

BSOBAC – Bacheloroppgave med forskningsmetode

Yrkesutøveres bidrag til å forebygge selvmord

En litteraturstudie



Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

UIS mai 2022

Kandidatnummer: 7141

Antall ord: 11 649

FORORD:

*Av og til er ikke livet til å holde ut.
For enkelte blir det så mørkt at ingenting hjelper.
Ikke engang kjærligheten til sine aller nærmeste.
Noen ser ingen annen utvei enn å forlate livet.
De som står igjen, må leve videre, fattigere – uten den de var glad i.*

H.M. Kong Harald

[Egen kursiv] (NRK, 2019, 2:36)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
1.3.1 Selvmord.....	7
1.3.2 Selvmordstanker	7
1.3.3 Selvmordsforsøk	7
1.3.4 Forebygging	8
1.3.5 Yrkesutøvere	8
1.4 Hvor er vi i dag med selvmordsforebygging?	8
1.5 Formål med oppgaven	9
2.0 Faglig kunnskap	10
2.1 Honneths anerkjennelsesteori	10
2.1.1 Den private sfære, kjærlighet	11
2.1.2 Den rettslige sfære, inkludering	11
2.1.3 Den sosiale sfære, sosial verdsetting	12
2.2 Autonomi.....	13
2.2.1 Selvbestemmelsesrett	14
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode.....	16
3.2 Litteraturstudie som metode	17
3.3 Datainnsamling.....	17
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.5 Analyse.....	19
3.6 Presentasjon av artikler	20
3.7 Studiets troverdighet.....	24

4.0 Drøfting av funn	26
4.1 Kunnskap.....	26
4.1.1 Kunnskapsløft støttes.....	27
4.2 Anerkjennelse av mennesket.....	28
4.3 Sjef i eget liv (Autonomi).....	30
4.4 Relasjonskompetanse	31
4.5 Tilgjengelighet.....	33
4.6 Håp	34
5.0 Konklusjon.....	35
6.0 Litteraturliste.....	36

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

På verdensbasis tar over 700 000 mennesker livet sitt hvert år (WHO, 2021). I Norge ligger tallene på over 600 mennesker i året ifølge folkehelse rapporten til Folkehelseinstituttet (FHI, 2021). Forskning viser at menn veier tungt på selvmordsstatistikken. I 2020 var det totalt 639 personer som tok selvmord, hvor 467 av dem var menn (FHI, 2021). Dette tilsier 73% hos menn og resterende 27% hos kvinner. Kunne noe vært gjort? er spørsmålet vi gjerne stiller oss selv. Hvordan kunne vi hjulpet?

Første juledag, 2019. «*Det er med stor sorg i hjertet at vi de aller nærmeste pårørende til Ari Behn må meddele at han i dag tok sitt eget liv*» [egen kursiv] (Johansen, Thanem, Myrvang, Drægni, & Gulbrandsen, 2019). I senere tid kom det frem at Behn slet med depresjon og dype mørke tanker, men hvem kunne forutse at mannen som i flere år var Norges Ari Behn, skulle ta livet sitt første juledag. Han som smilte, virket nysgjerrig på andre mennesker og i tillegg hadde både kjæreste, barn og foreldre som alle var så glade i sin Ari. 2014, skuespilleren Robin Williams orker ikke mer, han føler seg ikke som seg selv lenger. I dokumentaren om Williams` liv, *Robin`s wish*, forteller hans kone at han ikke lignet seg selv de siste årene og at dette var noe Williams selv også la merke til. Han ble usikker på sine egne prestasjoner og hadde ikke den samme gløden. Etter hans død ble det klart at Williams var feildiagnostisert, han fikk etter sin død diagnosen lewy-body dementia. Denne diagnosen er kort fortalt en sykdom som oftest rammer mennesker i alderen 60 til 80 år. Over tid øker grad av kognitiv svikt, som sammenlignes med fremskridende demens. Det er ikke funnet en måte å kurere sykdommen på per dags dato (Engedal, 2022). Likevel var det den alvorlige depresjonen til Williams som fikk han til å velge selvmord som veien ut (Norwood, 2020). Dette forteller at kunnskap kan gi større forutsetninger for å forebygge selvmord.

Begge historiene var med på å påvirke mitt valg av tema. Jeg ble nysgjerrig og begynte å stille spørsmål om hva en kunne gjøre for å få ned selvmordstallene. Eller hva en skal gjøre om en begynner å gjenkjenne risikofaktorer. Komiker og foredragsholder Else Kåss Furuseth har videre vært med og satt søkelys på temaet selvmord. Gjennom hennes to forestillinger *Kondolerer og Gratulerer*, samt en dokumentarserie på TVNorge, *Else om Selvmord*, forteller hun åpent om hvordan det var å miste både mor og bror til selvmord. Hennes interesse som

førte til to forestillinger og en dokumentar var også med på å vekke min nysgjerrighet overfor temaet.

Fra praksis erfarte jeg både selvmordsforsøk, samt selvmord. Jeg hadde praksis ved et bofellesskap under ROP, (rus og psykiatri). Personen som gjennomførte selvmordet hadde tidligere selvmordsforsøk i journalen sin, og endte med å *klare det* til slutt. Fra min side kjente jeg meg utrygg på å gå i dialog med beboere på praksisplassen som hadde selvmordstanker. Tenk om jeg skulle si noe som kunne trigge de, eller som gjorde at ønsket om å ta sitt eget liv ble enda litt større.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å få et dypere innblikk i temaet selvmord. Spesifikt er jeg nysgjerrig på hvordan det kan forebygges.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Det var nysgjerrigheten min som var med på å stille meg spørsmålet hva jeg som fremtidig yrkesutøver kan gjøre for å hjelpe mennesker i selvmordsrisiko. Hva trengs, spesifikt innenfor mitt felt som snart trer ut i arbeid som sosionom.

Problemstilling min ble derfor: Hvordan kan vi som yrkesutøvere bidra til å forebygge selvmord hos voksne mennesker?

Som sosionom kan vi gjennom jobben vår møte på mennesker som har ønsker om eller som allerede har forsøkt å ta sitt eget liv. Vi har derfor mulighet til å bidra på en forebyggende måte, gitt at vi vet hvordan. Det skal sies at det kan være vanskelig å forebygge alt.

Selvmordstanker er beskrevet å være vanskelig å oppdage og det er dessuten ikke lett å vite hva en skal se etter om en ikke er trent til det.

I et tidsskrift fra 2014 fremkommer det at ved minst 90% av alle selvmordstilfeller spilte psykiske lidelser en vesentlig rolle (Hjelmeland., et al, 2014). I min problemstilling benevnes ikke en spesifikk gruppe det skal skrives om, men jeg vil ikke komme unna at statistikk eller forskning jeg har brukt baserer seg på mennesker som har/hadde psykiske lidelser. Dette er nevneverdig ettersom majoriteten av mennesker i selvmordsrisiko inngår i denne statistikken.

Psykiske lidelser vil bli nevnt under oppgaven, men det vil ikke settes et stort søkelys på dette.

I problemstillingen min blir voksne mennesker definert fra 18 år og oppover, både menn og kvinner. Alt under denne alderen blir ikke sett som relevant og vil bli satt som et eksklusjonskriterie. Begreper som yrkesutøver, forebygging og selvmord vil bli forklart under begrepsavklaringen.

1.3 Begrepsavklaring

Her vil jeg kort forklare begreper som vil gjentas flere ganger i oppgaven.

1.3.1 Selvmord

Ifølge Hjelmeland (2022) er det vanskelig å definere begreper som tar for seg teamet selvmord, derfor blir begrepet selvmord definert på ulike måter etter hvem som definerer (2022, s.55). Nils Retterstøl som ifølge Hjelmeland (2022) kan beskrives som suicidologiens «far» her i landet, har denne forklaringen på selvmord: «*Ved selvmord forstår vi en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden (Retterstøl, 1978, s.13)*» [Egen Kursiv] (Hjelmeland, 2022, s.59).

Under begrepet selvmord, vil det også redegjøres for begrepet selvmordsrisiko. Fra sosial- og helsedirektoratets hefte om de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, beskrives selvmordsrisiko slik: «en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er både en vurdering av person og av situasjon» (2008. s.14).

1.3.2 Selvmordstanker

Ifølge Lauveng (2020) kan selvmordstanker inkludere både de løse tankene og de tankene som omhandler konkrete planer om hvor og når en skal ta livet sitt. «Mer konkrete planer er vanligvis et mer alvorlig tegn. Samtidig kan en person som har uklare planer, plutselig gå fra planer til handling, mens andre kan ha detaljerte planer som de velger å ikke gjennomføre» (Lauveng, 2020, s.270).

1.3.3 Selvmordsforsøk

Hjelmeland (2022) forklarer i sin bok at begrepet selvmordsforsøk har opp til 10 ulike definisjoner, som det har til felles med begrepet selvmord (Hjelmeland, 2022, s.59). En av definisjonene for selvmordsforsøk er beskrevet i boken til Lauveng (2020). «Når en person forsøker å ta livet av seg, eller skader seg med ønske om å dø, men uten faktisk å dø, regnes dette som et selvmordsforsøk.» (Lauveng, 2020, s.270).

1.3.4 Forebygging

«Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling.» (Mikkelsen, 2005). Forebygging kan med andre ord forklares som noe positivt som er med på å bidra til uønskede handlinger som et selvmord.

1.3.5 Yrkesutøvere

I denne oppgaven ses en yrkesutøver (eller helsefagarbeider) på som et menneske som vil kunne oppleve å behandle /hjelp mennesker i selvmordsfare. De har også minimum to års teoretisk utdanning fra videregående opplæring (Kirkevold, 2020).

