Det viktigste nettverket man har er ofte familien, og selv om det kan oppstå konflikter hos noen innimellom så er familien fortsatt beskyttende om man har et trygt og godt forhold til dem. En annen viktig faktor er å ha en tilfredsstillende sosioøkonomisk situasjon. På grunn av økonomi, kollegial støtte og daglig struktur er det å ha et aktivt yrkesliv viktig for mange. En tredje viktig faktor er å ha et godt sosialt nettverk. Det å ha en god vennekrets er viktig, spesielt dersom forholdene er vanskelig hos familien. Tillit til egen mestringsevne er en viktig faktor. Dersom man mangler tillit til egen mestring, blir det en risikofaktor for selvmordsatferd (Ekeberg & Hem, 2016, s. 124). Det å ha begrenset tilgang til selvmordsmidler og enkel tilgang til tjenester for fysisk og psykisk sykdom er også viktige beskyttelsesfaktorer (Ekeberg & Hem, 2016, s. 43).

2.5 Ulike tiltak

I 1970- og 1980 årene var det mange høyinntektsland i vesten som hadde stor økning av selvmord blant unge. Landene satte i gang organiserte selvmordsforebyggende tiltak i større

skala, i form av nasjonale handlingsplaner. Det ble utarbeidet tiltak direkte mot ungdomspopulasjonen som var en del av nasjonale programmer, gjennomført i skoleverket. Ungdommene ble undervist i risikofaktorer for selvmord samtidig som de ble oppfordret til å identifisere risikofaktorene. Grunnen til at det ble oppfordret til å identifisere risikofaktorene var for å kunne kjenne igjen selvmordsrisiko blant venner og andre elever, og i tillegg kunne si i fra til voksne dersom de var bekymret (Mehlum & Larsen., 2021, s. 46).

2.5.1 Begrenset adgang til selvmordsmetoder

En av de mest evidensbaserte selvmordsforebyggende tiltaket man kan finne er begrenset adgang til selvmordsmetoder. Det er ofte slik at disse tiltakene kommer for sent i prosessen hos den suicidale personen fordi han/hun har allerede bestemt seg. Impulsen til den suicidale er både ambivalent og fluktuerende. Selv om tiltak som utsetter selvmordet eller kjøper tid kommer for sent i prosessen, så har de fortsatt en stor potensiell effekt fordi den suicidale impulsen kan forandre seg. Det er tiltak som for eksempel å sette opp høye rekkverk på broer eller å ha smertestillende medikamenter i mindre pakninger i butikkene. Et evidensbasert selvmordsforebyggende tiltak som fungerte var da det ble innført lovpålegg om å ha et godkjent våpenskap. Dette gjorde slik at det begrenset tilgang til skytevåpen for suicidale personer. Selvmordsraten for menn falt, men særlig hos ungdommen. Skyting som selvmordsmetode stod for mer enn 60 prosent av dødsfallene blant de unge (Mehlum & Larsen, 2021, s. 48).

2.5.2 Primære tiltak

Man kan dele selvmordsforebygging opp i primære, sekundære og tertiære tiltak. De primære tiltakene er de som blir satt i gang i befolkningen. Her prøver man å finne tiltak for å bedre den psykiske helsen og sette i gang disse før de psykiske problemene blir for store. Økt kunnskap er en av hovedområdene for primær selvmordsforebygging. Undervisning i selvmordslære er en måte å gjøre det på. Selvmord er et tabubelagt tema og det kan føre til at generell kunnskap om risikofaktorer, tiltak i befolkningen og forekomst av selvmord blir gunstig. Men det vil kunne bidra til at helsepersonell kan oppdage når kolleger, familie eller

venner er i selvmordsfare, samt vite hva de skal gjøre i slike situasjoner (Ekeberg & Hem, 2016, s. 162).

Det har vist seg en smitteeffekt av selvmord i avgrensede geografiske områder. Unge menn er de som har blitt mest inspirert av hverandre, selv personer som ikke kjenner hverandre. Det er viktig at når slike opphopninger skjer at helse- og sosialtjenesten setter i gang tiltak mot dette. For eksempel ved oppsøkende virksomhet i ungdomsmiljøene eller på internett hvor det finnes grupper hvor det kan oppfordre til selvmordsatferd (Ekeberg & Hem, 2016, s. 164-165). Internett er noe som blir mer og mer tilgjengelig og står sentralt når det kommer til å spre informasjon om selvmord. På internett foregår det i tillegg mobbing og utstøting som også kan forsterke selvmordsatferden blant mennesker. For å redusere skadepotensialet på nettsidene har det blitt foreslått bruk av selvregulering og retningslinjer, samarbeid mellom massemediene og helsepersonell, juridisk kontroll av nettet og programvare som filtrerer innhold (Ekeberg & Hem, 2016, s. 192).

2.5.3 Sekundære tiltak

Her er det tiltak som settes i gang overfor personer med økt risiko for selvmord. Det kan for eksempel være personer som er innlagt på psykiatriske avdelinger. Det har vært fokus på bedre behandling og diagnostisering av depresjon. Personer med rusmisbruk, psykotiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser er risikogrupper hvor det har vært fokus på å bedre livskvaliteten og redusere symptomene (Ekeberg & Hem, 2016, s. 165).

2.5.4 Tertiære tiltak

Tertiære tiltak er tiltakene som blir satt i gang for de personene som har forsøkt å tatt livet sitt eller har pratet om å gjøre det. For kriserammede innbyggere har helse- og omsorgstjenesteloven pålagt den enkelte kommune å tilby psykososial oppfølging. Kommunene skal ha en kommunal psykiatritjeneste og et psykososialt kriseteam. Hvordan selvmordsforebyggende tiltak og kriseintervensjoner skal organiseres etter selvmordsforsøk eller ved selvmordsforsøk er opptil hver enkelt kommune. Det er viktig med et godt samarbeid mellom de ulike instansene slik at det blir en kontinuitet i behandlingen, med

godt planlagte tiltak når en pasient for eksempel skal skifte behandler (Ekeberg & Hem, 2016, s. 165-167).

2.5.5 Trygghet- og sikkerhetstiltak

Øhlckers et al. (2020) sier at “vanlige tiltak ved selvmordsrisiko kan grovsorteres i sikringstiltak og tryggingstiltak” (Øhlckers et al., 2020, s. 218). Videre sier de at alt som familie og andre gjør for å hindre situasjoner der unge komme til fysisk skade blir kalt for sikringstiltak. Dette kan være bekymrede foreldre som leter etter gjenstander som ungdommen kan skade seg selv med, som barberblader, kniver eller medisiner. Det kan og være foreldre som har et øye med på nettloggen til ungdommene eller ser hva de skriver på sosiale medier.

