



Att vilja leva

Hur sjuksköterskan kan uppmärksamma suicidnära ungdomar inom somatisk vård

Lina Ahldén
Karin Johansson
Karin Johansson

Sjuksköterskeprogrammet 120p
Omvårdnad 41-60p
Vt 2007

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



A wish to live

How nurses can identify suicidal adolescents within somatic care

Lina Ahldén
Karin Johansson
Karin Johansson

Nursing programme 120p
Nursing care 41-60p
Spring term 2007

School of Social and Health Sciences
Halmstad University Box 823
301 18 Halmstad, Sweden

Titel: Att vilja leva: hur sjuksköterskan kan uppmärksamma suicidnära ungdomar inom somatisk vård

Författare: Lina Ahldén, Karin Johansson och Karin Johansson

Sektion: Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad

Handledare: Inger Jansson, Universitetsadjunkt

Examinator: Barbro Arvidsson, Universitetslektor

Tid: Vårterminen 2007

Sidantal: 16

Nyckelord: Bedömning, kunskap, sjuksköterskan, somatisk vård, suicid, ungdomar

Sammanfattning: Många suicidnära ungdomar söker somatisk vård strax innan de gör ett suicidförsök. Flera suicid borde därför kunna gå att förhindras. Syftet med studien var att identifiera vilken kunskap sjuksköterskan inom somatisk vård behöver för att uppmärksamma suicidnära ungdomar. Två frågeställningar ställdes för att belysa syftet. Behöver sjuksköterskan specifik kunskap för att uppmärksamma suicidnära ungdomar? Vilka tecken och symtom som tyder på suicidbenägenhet kan sjuksköterskan identifiera vid ett bedömningssamtal? Studien genomfördes som en litteraturstudie. De två största riskfaktorerna för att ungdomar ska begå suicid är tidigare suicidförsök och depression. Suicidnära ungdomar finns inom somatisk vård. Genom kunskap om riskfaktorer, tecken och symtom om suicidalitet kan sjuksköterskan uppmärksamma suicidnära ungdomar vid ett bedömningssamtal. Denna information kan struktureras utifrån VIPS-modellens sökord, vilket gjorts under resultatdelen. Många suicid går att förebygga. Suicidnära ungdomar söker sig i stor utsträckning till somatisk vård. Därför bör resurser läggas på suicidpreventiv utbildning av sjuksköterskor. Vidare forskning behövs om vilken kunskap sjuksköterskor besitter samt i vilken utsträckning de har mod att använda sig av den. Ett annat område för vidare forskning är om suicidnära ungdomar upplever sig uppmärksammade av sjuksköterskor inom somatisk vård.

Title: A wish to live: how nurses can identify suicidal adolescents within somatic care.

Author: Lina Ahldén, Karin Johansson and Karin Johansson

Department: School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Box 823, S-301 18 Halmstad.

Supervisor: Inger Jansson, Lecturer

Examiner: Barbro Arvidsson, Senior lecturer

Period: Spring 2007

Pages: 16

Keywords: Adolescents, assessment, knowledge, nurse, somatic care, suicide

Abstract: Several suicidal adolescents seek treatment in somatic care prior to committing a suicide attempt. Hence several suicides committed should be preventable. The objective of this study was to identify what knowledge nurses within the somatic care need in order to identify suicidal adolescents. Two main questions were asked to emphasis this objective. Does the nurse need specific knowledge to identify suicidal adolescents? Which signs and symptoms indicating suicidal behaviour can the nurse identify during an assessment? The study was conducted as a literature review. As a result of the study two main risk factors for adolescents to commit suicide were identified: previous suicide attempts and depression. Given that suicidal adolescents can be found within the somatic care, knowledge about the risk factors, signs and symptoms of suicidal behaviour could attract the nurse attention. This information can be structured according to the key words of the VIPs-model, as has been done in the final part of this study. Since suicidal adolescents to a large extent seek somatic care, suicides are preventable and hence resources should be dedicated to education on suicide prevention for nurses. Further research is required regarding the nurses' level of knowledge as well as to what extent they have the courage to act upon it. Another area for further research is whether or not suicidal adolescents get attention from the nurses within the somatic care.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Suicidprocessen	2
Risikfaktorer	2
Bakgrundsfaktorer	2
Depression	3
Utlösande faktorer	4
Suicidal kommunikation	5
Skyddsfaktorer	5
Sjuksköterskans roll	5
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	6
Databearbetning	7
Resultat	8
Sjuksköterskans kunskap	8
Tecken och symtom	9
Kontaktorsak	9
Hälsohistoria/vårderfarenhet	10
Pågående vård	10
Social bakgrund	10
Livsstil	10
Kommunikation	10
Nutrition	11
Sömn	11
Sexualitet/reproduktion	11
Psykosocialt	11
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	12
Konklusion	16

Implikation

16

Referenser

Bilagor

Bilaga 1 Sökhistoria

Bilaga 2 Artikelöversikt

Inledning

*”Det gäller att förstå
varför någon vill ta livet av sig,
ännu viktigare är att förstå
vad som får en människa att vilja leva”* (Bruland Vråle, 1995, s.3)

Enligt Socialstyrelsen (2006) avled i Sverige år 2004 sammanlagt 1 396 individer på grund av självmord. Det kan jämföras med drygt 400 som dog i trafiken samma år (Vägverket, 2004). Av de 1 396 som begick självmord var 143 i åldersgruppen 15-24 år enligt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) 2007. Även om självmorden har minskat i Sverige så har självmorden ökat bland unga män i åldrarna 15-24 år mellan åren 1997-2002. Det är den främsta dödsorsaken i den här åldersgruppen. Bland kvinnorna i samma åldersgrupp är suicid den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer. Statistiken har varit oförändrad sedan slutet av 1980-talet (NASP, 2007). Mot denna bakgrund är det av värde att ta reda på vilken kunskap sjuksköterskan inom somatisk vård behöver för att kunna uppmärksamma om ungdomar och unga vuxna är självmordsnära.