1.4 Hvor er vi i dag med selvmordsforebygging?

Dagens situasjon av selvmordsforebygging blir forklart til å være stabil. Dyregrov og Sogne-Møller forteller at selvmordstallene ikke har hatt den største nedgangen, selv etter flere tiår med offentlig innsats (2021, s.151). Tallene holder seg stabile på omkring 600 selvmord hvert år (Dyregrov og Sogne-Møller, 2021, s.151). Ernas regjering, som ble stemt inn i 2013 og satt frem til 2021, gikk i 2020 ut med en handlingsplan for forebygging av selvmord frem mot 2025. I handlingsplanen fremkommer det at det trengs mer forskning på menn og selvmord, samt eldre og selvmord. Det var videre satt 6 mål med tiltak som denne regjeringen lagde basert på funn i kunnskapsoppsummeringene, samt innspill fra fagmiljøer, profesjonsorganisasjoner, pasienter, pårørende m.m. To av målene er i samspill med min bacheloroppgave. Mål 4 «*God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko*» og mål 6 «*Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging*» [egen kursiv] (Regjeringens handlingsplan for selvmord, 2020, s. 5).

Tall viser at mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk blir behandlet av helsetjenesten i Norge (Dyregrov og Sogne-Møller, 2021, s.152). Gjennom FHI's *Figur 5* (FHI, 2021) ser vi at selvmordstallene har vært økende fra etterkrigstiden og frem mot 1990 tallet. Etter 1990 tallet

kom en brå nedgang (FHI, 2021). Fra FHI's tabell kan en se at tallene har gått opp og ned. Det til tross har det siden 1990 vært få markante svingninger. Fordi det forebyggende arbeidet kan redusere antall selvmord, kan tallene fra tabellen sammenlignes med hvor vi i dag befinner oss med dette. Det at tabellen viser mindre svingninger etter 1990 tallet forteller oss at det ikke er gjort store endringer ved selvmordsforebyggingen. Det konkluderes derfor med at det forebyggende arbeidet er på stedet hvil.

1.5 Formål med oppgaven

Med denne oppgaven ønsker jeg å se på forebyggende kunnskap for selvmord. Jeg vil søke flere verktøy å legge i verktøykassa til yrkesutøvere som står overfor mennesker som har selvmordstanker. Videre virker det å være en oppmerksomhet rundt å forebygge, men det virker å være lite som konkret blir gjort. Med større kjennskap til forebyggende verktøy kan det kanskje oppleves enklere å ta disse i bruk, når en skal forsøke å bidra til å hindre et selvmord.

Et selvmord i seg selv kan være vanskelig å snakke om, det er et tabu belagt tema. Med oppgaven ønsker jeg videre å bidra til ufarliggjøring av temaet. Dette betyr ikke at det blir lettere å snakke om det, men ved å øke oppmerksomheten på et sårt og vanskelig tema i en oppgave, anser jeg det som et bidrag til ufarliggjøring.

2.0 Faglig kunnskap

Til oppgavens faglige kunnskap har jeg valgt ut to teorier som jeg anser passer best til å besvare min problemstilling. I hovedsak vil Axel Honneth (2008) sin anerkjennelsesteori bli anvendt mest. Denne teorien vurderes relevant for oppgaven min med tanke på at mennesker i selvmordsrisiko har et behov for å bli anerkjent som et menneske.

Til slutt vil begrepet autonomi bli forklart. Menneskets autonomi går ut på å ta valg basert på egne tanker og meninger. Alle har en egen autonomi til å kunne velge døden, derfor blir dette også sett som relevant til oppgaven.

2.1 Honneths anerkjennelsesteori

Anerkjennelsesteorien av Axel Honneth handler om at mennesket er søkende etter å få respekt som individ. Hans teori utartes fra Hegels begrep om anerkjennelse (Honneth, 2008, s.7).

Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) var en kjent tysk filosof som mente at anerkjennelse avhenger av menneskets selvbestemthet (Stølen, 2022). Det er han Honneths teori utartes fra.

Honneth delte teorien sin inn i tre sfærer for anerkjennelse. Den private, den rettslige og den sosiale sfære (Honneth, 2008, s.7). Alle de ulike sfærene har til hensikt å få sunne og motstandsdyktige individer, gitt at en får anerkjennelse gjennom dem. Honneth forklarer at fordi ethvert menneske er avhengig av å bli sett av andre kan fravær av dette føre til at identiteten til et individ bryter sammen (Honneth, 2008, s.140). De tre sfærene vil bli forklart i hvert sitt avsnitt under. Ved å anerkjenne et menneske kan en få følelsen av å bli godtatt som et individ. Det blir forklart at for å oppnå et ubrutt selvforhold trenger en anerkjennelse gjennom alle tre sfærene (Honneth, 2008, s.130). Selve begrepet anerkjennelse betyr å erkjenne, akseptere eller godkjenne. En måte å oppleve anerkjennelse på er å bli sett. En kan vise anerkjennelse på ulike måter, til eksempel gjennom å aktivt lytte i samtalen eller nikke underveis for å vise at en henger med på det som blir sagt. Det kan også vises gjennom et smil, ved øyekontakt eller en hyggelig kommentar. Å vise anerkjennelse kan resultere i gode relasjoner med andre (Stai, 2020).

I denne oppgaven vil anerkjennelse fra de tre sfærene til Honneth ses og sammenlignes med funn under drøfting. Det er å anta at mennesker, uavhengig av hvem de er ønsker bekræftelse

fra andre. Mennesker er sosiale dyr (Kjensli, 2011), og det er gjennom det sosiale med andre at en kan oppleve å få anerkjennelse.

2.1.1 Den private sfære, kjærlighet

Hegel (1770-1831) har forklart at kjærlighet utgjør det første nivået av gjensidig anerkjennelse, dette fordi en bekrefter gjensidighet og med dette anerkjenner den andre som et behovsvesen (Honneth, 2008, s.104). Den private sfæren blir beskrevet som kjærlighet, fordi en er opptatt av gjensidig anerkjennelse fra begge parter, samt at den skal bygge på de intime relasjonene der det er knyttet gode og sterke følelser for andre mennesker (Honneth, 2008, s.104). Opplevelsen av kjærlighet kan gi en følelse av medmenneskelighet og omsorg. Derfor er betydningen av å ha mennesker i sin indre sirkel en vesentlig del av Honneths teori. Forholdet i den private sfære består av de primære relasjonene som parforhold, vennskap og relasjon mellom foreldre og barn (Honneth, 2008, s.104). Kjærlighet som anerkjennelsesform viser at vi søker respekt og en opplevelse av å bli sett gjennom våre handlinger. Honneth beskriver at anerkjennelsesformen knytter seg opp mellom to menneskers eksistens, samt deres følelsesmessige verdsetting av hverandre (2008, s.104). Dette kan tolkes dit hen at følelsene som oppstår mellom to personer i nær relasjon har betydning for å kjenne seg anerkjent.

I denne oppgaven er den private sfæren å anse som en viktig del av et menneske i selvmordsrisiko. Det kan dessuten oppleves psykisk balastene at en ikke får anerkjennelse av sine nærmeste støttepersoner. Den private sfæren vil bli nevnt gjennom drøftingen, men vil ikke være like sentral med tanke på at den gjenspeiler private relasjoner. I min oppgave setter jeg relasjon mellom yrkesutøver og bruker sentralt, derfor er ikke denne sfæren like sentral som de andre.

2.1.2 Den rettslige sfære, inkludering

Honneth benevner at den rettslige sfæren omhandler de individuelle kravene en kan vente seg når en er et fullverdig medlem av samfunnet, men det er også dersom en blir nektet bestemte rettigheter som den rettslige sfæren setter lys på gjennom boken hans. En blir sett på som moralsk utilregnelig og derfor ikke som andre samfunnsborgere (Honneth, 2008, s.142). Poenget med denne sfæren er at det skal være likt for alle i form av ytringsfrihet, personlig frihet og like muligheter. Mer nøyaktig fortalt, menneskets opplevelse av å bli inkludert i

samfunnet. I dette ligger også bestemmelser over seg selv og egen kropp. Honneth forklarer at det er når et menneske blir fratatt muligheten til å disponere over egen kropp som gir den mest grunnleggende formen for personlig fornøydelse (2008, s.141). I boken fra 2008 viser Honneth hvordan overgrep er et eksempel på dette. I oppgavens sammenheng kan dette knyttes mot et maktovergrep i form av tvang. Anerkjennelsen som her blir nektet «er den selvsagte respekten for enhver persons autonome disposisjon over sin egen kropp» (Honneth, 2008, s.141). Mennesker i selvmordsrisiko vil kunne kjenne på en avmaktssituasjon dersom de til eksempel blir sett på å være til fare for eget liv. Å være til fare for eget liv eller andres kan medføre tvang ifølge Psykisk helsevernlov §3-3 av 1999. Honneth benevner at en opplevelse som tap av rettigheter, fører til tap av selvrespekt (2008, s.142). Tilhørigheten til samfunnet og opplevelsen av å inneha de samme muligheter og rettigheter som alle andre, er med på å gi borgere av samfunnet et likere utgangspunkt. Den rettslige sfæren er derfor å anta som en elementær del av menneskets behov for å bli anerkjent av samfunnet.

I oppgaven min oppleves det at mennesker som har selvmordsfare har tilgang til sine rettigheter. Det eneste unntaket oppleves å være ved tvang. Likevel kan ikke dette sies for alle som velger å ta livet sitt basert på verdensnivå. Det er ulike regler i ulike land, derfor er det ikke gitt at alle har like lover og regler som gir like muligheter for alle borgere. Oppgaven min rettes ikke inn mot rettighetene, men likevel vil den rettslige sfæren bli tatt med under drøftingen.

2.1.3 Den sosiale sfære, sosial verdsetting

Honneth forklarer at sosial verdsetting handler om «anerkjennelse av de spesielle egenskapene som skiller mennesker fra hverandre.» (2008, s.138). Denne anerkjennelsesformen kan til eksempel oppleves gjennom kolleger, ved at de setter pris på arbeidet som andre gjør på arbeidsplassen. Videre kan en få anerkjennelse gjennom sosiale sammenhenger. Poenget er at en skal kjenne på å bidra positivt til samfunnet og dermed oppnå sosial verdsetting. Vi kan kun virkeliggjøre våre egne felles mål ved selv å aktivt sørge for at den andres egenskaper får utfolde seg forteller Honneth (2008, s.138). Solidaritet eller sosial verdsetting «forutsetter at de sosiale forholdene er preget av symmetrisk verdsetting mellom individualiserte subjekter» (Honneth, 2008, s.138). Sagt på en annen måte betyr dette hva som er med på å gjøre oss unike og spesielle i samfunnet. Mennesker er forskjellige, de er opptatt av ulike ting og gjør ting på forskjellige måter, noe Honneth ser nærmere på under

denne sfæren. Honneth forteller videre at denne sfæren gjør det mulig for individer å se på sine egenskaper på en positiv måte (Honneth, 2008, s.130).