Tryggingstiltak er tiltak som skal være med på å dempe de unges håpløshet og fortvilelse, samt dempe grunnene til at de unge har fokus på selvmord. De ungdommene som er trygge føler de har rett til å leve, at andre synes det er bra de lever, og at de har noen som bryr seg om hvordan de har det. Selv om andre kan bestemme ting de ikke ønsker eller har lyst å gjøre, så vet de at de andre er interessert i hvordan dette oppleves for den sårbare. De stoler på de andre og har tro på at de vil få hjelp dersom de ber om det (Øhlckers et al., 2020, s. 218-219).

Et sikringstiltak eller trygghetstiltak kan oppleves både trygt og utrygt. Tiltakene er ulike i alle situasjoner og det er ikke sikkert at det tiltaket som fungerer på den ene ungdommen, fungerer på den andre ungdommen også. For eksempel kan en mor sove inne sammen med barnet sitt for å hindre selvskading om natta. Her kan barnet oppfatte dette som et tegn på at moren bryr seg, men det kan også oppfattes som om moren ikke stoler på at barnet ikke skal skade seg selv og vil avsløre og straffe barnet (Øhlckers et al., 2020, s. 218-219).

Det kan oppstå noe som kalles for utrygge sikringstiltak. Disse tiltakene er ment for å hindre skade, men som får ungdommene til å føle seg mindre forstått, hjulpet eller respektert. Intensjonen for tiltakene er gode, men det kan virke imot sin hensikt og dermed øke de unges suicidalitet over tid (Øhlckers et al., 2020, s. 219).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Metode er et hjelpemiddel for undersøke noe vi ønsker. Metoden vi bruker, hjelper oss å få inn den dataen vi trenger til undersøkelsen vår. Det finnes ulike metoder for å samle inn data. Kvalitativ og kvantitativ metode er to metoder som ofte blir benyttet (Dalland, 2017, s. 52).

Kvantitativ metode gir oss data ved hjelp av målbare enheter. Disse tallene kan brukes til å finne en prosentandel eller ett gjennomsnitt av det vi ønsker å undersøke. Kvalitativ metode skal fange opp opplevelse og mening som ikke kan la seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Ved kvalitativ metode skal vi i en virkelig setting, utforske menneskelige problemer og prosesser. I tillegg skal vi være åpen mot hva deltakerne sier og gjør, samt løfte frem perspektivet deres (Postholm, 2010, s. 9). De som benytter seg av kvalitativ metode blir som oftest kalt for tolkere, mens de som benytter seg av kvantitativ metode blir kalt for tellere (Dalland, 2017, s. 53)

Jeg har i min oppgave valgt å bruke litteraturstudie som min forskningsmetode. En litteraturoppgave er en oppsummering og kritiske vurderinger av resultatene fra ulike forskningsstudier om et valgt tema (Coughlan & Cronin, 2017, s. 2). I stedet for å gjennomføre egne analyser og forskning tar man heller i bruk andres forskning. I en litteraturoppgave undersøker man først tidligere forskning, før man sammenligner disse og til slutt analyser de. Med selvstendig drøfting av faglitteratur skal metoden i en litteraturoppgave kunne belyse problemstillingen (Åm & Magin, 2021, s. 145-146).

Jeg valgte å bruke litteraturstudie fordi det var den beste metoden for å kunne svare på problemstillingen. Grunnen til dette er fordi ved litteraturstudie kan man gå i både dybden og bredden. Man får bredde fordi en kommer gjennom mange flere forskningsrapporter og undersøkelser, enn om jeg skulle gjort mine egne undersøkelser eller intervjuer. I tillegg får man dybde gjennom å undersøke andres kvalitative forskninger. Det finnes allerede mye forskning og teori på temaet rundt selvmord og det kommer stadig mer. Jeg tenkte at et slikt viktig tema ville være vanskelig å forske på egenhånd ved bruk av for eksempel kvalitativ

metode gjennom intervju eller observasjon. Det vil være vanskelig ettersom jeg ikke kan intervju barn og ungdom under 18 år. Dermed ville det kun vært informasjonen fra de som arbeider med barn og ungdom.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved litteraturstudie handler metoden om å søke opp vitenskapelige artikler i relevante databaser som for eksempel Oria. Med relevante databaser mener de de som inneholder vitenskapelige artikler og ikke avisinnlegg, brev m.m. Ved søk i databasene skal man ha krav til litteraturen man setter opp for å finne artiklene. Disse kravene kaller man for inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse kravene skal være med på å avgrense søket slik at man ikke får opp så mange artikler (Støren, 2013, s. 37-38).

Inklusjonskriterier:

- Artiklene er vitenskapelige artikler fra fagfelleurderte tidsskrift.
- De er publisert fra perioden 2017-2022.
- De er skrevet på norsk eller engelsk
- De har fokus på barn og ungdom
- De er relevante for problemstillingen
- De er fra høyinntektsland som kan sammenlignes med Norge med tanke på sosiale og økonomiske likheter.

Eksklusjonskriterier:

- De er publisert før 2017
- De ser ikke på forebygging av selvmord
- De har fokus på voksne
- De er skrevet på andre språk enn engelsk eller norsk.
- De er ikke fra høyinntektsland som kan sammenlignes med Norge med tanke på sosiale og økonomiske likheter.

Søkene etter artiklene ble gjort i databasen “Oria” i perioden 08. februar 2022 til 24. mars 2022. I starten av søkeprosessen begynte jeg å søke på norsk. Jeg søkte først litt løst, men bevisst på ulike søkeord innenfor temaet mitt. Søkeordene jeg prøvde ut var blant annet “selvmordsforebygging blant barn og ungdom”, “forebygging av selvmord blant unge”, “Hvordan forebygge selvmord blant unge”, “selvmord og forebygging og barn og ungdom” m.m. Jeg fant veldig få artikler og de artiklene jeg fant var heller ikke relevant forskning for mitt tema. Derfor valgte jeg videre å søke på engelsk for å utvide søket. For å gjøre søket mer presist valgte jeg å bruke funksjonen “avansert søk” i stedet for “enkelt søk”. Ved å bruke denne funksjonen kunne jeg avgrense søkeordene og tidsrommet jeg ønsket å finne resultatet fra. I tillegg fikk jeg søkt spesifikt etter artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter.