Önskan att få hjälp är hos de flesta självmordsnära ungdomar betydligt starkare än längtan efter att dö. Självmordsförsöket blir ett rop på hjälp (Tegern, Beskow & Eriksson, 2003). Självmordsnära individers förmåga att be om och ta emot hjälp är ofta mycket bristande, på samma sätt som omgivningens förmåga att uppfatta och känna igen budskapet ofta är försvagat (Wasserman, 2002). Självmord föregås oftast av en längre eller kortare självmordprocess (Bruland Vråle, 1995). Avgörande för hur självmordprocessen kommer att utvecklas är hur den ömsesidiga kommunikationen mellan den självmordsnära individen och dennes omgivning är (Wasserman, 2002).

Många ungdomar söker somatisk sjukvård eller primärvård strax innan självmordsförsöket och söker då ofta för kroppsliga symtom (Hultén, 2000). Socialstyrelsen (2003) skriver i sin kunskapsöversikt att merparten av de som begår självmord har varit i kontakt med den psykiatriska vården eller allmänläkare före de begår självmord. Enligt Socialstyrelsen (2003) borde därför självmord kunna gå att förhindra. Inom sjuksköterskans alla verksamhetsområden kommer hon i kontakt med självmordsnära individer. Ökad kunskap om varningstecknen vid självmordsbenägenhet ger möjlighet för sjuksköterskan att uppmärksamma självmordsnära individer, så att förebyggande åtgärder kan sättas in (Van Orden, Joiner, Hollar, Rubb, Mandrusiak & Silverman, 2006).

Bakgrund

Det finns många myter och föreställningar om hur ungdomstiden bör vara. Ungdomar får ena gången höra att det är normalt att vara deprimerad i tonåren andra gången att det är den lyckligaste tiden i livet. För den som befinner sig mitt i tonåren kan perioden vara en stor påfrestning. Ungdomar söker en egen identitet, det vill säga vem de är i förhållande till omvärlden. Det är en process av acceptering, förkastande och omprövande. Allt för många ungdomar upplever under ungdomstiden tillfällen då de är beredda att ta sitt liv (Tegern et al., 2003).

När en känslig och sårbar individ utsätts för övermäktiga påfrestningar kan det leda till självmordsförsök och självmord (Wasserman, 2002). Det kan därför finnas anledning att

använda synonymen suicid istället för ordet självmord för att undvika begreppet ”mord” som förknippas med ett överlagt, uppsåtligt brott (Socialstyrelsen, 2003). Vidare kommer därför termen suicid att användas. Begreppet suicid innebär en självförvållad, medveten och uppsåtlig handling som är livshotande och leder till döden. Suicidförsök är ett skenbart livshotande eller ett livshotande beteende i avsikt att ge sken av att sätta sitt liv på spel, eller att verkligen göra det, men som inte leder till döden (Beskow, 2000). Ofta görs ett suicidförsök i avsikt att få till en förändring mer än en önskan att dö (Socialstyrelsen, 2003). Suicidbenägenhet präglas av planer, beslut, avsikter och impulser att begå suicid (Beskow, 2000).

Suicidprocessen

Suicidprocessen är en utveckling av suicidtankar, det vill säga tankar, fantasier, impulser och önsningar att begå suicid. Suicidtankarna kan utvecklas till planer, avsikter och slutligen ett beslut som leder till en fullbordad handling. Suicidbenägenheten kan vara latent, akut eller kronisk. Benägenheten växlar även i intensitet över dagen men även under längre tidsperspektiv. Före suicidhandlingen stegras ofta suicidbenägenheten och då i form av djup depression, hopplöshet eller desperation. När suicidbenägenheten är som mest intensiv får omgivningen ofta kännedom om den genom suicidmeddelande eller suicidförsök. Individer som har allvarliga suicidtankar, gjort suicidförsök senaste året eller utsatts för andra omständigheter som gör att individen bedöms vara i riskzonen för att begå suicid benämns som suicidnära. Ofta är suicidnära individer ambivalenta fram till handlingsögonblicket. Suicidnära individer får oftast tunnel- eller skyggglappsseende det vill säga att de förlorar överblicken. Ord som aldrig, alltid och den enda blir vanligare. Individen blir konkretare med tankar om var, när och hur. Det medför att döden kommer närmare och att ångesten ökar, vilket resulterar i ökad benägenheten att söka hjälp. En fara i ett fattat beslut att begå suicid hos individen är att oron ofta ersätts av ett lugn och kan därför misstolkas av omgivningen. Det kan också vara så att suicidbenägenheten avtar efter ett beslut och att handlingen inte blir av, vilket gör suicidbeslutet till en symbolisk betydelse skild från handlingen (Beskow, 2000).

De flesta suicidprocesser resulterar inte i suicid, utan läker ut genom personlig utveckling, medicinering och/eller psykoterapeutiska samtal. Uttalade suicidtankar och suicidförsök hos unga är framförallt ett rop på hjälp och genom samtal kan individen mötas och få förståelse för sina behov (Beskow, 2000).

Riskfaktorer

Bakom motiven att begå suicid finns alltid riskfaktorer i form av bakgrundsfaktorer och utlösande faktorer, vilka beskrivs nedan. Kombinationen av dessa faktorer är av betydelse för hur suicidprocessen utvecklas (Hultén, 2000).

Bakgrundsfaktorer

Barnet har redan från födseln en biologiskt betingad sårbarhet. Det är av största vikt att barnets föräldrar lär barnet att hantera stress då det påverkar hur barnet hanterar vardagen och kriser senare i livet. Hantering av yttre och inre stress är avgörande för hur individen kommer att må. Två viktiga delar i stresshanteringen är att kunna reglera sina känslor samt förmågan att kunna lösa problem. Det genetiska arvet, den yttre miljön och det känslomässiga klimatet i familjen står föräldrarna för. Det är också genom föräldrarna barnet lär sig att hantera stress

och olika sociala spelregler. Barnet upprepar familjens mönster av sammanhållning, flexibilitet och konfliktlösning medvetet och omedvetet (Hultén, 2000). Ungdomar som är suicidbenägna har i större utsträckning varit utsatta för trauman, skilsmässor och svåra livshändelser som till exempel mobbning eller vanvård (NASP, 2007).