Videre i oppgaven blir den sosiale sfære sett på gjennom helsepersonells anerkjennelse av mennesker i selvmordsrisiko. Denne sfæren er vesentlig med tanke på vår rolle som yrkesutøver. Derfor vil denne kunne oppleves sentral under drøftingen.

2.2 Autonomi

Autonomi betyr menneskets evne til å ta egne valg. Immanuel Kant (1724-1804) innehar den mest kjente teorien. Han forklarer at «*autonomi blir brukt om viljen når den utelukkende bestemmes av den praktiske fornufts iboende morallov – det kategoriske imperativ.*» [egen kursiv] (Sagdahl, 2019). Dette kan forstås som at autonomi blir anvendt basert på menneskets iboende fornuft og den moralen de har blitt opplært til å ha. Dypest sett er selvmord en menneskelig handling sier Dyregrov og Sogne-Møller (2021, s.21). Det er kun mennesket selv som har valget om å leve eller dø. Selv om mennesker rundt stiller spørsmål ved andres selvmord og undrer seg over hvorfor og hvordan dette kunne skje, så var det likevel et valg basert på individets autonomi.

Et selvmord kan oppleves som veien ut av noe vanskelige. Dyregrov og Sogne-Møller forteller i sin bok om at «Heidegger gjør et stort poeng av at døden i ekstrem forstand er min ... bare jeg kan dø min egen død.» (2021, s.21). Dette kan forstås som at ingen kan pålegge andre en *frivillig* død, den må gjennomføres selv. I dag kan en sammenligne dette med *Aktiv dødshjelp*.

Aktiv dødshjelp betyr ifølge store norske leksikon å ta livet av en person som har gitt samtykke. Sagt med andre ord, å hjelpe et menneske med å ta sitt eget liv (Ursin, 2021). Det er flere etiske spørsmål rundt temaet aktiv dødshjelp. Spesifikt «*hvor stor råderett bør en ha over sitt eget liv? Og hva kan og bør en hjelpe andre med?*» (Ursin, 2021). Dette kan sammenlignes med å være under tvang. En risikerer å miste rettigheter over egen autonomi og mulig egen kropp. For mennesker med spiseforstyrrelser som er underernærte kan dette oppleves spesielt krenkende. De risikerer å miste muligheten til å bestemme over eget matinntak og derfor også kontrollen de opplever å inneha over egen kropp.

Ved aktiv dødshjelp kan en enten injisere dødbringende medikamenter eller utlevere de og la vedkommende ta de selv (Ursin, 2021). Alternativ en, å injisere dødbringende medikamenter kan sammenlignes med dødsstraff som blir anvendt i land som blant annet USA. Forskjellen er mangel på frivillighet. De som blir dømt av det amerikanske rettssystemet får ikke ta et aktivt valg. Til nå er aktiv dødshjelp ansett som straffbart i Norge, dette fordi det menes at alle liv er like mye verdt uavhengig av til eksempel sykdom eller ikke. Likevel viser en spørreundersøkelse blant den norske befolkningen at det er et flertall for å legalisere dødshjelp. Helsepersonell derimot mener det ikke burde legaliseres (Ursin, 2021). Mulig mener helsepersonell dette fordi det står skrevet i deres yrkesetiske prinsipper at en ikke skal bidra til å aktivt hjelpe et menneske med å dø (Ursin, 2021).

Hjelmeland (2022) har i sin bok et sitat fra Marsh (2016) som underbygger at selvmord er individuelt, «*suicidalitet er noe som oppstår «inni» en enkeltperson.*» [egen kursiv] (2022, s.22). Mennesker har et eget valg om hvorvidt de ønsker å dø eller leve. Selvmord kan for utenforstående virke som en unaturlig handling, men det er da en glemmer at det ligger i menneskets mulighet å ta selvmord (Dyregrov og Sogne-Møller, 2021, s.21). Det anses derfor som avgjørende å være klar over denne muligheten. Autonomi ses i lys av dette på som relevant til min oppgave.

2.2.1 Selvbestemmelsesrett

Retten til å bestemme over eget liv, også kalt selvbestemmelsesretten ligger sentralt i ordet autonomi. For mennesker som befinner seg i selvmordsrisiko kan muligheten til å bestemme over eget liv bli begrenset, deriblant ved tvang. Om tvang hjelper kan diskuteres. Frivillighet blir satt til å være den beste metoden. Det åpner for samarbeid, samt selvbestemmelse. «*Ens rett til å bestemme over sitt eget liv, bør også omfatte en rett til å bestemme over sin egen død*» (Ursin, 2021). Likevel oppfatter en ikke et selvmord som en rett til å bestemme over sin egen død. Dette blir heller omtalt som en tragedie at et menneske velger å dø på en slik måte. Det betyr ikke at en skal glorifisere et selvmord, og en trenger ikke forstå det, men heller se autonomien i valget vedkommende tok. Mennesket som utførte handlingen, tok et aktivt valg og bestemte selv hvordan gjennomføringen av selvmordet skulle foregå.

Å ikke la mennesker bestemme over eget liv kan oppfattes som en krenkelse. Helsepersonell kan stå for disse krenkelsene, de tar fra andre retten til å velge døden. Ursin forteller at om en

har et «veloverveid og vedvarende ønske om å avslutte eget liv, bør ikke andre legge hindringer i veien for det, men tvert imot være til hjelp» (Ursin, 2021). Dette strider imot helsepersonells yrkesetiske prinsipper og tanken om at livet er like verdifullt uavhengig av sykdom eller andre grunner som får en til å velge døden. «En har rett til liv, men ingen plikt til å leve» (Ursin, 2021). Plikten til å leve virker likevel å være til stedet. Å ta sitt eget liv virker sjeldent å være forbundet med menneskets selvbestemmelse, men blir heller sett på som en unormal handling. Av den grunn ses selvbestemmelsesretten på som en relevant del av autonomien.

3.0 Metode

I metodekapittelet vil jeg ta for meg valg av metode til min oppgave. Videre vil jeg forklare hvilke kriterier jeg har brukt for å inkludere - og ekskludere artikler, samt hvordan jeg har kommet frem til disse artiklene gjennom databasen. Til slutt vil jeg fremvise hvilke artikler jeg har valgt å ta med i oppgaven.

3.1 Valg av metode

Metoden skal ifølge Dalland være den som er best egnet til å gi god data og er den metoden som belyser problemstillingen best (2020, s.193). Den skal videre være hensiktsmessig og selve redskapen i en undersøkelse (Dalland, 2020, s.53). I hovedsak kan en velge mellom kvalitativ- eller kvantitativ metode og litteraturstudie. Litteraturstudie bygger på funn fra artikler, mens kvalitativ og kvantitativ bygger på funn som en selv har forsket på, enten i form av spørreundersøkelser eller intervjuer. Enkelte metoder er personavhengige, mens andre er i liten grad avhengige av utøveren (Dalland, 2020, s.56). Ved valg av metode må en tenke på hvilken som kan gi det beste svaret, samt hva som vil være det lureste med tanke på tid. Tilgang til informasjon på det valgte temaet må en også tenke over. Finnes det gode artikler på det eller burde en undersøke dette selv. Videre må en se om det er gjennomførbart med den enkelte metode en tenker å bruke (Dalland, 2020, s.57). Det kan være at flere av metodene er egnede og da kan da være lurt å ta en gjennomgang og se med et kritisk blikk på fordeler og ulemper ved de ulike metodene. Metodene har til hensikt å få frem ny kunnskap, og skal etterprøves på hvorvidt de er gyldige og valide (Dalland, 2020, s.53).

Arbeidet med oppgaven min har bestått av å søke kunnskap og litteratur om temaet. Det har også bestått av å finne relevant statistikk slik at en kan få et innblikk i dagens situasjon av selvmord. WHO og FHI hadde den beste statistikken på mitt tema og derfor ble disse benyttet mest. Videre opplevde jeg at det var vanskelig å søke etter relevante artikler i den valgte databasen. Dette fordi flere av artiklene som dukket opp ikke inneholdt de ordene jeg brukte til å søke med. Om jeg ikke hadde valgt litteraturstudie som metode kunne jeg formulert spørsmål til de andre metodene som kunne gjort oppgaven min mer konkret. Videre har artiklene jeg valgte egne problemstillinger som ikke treffer min problemstilling eksakt. Majoriteten av artiklene i denne oppgaven baseres dessuten på kvalitativ metode. Jeg hadde håpet på større variasjon i oppgaven, gjerne med både kvalitativ og kvantitativ metode, men

også uten metode i form av en vitenskapelig artikkel. Til tross for at tre av artiklene inneholdt kvalitativ metode opplevdes de gode nok til å kunne besvare problemstillingen min, jeg kunne derfor forsvare hvorfor de ble tatt med.

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er som nevnt litteraturstudie anvendt som metode. Støren (2013, s.39) sa at «litteraturstudie er en systematisering av kunnskap, det vil si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den». Jeg vil anvende litteraturstudie for å samle opp relevant informasjon og bruke dette til å drøfte min valgte problemstilling. En svakhet med litteraturstudie er at det baserer seg på materiale som allerede er forsket på, derfor kan dette bety at den ikke er like konkret.