De to første artiklene fant jeg ved å legge følgende inn i søkefeltet “suicide and child welfare”. Videre avgrenset jeg det til innenfor et tidsrom fra de siste fem årene, kun til fagfelleverderte tidsskrifter og engelskspråklig. Treffene var sortert etter relevans og da fikk jeg opp så mye som 14733 treff. Jeg kunne ha valgt å avgrense enda mer ved å velge ulike emner, men det ville fortsatt være flere tusen treff. Ettersom treffene var sortert etter relevans valgte jeg derfor å se kjapt gjennom de 100 første treffene ved å se på over- og underskriftene på artiklene. Ved å gjøre dette kunne jeg plukke ut seks artikler som jeg fant relevante for oppgaven. Deretter klikket jeg inn på de seks og leste sammendragene fra de. Jeg kunne dermed utelukke tre artikler som jeg ikke fant noe relevant til oppgaven. Videre klikket jeg inn på de artiklene jeg hadde valgt for å se hvor relevante de var. Etter å ha lest gjennom de ulike artiklene fant jeg ut at to av disse var relevante og var artikler jeg ønsket å benytte meg av i oppgaven. Under er artiklene jeg fant relevante:

1. Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review
2. Vulnerable Yet Forgotten? A Systematic Review Identifying the Lack of Evidence for Effective Suicide Interventions for Young People in Contact With Child Protection Systems

Den siste artikkelen fant jeg ved inn søkeordene “suicide and prevention and child”. Jeg avgrenset på lik linje som de andre artiklene og fikk opp 24268 treff. Jeg gjorde det samme her og valgte å se gjennom de først 100 treffene. Denne gangen fant jeg kun en artikkel som var relevant ved å se på over- og underskrift. Av de 100 artiklene var de fleste de samme artiklene som var da jeg brukte de andre søkeordene. Jeg leste gjennom den ene artikkelen jeg hadde funnet og fant den relevant til oppgaven. Under er artikkelen jeg fant:

3. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions

3.3 Analyse

Aveyard (2019) skriver at en tabell over dataene eller funnene man har kan hjelpe en å få sortert og få en bedre oversikt. I tillegg at man får samlet alt i ett dokument og sett på likheter og ulikheter mellom de. Målet med denne tabellen er å identifisere felles temaer ved å sammenligne og tolke de ulike dataene eller funnene man har. Dette vil gjøre at man kan finne ut forskjeller og kontraster fra resultatene. For å finne de ulike temaene i artiklene så kan man gjøre noe som kalles for tematisk analyse. Når man skal gjøre en tematisk analyse så identifiserer man de ulike temaene i artiklene ved å lese resultat- eller konklusjonsdelen i hver artikkelen flere ganger (Aveyard, 2019, s. 137-141). Jeg gjorde en tematisk analyse og lagde en slik tabell for artiklene jeg fant.

Tabell 1:

Navn, land og år	Tittel	Formål	Metode	Response	Alder	Sentrale temaer
Milde, Gramm, Paaske, Kleiven, Christians	Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review	Å få oppdatert kunnskap om hvordan barn og unge som	Litteraturstudie : Litteratursøket inkluderte	Seks artikler ble tatt i bruk.	Begge kjønn fra 2-18 år som nå og tidligere har	Selvmoedsatferd, barneverntjenestens intervensjoner, generell dødelighet, kjønn,

<p>en og Skaale Havnen, (2021).</p> <p>Nordiske land</p>		<p>har eller får hjelp fra barneverntjenesten mottar intervensjon knyttet til suicidalitet.</p>	<p>systematiske oversikter, tilfeldige studier, kohortstudier, case-kontrollerte studier, tverrsnittstudier og undersøkelser.</p> <p>Bruk av flere ulike databaser.</p>		<p>mottatt intervensjon er fra barnevernstjenesten.</p> <p>Også noe studie fra begge kjønn over 18 år.</p>	<p>risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og selvmord.</p>
<p>Russel, Trew & Higgins, (2021).</p> <p>USA, Storbritannia, Spania, Canada, Finland, Australia og New Zealand</p>	<p>Vulnerable Yet Forgotten? A Systematic Review Identifying the Lack of Evidence for Effective Suicide Interventions for Young People in Contact With Child Protection Systems</p>	<p>De tar for seg hvilke typer selvmordsforbyggende intervensjoner som har blitt brukt og evaluert med ungdom, ansatte og omsorgspersoner i omsorgs- og barnevernsins</p>	<p>Litteraturstudie :</p> <p>Det ble søkt i ulike databaser ved bruk av ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier</p>	<p>Fem artikler ble benyttet i gjennomgangen.</p>	<p>Begge kjønn.</p> <p>12-17 år på barn og ungdom som ble undersøkt.</p> <p>21-71 år blant de som var ansatte i barnevernet.</p>	<p>Selvmord, omsorg utenfor hjemmet, selvmordstanker, intervensjon og psykisk helse</p>

		titusjoner utenfor hjemmet.				
Wasserman, Carli, Iosue, Javed og Herrman, (2021)	Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions	Å få en oppsummering av dagens kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer for selvmord blant barn og unge. I tillegg diskutere evidensbasert strategi for selvmordsforebygging.	Litteraturstudie : I litteratursøkene ble det søkt etter engelskspråklige tidsskrifter som var fagfelleverderte, samt artikler som diskuterte tverrsnittstudier, kohortstudier, case-kontrollert studier eller intervensjonsstudier.	Fire artikler ble tatt i bruk.	Begge kjønn i alder 9-26 år.	Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, selvmordsforebygging, barn og ungdom.

3.4 Studiens troverdighet

Metoden i oppgavene skal gi troverdig kunnskap. Dette oppnås ved at reliabilitets- og validitetskravene blir oppfylt. Reliabilitet som også betyr pålitelighet er viktig for kvaliteten i forskningen. Man skal i tillegg kunne stole på arbeidet som er funnet og presentert i oppgaven (Dalland, 2017, s. 55). Et kriterie for reliabilitet er at man kan reprodusere og gjenta resultatene (Postholm, 2010, s. 169). Validitet har med relevans og gyldighet å gjøre, og resultatene som blir målt må være gyldig og ha relevans for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 40).

I følge Dalland (2017) finnes det to sider ved kildekritikk. Den første dreier seg om å finne frem til den litteraturen som kan belyse problemstillingen. Dette blir kalt for kildesøking eller litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede for litteraturen som er blitt brukt i oppgaven. I oppgaven er det viktig at man går tydelig frem om hvorfor man har valgt litteraturen og hvordan utvalget er blitt gjort, for å styrke fagligheten og troverdigheten (Dalland, 2017, s. 152).