Självdestruktivt beteende är ett samlingsnamn på handlingar utförda i avsikt att skada eller riskera att skada individen själv. Den störta riskfaktorn för ett självdestruktivt beteende har visat sig vara försummelse, det vill säga att vuxna varit oförmögna att tillgodose barnets grundläggande behov. Barn som varit utsatta för sexuella övergrepp, fysisk och psykisk misshandel och/eller incest har en benägenhet att utveckla ett självdestruktivt beteende (Hultén, 2000). Även missbruk eller psykisk ohälsa hos barnets föräldrar spelar in (NASP, 2007). Barn med instabila uppväxtförhållanden kan löpa en större risk att utveckla ett suicidbeteende (Hultén, 2000).

Det finns även ärftliga sjukdomar som medför ökad risk för suicid såsom allvarliga depressioner, manisk-depressiv sjukdom, schizofreni och en del personlighetsstörningar. Låga halter av serotonin och/eller noradrenalin är delvis ärftligt och är en bakomliggande orsak till depressioner. Ungdomar med attention deficit-, hyperactivity disorder (ADHD) och dålig funktion i fråga om aktivitetskontroll, motorikkontroll och perception (DAMP) har ofta bristande impulskontroll. Dessa symtom kan bidra till ökad risk för suicidhandlingar (Hultén, 2000).

Runeson (1989), Rich et al. (1990), Marttunen et al. (1991), Shaffer et al. (1996), Grøholt et al (1997) & Grøholt (1998, citerad av Hultén, 2000) menar att bakom mer än 90 procent av alla suicid som ungdomar begått finns depression och/eller allvarliga psykologiska eller sociala problem ofta i kombination med ett missbruk. Enligt Brent et al. (1994, citerad av Hultén, 2000) är det när individen har bristande copingstrategier eller är deprimerad som denne reagerar kraftigt på känslomässiga påfrestningar. Depression, ångest och ett utagerande beteende i form av till exempel skolk, aggressivitet, stöld och ett missbruk av alkohol eller narkotika finns oftast bakom äldre tonåringars suicid.

Depression

Eftersom egentlig depression är en vanlig orsak till suicidhandlingar hos ungdomar är det viktigt att känna igen symtomen för egentlig depression. Det vanligaste klassifikationssystemet som används är Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) där minst fem av följande symtom ska ha uppträtt under minst två veckor. Ett av dessa symtom måste vara:

- Antingen sänkt grundstämning eller irritabilitet
- eller
- förlust av intresse eller engagemang

Och i tillägg nedanstående symtom så att det sammanlagt blir minst fem:

- Låg självkänsla, självanklagelser, skuld känslor
- Koncentrationssvårigheter, försämrade skolprestationer
- Trötthet
- Psykomotorisk hämning eller rastlöshet
- Sömnstörningar, i form av ökad eller minskad sömn

- Aptitstörningar med viktpåverkan, ökad eller minskad
- Dödstankar, självmordstankar, självmordsförsök (Beskow, 2000).

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) är en skala som mäter graden av depression. Skattningen ska baseras på en flexibel intervju där patienten börjar beskriva sitt tillstånd med egna ord. Därefter kan intervjuaren börja ställa frågor (Montgomery & Åsberg, 1979, citerad på SBU). MADRS består av 10 frågor med en skattningsskala från 0 till 6 poäng under varje fråga. Om individen får 8 poäng eller mindre anses det som normalt. 18-22 poäng klassas som mild depression, 23-28 poäng medelmåttlig och mer än 28 poäng klassas som svår depression (Skärsäter, Langius, Ågren, Häggström & Dencker, 2005). MADRS 10 frågekategorier är:

- Nedstämdhet
- Sänkt grundstämning
- Ångestkänslor
- Minskad nattsömn
- Minskad aptit
- Koncentrationssvårigheter
- Initiativlöshet
- Minskad känslomässig engagemang
- Depressivt tankeinnehåll
- Livsleda och suicidtankar (Montgomery & Åsberg, 1979) .

Depressionssymtom hos ungdomar skiljer sig något från vuxnas symtom. Kroppsliga symtom är vanliga hos ungdomar med depression, men de kan också vara nedstämda och olyckliga utan att vilja erkänna det. Det kan vara svårt att se ledsamheten bakom ett utagerande beteende. Vanligt är också att ungdomar utvecklar ätstörningar som ökad eller minskad aptit. Nästan alla deprimerade ungdomar har låg självkänsla och suicidtankar är vanligt (Beskow, 2000).

Utlösande faktorer

Det finns flera faktorer som sänker individens försvar och gör denne mer mottaglig för suicidtankar och depressivitet. Utlösande faktorer kan vara sömnstörningar, alkoholpåverkan eller bakrus och begynnande abstinens. Det kan vara vid intag eller utskrivning från psykiatrisk vård, allvarliga kroppsliga sjukdomar eller smärtsyndrom. Förluster, separationer och kränkningar är också utlösande faktorer. Tillsammans med andra faktorer kan de utlösa en suicidhandling (Socialstyrelsen 2003). Faktorerna kan enligt Gould et al. (1996) & Marttunen et al (1994, citerad av Hultén, 2000) vara gräl med förälder och separation som i sin tur leder till ett gömt raseri eller förtvivlan från en tidigare förlust. Hultén (2000) menar även att det kan vara olika misslyckanden där individens självkänsla blir så kränkt att det leder till en desperat handling.

Suicidala ungdomar har i större utsträckning blivit utsatta för olika typer av stress under livscykeln jämfört med andra ungdomar och allmänheten. Emotionella påfrestningar kan få en sårbar och stressad individ att reagera med självdestruktiva handlingar, särskilt om det saknas skyddande faktorer och stödjande människor i omgivningen (Wasserman, 2002). Flickor och pojkar reagerar vanligtvis olika på stress. Pojkarna reagerar mer utåtriktat med rastlöshet, dålig impuls kontroll och motorisk oro. Det finns risk att de utvecklar ett missbruk och hamnar i kriminalitet. Flickor däremot reagerar mer inåtriktat genom att utveckla känslomässiga och

psykosomatiska symtom. De symtomen kan vara ångest, huvudvärk, magont och nedstämdhet. Flickor kan ha samma utagerande beteende som pojkarna och även vara promiskuösa (Beskow, 2000).