Kvalitativ metode var i tankene, men på grunn av tiden og tilgangen på mennesker jeg kunne ha snakket med, innså jeg at dette ville bli vanskelig å få til. Mennesker med selvmordstanker er dessuten en sårbar gruppe og derfor vil det heller ikke være etisk riktig å intervju de. En annen grunn til ikke å bruke kvalitativ metode er fordi jeg selv ikke har nok informasjon og kunnskap om mulige intervjuobjekter. Dette kan være en bedre mulighet i en masteroppgave. Kvantitativ metode anses som en irrelevant metode å anvende. Basert på at denne metoden skal være representativ og samtidig nå ut til nok deltakere. En mulighet kunne vært å sende ut et spørreskjema til yrkesutøvere som jobber spesifikt med mennesker som har gjennomført selvmordsforsøk eller tatt livet sitt, men siden dette ikke gir svar på min problemstilling, ser jeg ikke på dette som et alternativ. Denne metoden setter dessuten søkelys på statistikk, noe som også ses på som irrelevant til oppgaven min. Derfor er min konklusjon at litteraturstudie er den beste metoden til å besvare min problemstilling.

3.3 Datainnsamling

Dataene til oppgaven min ble samlet inn gjennom databasen Oria. Søkene ble utvidet fra UIS sitt bibliotek til alle norske fagbibliotek og ble funnet i ulik rekkefølge fra 25.januar til 2.mars. I starten forsøkte jeg å søke på ord som var relevante, slik som selvmord, prevent eller forebygge. Artiklene som opplevdes relevante kom stort sett opp som en av de første alternativene på den første siden. Det ble søkt etter både norske og engelske artikler. Det var størst søkertall på de engelske artiklene. Ettersom jeg baserer denne oppgaven på allerede

innsamlet data, opplevdes det vanskelig å finne artikler til tross for at det ble søkt med relevante ord. For å finne artiklene ble det anvendt inklusjons- og eksklusjonskriterier som jeg vil forklare nærmere under 3.4.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier omhandler å inkludere det relevante for oppgaven og ekskludere det irrelevante. Dalland forteller at med problemstillingen vår bør vi sette noen kriterier som kan være med på å redusere antall søkertall (Dalland, 2020, s.148), derfor disse kriteriene. Støren har forklart noen eksempler på inklusjon- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier kan være språk, publikasjonstype, aldersgruppe og tidsrom (2013, s.38). Størens eksempel på et eksklusjonskriterie er oversiktsartiklene (2013, s.38). Ved å benytte eksklusjonskriterier har en mulighet til å avgrense for hvilke artikler som ikke behøve å være med. For lettere å se hva som ble inkludert og ekskludert har jeg laget en oversikt nedenfor.

Inklusjonskriterier:

- Tidsrom – Alle artiklene ble avgrenset i tidsrom. Dette for å få ned antall treff. Artikkel 2 sine artikler gikk kun opp til 2018, men artikler fra før 2016 ble ekskludert. Artikkel nummer 3 ble avgrenset fra 2016-2021. De siste artiklene ble værende i tidsrommet på 10 år. Artikkel 1 (2012-2022) og 4 (2010-2020). Artiklene ble ansett som relevante uavhengig av årstall da dette ikke hadde noe påvirkning på hva som kom frem i artikkelen.
- Språk – Det ble gjort søk både på norsk og engelsk. Det er gjort mye forskning på selvmord i engelske studier og derfor var det nyttig å se på artikler som også var engelskspråklige. Spesifikt begrenset jeg kun til engelsk ved artikkel 1.
- Artikkel – Jeg valgte å avgrense ved å spesifisere søket med kun artikler. Likevel ikke inn mot fagfelleverderte artikler. Dette fordi vi ble opplyst av biblioteket ved UIS at Oria ikke alltid var trygt å stole på. Enkelte artikler kunne til eksempel være fagfelleverderte, uten at Oria tydeliggjorde dette.

Eksklusjonskriterier:

- Alder – Det ble avgrenset i aldersrom. Barn og ungdom ble ekskludert. Artikler som satt søkelys på eldre ble også ekskludert. Likevel kunne aldersspennet i enkelte artikler gå opp mot pensjonsalder. Vanlig pensjonsalder i Norge er 67 år, men artikkel 4 har

pasienter opp mot 69 år. Artikkelen satt ikke søkelys på eldre og derfor kunne denne klassifiseres som en relevant artikkel.

- Tidsrom – I hovedsak ble artikler før tidsrommet 2016 ekskludert. Dette fordi, desto nyere forskningen er, desto bedre er det å bruke den og drøfte den. Det ble likevel gjort to unntak med artikler som kom i 2012 og 2013, dette var artikkel 1 og 4 (som tidligere nevnt).
- Artikler – Et kriterie i oppgaven var at artiklene skulle være fagfelleverderte, derfor ble artikler som ikke var dette luket vekk etter treffene. Artikler som var irrelevante og ikke hjalp til å besvare min problemstilling ble også tatt bort.

I søking etter artikkel 1 forsøkte jeg å skrive inn hele setninger i søkefeltet. Ved et søk på setningen «can we really prevent a suicide?» dukket artikkelen jeg ønsket å ta med opp. Etter avgrensingen satt jeg igjen med 22 354 treff. Etter at jeg hadde bladd gjennom flere av sidene og sett igjennom flere av artiklene, kom jeg frem til at den øverste artikkelen var best egnet til min oppgave. Artikkel 2 og 3 ble funnet etter flere ulike ord og ordsammensetninger. Treffet kom etter søket «(prevent *ELLER* forebygge) (selvmord *ELLER* suicide) (hjelp) (selvmordsfare)». Søkeresultatet kom på 3 treff. Her virket to av artiklene relevante for min oppgave, den siste konkluderte jeg med var irrelevant for oppgaven.

Artikkel nummer 4 ble funnet etter søk på forskjellige forfattere, etterfulgt av ordet selvmord. Jeg tenkte det kunne hjelpe meg å avgrense i antall treff. Det ble kun søkt etter forfattere som har tilknytning til selvmords feltet. Deriblant Heidi Hjelmeland, Lars Mehlum og Gudrun Dieserud. Etter søket «*Biong*» etterfulgt av ordet «*selvmord*» uten parenteser kom jeg frem til den fjerde artikkelen. Totalt 17 treff kom opp etter avgrensing og av de var det den første artikkelen på listen jeg så på som relevant til min oppgave. De andre artiklene traff ikke mine søkeord.

3.5 Analyse

Analyse går ut på å grave frem hva materialet forteller (Dalland, 2020, s.221). Til oppgaven har jeg benyttet meg av tematisk analyse etter oppskrift av Aveyard (2014). Dalland forklarer at for å få tak i teksten kan en se på den fra både et helhetsinntrykk, men også dele den opp for å prøve å få tak i de ulike delene i artikkelen (2020, s.221). Dette forklarer hva en tematisk analyse innebærer, å bli kjent med eget materialvalg. En får også frem det sentrale i artikkelen

ved å se på teksten fra ulike vinkler. Til oppgaven har jeg både lest artiklene i sin helhet og videre gått gjennom de relevante delene for min oppgave, slik Dalland hevder. Artiklene har blitt lest flere ganger for å forsøke å fange essensen i det som blir skrevet. Dette gjorde det lettere for meg å se hvilke temaer jeg kunne ha med i drøftingen. Flere av artiklene hadde like temaer jeg kunne sammenligne og disse er gjort rede for under 4.0.

Til å presentere artiklene vil jeg sette de inn i en oversiktstabell. Dette for å sammenligne artiklene med hverandre, som jeg tenker vil gi et bedre overblikk. Gjennom tabellen vil jeg vise hvilke mål eller forskningsspørsmål artiklene innehar, samt hvilke relevante temaer de belyser som vil bli nevnt under drøfting (4.0). Videre vil jeg forklare sentrale funn gjennom fire avsnitt som hver seg representerer de fire artiklene som blir fremstilt i tabellen. Det vil også bli forklart hvordan artiklene er relevante for oppgaven.

3.6 Presentasjon av artikler

Artikkel 1: Can We Really Prevent Suicide? (Schwartz-Lifshitz, Zalsman, Giner og Oquendo. 2012)

Artikkel 2: «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever» - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk (Vatne og Nåden. 2018)

Artikkel 3: Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» - Noe mer enn et førstehjelpskurs? (Madsen og Tallaksen. 2017)

Artikkel 4: Orker ikke mer – Selvmord etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern (Burheim og Biong, 2013)

Tabell I:

	<u>Artikkel 1</u>	<u>Artikkel 2</u>	<u>Artikkel 3</u>	<u>Artikkel 4</u>
År, språk og navn	2012. Engelsk. Schwartz- Lifshitz, Zalsman, Giner og Oquendo.	2018. Norsk. Vatne og Nåden.	2017. Norsk. Madsen og Tallaksen.	2013. Norsk. Burheim og Biong.
Artikkelens metode	Vitenskapelig artikkel	Kvalitativ forskningsinterjvu inspirert av Kvale og Brinkmann (2009)	Kvalitativ via gruppeintervjuer	Kvalitativ studie basert på journaler
Mål/ forsknings- spørsmål	Mål: Ønsket å belyse hvordan en kan forebygge selvmord.	Forsknings- spørsmål: «Hva tenker personer om selvmordsforsøket de har gjennomført?»	Mål: å utvikle kunnskap om hvilken betydning dette kurset har og har hatt for ansatte i NAV/offentlig førstelinje i deres møte med selvmordsnære brukere.	Forsknings- spørsmål: «Hvordan beskriver behandlere pasientens opplevelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon i tiden rett før selvmordet skjedde?»
Deltakere		6 menn og 4 damer. Hvor 9 har mislykket selvmordsforsøk,	14 kvinner og 2 menn, yrkesutøvere som jobber i NAV.	Funn fra 32 avdøde pasienter som alle tok selvmord i løpet

		1 har hatt alvorlig selvmordstanker.		av 14 dager etter utskrivelse.
Relevante temaer	Identifisering, opplæring av helsetjeneste, oppfølging etter selvmordsforsøk.	Savn av tid og rom for å snakke med helsepersonell, vanskelig å be om hjelp.	Oppløst å bli tryggere etter kunnskapsløft, ble også tydeligere i spørsmål.	Håpløshet i å ikke klare livet, kjente på trygghet ved innleggelse.