I arbeidet med oppgaven mener jeg at jeg har vært nøye når jeg skulle finne artiklene. Jeg valgte å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier når jeg skulle finne artiklene for å kunne begrense og tilpasse søkene knyttet til problemstillingen. Da jeg skulle velge artiklene var jeg opptatt av å finne artikler som var utgitt nærmest mulig 2022. Dette var fordi temaet i oppgaven hele tiden endrer seg og desto nyere forskning, desto mer relevante mener jeg artiklene er for å kunne besvare problemstillingen. Ettersom jeg ikke fant noen artikler på norsk valgte jeg å se etter artikler som var fra land som kunne sammenlignes med Norge. Jeg valgte bevisst høyinntektsland på grunn av at disse landene som oftest har sosiale og økonomiske likheter.

Jeg valgte å bruke Durkheim sosiologiske selvmordsteori og Shneidman sin psykologiske selvmordsteori fordi dette er teorier som blir brukt i både kvantitativ og kvalitativ forskning og beskriver ulike bakgrunner for selvmord. Jeg valgte også å beskrive ulike risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og nevne ulike tiltak for å kunne støtte og begrunne det jeg fant i de ulike artiklene.

4.0 Presentasjon av funnene

4.1 Funn

Jeg vil i denne delen av oppgaven presentere artiklene i et sammendrag. Her vil jeg ta med hovedpunktene i artiklene og ta frem det som jeg syns er viktigst og mest relevant for oppgaven.

Artikkel 1: *Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions* av Wasserman, D., Carli, V., Losue, M., Javed, A. & Herrman, H. (2021).

Sammendrag: Denne artikkelen oppsummerer risikofaktorer og beskyttende faktorer for selvmord blant barn og unge ved å ta i bruk en narrativ gjennomgangsmetode. Videre diskuterer de evidensbasert strategi for selvmordsforebygging i aldersgruppen 10-19 år. De har benyttet seg av litteratursøk på flere ulike databaser og de fant til slutt fire artikler som de ønsker å bruke i gjennomgangen. Resultatene fra artikkelen viser at risikofaktorer og beskyttende faktorer for barn og unge overlapper i stor grad med de samme som for de voksne. Hvordan barn og unge sine egenskaper blir utviklet kan være med på å forsterke virkning av ulike faktorer som for eksempel ofring, beslutningsmåte, familie- og jevnaldrende forhold og mestringsstrategier. De kommer frem til at implementering av evidensbaserte selvmordsforebyggende strategier er nødvendig. Tiltak som har vist seg å være effektive er intervensjoner i kliniske og samfunns miljøer, begrenset tilgang til dødelige midler og begrenset tilgang til dødelige midler. De nevner også trening og screeningprogrammer. Disse er undersøkt mye i utvalgte omgivelser, men det har ikke blitt bevist om det har en effekt for å redusere selvmordstanker og atferd (Wasserman et al., 2021).

Artikkel 2: *Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review* av Milde, A. M., Gramm, H. B., Paaske, I., Kleiven, P. G., Christiansen, Ø. & Havnen, K. J. S. (2021).

Sammendrag: Artikkelen tar for seg forskningen i suicidalitet hos barn og ungdom i Norden sine barnevernstjenester. De nevner at forskning har etablert barnevernsbarn som en sårbar gruppe for utvikling av negative livsretninger, tidlig dødelighet, arbeids- og utdanningsrelaterte utfordringer og psykiske helseproblemer. De har lite kunnskap om barnevernsbarna sine livssituasjoner i etterkant, inkludert suicidalitet. Målet med studien i artikkelen er å få en oppdatert kunnskap om hvordan barn og unge som har mottatt eller fortsatt mottar intervensjoner fra de nordiske barneverntjenestene i forhold til suicidalitet. De benyttet seg av litteraturstudie og fant seks artikler som de mente ville kunne gi de et svar. Tre av de handler om fullførte selvmord, to av de om selvmordsatferd og den siste om både selvmord og selvmordsatferd. I artiklene finner de ut at barn som er i barnevernssystemet kommer dårligere ut når det kommer til risiko for selvmord og selvmordsatferd, sammenlignet med andre jevnaldrende. Resultatene i artikkelen viser at det krever større oppmerksomhet til de psykiske helse behovene til barna som er under barnevernet. De finner ut at en rutinemessig mental helse screening bør implementeres. I tillegg bør det implementeres en grundig identifisering av behandling og støtte. Det bør være fokus på tiltak som har som mål å styrke skoleferdigheter og sosiale ferdigheter ved overgangen til voksenlivet. Det bør gis tilstrekkelig med forebyggingshjelp, oppfølging og støtte. Barnevernspedagoger og ledere bør engasjere seg i kompetansebygging for å kunne utvikle ferdigheter til å kunne oppdage og reagere på suicidalitet på en trygg måte (Milde et al., 2021).

Artikkel 3: Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems av Russell, D. H., Trew, S. & Higgins, D. J. (2021).

Sammendrag: Den siste artikkelen er en systematisk gjennomgang som skal identifisere mangelen på bevis for effektive selvmordsintervensjoner for unge mennesker som er i kontakt med barnevernet. De tar for seg hvilke typer selvmordsforebyggende intervensjoner som har blitt brukt og evaluert med ungdom, ansatte og omsorgspersoner i omsorgs- og barnevernsinstitusjoner utenfor hjemmet. Metoden de brukte var litteraturstudie og de benyttet seg av fem studier i

gjennomgangen. To av studiene handlet om ungdomsfokuserte intervensjoner, mens de tre andre handlet om voksenfokuset trening i selvmordsforebygging. Resultatet viste seg at de ungdomsfokuserte intervensjonene førte til reduksjoner i selvmordstanker, men de voksenfokusede intervensjonene førte til økte ferdigheter, kunnskap og hvordan de skulle tilby ungdommene hjelp. De nevner at det å utvikle effektiv selvmordsforebygging og intervensjoner for barn er vanskelig og konkluderer med at det finnes for mye begrensede bevis på effektive selvmordsforebyggende intervensjoner. De anbefaler dermed å utvikle nye eller tilpassede eksisterende selvmordsforebyggende intervensjoner for barnevernsbarna (Russell et al., 2021).