Suicidal kommunikation.

Individer som tänker genomföra ett suicidförsök eller överväger suicid kommunicerar det till närstående på ett eller annat sätt (Socialstyrelsen, 2003). Kommunikation kan vara omedvetet eller medvetet uttryckt av den suicidnära individen. Suicidal kommunikation kan vara att individen planerar begravning, testamente och ger bort minnesgåvor. Det kan vara att individen pratar eller skriver om död eller suicid och det kan vara att individen uttrycker önskan om att skada eller ta livet av sig (Beskow, 2000; Van Orden et al., 2006).

Skyddsfaktorer

Alla som utsätts för riskfaktorer begår inte suicid. Det finns ett antal skyddsfaktorer som gör att ungdomar kan bemästra riskfaktorerna. Följande faktorer har visat sig vara av betydelse: ett stabilt temperament, kreativitet, god begåvning och stöd av föräldrar eller annan vuxen. (Beskow, 2000). Andra faktorer som visat sig fungera som skydd är ett gott självförtroende, förmåga att kommunicera om svårigheter samt en känsla av tillhörighet och gemenskap (NASP, 2007). Även Antonovsky (1979) menar att det finns skyddsfaktorer som är av betydelse för en sund psykisk utveckling hos individen. Han kallar denna teori för känslan av sammanhang (KASAM). En individ som har en hög grad av KASAM klarar påfrestningar och kriser på ett bra sätt och har en upplevelse av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Individens KASAM formas av dennes bakgrund såsom uppväxt, omgivning, ärftliga egenskaper, självkänsla, socialt nätverk osv. Grunden för KASAM läggs under barndomsåren och det är svårt att åstadkomma någon större förändring av den under ungdoms- och vuxentiden.

Sjuksköterskans roll

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska koder för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2004) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vidare går det att läsa i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att sjuksköterskor skall identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Socialstyrelsen, 2005). Det är därför viktigt att sjuksköterskan har goda kunskaper om suicid, riskfaktorer, speciellt riskfyllda tidpunkter för suicidnära individer och individers utsända varningssignaler så att hon kan arbeta preventivt i sitt möte med den suicidnära individen (Bruland Vråle, 1995). Tidigare C-uppsats vid högskolan i Halland (Jansson, Johansson & Wallin, 2003) som berört ämnet suicid har fokuserat på attityder, riskfaktorer och prevention. Vi vill i vår studie gå ett steg längre och se på ämnet utifrån vad en sjuksköterska inom somatisk vård kan uppmärksamma för tecken och symtom vid ett bedömningsamtal. Med tecken och symtom menas något som kan vara objektivt när det observeras av sjuksköterskan eller subjektivt när det uttrycks av patienten (MESH, 2007).

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att identifiera vilken kunskap sjuksköterskan inom somatisk vård behöver för att kunna uppmärksamma suicidnära ungdomar och unga vuxna.

Följande frågeställningar ställdes för att belysa syftet:

- Behöver sjuksköterskan specifik kunskap för att uppmärksamma suicidnära ungdomar och unga vuxna?
- Vilka tecken och symtom som tyder på suicidbenägenhet kan sjuksköterskan identifiera vid ett bedömningsamtal?

Metod

Studien har genomförts som en litteraturstudie.

Datainsamling

Flemmings struktur för problemformulering användes och genom denna struktur togs sökorden fram (Willman & Stoltz, 2002), se tabell 1.

Tabell 1. Struktur för problemformulering.

Population	Ungdomar och unga vuxna i åldern 13- 24 år
Intervention	Självmod
Outcome	Tecken Symtom Bedömning

Resultatartiklarna söktes i de elektroniska databaserna Cinahl, PsycINFO och PubMed. Utifrån studiens problemformulering togs sökorden fram och omvandlades därefter till Cinahls thesaurus, PsycINFOs thesaurus och PubMeds MesH-termer, se tabell 2.

Tabell 2. Sökord omvandlade till thesaurus och MesH-termer.

Sökord enligt problemformulering	Cinahls Thesaurus	PsycINFO Thesaurus	PubMed MesH	Fritext sökord
Självmod	Suicide	Suicide	Suicide	
Tecken		Signs	Signs and symptoms	
Symtom	Symptoms	Symptoms		
Bedömning	Outcome Assessment, Assessment	Assessment	Risk Assessment	
Omvårdnad		Nursing		Nursing

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle innehålla:

- Studier gjorda på ungdomar och unga vuxna i åldern 13-24 år, fortsättningsvis kommer denna åldersgrupp att benämnas som ungdomar.
- Studier utförda i i-länder.

- Publicerade mellan åren 2000-2007.
- Skrivna på engelska, innefatta abstract och vara vetenskapliga.

Exklusionskriterier som användes för att välja bort artiklar var:

- Psykiatrisk vård och psykisk sjukdom, förutom depression
- Review artiklar

Sökvägen till de artiklar som användes i resultatet redovisas i sökhistoriken som presenteras i bilaga 1.

Artiklar valdes ut efter titlar som motsvarade syftet. Abstracten till valda artiklar lästes av samtliga författare. En del abstract var inte relevanta till studiens syfte varför dessa sorterades bort. I det första urvalet valdes 33 artiklar ut till resultatet. Dessa 33 artiklar söktes i skolbibliotekets elektroniska tidskriftslista och skrevs ut i fulltext om det var möjligt. De artiklar som inte fanns i fulltext beställdes via Halmstads Högskolas bibliotek, Campus Varberg. Författarna delade upp de 33 artiklarna mellan sig. Artiklarna lästes igenom för att sedan gemensamt diskuteras för att inkluderas eller exkluderas i studien. Nio artiklar valdes bort då de ej svarade mot syftet, fyra artiklar var inte vetenskapliga och sex visade sig vara review artiklar. Två artiklar tillkom, varav en genom fritextsökning och en genom sökning på suicide, knowledge och nursing. Urval två resulterade således i sammanlagt 16 artiklar som resultatet är uppbyggt på. Artiklarna var av både kvalitativ och kvantitativ karaktär. Två av artiklarna var kvalitativa, 13 var kvantitativa och en använde både kvalitativ och kvantitativ metod.