Artikkel 1 sammendrag

Can We Really Prevent Suicide? (Schwartz-Lifshitz, Zalsman, Giner og Oquendo. 2012)

Den første artikkelen tar for seg to temaer. Det første bygger på risikofaktorer gjennom diagnoser, det andre tar for seg ulike måter å forebygge selvmord på. Den relevante delen for denne oppgaven ses fra det andre temaet om forebygging. Det blir fortalt at trening av gatekeepere kan resultere i et bedre arbeid med forebygging (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.628). Artikkelen belyser også hvor viktig det er med oppfølging etter et selvmordsforsøk, ettersom dette er forbundet med en av de største risikofaktorene til selvmord (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.630). Denne artikkelen ser på ulike metoder og tiltak hvor enkelte er relevante for hvordan en yrkesutøver kan hjelpe pasienter med å forebygge selvmord. Artikkelen blir dermed sett relevant for å hjelpe meg med å besvare min problemstilling. Det konkluderes med at selvmordsforebygging krever ulike strategier på individ, system og samfunnsnivå. Ved hjelp av de ulike metodene fra artikkelen kan de samlet være med på å forebygge selvmord.

Artikkel 2 sammendrag

«Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever» - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk (Vatne og Nåden. 2018)

Totalt var det tre temaer som Vatne og Nåden setter lys på gjennom artikkelen. Det er ønsket om å avslutte lidelsen, tanken på gjentakelse som både skremmende og forlokkende, og til slutt selvmordsforsøket – reelt eller «bare» et rop om hjelp? Flere av intervjuobjektene opplevde en følelse av mislykkethet over ikke å ha klart å ta sitt eget liv. I møte med

intervjuobjektene kunne helsepersonell vise en «ta deg sammen holdning», følgene av dette var at det ble vanskelig å spørre om hjelp (Vatne og Nåden, 2018, s.34). Denne artikkelen hjelper meg å besvare problemstillingen min gjennom å fortelle hvordan yrkesutøvere kan ta vare på mennesker som har hatt eller enda har selvmordsfare.

Artikkelen konkluderte med at ønsket om å avslutte en uutholdelig lidelse var drivkraften i selvmordsforsøket. Videre i konklusjonen settes det søkelys på at helsepersonells oppfatning av at selvmordstanker kun er et rop om hjelp, synes å øke skamfølelsen (Vatne og Nåden, 2018, s.38).

Artikkel 3 sammendrag

«Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» - Noe mer enn et førstehjelpskurs? (Madsen og Tallaksen, 2017)

Denne artikkelen ble delt i to temaer, økt mestringsevne og økt profesjonell handlekraft. Funnene fra denne artikkelen viser at de ansatte kjente seg tryggere i jobben og i relasjoner med NAV brukere (Madsen og Tallaksen, 2017, s.170). De opplevde samtidig at med kunnskapen de fikk, klarte de å kartlegge brukere bedre og oppnå færre henvisninger (Madsen og Tallaksen, 2017, s.172). De ansatte i NAV opplevde dessuten økt anerkjennelse i nettverket til andre yrkesutøvere etter at de tok kurset (Madsen og Tallaksen, 2017, s.172). Hvordan et kurs kan hjelpe å øke kompetansen hos yrkesutøvere er det som blir sett som relevant for min oppgave. Kurset ble konkludert med å være noe mer enn et førstehjelpskurs. En grunn til dette var at NAV ansatte kjente på utvikling gjennom møter og at de kunne følge opp brukere med selvmordsrisiko over tid (Madsen og Tallaksen, 2017, s.176).

Artikkel 4 sammendrag

Orker ikke mer – Selvmord etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern (Burheim og Biong, 2013)

I denne artikkelen viser funnene at pasientene opplevde det slitsomt å leve. Flere av journalene ga et inntrykk av at pasientene kjente på håpløshet, samt en likegyldighet overfor liv og død (Burheim og Biong, 2013, s.8). Artikkelen viser at flere av pasientene valgte å skrive seg ut midt under behandlingen, men det ble også vist at pasienter ble skrevet ut mot sin vilje. Flere fortalte at de opplevde en trygghet ved innleggelse, likevel ble de utskrevet. Det var også beskrevet at pasienter og behandlere var uenige om eventuelle utskrivelser eller

eventuelle reinnleggelser (Burheim og Biong, 2013, s.9-10). Det ses som relevant for min problemstilling at erfaringer fra mennesker som har tatt livet sitt kan bidra til å svare på hvordan det kan forebygges. Derfor er denne artikkelen tatt med i oppgaven.

Konklusjonen viser at behandlere fikk en opplevelse av at pasientene ikke orket mer. Møtet mellom pasientens erfaringskunnskap og behandlerens profesjonelle kunnskap var også noe som opplevdes særlig utfordrerne (Burheim og Biong, 2013, s.13).

3.7 Studiets troverdighet

Ifølge Dalland må data være samlet inn på en god måte for å bli kalt pålitelige, de skal også være nøyaktige og relevante (2020, s.63). Pålitelighet eller reliabilitet betyr at dokumentene vi har er til å stole på (Dalland, 2020, s.58). Dette er også med på å fortelle leser at kildene vi bruker er trygge. En leser får dessuten muligheten til å tyde påliteligheten til en oppgave dersom en forteller om eventuelle feilkilder, samt berettiger hvordan en har samlet inn dataene (Dalland, 2020, s.58). Det er derfor relevant at oppgaven har god pålitelighet. Studiens validitet bygger på dens relevans og gyldighet (Dalland, 2020, s.43). Sagt på en annen måte betyr det at funnene i oppgaven er gyldige. Å ha en oppgave med god validitet gir et helhetlig inntrykk av god struktur, dermed er dette sentralt at blir satt søkelys på.

Jeg opplever at artiklene jeg har funnet er blitt sett nøye på, spesifikt i form av relevans. Samt at de kan gi et svar på problemstillingen. Videre har jeg sett på om artiklene kan sammenlignes med hverandre. Flere belyser samme temaer som gjorde det lettere å velge ut hva drøftingen skulle bestå av. Basert på artiklene jeg har funnet til oppgaven er alle fagfelleverderte og av den grunn trygge å anvende. Det har videre blitt anvendt kilder fra nett og bøker, her har jeg stilt meg kritisk til hvorvidt kildene er pålitelige og valide. Kildene fra nett og bøker underbygger hvorfor funnene i oppgaven min er aktuelle og relevante. Det konkluderes derfor med at oppgaven min har god reliabilitet og validitet.

Videre har jeg koblet opp mine funn til Honneths anerkjennelsesteori og menneskets autonomi. Flere av artiklene jeg har valgt benevner både indirekte og direkte ordet anerkjennelse, derfor opplevdes det uunngåelig å velge en annen teori. Videre er menneskets autonomi grunnleggende for ethvert menneske. En har mulighet til å velge livet, men en har også mulighet til å velge døden. Med dette i minnet er autonomi vesentlig for mennesker i selvmordsrisiko. Videre har jeg forsøkt å holde meg kort om egne meninger og ikke latt dette

overstyre oppgaven. Til eksempel har jeg stilt meg kritisk til om det er mulig å forebygge selvmord. Jeg tenker dette kun har tilført oppgaven min et kritisk blikk og ikke overstyring av egne meninger.

4.0 Drøfting av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg vise frem de ulike funnene fra artiklene som blir sett på som forebyggende. Det vil bli sett nærmere på kunnskap, relasjon, helsepersonells tilgjengelighet, anerkjennelse, det å være sjef over eget liv, samt håp. Temaene nedenfor gjenspeiler hva artiklene forklarer, og hva jeg ser på som kan bidra til å forme et svar til problemstillingen. Alle de valgte temaene er tatt med fordi artiklene har synliggjort dem. Likevel vil ikke alle sider av temaene belyses grunnet oppgavens omfang. En annen grunn til at ikke alle sider vil belyses er at når flere av temaene er relevante, må enkelte sider utelates. Kun det som kan hjelpe meg å svare på problemstillingen vil bli tatt med. Funnene mine vil videre bli drøftet i lys av anerkjennelsesteorien til Honneth (2008) og autonomi.

4.1 Kunnskap

Kunnskap kommer frem som relevant gjennom to av artiklene. Artikkel 1 av Schwartz-Lifshitz et al. (2012) viser gjennom temaet opplæring av primærhelsetjenesten at det trengs kunnskap i form av hvordan vi skal gjenkjenne selvmordsfare. Gatekeeper programmet er et bidrag til opplæring av yrkesutøvere. Spesifikt lærer en gjennom programmet å stille de vanskelige spørsmålene som, «har du planer om å ta ditt eget liv». Fra artikkelen fremkommer det at dette programmet kan bidra til å stoppe mulige selvmordsforsøk (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.628). Madsen og Tallaksen (2017) benevner også dette programmet i artikkel 3. Gatekeepere og deres treningsprogram blir ansett som viktige bidrag for å oppnå nasjonale mål mot selvmordsforebygging (WHO, 2012, Madsen og Tallaksen, 2017, s.167). Gatekeeper programmet er derfor en mulig måte for yrkesutøvere å tilegne seg kunnskap om det forebyggende arbeidet.

Artikkel 3 (2017) tar videre for seg førstehjelpskurset som i all hovedsak omhandler å tilegne seg mer kunnskap i deres daglige arbeid med mennesker i selvmordsfare. Flere informanter i artikkelen sa at de ikke turte å stille de vanskelige spørsmålene fordi de kjente seg usikre på egne ferdigheter med temaet. En av deltakerne forklarte det slik: «... *Hva hvis han sier noe som jeg ikke kan – gå videre eller gi svar på – hvordan skal jeg takle det?*» (Madsen og Tallaksen, 2017, s.170). Etter kurset hadde deltakerne ifølge artikkelen blitt mer sikre basert på kunnskapen de hadde fått gjennom førstehjelpskurset. En deltaker forklarte det slik: «*Hvorfor skal ikke jeg ta den samtalen når jeg vet litt hvordan det er, istedenfor at en kollega*

eller noen andre som enten synes det er veldig ubehagelig eller som ikke har lært noe om det på en måte ...» (Madsen og Tallaksen, 2017, s.171). At de ansatte opplevde seg sikrere kan tolkes dit hen at de samtidig mottok anerkjennelse for kompetanseløftet sitt. Honneths (2008) sfære om sosial verdsetting gjør det mulig for individer å se på sine gode egenskaper på en positiv måte (Honneth, 2008, s.130). De ansatte brukte sin nye kunnskap og kunne derfor kjenne at de fikk anerkjennelse for dette. De trakk seg ikke unna brukeren, men tvert imot opplevde at det var lettere å ta saker som andre syns var ubehagelige.