4.2 Likheter og forskjeller i artiklene

Med hjelp av oversiktstabellen i analysedelen kunne jeg lettere se likheter og forskjeller på artiklene jeg fant. Alle artiklene jeg fant var vitenskapelige og fra fagfelleverderte tidsskrifter. De var alle engelske artikler. De benyttet seg alle av litteraturstudie og to av artiklene fant funn fra flere land i ulike verdensdeler, mens den ene artikkelen hadde kun fra nordiske land. To av artiklene presenterer funn om kunnskapen om hvordan barn og unge mottar intervensjon og om beskyttelses- og risikofaktorer. En av artiklene tar for seg hvilke typer intervensjoner som har blitt brukt og evaluert. Det er to av artiklene som kun henter funn fra barn og ungdom, mens den ene henter i tillegg funn fra barnevernsansatte.

I artikkel 1 nevner de at det finnes flere strategier som har vist seg å være effektive for å kunne forebygge selvmord. Generelt sett blir det anbefalt skolebaserte bevisstgjørings- og ferdighetstreningsintervensjoner og psykososiale selvmordsforebyggende intervensjoner. Mange av de intervensjonene jeg kommer til å nevne under har vist seg å ha en innvirkning på de ulike risiko- og beskyttelsesfaktorene (Wasserman et al., 2021, s. 11).

5.0 Drøfting

5.1 Økt kunnskap og ferdighet

I den teoretiske delen nevnte jeg tre ulike hovedgrupper av risikofaktorer som er med på å øke risikoen for selvmord; psykiske, sosiale og biologiske risikofaktorer (Ekeberg & Hem, 2016, s. 28-29). De viktigste risikofaktorene ifølge Russell et al., (2021) i artikkel 3 er psykologiske lidelser, stressende livshendelser og personlighetstrekk. De selvmordsforebyggende intervensjonene skal prøve å redusere disse risikofaktorene slik at sannsynligheten for selvmordsrelaterte tanker eller atferd minsker (Russel et al., 2021, s. 648). Det å øke kunnskap og ferdigheter blant barnevernspedagogene er slike intervensjoner. Økt kunnskap var et av hovedområdene under primær selvmordsforebygging (Ekeberg & Hem, 2016, s. 161-162). Dette vil hjelpe barnevernspedagogene å kunne identifisere de ulike risikofaktorene hos ungdommene. Det vil også øke selvtilliten og beredskapen til å intervenere og støtte når faren oppdages (Russell et al., 2021, s. 655-656). Det er ikke bare å sette i gang slike intervensjoner da dette er noe som krever planlegging, økonomi, kapasitet og tid. For at de ansatte skal kunne få økt kunnskap er arbeidsplassen nødt til å kunne klare å tilby kurs eller trening enten i eller utenfor arbeidstiden. I artikkel 2 nevner de at det potensialet til å øke kunnskap er tilstede i velferdstatene i de nordiske landene, men at det virker undertrykt av systemiske og økonomiske barrierer, noe som de mener krever politisk makt og innsats for å gjøre noe med (Milde et al., 2021, s. 717).

Det er ikke noe bevis for at slike intervensjoner for barnevernspedagoger direkte reduserer selvmordstanker, dødsfall eller atferd, selv om det kan undersøkes ved å måle selvmordstanker og selvmordsatferd hos ungdommene. Fortsatt har ferdighetstrening innen helsevesenet vist seg å være effektiv for selvmordsforebygging. Det har blitt utført opplæring til å gjenkjenne og behandle depresjon bedre til helsepersonell og da viste det seg at dette førte til en nedgang i selvmordsrater blant de unge (Russell et al., 2021, s. 655-656).

5.2 Kommunikasjon

Et av Shneidman sine ti fellestrekk som gikk igjen i selvmord var at “den vanlige mellommenneskelig handling ved selvmord er kommunikasjon av intensjon” (Hjelmeland,

2002, s 134-137). Selv om at det er så mange som ni av ti som har kommunisert på forhånd at de ønsker å ta selvmord, er det fortsatt mange som dør av selvmord. Hvordan dette kan være mulig er vanskelig å vite svaret på, men en grunn kan være nettopp dette med kunnskap som jeg nevnte i forrige avsnitt. Dersom barnevernspedagogene får økt kunnskap om hvordan de skal kunne identifisere de ulike risikoene hos ungdommene så vil kanskje barnevernspedagogene klare å forstå når ungdommene kommuniserer om tanken om selvmord enten det er direkte eller indirekte, bevisst eller ubevisst (Hjelmeland, 2002, s 134-137). Som Shneidman også sa, så er de viktigste spørsmålene man kan stille suicidale personer, for eksempel “Hvordan kan jeg hjelpe deg?” og “hvor har du vondt?” (Hjelmeland, 2002, s 133-134). Det ble som nevnt i teorien at det allerede er tiltak som hjelper ungdom mot dette, nemlig undervisning i risikofaktorer for selvmord blant ungdommen (Mehlum & Larsen, 2021, s. 46). Selv om slik undervisning er rettet mot ungdommene på skolen vil slik undervisning være til nytte for barnevernspedagoger også.

5.3 Ulike terapi behandlinger

I artikkel 3 nevnes det ulike former for terapi som skal være selvmordsforebyggende. Kognitiv atferdsterapi¹ (KAT) og dialektisk atferdsterapi² (DAT) er to terapi behandlinger som viser seg å redusere selvmordsforsøkene til ungdommer med høy suicidalitet. KAT og DAT er også med å redusere depresjon (Russell et al., 2021, s. 655). Dette vil være viktig for barnevernspedagogene å få overtalt ungdommene som har behov for dette til å gjennomføre enten KAT eller DAT. Spesielt når nesten 50 prosent av de som dør av selvmord har hatt depresjon (Ekeberg og Hem 2016, s. 78-80). Barnevernspedagogene bør også sørge for å holde kontakt med ungdommene etter utskrivelse og at ungdommene vet hvem de kan kontakte når de trenger hjelp igjen (Russell et al., 2021, s. 655). Dette er viktig ettersom en av fire ungdommer som har hatt selvmordsforsøk forsøker igjen innen et år (Wasserman et al., 2021). En av de biologiske risikofaktorene var dette med lavt nivå av serotonin i sentralnervesystemet. Her er det spesielt viktig for barnevernspedagogene å være obs på de

¹ Kognitiv atferdsterapi er en behandling som skal forsøke å hjelpe mennesker til å endre uhensiktsmessig atferd og endre tankemønstre (Aslaksen, 2022).