Databearbetning

Författarna delade upp resultatartiklarna mellan sig och granskade artiklarna ett flertal gånger. För att lättare kunna bearbeta materialet skrevs en sammanfattning på svenska av artiklarna som delgavs och diskuterades gemensamt mellan författarna. Artiklarnas vetenskapliga kvalitet granskades utifrån bedömningsmallarna för kvalitativa och kvantitativa studier (Carlsson & Eiman, 2003). Under tiden som materialet bearbetades och resultaten i de valda artiklarna lästes av samtliga författare, framkom följande två huvudkategorier:

- Sjuksköterskans kunskap
- Tecken och symtom

Artiklarna resultatkodades utifrån dessa kategorier för att ge en mer lättöverskådlig gruppering. Därefter sammanställdes litteraturstudiens resultat till löpande text.

Författarna valde att kategorisera tecken och symtom utifrån välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet (VIPS)–modellens sökord för omvårdnadsanamnes och -status (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Detta för att lättare kunna åskådliggöra vilka tecken och symtom som sjuksköterskan kan identifiera vid ett bedömningsamtal för att kunna uppmärksamma suicidnära ungdomar. VIPS-modellen valdes eftersom det är ett verktyg som merparten av sjuksköterskorna använder sig av vid ett bedömningsamtal i Sverige.

Resultat

Sjuksköterskans kunskap

Beaudin, Vigil & Weber (2004) visar i sin studie att sjukvårdspersonal i bara hälften av alla fall uppmärksammar suicidtankar hos en individ. Sjuksköterskor har en väsentlig roll i att vidga medvetenheten, intensifiera översynen och påskynda kunskapen om förhindrande av suicid i alla åldrar (Folse, Eich, Hall & Ruppman, 2006).

En studie av Valente & Saunders (2004) gjord på 454 slumpmässigt utvalda onkologi-sjuksköterskor från USA, Canada och Puerto Rico säger att sjuksköterskorna spenderar från 30% till mer än hälften av sin tid i direktkontakt med patienter som var antingen döende eller suicidbenägna. Endast 20% av sjuksköterskorna hade gått en kurs i suicidvärdering och suicidutredning. Kunskap om riskfaktorer måste ligga till grund för en korrekt suicidbedömning. Studien visar att sjuksköterskorna i 49% av fallen bedömde suicidrisken som hög fast den i själva verket var låg och i 9% som låg när den var hög. De kunde inte skilja normalt beteende från depressionssymtom och suicidtankar. Flera sjuksköterskor menade att de inte kunde bedöma suicidrisken då de inte visste om individen menade allvar med sina suicidtankar. Bara 1,1% av sjuksköterskorna rapporterade att de hade god kunskap och kände sig bekväma med sin kompetens inom psykiatri- och suicidprevention. Sjuksköterskorna kände sig obekväma med att riskbedöma en suicidbenägen individ då de menade att de hade begränsade kunskaper och erfarenheter i ämnet. Nästan 70% tyckte ändå att det skulle vara en prioritet att riskbedöma suicidindivider. Om sjuksköterskorna fann att individen var suicidbenägen så var det inte många som informerade individens familj, utan de informerade annan personal istället. Sjuksköterskorna var rädda för området suicid och deras ansvar i förhållande till detta. Några sjuksköterskor menade att deras bristande förmåga i kunskaper om suicid gjorde att de inte vågade fråga individerna om de var suicidala. De var rädda att de inte skulle ge rätt respons. Det fanns även sjuksköterskor som rapporterade att de var obekväma med ämnet suicid för att de haft en nära anhörig som begått suicid. Bara 14% av 454 onkologisjuksköterskor menade att de inte hade några problem med att riskbedöma en individ eftersom de hade psykiatriutbildning och därför var helt bekväma i att fråga. De kände också att de kunde förstå individernas sorg och att de hade självförtroende nog att ingripa i en sådan situation. Grossman, Dontes, Kruesi, Pennington & Fendrich (2003) studie visar att 407 av 510 akutsjuksköterskor varit i kontakt med suicidbenägna ungdomar det senaste halvåret, men att bara 122 akutsjuksköterskor hade någon form av utbildning i suicidriskreduktionsstrategi. Det som avgjorde om akutsjuksköterskan informerade individens föräldrar om suicidriskreduktionsstrategier, var om hon var van att handskas med suicidnära ungdomar och hade fått utbildning i ämnet och tillgodogjort sig denna utbildning (Grossman et al., 2003).

Sjuksköterskor inom all hälsovård behöver förses med verktyg för att tidigt kunna upptäcka suicidbenägenhet och därmed kunna arbeta suicidförebygganden (Folse et al., 2006). Bedömning av suicidrisk speciellt hos sårbara befolkningsgrupper såsom ungdomar och äldre vuxna kan uppnås genom en kontinuerlig användning av mätinstrumentet risk of suicide questionnaire (RSQ). RSQ är ett mätinstrument som kan hjälpa till att bedöma suicidrisken hos en suicidnära individ. Mätinstrumentet består av följande fyra frågor:

1. Är du här för att du försökt att skada dig själv?
2. Har du under de senaste veckorna haft tankar på att ta ditt liv?

3. Har du någonsin försökt skada dig själv?
4. Har något mycket stressande hänt dig under de senaste veckorna? (Folse et al., 2006)

Depressiv symptom inventory-suicidality subscale (DSI-SS) är ett test för att bedöma suicidtankar och suicidimpulsivitet hos ungdomar. Testet består av fyra frågor med fyra svarsalternativ vardera, som individen själv får fylla i. Skattningsskalan sträcker sig från noll till tre under varje fråga. Noll är lika med inga tankar eller impulser på suicid. En av fyra ungdomar får totalt ett poäng eller mer på skattningsskalan. De ungdomarna som bara får ett poäng uppvisar ändå inte anmärkningsvärda depressionssymtom och känslomässiga stressymtom i andra skattningsskalor. De 10-20% av ungdomarna som skattade sig till tre poäng eller mer visade på depressionssymtom och känslomässiga stressymtom vid test med skalor som mäter dessa symtom (Joiner, Pfaff & Acres, 2002a).