Ifølge artikkel 1 (2012) hadde i gjennomsnitt 77% av de som tok selvmord vært i kontakt med helsetjenesten året før selvmordet. Videre var det 45% som begikk selvmord som hadde vært i kontakt en måned før deres død (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.628). Underanerkjennelse og underbehandling av psykiske lidelser i helsetjenesten anses som et problem å identifisere. Psykiske lidelser er hos de fleste ubehandlet i etterkant av selvmordet (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.628). Det kan på grunn av dette virke som det også trengs kunnskap om psykiske lidelser, spesielt ved de lidelsene som har stor selvmordsfare. Depresjon kommer frem gjennom artikkel 1 som en av de psykiske lidelsene som oftest knyttes opp mot selvmord. Fra artikkel 1 forklares det at *«mer enn halvparten av alle klinisk deprimerte personer har selvmordstanker»* [egen kursiv] (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.625, egen oversettelse). Av den grunn kan et kunnskapsløft om psykiske lidelser også spille inn i forebyggingen.

4.1.1 Kunnskapsløft støttes

Både gjennom Sosial- og Helsedirektoratet, Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS), samt Regjeringens handlingsplan for selvmord, formidler alle at det trengs mer kunnskap. Sosial- og helsedirektoratet beskriver at det er viktig å trene helsepersonell og gjøre de i stand til å oppdage selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008 s.14). Dette støttes også av Dyregrov og Sogne-Møller som i sin bok skriver at på grunn av de høye selvmordstallene som er blitt avdekket, trengs det bedre verktøy i kartleggingen av selvmordsfare (2021, s.26). Tidlig gjenkjenning av selvmordsfare og gatekeeper programmet vises både gjennom artikkel 1 (2012) og artikkel 3 (2017). Dette viser at det er satt et søkelys på dette.

LFSS ser det som nødvendig å øke kompetansen til yrkesutøvere fordi de med stor sannsynlighet vil møte på mennesker med selvmordsatferd (LFSS, u.d.). Regjeringens

handlingsplan for selvmord har satt en nullvisjon for selvmord, samt har de satt et mål om å basere seg mest mulig på kunnskap (2020, s.4). Dette forteller hvor aktuelt det er å øke kunnskapen blant yrkesutøvere. Det vil være av stor verdi å trene yrkesutøvere som skal inn i jobber hvor en vil møte mennesker i selvmordsrisiko. En vil komme mer forberedt og kjenne seg tryggere på å gjenkjenne tidlige tegn, samt risikofaktorer som ikke ville vært like tydelige dersom en ikke hadde lært om det.

Det både Helsedirektoratet, LFSS og Regjeringens handlingsplan har til felles er at de alle ønsker et kunnskapsløft, men realiteten virker å være at det er mere prat og lite handling. Dyregrov og Sogne-Møller forklarer at det har vært mye tid til å bekymre seg og for liten tid til å forebygge (2021, s.23). Min erfaring med undervisning av selvmord som tema ved universitetet kan bekrefte dette. Som student har jeg opplevd to ganger førtifem minutter med undervisning om selvmord i løpet av mine tre år på sosionomstudiet. Lite om hvordan en fremtidig yrkesutøver kan gjenkjenne selvmordsrisiko og lite for hva en kan gjøre for å forebygge. Jeg stiller meg undrende til hvorfor dette ikke har vært et mer sentralt tema å lære om. Med regjeringens nullvisjon for selvmord, hvordan har det ikke vært i planen å la fremtidige studenter få mere kunnskap om dette, når de selv skriver i sin handlingsplan at dette trengs.

4.2 Anerkjennelse av mennesket

I Honneths (2008) anerkjennelsesteori viser han hvordan de tre sfærene er relevante for anerkjennelse. En trenger anerkjennelse gjennom alle tre sfærene for å oppnå et ubrutt selvforhold (Honneth, 2008, s.130). Det å kjenne seg anerkjent bidrar til at mennesker opplever å bli respektert, samt synliggjort. Å bli anerkjent kommer frem gjennom samtlige selvvalgte artikler. Spesifikt artikkel 2, 3 og 4. Av den grunn ses anerkjennelse på som en vesentlig del av drøftingen.

Artikkel 2 forklarer at det både kunne være flaut og pinlig å fortelle om et selvmordsforsøk (Vatne og Nåden, 2018, s.34). Hvordan en yrkesutøver møter et menneske som forteller om selvmordstanker er derfor viktig blir gjort på en ordentlig måte. Vatne og Nåden (2018) forklarer i sin artikkel at dersom en opplever at et selvmordsforsøk ses på som søken etter oppmerksomhet, eller at en blir møtt med en «ta deg sammen holdning» fra helsepersonell, så gir dette erfaringer som er med på å forsterke selv-stigmaet (Rimkeviciene, Hawgood,

O’Gorman & Diego De Leo, 2015. Vatne og Nåden, 2018, s. 29). Honneth (2008) skriver i sin bok at ethvert menneske er avhengig av å bli sett av andre og fravær av dette kan føre til at identiteten til et individ bryter sammen (Honneth, 2008, s.140). På bakgrunn av dette kan en tolke det som betydningsfullt å se andre mennesker. Å inneha følelsen av å bli respektert kan påvirke mennesker i selvmordsrisiko til å gjenoppta kontakt om en skulle behøve dette. Det kan også kjennes lettere å fortelle om sine tanker når en vet de blir møtt med forståelse, samt tatt på alvor.

Uenigheter mellom mennesker i selvmordsrisiko og yrkesutøvere ble sett som et problem fra artikkel 4 av Burheim og Biong (2013). Det kom frem at pasienter og behandlere kunne være uenige om utskrivelse og eventuelle reinnleggelser. Pasientenes autonomi virker her å komme til kort for behandlerens meninger. Flere beskrev en trygghet over å være innlagt, likevel ble de skrevet ut. Det var riktignok også pasienter som selv skrev seg ut før behandlingen var ferdig (Burheim og Biong, 2013, s.9). Dette kan tyde på at behandlere ikke anerkjenner hva slags behov pasientene har og ønsker for sin behandling. Dette forteller også om pasientenes selvbestemmelsesrett overfor behandlere.

Yrkesutøvere kunne også kjenne på anerkjennelse i jobben sin, da fra spesialisthelsetjenesten. Artikkel 3 av Madsen og Tallaksen (2017) fremviser at førstehjelpskurset ga en økt anerkjennelse i nettverket med andre yrkesutøvere. En av deltakerne fortalte det slik: *«Vi er i en annen type dialog med spesialisthelsetjenesten, og at vi – jeg opplever vel at vår stemme – at de er like avhengige av våre betraktninger som det vi er av deres vurderinger. Og det er en endring de siste årene»* (Madsen og Tallaksen, 2017, s. 172). Opplevelsen av å bli hørt ble sett på som en styrke etter kurset, derfor kan anerkjennelse hos yrkesutøvere gjenkjennes ved respekten over å bli sett på som et likemenneske fra spesialisthelsetjenesten.

Anerkjennelse er likevel ikke gitt i enhver situasjon. Opplevelsen av hvordan vi anerkjenner andre mennesker kan være med å påvirke hvilken relasjon en får. Hjelmeland (2022) fremmer i sin bok en reviewstudie gjort av Saunders og Kolleger (2012) som viser at det generelt er negative holdninger blant helsepersonell til personer som bedriver selvskading. Derimot, ved pasienter som viser høy grad av suicidalitet, eller de som i medisinsk forstand gjør mer alvorlige selvmordsforsøk, så viser det seg at helsepersonell har gjennomgående positive holdninger (2022, s. 57-58). Det er tidligere nevnt at selv om en person har uklare planer, så kan det skje en brå endring fra planer til handling, og andre kan ha konkrete planer og velge å

ikke gjennomføre likevel (Lauveng, 2020, s.270). Dette forteller at det er viktig å bli tatt på alvor og gitt anerkjennelse uansett hvor høy/lav selvmordsrisikoen anses å være. Å være forutinntatt sine fordommer overfor mennesker i selvmordsfare kan være til stor hjelp når det kommer til å vise anerkjennelse og respekt.

4.3 Sjef i eget liv (Autonomi)

Yrkesutøvere innehar en stor rolle overfor mennesker som har/har hatt selvmordstanker eller har gjennomført selvmordsforsøk. Å være klar over at yrkesutøvere har en makt som vil kunne oppleves som en avmakt anses som elementært og nødvendig. Som førsteårsstudent lærte vi om person i situasjon, som betyr at det er personen selv som vet sin egen situasjon best. Å få være sjef i eget liv kan sammenlignes med å få anerkjennelse for sine meninger og synspunkter om sin situasjon. Dette fremkommer av den rettslige sfæren i teorien til Honneth. Et menneske som blir fratatt muligheten til å disponere over egen kropp, i denne sammenheng muligheten til å bestemme hva som er til det beste for seg selv, så er det dette som gir den mest grunnleggende formen for personlig fornøydelse (Honneth, 2008, s.141). Å få respekt og anerkjennelse for sine egne meninger, selv om det tenkes at dette ikke er til det beste for pasienten, anses som en verdifull del av å være sjef i eget liv.