² Dialektisk atferdsterapi er en behandling som skal bedre emosjonelle ferdigheter gjennom å forandre den emosjonelle sårbarheten. I tillegg hva som kan utløse følelser i interaksjon sammen med andre (Henriksen, 2019).

barna og ungdommene som har lavt nivå av serotonin ved innleggelse siden disse har økt risiko for gjentatte selvmordsforsøk (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

En annen selvmordsforebyggende terapi behandling er multisystemisk terapi³ (MST). Dette tiltaket har som mål å etablere beskyttende faktorer innenfor ungdommens familie, eller andre steder som nabolag, skole eller lokalsamfunn. MST har vist seg å være mer effektiv enn ungdom som blir plassert på psykiatrisk avdeling for selvmordsforsøk hos ungdom. Det ble mindre psykiske helseutfall og det ble mindre plassering av ungdom ut fra hjemmene deres (Russell et al., 2021, s. 655). Barnevernspedagoger er blant de som kan være terapeuter i MST. Dermed vil de kunne komme tettere inn på ungdommene som har alvorlige atferdsvansker. Durkheim nevnte fire hovedtyper for selvmord og den tredje som “det anomiske selvmord”, er en type selvmord som kan dukke opp blant ungdommene (Hjelmeland, 2022, s 130-131). Hos en familie som har ungdom med alvorlige atferdsvansker kan det være vanskelig å gi den omsorgen ungdommen trenger. Dersom ungdommen blir nødt til å bli tatt vekk fra hjemmet kan dette være en plutselig endring i livet som ungdommen ikke er vant til. Med MTS tiltak i bilde kan barnevernspedagogen prøve å hjelpe ungdommen og familien til å fungere godt sammen. Om MTS tiltaket ikke skulle fungere og ungdommen må plasseres vekk fra familien kan det være at barnevernspedagogen har oppdaget flere risikofaktorer hos ungdommen som kan føre til økt selvmordsfare og dermed ha mulighet til å sette i gang andre forebyggende tiltak før det er for sent.

5.4 Sikrings- og tryggingstiltak

I teorien ble det nevnt at vanlige tiltak for selvmordsforebygging kunne sorteres i sikrings tryggingstiltak (Øhlckers et al., 2020, s. 218-219). Mehlum & Larsen (2021) fant begrenset adgang til selvmordsmetoder som en av de mest evidensbaserte selvmordsforebyggende tiltakene man kunne finne. Selv om begrenning av selvmordsmetoder ikke fjernet faren for selvmord så ville det utsette det. Dette vil kunne gi barnevernspedagogene mer tid til å kunne forhindre selvmord blant ungdommene. For ungdommen er det viktig å ha trygge relasjoner rundt seg som kan blant annet gjøre ulike sikringstiltak. En barnevernspedagog

³ Multisystemisk terapi er et behandlingstilbud rettet mot familier med ungdom med antisosial atferd (Skre, 2020).

som får en god relasjon til ungdommen kan for eksempel kunne klare å gjøre ulike sikringstiltak uten at ungdommen blir sint og får forhøyet selvmordsfare. Som nevnt var det viktig for barnevernspedagogene å holde kontakt med ungdommen etter utskrivelse. Dette er et eksempel på et tryggingstiltak. Dersom ungdommen har hatt en god relasjon til barnevernspedagogen så vet ungdommen at det finnes noen de kan stole på og få hjelp dersom de ber om det.

5.5 Flere omplasseringer øker risiko for selvmord

En annen av Shneidmans ti fellestrekk var “den vanlige stressoren i selvmord er uoppfylte psykologiske behov” (Hjelmeland, 2002, s 134-137). Den fjerde gruppen som de psykologiske behovene ble delt inn i var ødelagte betydningsfulle relasjoner sammen med tapsfølelse og sorg. Teorien til Shneidman kan vi se stemmer da vi i artikkel 2 får vite at de ungdommene som har fått et sterkere bånd til sine omsorgspersoner har mindre selvmordstanker og dermed vil det være redusert risiko for å ta del i farlige handlinger. Barn som blir omplassert flere ganger har økt risiko for selvmord. Ungdommene hadde en forhøyet utvikling av psykiske lidelser. I tillegg kan mange plasseringer ødelegge flere forhold og kan påvirke følelsen av tilhørigheten negativt. Flere plasseringer kan skape uorganisert og utrygg tilknytning. Det viser seg også at det er en sammenheng mellom selvmordsforsøk, utrygg tilknytning og selvmordstanker hos ungdommen. For de som blir adopterte reduseres risikoen for selvmord (Milde et al., 2021, s. 716). Det er derfor viktig for barnevernspedagoger å gjøre det de kan for at ungdommene unngår å bli plassert flere ganger. I stedet for å haste seg med å finne en omsorgsbolig er det bedre å bruke litt lengre tid slik at ungdommene blir plassert et sted de passer bedre og kan være over en lang periode. Dette er lettere sagt enn gjort for barnevernspedagogene da ungdommene gjerne ikke er i en situasjon hvor de kan vente for å finne det beste stedet.

5.6 Varighet av plassering

Noen av hovedfunnene i artikkel 2 er at i alle studiene de undersøkte så viste det seg at det var en forhøyet risiko for selvmord blant barn som var knyttet til barnevernet. Barna som enten hadde hjemmetiltak som for eksempel MTS eller hadde midlertidig plassering hadde

lavest risiko for selvmord, men barn i fosterhjem eller utenlandske adoptivbarn har høyere risiko igjen. I artikkel 2 fant de og en betydelig nedgang i selvmordsforsøk etter avsluttet omsorg utenfor hjemmet. De fant og ut at varigheten og intensiteten av intervensjonene har en sammenheng med negative utfall. Det er blant annet økt sannsynlighet for selvmordstanker blant ungdommene desto lengre tid brukt i barnevernet. Derfor er det viktig at barnevernspedagogene følger ekstra godt opp de som blir plassert over en lengre periode (Milde et al., 2021, s. 715-716).

Videre i artikkel 2 har de funnet ut at en stor andel barn som har vært involvert i barnevernet er blitt uføretrygdet på grunn av dårlig psykisk helse. Flere av disse barna har mindre utdanning og de som blir ufrivillig fjernet fra hjemmene sine presterer dårligere faglig. Barn i omsorg utenfor hjemmet har behov for tilrettelagt undervisningsopplegg. I studiene i artikkelen har de også funnet ut at spesielt unge menn som er permanent ekskludert fra skolen har en selvmordsrate som er 133 ganger høyere enn jevnaldrende. For å kunne støtte alle de unge mennene og barna er det viktig og avgjørende med et godt samarbeid mellom skolen og barnevernet (Milde et al., 2021, s. 715).