Enligt mer än hälften av sjuksköterskorna i Valente & Saunders (2004) studie så är riskfaktorerna för att en individ skall begå suicid: dödslängtan, depression, tar farväl och att individen ger bort minnesgåvor.

Tecken och symtom

Resultatet är strukturerat utifrån VIPS-sökorden (Ehnfors et al., 2000) för att belysa vilka tecken på suicidalitet sjuksköterskan kan uppmärksamma vid ett bedömningsamtal.

Kontaktorsak

Många ungdomar som har självmordssymtom söker vård inom primärvården för fysiska problem. Av 270 ungdomar hemmahörande i Australien, som sökte vård inom primärvården och som visade sig ha suicidsymtom, sökte 68% för fysiska problem och 32% sökte för psykiska problem (Jonier, Pfaff & Acres, 2002b). Flest besök inom primärvården sker på grund av problem med de övre luftvägarna. Andra sökorsaker är acne, huvudvärk, stukning, hög feber och magsmärtor (McNeill, Gillies & Wood, 2002). Majoriteten av de ungdomar som har suicidsymtom och som söker vård för fysiska problem är unga kvinnor. Dessa kvinnor uppvisar mindre symtom på depression och stress än de patienter som söker för psykiska problem (Jonier et al., 2002b). Bland 2 359 femtonåringar som besökte primärvården i Storbritannien fanns skillnader mellan dem som hade gjort ett suicidförsök och de som inte hade gjort ett försök. Det förekom också skillnader i anledningen till att ungdomarna tog kontakt med primärvården. De femtonåringarna som har försökt begå suicid besöker primärvården i snitt 4 gånger per år. De som inte försökt att begå suicid besöker primärvården i snitt 2,3 gånger per år. Dubbelt så många ungdomar som har försökt begå suicid jämfört med dem som inte försökt begå suicid har som sökorsak övre luftvägsproblem. Nästan nio gånger så många av dem som har försökt begå suicid jämfört med de som inte försökt begå suicid har besökt öppenvården mer än en gång för mentala hälsoproblem (McNeill et al., 2002). Även akutmottagningar är en plats där suicidnära patienter kan uppmärksammas av sjuksköterskan oavsett vilket symtom de söker för (Folse et al., 2006; Grossman et al., 2003).

För individer som söker för suicidtankar, överdos eller självskador, är första året efter det mest kritiska och suicidrisken är då störst för båda könen. För män kvarstår även risken en lång tid efter och det är även hos det manliga könet som dödligheten är störst. Av suicidtankar, överdos och självskador är det de individer som söker för självskador som har störst benägenhet att begå suicid. Individer som söker för alkoholmissbruk eller psykiska

sjukdomar, tillsammans eller var för sig, har högre risk för att begå suicid, jämförelsevis med individer som inte söker för dessa problem (Crandall, Fullerton-Gleason, Aguero & LaValley, 2006).

Hälsohistoria/vårderfarenhet

Individer som tidigare haft suicidtankar, självsador och överdos är i mycket större risk att begå suicid, jämfört med individer utan dessa symtom (Crandall et al., 2006).

Den starkaste riskfaktorn för att begå suicid är antalet tidigare suicidförsök (Spirito, Valeri, Boergers & Donaldson, 2003; Hultén, Jiang, Wasserman, Hawton, Hjelmeland & De Leo, 2001). Av de som försökt att begå suicid försöker nästan 40% igen inom ett år (Skogman, Alsén & Öjehagen, 2004). En annan studie visar på att 10% begår ett nytt försök inom det första året. Ungdomar som använt våldsamma metoder vid tidigare suicidförsök är mer benägna att försöka igen (Hultén et al., 2001). Skillnader finns mellan könen. För kvinnor är följande riskfaktorer av betydelse för ett nytt suicidförsök: tidigare psykiatrisk vård, hur allvarligt menat deras föregående suicidförsök har varit samt depression. För män är riskfaktorerna efter tidigare suicidförsök följande: upprepade och våldsamma metoder vid tidigare suicidförsök och depression (Skogman et al., 2004).

Pågående vård

En riskfaktor för att kvinnor skall begå ett nytt suicidförsök är att de har en pågående psykiatrisk vård (Skogman et al., 2004).

Social bakgrund

Flera familjerelaterade variabler spelar in vid suicidbenägenhet hos ungdomar såsom barn-vuxenrelation, en nära anhörigs död, frånvarande pappa, att inte vara boende med någon förälder samt att familjen har ekonomiska problem (Spirito et al., 2003). Ungdomar som känner stöd från vänner, skolpersonal eller familj känner mindre hopplöshet, mindre fientlighet och har bättre självbild än de ungdomar som inte känner stöd från omgivningen. De ungdomar som känner stöd har mindre suicidrisk (Rutter & Soucar, 2002).

Livsstil

Ungdomar blir direkt eller indirekt influerade av händelser, saker och andra individer till ett suicidbeteende. Har en familjemedlem ett suicidbeteende finns en risk att ungdomen kommer att uppvisa ett liknande beteende. Även media och television är en starkt påverkande faktor till att ungdomar utvecklar ett suicidbeteende (Andersson, Standen & Noon, 2005).

Kommunikation

Ungdomar som kämpar med sin personliga utveckling och känner hopplöshet är de som löper störst risk att utveckla suicidbeteende. Under det här stadiet kan individen vara oförmögen att kommunicera sina känslor med konventionella metoder och kommunicerar därför genom sitt suicidbeteende till familj, vänner och samhällspersonal (skolpersonal, vårdpersonal osv.) Suicidbeteende är en reaktion på att inte bli hörd. Det kan vara svårt att förstå vad dessa individer menar. Individen kan vara utsatt för så många olika problem, trauman och olyckliga

omständigheter att själva suicidbeteendet i sig blir komplicerat både för individen och för personer runt den suicidnära individen (Andersson et al., 2005).

Nutrition

De ungdomar som har en snedvriden kroppsuppfattning och uppfattar sig som överviktiga eller underviktiga har en risk att utveckla suicidtankar. Även ungdomar som verkligen har ett högt eller ett lågt body mass index (BMI) löper en risk att utveckla suicidtankar. (Eaton, Lowry, Brener, Galuska & Crosby, 2005).