Fra artikkel 4 (2013) kunne en få et inntrykk av at det var sett som vanskelig å la pasientene være sjef i eget liv. Pasientene fikk ikke etterspurt eller anvendt sin erfaringskunnskap og til dels kunne også pasienter og yrkesutøvere være uenige om tiltak, behov for innleggelse, samt tidspunkt for utskrivelse (Burheim og Biong, 2013, s.12). Deres egen autonomi kan i denne opplevelsen kjennes svekket. Yrkesutøvere tar valg for dem, istedenfor med dem. Artikkel 4 (2013) forteller som sagt om pasienter som etter utskrivelse valgte å ta livet sitt i løpet av 14 dager. Om dette kunne vært unngått hvis pasientene hadde blitt hørt på at de ikke var klare for å bli utskrivet forblir spekulasjoner. Videre ble det opplevd som en belastning å bli skrevet ut fordi helsepersonell mente det gikk bra. I en av journalene ble det forklart slik: «*Han synes det er vanskelig at andre synes det går bedre mens han selv ikke føler det.*» (Burheim og Biong, 2013, s.10). Det må også nevnes at det var to pasienter som skrev seg ut til tross for at behandlerne ikke ønsket dette. Resultatet var at en av dem tok livet sitt i påvente av hjelp som skulle begynne den påfølgende dagen (Burheim og Biong, 2013, s.10).

Både i artikkel 2 av Vatne og Nåden (2018) og artikkel 4 av Burheim og Biong (2013) har deltakerne tatt aktive valg om å velge å forsøke å ta livet sitt. De hadde alle muligheten til å velge noe annet, men likevel ble livet beskrevet så håpløst at de ikke orket mer. Slik som det blir forklart under teori delen betyr autonomi menneskets evne til å ta egne valg. Det kan tolkes som at alle menneskene som gjennomførte selvmordsforsøket og hvor noen ledet til døden, kjente at de alle visste at valget kunne få dødelige følger.

Til tross for selvmordsfare anses det som viktig at yrkesutøvere lytter aktivt til mennesket i selvmordsrisiko. Dette fordi det kan føre til et samarbeid som vil gagne både pasient og helsepersonell. Som pasienten i artikkel 4 beskrev, oppleves det som belastende at noen andre mener det går bra, selv om en ikke opplever dette selv (Burheim og Biong, 2013, s.10). Det har riktignok blitt kutt i antall sengeplasser i psykiatrien. Over 800 plasser ble fjernet fra 2013 til 2018 (Andersen, Wilkinson, Grøttumsbråten, 2020). Dette kan påvirke yrkesutøvernes valg om å utskrive pasienter de mener har blitt bedre. Noe som svekker pasientens opplevelse av å kjenne seg som sjef i eget liv. Deres selvbestemmelsesrett blir begrenset fordi det ikke lenger er plass til dem og de må vike for andre pasienter. Det er derfor å anta at pasienter blir skrevet ut før flere av de er klare for det selv.

Som nevnt har yrkesutøvere en stor makt overfor pasienter. Vi har mulighet til å ta valg for dem og dermed ta fra de muligheter de ellers innehar. Vi kan til eksempel ta fra de enkelte rettigheter som å kunne gå fritt i samfunnet fordi vi anser at de er til fare for seg selv. Honneth (2008) forklarer at anerkjennelse som blir nektet «er den selvsagte respekten for enhver persons autonome disposisjon over sin egen kropp» (2008, s.141). I denne sammenheng kan det tolkes som en innskrenkning av makt over deres egen autonomi. Dette kan oppleves krenkende og som sitatet benevner, tap av respekt. Derfor tenkes det at å kjenne seg som sjef i eget liv kan bidra til det forebyggende arbeidet.

4.4 Relasjonskompetanse

For å komme i en god dialog med mennesker i selvmordsrisiko er det en forutsetning at yrkesutøvere har relasjonskompetanse skriver Sosial- og helsedirektoratet (2008, s.14). I tillegg skriver de at det trengs kartlegging i selvmordsrisiko, samt at en kan prate godt og har kjennskap til viktigheten av en god relasjon mellom bruker og hjelper (2008, s.14). En god relasjon kan åpne for at det er lettere å spørre om hjelp. Fra definisjonen på anerkjennelse

kommer det frem at en kan skape en god relasjon ved å være anerkjennende. Dette kan tolkes gjennom den sosiale sfære i Honneths (2008) teori. Han forklarer at sosial verdsetting handler om «anerkjennelse av de spesielle egenskapene som skiller mennesker fra hverandre.» (2008, s.138). Gjennom å se/anerkjenne mennesket i sin situasjon kan dette derfor fremme en god relasjon.

Artikkel 3 (2017) viser at yrkesutøvere verdsetter relasjoner til brukere høyt. Ifølge artikkelen fortalte flere av de ansatte at de kjente seg tryggere i relasjon med brukeren til tross for at enkelte kunne komme med trusler om å ta livet sitt (Madsen og Tallaksen, 2017, s.175). Om en føler seg trygg i relasjonen vil det kunne være lettere å stille de vanskelige spørsmålene som andre ikke tørr å stille. Samtidig vil en kunne oppleve å stå stødigere i samtalen, selv om enkelte brukere truer med å ta sitt eget liv.

På den andre siden kan relasjon stå i veien for ærlighet mellom hjelper og menneske i selvmordsrisiko. Selvmordstanker kan være sårt, og et mislykket selvmordsforsøk kan ifølge en av deltagerne fra artikkel 2 gi en følelse av skamfullhet (Vatne og Nåden, 2018, s.34). Artikkel 2 benevner videre at det er vanskelig å be om hjelp, både fra menneskene rundt seg, men også fra helsetjenesten (Vatne og Nåden, 2018, s.34). Honneths (2008) teori kan belyse en av grunnene til at det kan være vanskelig å be om hjelp. Spesifikt ved å ikke oppleve anerkjennelse fra potensielle hjelpere. Dersom en ikke opplever å bli tatt på alvor, kan det være vanskelig å spørre. Fra et annet perspektiv kan både menneskene rundt og helsepersonell ha vist anerkjennelse og interesse for å hjelpe uten at hovedpersonen selv ville dette.

Dyregrov og Møller har i sin bok sitert den amerikanske psykologen David Jobes som har redegjort for hvorfor det er verdifullt at mennesker i selvmordsfare blir møtt med empati, respekt, nysgjerrighet og en genuin tro på hvilken betydning et samarbeidet mellom behandler og pasient har (Dyregrov og Sogne-Møller, 2021, s.27). Sett i lys av dette har yrkesutøvere et stort ansvar for å sørge for at mennesker i selvmordsrisiko blir behandlet med respekt for sin situasjon. Å øke sin egen kompetanse på relasjon kan medvirke til at vedkommende vi forsøker å hjelpe tror på oss når vi formidler at vi vil være til stede for dem.

Relasjonskompetanse er på grunn av dette vesentlig mellom en yrkesutøver og et menneske i selvmordsrisiko og kan bidra til det forebyggende arbeidet.

4.5 Tilgjengelighet

Helsepersonells tilgjengelighet overfor mennesker i selvmordsrisiko virker å være essensielt gjennom alle artiklene. I artikkel 1 av Schwartz-Lifshitz et al. (2012) forklares det at et selvmordsforsøk er en risikofaktor til et nytt. Dette samsvarer med det en av intervjuobjektene forteller under artikkel 2. «... *Jeg tror alt er lettere, jeg, hvis du først har gjort det en gang ...*» (Vatne og Nåden, 2018, s.33). Fra artikkel 1 viste Carter et al. [119] at med pågående kontakt etter sykehus utskrivelse var det en synkende trend på nye selvmordsforsøk. Tallene viste nesten 50% (Schwartz-Lifshitz et al., 2012, s.630). Dette kan vise at dersom helsepersonell gjør seg tilgjengelige for mennesker i selvmordsfare, så har det effekt. Spesielt i perioden etter utskrivelse.

Fra artikkel 4 forteller Burheim og Biong at de gjennom journalene får et inntrykk av at pasientene hadde behov for avlastning og støtte (2013, s.11). Ordet ensomhet gikk igjen i de fleste av journalene, selv om flere hadde kjærester eller ektefeller. Likevel fortalte flere at det hjalp å få besøk eller å reise til andre slik at de ikke var alene (Burheim og Biong, 2013, s.9). Dette kan bety at vår tilgjengelighet kan hjelpe i form av trygghet. Pasientene fra artikkel 4 underbygger dette da de forteller at de kjente seg trygge ved innleggelse (Burheim og Biong, 2013, s.9), noe som ble forklart var fordi mennesker rundt dem var tilgjengelige.

Artikkel 3 (2017) kan tolkes dit hen at de ansatte gjør seg mer tilgjengelige ved å øke deres kunnskap i møte med mennesker i selvmordsrisiko. Kompetanseløftet gir de ansatte en trygghet, noe som kan gi både ansatt og bruker et bedre samarbeid, men det kan også føre til bedre hjelp.

Yrkesutøvers tilgjengelighet overfor mennesker i selvmordsfare kan gi en trygghet om at det alltid er hjelp å få. Artikkel 2 av Vatne og Nåden forteller om et savn rundt tid og rom for å snakke med helsepersonell (2018, s.34). Dette bekrefter at det er behov for større tilgjengelighet av helsepersonell for mennesker i selvmordsrisiko. Å gi tilgjengelighet forteller at vi anerkjenner deres behov for kontakt. Ved å lytte kan vi bidra til det forebyggende arbeidet. En kan samtidig ha mulighet til å komme i forkant av det potensielle selvmordet. Gitt at tilbudene om tilgjengelighet blir anvendt. Likevel anses det som elementært å ta mennesker på alvor når de forteller at de savner tid og rom til å snakke med helsepersonell.

4.6 Håp

I artikkel 3 skriver Madsen og Tallaksen at «*Å forebygge selvmord er utfordrerne, men mulig.*» [egen kursiv] (2017, s.167). Dette samsvarer med WHO som mener at det er mulig å forebygge selvmord med evidensbaserte og rimelige intervensjoner (17. juni, 2021). At det er mulig å forebygge selvmord oppleves optimistisk, hvor realistisk dette er kan derimot spekuleres ved. Lauveng underbygger min skepsis til hvorvidt en kan forebygge for selvmord. En kan gå fra klare planer til å velge å ikke gjennomføre, og en kan gå fra null planer til å velge å ende det (2020, s.270). Dette forteller noe om at selvmord er uforutsigbart og at det er vanskelig å forebygge. Riktignok tenkes det at en kan bidra på andre måter, med temaer som allerede er blitt drøftet i denne oppgaven, men også med håp.