5.7 Skole

Det er blitt en større etterspørsel etter barnevernspedagoger på skoler enn det var før. Flere og flere barn og ungdommer sliter på skolen og trenger hjelp både faglig og psykisk. En av beskyttelsesfaktorene var å ha tillit til egen mestringsevne (Ekeberg & Hem, 2016, s. 124). På skolen er det mye forventninger til gode karakter. Elevene føler gjerne press fra hjemmet om å prestere, samtidig som de ønsker å prestere blant sine venner. På skolen er det dermed fare for å føle at man ikke mestrer og dette kan skape en økt risiko for selvmordsatferd. Selv om det er lærerne som underviser og setter karakterene kan ikke de klare å hjelpe alene med elevene som sliter psykisk. Det er flere og flere skoler som har begynt å ansette barnevernspedagoger nettopp på grunn av lærerne ikke kan gjøre alt alene.

I artikkel 1 nevner de at skolen har en stor og viktig rolle i utviklingen til barn og unge. De mest vanlige universelle strategiene som blir implementert for selvmordsforebygging på skolene er skolebaserte bevisstgjørings- og ferdighetsopplæringsprogrammer.

Bevisstgjøringsintervensjonene skal gi elevene pålitelig informasjon om psykisk helse og selvmord. Målet er at det skal redusere stigma til slike problemer og at det skal bli lettere for elevene å oppsøke hjelp. Ferdighetstreningene skal styrke beskyttende faktorer som for eksempel problemløsningsstrategier, beslutningstaking, mestring og emosjonell bevissthet (Wasserman et al., 2021, s. 9). Barnevernspedagogene sammen med lærerne på skolene må sørge for at elevene får slike intervensjonstilbuds. Etter intervensjonene bør barnevernspedagogene følge opp elevene og forhåpentligvis har barnevernspedagogene også fått kurs eller trening i selvmordsforebygging slik at de lettere kan oppdage elevene sine risikofaktorer.

5.8 Smitteeffekt

Smitteeffekt på selvmordsatferd var en sosial risikofaktor blant unge. Denne risikoen gjaldt mest når det var snakk om selvmord i nære omgivelser (Ekeberg & Hem, 2016, s. 36-37). Slik smitteeffekt har jeg erfart da jeg hadde praksis på sengeposten på BUP (barne og ungdomspsykiatrisk avdeling) Stavanger. Da fikk jeg vite av ungdommene som var innlagt at de var medlem i ulike Facebook grupper hvor de snakket om å ta selvmord. På Facebook gruppen fikk de vite hvem som hadde tatt selvmord og hvilke selvmordsmetoder som hadde blitt tatt i bruk. De som var innlagt sa selv at dette påvirket de og forhøyet risikoen for selvmord.

Det barnevernspedagoger kan gjøre for å redusere den negative smitteeffekten er å sette i gang tiltak for å finne disse Facebook gruppene og vise seg frem i gruppen, eller å få de fjernet. Nå er ikke dette forsket på og det vil være vanskelig å vite utfallet dersom barnevernspedagoger skulle gjort dette. Det kan oppstå som et utrygt sikringstiltak. Tiltaket for å redusere smitteeffekten kan føre til at ungdommen føler seg overvåket og mister respekten for voksne som ønsker å hjelpe. Da vil intensjonen for tiltaket som i utgangspunktet var god, virke mot sin hensikt og føre til økt risiko for selvmord (Øhlckers et al., 2020, s. 219).

5.9 Foreldre som risikofaktor

Det viser seg at kvinner som tidligere har vært involvert i barnevernet og som i tillegg har egne barn som blir plassert i omsorg har en høy risiko for selvmord (Milde et al., 2021, s. 715). Det å bli tatt i fra en av sine nærmeste er en sosial risikofaktor som Ekeberg & Hem (2016) snakket om. Det kan være andre sosiale risikofaktorer som kan også kan påvirke samtidig. De har kanskje tidligere barndomstraumer utenom eller at de er ensomme. I motsatt ende kan barna til disse være berørt av biologiske risikofaktorer som kan være med på å øke risikoen for selvmord (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38). I følge artikkel 2 er det rundt 50 prosent barn og unge som blir plassert utenfor hjemmet sitt som hadde foreldre med ett eller flere psykososiale problemer (Milde et al., 2021, s. 715). Utenom biologisk arv så kan andre mekanismer ha en rolle i den familiære overføringen av selvmordsatferd, slik som modellering, sosial integrasjon, tilknytningsfunksjoner og imitasjon. For eksempel er foreldredød av ytre årsaker sterkt assosiert med påfølgende selvmordsatferd hos barna til foreldrene. Foreldrenes selvmordsforsøk eller selvmord øker risikoen for selvmordstanker eller selvmordsatferd hos barna deres. Viktige mål for barnevernspedagogene når det gjelder selvmordsforebyggingsstrategier blir å ha fokus på kvaliteten på psykopatologiske forhold, relasjoner og sosial støtte. Ifølge artikkel 1 har disse en sammenheng mellom ungdomssorg og selvmordsrisiko (Wasserman et al., 2021, s. 7).

Dermed er det viktig for barnevernspedagogene å være ekstra observante på disse barna hvor foreldre enten har tatt selvmord eller hatt selvmordsforsøk. Dersom barna ikke har vist noe selvmordsatferd enda kan det være barnevernspedagogene er mer forberedt dersom det skulle oppstå selvmordsatferd blant barna. Det har som nevnt i teorien vært spekulert i om selvmordsatferd kan være arvelig, noe som ikke er funnet i forskning, men andre risikofaktorer som rusmisbruk, affektive lidelser og psykoser har vist seg å være arvelig. Disse i seg selv kan føre til selvmordsatferd. (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

5.10 Digitale intervensjoner

Barn og unge bruker mye mer tid på datamaskiner, nettbrett og mobiltelefoner enn for bare 10 år siden. Internett er lettere tilgjengelig og man er mer avhengig av de elektroniske verktøyene. Dataspill har for eksempel blitt enda mer populært og en arena hvor ungdom

“samles” på nett. Derfor er digitale helseintervensjoner et stort potensial for å kunne klare å oppdage psykiske helsebehov og nødvendigheten for omsorg. Datastyrt kognitiv atferdsterapi har hatt en effekt på å redusere depresjon og angstsymptomer blant ungdom og unge voksne. Engasjementet i de ulike intervensjonene har økt ved at det blitt mer av spillignende og interaktivt innhold. Det fortsatt få studier blant ungdom som viser at digitale intervensjoner har en effektiv og umiddelbar effekt (Wasserman et al., 2021, s. 11).