Depressionssymtomet viktuppgång kan vara en indikator för suicidförsök (Spirito et al., 2003).

Sömn

Trötthet och utmattning som depressionssymtom kan vara indikatorer för ett suicidförsök (Spirito et al., 2003).

Sexualitet/reproduktion

Sexuell läggning är inte någon avgörande anledning till ökad suicidrisk. Bisexuella uppvisar inte större suicidrisk än andra grupper och detta gäller även homosexuella (Rutter & Soucar, 2002).

Psykosocialt

Tre faktorer är utmärkande hos patienter som befinner sig i en suicidkris. Den första faktorn är en plötslig oväntad livshändelse, som ger en känslomässig påverkan som hör ihop med en verklig eller uppfattad stor händelse i individens liv. Den andra faktorn är ett eller flera påverkande tillstånd som inte är depression. Dessa tillstånd kan vara desperation, en akut känsla av övergivenhet, ångest, raseri, skuld eller förödmjukelse. Tillstånden kan i sin tur förvärra depressionen. Den sista faktorn är ett eller flera beteendemönster som gör att individen inte fungerar socialt eller i yrkeslivet. Det kan också innefatta ett ökat droganvändande. Handlingar och repliker som antyder ett ökat suicidbeteende är också utmärkande för en suicidkris. Vanligtvis förekommer faktorerna i kombination av en eller två (Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Pollinger & Kyle, 2001).

Depression är den näst största riskfaktorn efter tidigare suicidförsök för att begå suicid (Spirito et al., 2003). Depression är också en allvarlig riskfaktor för båda könen att de skall begå ett nytt suicidförsök (Skogman et al., 2004; Valente & Saunders, 2004). Män som är deprimerade visar på mer självmordstankar och suicidimpulser än vad kvinnor gör (Joiner et al., 2002a). Depressionssymtom som hopplöshet och pessimism kan vara indikatorer för suicidförsök (Spirito et al., 2003). Det finns ett starkt samband mellan suicidalitet och depressionssymtom (Joiner et al., 2002a).

Individer som har ett drogmissbruk eller dålig impuls kontroll löper större risk att begå suicid (Hendin et al., 2001). Ungdomar med aggressioner eller alkoholproblematik är i farozonen för att begå suicid (Spirito et al., 2003). Faktorer som spelar in om ungdomar kommer att fortsätta ha suicidtankar efter ett suicidförsök är stora depressiva symtom, hopplöshet, om ungdomens familj har svårt att lösa problem och om ungdomen har svårt att kontrollera sin

sinnesstämning. Vid en jämförelse mellan ungdomar som alla begått suicidförsök med dem som försöker igen, så är de utmärkande dragen hos dessa ungdomar mer depressiva symtom. Ungdomarna beskriver vidare sina familjer som mindre fungerande och med en icke fungerande kommunikation (Spirito et al., 2003).

De flesta ungdomar som har upplevt en kamrats suicidförsök eller död visar påtagligt ökad grad av suicidbeteende. Ungdomar som upplever en kamrats suicidförsök eller suicid har också en större benägenhet att utveckla depressiva symtom jämfört med ungdomar som inte upplevt det. De ungdomar som upptäcker en kamrats suicidförsök är fyra gånger mer benägna att utföra ett suicidförsök själva. Bland de ungdomar som upptäcker en kamrats suicid är risken nio gånger så stor att de själva utför ett suicidförsök. Ungdomar som varit utsatta för kamraters suicidförsök eller död genom suicid löper större risk att utveckla ett riskbeteende såsom marijuanaökning, spritmissbruk och att utöva våld mot andra (Cerel, Roberts & Nilsen, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Att använda sig av Flemmings förslag för struktur till problemformulering (Willman & Stoltz 2002) underlättade vårt val av sökord. De sökord som ansågs vara mest relevanta för att finna artiklar som svarade mot syftet var: *assessment, suicide, symptoms och signs*.

Att finna vetenskapliga artiklar som svarade på syftet som var: att identifiera vilken kunskap sjuksköterskan inom somatisk vård behöver för att kunna uppmärksamma suicidnära ungdomar, visade sig vara svårt. Det var problem att hitta artiklar som specifikt inriktade sig på sjuksköterskan kunskap vid suicidbenägenhet hos ungdomar inom den somatiska vården. För att begränsa sökningarna valdes artiklar som var publicerade senare än år 2000. Detta kan ses som en styrka då resultaten är aktuella. En styrka i studien var att två artiklar återfanns i fem sökningar vardera och en artikel återfanns i två sökningar. Artiklarna valdes från i-länder, då det är de länder som bäst överensstämmer med det svenska samhället och sjukvården. En svaghet kan vara att författarna inte läste alla resultatartiklar, utan artiklarna delades upp sinsemellan. Författarna delgav dock varandra en sammanfattning av artiklarna och fick därför en bra inblick i resultatartiklarna. En av resultatartiklarnas studier var gjord på onkologsköterskor. Åldersgruppen på onkologsköterskornas patienter var inte specifik, vilket kan tyckas vara en svaghet. Artikelns ansågs ändå svara mot syftet då den beskrev sjuksköterskans kunskap, skicklighet och ingripande i möte med suicidbenägna individer inom somatisk vård. Under arbetets gång valdes resultatet att kategorisera under VIPS-modellen (Ehnfors et al., 2000) sökord för anamnes och status. Det kunde ha varit intressant att göra en ny artikelsökning och då söka på suicid kopplat till de olika sökorden för anamnes och status, för att få ett bredare resultat. Då syftet fokus ändrades något under arbetes gång gjordes även en ny sökning på sökorden *suicid, knowledge och nursing*, i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO för att ytterligare uttömma ämnet. Denna sökning resulterade bara i en ny artikel.