Artikkel 4 (2013) og 2 (2017) belyser hvordan håp er relevant for mennesker i selvmordsrisiko. Det ble funnet fra journalene til pasientene i artikkel 4 at håpløshet, meningsløshet og likegyldighet stort sett ble beskrevet samtidig (Burheim og Biong, 2013, s.8). Likegyldighet overfor både liv og død beskriver også en av de tidligere pasientene fra artikkel 2 (Vatne og Nåden, 2018, s.33). Videre fremkommer det i Artikkel 4 at «... *håpløshetsdimensjonen er av særlig betydning for selvmordsrisiko.*» [egen kursiv] (Beck, Brown & Steer 1989; Beck, Brown, Berchick, Steward & Steer 1990. Burheim og Biong, 2013, s.11). Å ha håp er relevant for å tenke at noe blir bedre. Empirien som kom frem av artikkel 4 pekte på at håpløsheten spesielt handlet om manglende tro på at det var mulig å få det bedre (Burheim og Biong, 2013, s.11). Derfor anses det som viktig å bevare håpet til mennesker i selvmordsrisiko. Å ha troen på at det kan bli bedre og at tankene kan forsvinne er relevant for å kunne oppleve glede. Som yrkesutøver kan en forsøke å bygge på de positive tankene og kanskje opplever menneskene i selvmordsrisiko at det etter hvert blir lettere å gjøre ting som før var ansett som umulige.

Riktignok kan ikke håp plantes i andre mennesker, det må vokse frem av noe som allerede ligger der forteller Dyregrov og Sogne-Møller (2021, s.149). Av den grunn kan en yrkesutøver bidra til å hjelpe med å finne et håp for veien videre. Det at mennesker har troen på at det finnes håp vil kunne være forebyggende fordi et håp om et bedre liv eller en bedre fremtid kan kjennes som noe positivt. Basert på dette oppleves det essensielt at en yrkesutøver fremmer håp hos mennesker i selvmordsrisiko.

5.0 Konklusjon

For å konkludere om hvordan yrkesutøvere kan bidra til å forebygge selvmord for voksne mennesker, vil det første steget være å tilegne seg mer kunnskap. Spesielt i form av å identifisere selvmordsfare, samt lære mer om enkelte psykiske lidelser som har større risiko for å ta selvmord. Anerkjennelse er deretter det neste steget. At en yrkesutøver anerkjenner mennesket i selvmordsrisiko, kan resultere i mindre selv-stigma og en bedre opplevelse av å bli hørt og tatt på alvor. Videre ses det som essensielt at en slipper til mennesker i avgjørelser som omgår deres liv, derav sjef i eget liv. Det oppleves som betydningsfullt at en får uttrykke tanker og meninger om sin egen situasjon og videre handlingsplan. Så langt pasientene ikke er til fare for eget liv og helse.

Å inneha relasjonskompetanse er også sett til å kunne være forebyggende, basert på at dette kan bidra til å komme i god dialog med menneskene i selvmordsrisiko. Tilgjengeligheten til helsepersonell er også noe som kan bidra til å forebygge selvmord, spesifikt ved å være til stede og følge opp mennesker etter behandling. Til slutt ses det som viktig å oppfordre mennesker som har selvmordstanker til å ha håp, fordi det var håpløsheten som var av særlig betydning for selvmordsrisikoen. Med disse verktøyene tenker jeg en yrkesutøver kan bidra til det forebyggende arbeidet med selvmord.

Bacheloroppgaven har jeg opplevd som svært spennende og lærerik. Jeg kjenner på å ha tilegnet meg mer kunnskap som jeg kan få bruk for videre. Oppgaven min er jeg stort sett fornøyd med, men jeg kjenner likevel på at jeg kunne tatt med flere elementer og nevnt andre mulige måter å forebygge på. Temaet mitt, selvmordsforebygging, tenker jeg trenger mer forskning. Om mulig kan kursing og større oppmerksomhet på selvmordsforebygging ved studenters læringsplan innenfor helse- og sosialsektoren være en ide. Jeg tenker at denne oppgaven kan bidra til å forebygge. Derfor konkluderer jeg med at dette er en sikker oppgave som andre yrkesutøvere kan ha nytte av i møte med mennesker i selvmordsrisiko.

6.0 Litteraturliste

- Andersen, K., Wilkinson, N., & Grøttumsbråten, J. (2020, 02 05). *DEBATT, Psykisk helsevern. "Nei Erna og Bent, det er ofte ikke hjelp å få"*. Hentet 11. april 2022 fra Dagbladet.no: <https://www.dagbladet.no/kultur/nei-erna-og-bent-det-er-ofte-ikke-hjelp-a-fa/72103651>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide. 3rd Edition*, Open University Press, London.
- Burheim, O., & Biong, S. (2013). *Orker ikke mer - Selvmord etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern*. Tidsskrift for psykiisk helsearbeid, 2013-03-15, Vol. 10 (1), p.5-14. Hentet fra <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/pdf/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-02>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal 7.opplag (2021). **(272*)**
- Dyregrov, K., & Sogne-Møller, V. (2021). *Nye perspektiver på selvmord - Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. Cappelen Damm AS. **(236*)**
- Engedal, K. (2022, 03 21). *Demens med lewylegemer*. Hentet 27. april 2022 fra Store Medisinske Leksikon: https://sml.snl.no/demens_med_lewylegemer
- Folkehelseinstituttet. (2021, 06 10). *Selvmord i dødsårsaksstatistikken*. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selvmord-i-dodsarsaksstatistikken/>
- Hjelmeland, H. (2022). *Selvmordsforebygging - For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm AS. **(435*)**
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Rasmussen, M. L. (2014, 08 05). *Selvmord og psykiske lidelser*. Hentet fra Tidsskriftet: <https://tidsskriftet.no/2014/08/kronikk/selvmord-og-psykiske-lidelser>

- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Pax forlag. (248*)
- Johansen, Ø. D., Thanem, T., Myrvang, S. E., Drægner, E., & Gulbrandsen, L. A. (2019, 12 26). *Ari Behn er død*. Hentet fra VG: <https://www.vg.no/rampelys/i/P92aXR/ari-behn-er-doed>
- Kirkevold, M. (2020, 06 16). *Helsefagarbeider*. Hentet 3. februar 2022 fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/helsefagarbeider>
- Kjensli, B. (2011, 01 01). *Sosiale folk har sosiale hjerner*. Hentet 3. april 2022 fra Forskning.no: <https://forskning.no/hjernen/sosiale-folk-har-sosiale-hjerner/802203>
- Lauveng, A. (2020). *Selvmondsatferd og villet egenskade. Grunnbok i psykisk helsearbeid - det landskapet vi lever i*. Kap 19. (s. 269 - 277). Universitetsforlaget.
- LFSS. (u.d.). *Landsforeningen for forebygging av selvskaading og selvmord*. Hentet 9. mars 2022 fra <https://lfss.no/forskning/>
- Madsen, B. T., & Tallaksen, D. W. (2017). Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" - Noe mer enn et førstehjelpskurs? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2017-06-09, Vol. 13. p. 166-177. <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-08>
- Mikkelsen, S. (2005, 03 16). *Hva er forebygging?* . Hentet fra Forebygging.no, kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebyggende arbeid, Helsedirektoratet: <https://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>
- Norwood, T. (Regissør). (2020). *Robin`s Wish* [Film]. Quotable Pictures.
- NRK (Regissør). (2019, 31. desember). *H.M. Kongens nyttårstale* [Film]. NRKTV. <https://tv.nrk.no/serie/h-m-kongens-nyttaarstale/2019/NNFA30000020/avspiller>

Psykisk Helsevernlov. (1999, 07 02). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*(LOV-1999-07-02-62). Hentet fra Lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Regjeringen. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet fra

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

Sagdahl, M. S. (2022, 06 25). *Autonomi*. Hentet 21. februar 2022 fra Store norske leksikon:

https://snl.no/autonomi_-_filosofi

Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., & Oquendo, M. A. (2012). Can We Really Prevent Suicide? *Current psychiatry reports*, 2012-09-21, Vol. 14 (6) p. 624-633.

<https://www.proquest.com/docview/2406909466?parentSessionId=OzYTyxDcT%2FwZYkSR2EWnzuJA1FvZ4e9a3E%2BaC8ESfRw%3D&pq-origsite=primo&accountid=136945>

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7ea81eb6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98alce83db3208336927//Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Stai, S. (2020, 11 23). *Anerkjennelse*. Hentet 8. april 2022 fra NDLA:

<https://ndla.no/nb/subject:1:03e810db-3560-47b5-a5f6-e7afe1d0a2d6/topic:1:283ddec5-923c-412c-b880-cf71f42516d2/topic:1:fcd739b6-1047-47d7-8091-fec8c1c2cf22/resource:06a02d63-84b9-4b29-b31a-f0ae4d471459>

Stølen, T. (2022, 01 12). *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*. Hentet 1. mai 2022 fra Store norske leksikon: https://snl.no/Georg_Wilhelm_Friedrich_Hegel

Støren, I. (2013). *Bare Søk - Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Cappelen Damm AS. (272*)

Ursin, L. (2021, 10 05). *Dødshjelp*. Hentet 3.april 2022 fra Store norske leksikon:

<https://sml.sn.no/d%C3%B8dshjelp>

Vatne, M., & Nåden, D. (2018). "Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever" - en studie av pasienters refleksjoner etter selvmordet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2018-03-12, Vol. 15 (1), p. 27-39. [https://www-idunn-](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04)

[no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04)

WHO. (2021, 06 17). *Suicide*. Hentet fra WHO: [https://www.who.int/news-room/facts-](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide)

[sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide)

Totale sider med selvvalgt pensum: 1463