Barnevernspedagoger kan vise seg mer frem ved å delta sammen med ungdommen på dataspill, enten det er i samme rom eller over nett. Dette kan være med på å skape en bedre og tryggere relasjon slik at ungdommen lettere tar kontakt dersom de trenger hjelp. Samtidig kan det være mulig for barnevernspedagogene å oppdage ungdom som er i selvmordsfare. Dette kan høres enkelt å sette i gang med, men det er som nevnt tidligere problemer med både økonomi, tid og kapasitet.

6.0 Avslutning

Selvord blant barn og unge er et tema som er veldig viktig og noe som er vanskelig å forhindre. I oppgaven har vi sett at det finnes flere risikofaktorer som er med på å forhøye risikoen for selvmord. Disse var de psykiske, sosiale og biologiske risikofaktorene, men vi hadde og beskyttelsesfaktorer som var med på å redusere selvmordsrisikoen. Både i teoridelen og i artiklene har vi funnet flere ulike tiltak/intervensjoner som skal kunne være med på å forebygge selvmordsatferd. Hvilke av disse som egner seg best for barnevernspedagogene å sette i gang med møte med suicidalitet blant unge suicidale, kan man ikke si for det vil være forskjellig fra barnevernspedagog til barnevernspedagog og fra ungdom til ungdom. Økt kunnskap rundt selvmord har både vært i fokus i teorien og i artiklene, og virket ut som er en av de viktigste tiltakene barnevernspedagogene kan gjøre. Selv om det finnes mye forskning på tiltak barnevernspedagoger kan sette i gang, er det fortsatt lite forskning på digitale tiltak. Med tanke på at internett blir mer og mer tilgjengelig og er en arena barna og ungdommene er mye på, så blir forskning på digitale tiltak viktig fremover og et fokus for barnevernspedagogene.

6.1 Veien videre

I artiklene peker forskningen på tiltak som barnevernspedagogene kan sette i gang både før og etter suicidaliteten er aktiv. For barnevernspedagoger kan det være vanskelig å forebygge selvmord hos barn og unge når de først er involvert i barnevernssystemet for suicidaliteten allerede er aktiv. Som artikkel 2 nevnte var det forhøyet risiko for selvmord blant de barna og ungdommene som var tilknyttet til barnevernet (Milde et al., 2021, 715). På skolene, hos familiene og på internettet, er de stedene hvor tiltak mot selvmord kan settes i gang før suicidaliteten oppstår blant barn og unge. Det hadde vært interessant med mer forskning om tiltak og effektiviteten av dette på digitale plattformer. Barn og ungdom er som sagt mer og mer på nettet og kan være den plassen barnevernspedagoger bør ha fokus på å sette i gang tiltak for å kunne nå ut til de og forebygge selvmord. I tillegg kan det være interessant med forskning på effekten skolene har ved å få flere miljøterapeuter hos seg. Ved økt kunnskap og ferdigheter rundt selvmordsatferd ville det hjelpe miljøterapeutene å kunne identifisere de ulike risikofaktorene hos barna og ungdommene på skolen (Russell et al., 2021, s. 655-656).

7.0 Litteraturliste

Aslaksen, P. (2022, 03. januar). *Kognitiv atferdsterapi*. Store medisinske leksikon.

https://sml.snl.no/kognitiv_atferdsterapi

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (fourth edition.). Open university press.

Coughland, M. & Cronin, P. (2017). *Doing a literature review in nursing, health and social care* (second edition.). SAGE Publications Ltd.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal. ***43 sider**

Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.). (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Gyldendal akademisk. ***236 sider**

Hassel, B. (2022, 29. mars). *Serotonin*. Store norske leksikon. Hentet 13. mai. 2022 fra

<https://sml.snl.no/serotonin>

Helsedirektoratet. (2017, 11. juli). 7.2 *Om selvmordsforsøk*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvsmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvsmordsforsok>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord. 2020-2025. Ingen å miste*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvsmord-2020-2025.pdf>. ***68 sider**

Henriksen, C. (2019, 18. oktober). *Selvskading*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/selvskading>

Hjelmeland, H. (2022). *Selvmondsforebygging: For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm Akademisk. *432 sider

Mehlum, L. & Larsen, K. (2021). Ulike forskningstradisjoner innen selvmordsforebygging. I Dyregrov, K. & Songe-Møller, V. (Red.). (2021). *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. Cappelen Damm Akademisk. *22 sider

Milde, A. M., Gramm, H. B., Paaske, I., Kleiven, P. G., Christiansen, Ø. & Havnen, K. J. S. (2021). Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review. *Child & family social work, 2021-11, Vol.26 (4), 708-719*.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12832>. *12 sider

Postholm, M, B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget. *23 sider

Russell, D. H., Trew, S. & Higgins, D. J. (2021). Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. *American journal of orthopsychiatry, 2021-01-01, Vol.91 (5), 647-659*. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1037/ort0000555> *13 sider

Skre, I. B. (2020, 03. september). *Multisystemisk terapi*. Store norske leksikon.
https://snl.no/multisystemisk_terapi

Statistisk sentralbyrå. (2021a). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank: D10a: Selvmord etter alder og døds måte* [Statistikk].
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Statistisk sentralbyrå. (2021b) *Dødsårsaksregisterets statistikkbank: D10b: Selvmord etter kjønn og døds måte* [Statistikk].
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M, L., Reneflot, A., Zahl, P. H., Myklestad, I. & Hauge, L. J. (2014, 11. mai.). *Selvmond i Norge: To av tre som begår selvmord, er*

menn. Svært mange pårørende blir berørt av selvmord hvert år. Her kan du lese om selvmord i Norge og utvikling over tid. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>

Strøm, M.S., Raknes, G. & Stene-Larsen, K. (2021, 10. juni.). *Selvmord i dødsårsaksstatistikken*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selvmord-i-dodsarsaksstatistikken/>

Støren, I. (2013). *Bare søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.) Cappelen Damm AS.

Wasserman, D., Carli, V., Losue, M., Javed, A. & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific psychiatry, 2021-09, Vol.13 (3), e12452-n/a*. <https://doi.org/10.1111/appy.12452> *17 sider

Øhlckers, L, S., Heradstveit, O., & Sand, L. (Red.). (2020). *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget. *23 sider

Åm, H. & Magin, M. (2021). Bruk av andres forskning. I Stuvøy, I., Tøndel, G. & Tjora, A. (Red.). (2021). *En smak av forskning: Bacheloroppgaven som prosjekt, prosess og produkt*. Cappelen Damm Akademisk.

Valgfritt pensum: 889 sider