Resultatdiskussion

Samtliga artiklar granskades enligt Carlssons och Eimans rapport (2003) kriterier för kvantitativa respektive kvalitativa artiklar. Kvalitén på majoriteten av artiklarna bedömdes

vara från grad I till II, se bilaga 2. Resultatet bygger till största delen på kvantitativa studier samt ett fåtal kvalitativa. Önskvärt hade varit att fler av artiklarna hade varit med kvalitativ ansats, då sjuksköterskornas egna känslor och erfarenheter framkommer tydligare i dessa studier. Resultatartiklarna visade på en hög validitet då ett eller liknande mönster kunde urskiljas i alla studierna. Artiklarna som resultatet bygger på har gett svar på syftets två frågeställningar. Av de 16 resultatartiklarna var tio av studierna gjorda i USA, två i Storbritannien, två i Australien, en i Europa och en i Sverige.

Suicidförsök och suicidtankar är vanligare hos ungdomar än hos äldre individer och antalet suicidhandlingar sjunker med stigande ålder. Tankar på suicid och suicidförsök kan vara ett fristående fenomen och inte nödvändigtvis leda fram till ett fullbordat suicid. Ungdomars suicidtankar och suicidförsök är kopplat till de stora livsfrågorna det vill säga liv, död och livets mening (Beskow, 2000). Det här kan kopplas till Tegern et al. (2003) som skriver att tonårstiden är en känslomässigt turbulent tid då ungdomarna söker en egen identitet och frigörelse från sina föräldrar. Andersson et al. (2005) visar att det är de ungdomar som kämpar med sin personliga utveckling och dessutom känner hopplöshet som löper en större risk att utveckla ett suicidbeteende. Detta till skillnad från äldre individers suicidtankar och suicidförsök som enligt Tegern et al. (2003) är mer kopplade till levnadssvårigheter i form av ensamhet, sjukdom, svårigheter att klara det dagliga livet och faktiska bekymmer.

Med tanke på att antalet suicid har ökat bland män i åldersgruppen 15-24 år och antalet suicid legat oförändrat bland kvinnor i samma åldersgrupp (NASP, 2007), är det viktigt att samhället arbetar suicidförebyggande mot denna åldersgrupp. Vidare kan sjuksköterskan inom somatisk vård bidra till det förebyggande arbetet. Genom kännedom om riskfaktorer, tecken och symtom hos suicidnära individer kan hon uppmärksamma dessa individer vid ett bedömningssamtal. Detta överensstämmer med Lökensgard (1997) som menar att sjuksköterskor behöver ökad kunskap om vilka sjukdomskategorier och situationer som medför en ökad risk för suicid. Enligt Hallberg (1985) är sjuksköterskans ansvar inte att behandla och gå på djupet med individens suicidproblematik, men hon skall vara öppen för att prata om liv, död och individens önsknings. Hon har också ett ansvar att känna igen och vara lyhörd för olika signaler på suicidtankar, även hos dem som inte haft sådana tankar tidigare. Under suicidprocessen söker ungdomar ofta vård i någon form (Beskow et al., 2005). Studierna till Joiner et al. (2002) & McNeill et al. (2002) visar att många ungdomar söker vård för fysiska problem fast de i själva verket är suicidnära. Vårt resultat visar att det går att identifiera en suicidbenägen individ vid ett bedömningssamtal med hjälp av VIPS-sökorden. Enligt World Health Organizationen (WHO) 2000 kan sjuksköterskan identifiera en suicidnära individ genom att titta efter följande signaler i individens beteende eller dennes bakgrund:

- ”Tillbakadraget beteende, oförmåga att relatera till familj och vänner.
- Psykiatrisk sjukdom.
- Alkoholism.
- Ångest eller desperation.
- Personlighetsförändring, lätt irriterad, pessimistisk, depression eller apati.
- Ändrade ät- eller sömnvanor.
- Tidigare suicidförsök.
- Dålig självkänsla, känner skuldskänslor, värdelöshet eller skamkänslor.
- En nyligen stor förlust såsom död, skilsmässa, separation, etc.
- Familjehistorik av suicid.
- Plötslig längtan om att ordna upp personliga affärer, skriva testamente, etc.

- Känslor av ensamhet, hjälplöshet, hopplöshet.
- Suicidbrev
- Fysisk sjukdom.
- Upprepade anspelningar på suicid och död” (WHO, 2000, s.13).

I stort sett alla ovanstående punkter återfinns under VIPS-sökorden i vårt resultat. Många tecken och symtom på suicidnära individer återfanns under sökordet psykosocialt. Därför är det av största vikt att sjuksköterskan använder sig av detta sökord vid ett bedömningssamtal.

Studierna av Hultén et al. (2001) och Spirito et al (2003) visar att den största riskfaktorn för suicid är tidigare suicidförsök. Spirito et al. (2003) visar också att den näst största riskfaktorn är depression. Enligt Spirito et al. (2003) är depression en avgörande faktor för om ungdomar kommer ha fortsatta suicidtankar efter ett suicidförsök. Beskow (2000) menar att depressionssymtomen skiljer sig åt mellan ungdomar och vuxna. Det kan vara svårt att upptäcka depressionssymtomen bakom ett utagerande beteende hos ungdomar. Det är viktigt att tänka på att individer kan vara deprimerade utan att ha en sänkt grundstämning, vilket är ett av kriterierna vid bedömning av depression med DSM IV. Enligt Beskow (2000) har män generellt större svårigheter att samtala om suicid än kvinnor och deras depressionssymtom är svårare att diagnostisera. Det gör att det kan vara svårt att identifiera dessa män och att hjälpen kan bli försenad. En viktig suicidpreventiv åtgärd är att tidigt diagnostisera och behandla depressioner hos individer, eftersom depression är den vanligaste psykiska sjukdomen bakom suicidhandlingar. Än en gång framkommer vikten av att sjuksköterskan har god kunskap i ämnet så att hon kan uppmärksamma dessa individer.

Med tanke på vårt resultat är det betydelsefullt att sjuksköterskan dokumenterar alla tecken och symtom på suicid och depression i journalen. Vid misstanke om att en individ är suicidnära är det ett måste att gå vidare i frågan. WHO (2000) menar att det bästa sättet att ta reda på om en individ har suicidtankar är att fråga. Hallberg (1985) menar att tvärtemot vad många tror aktualiseras inte suicidtankar genom att prata om det. Risken för suicid kan däremot bli större om ingen samtalar om ämnet med individen. Många blir lättade och tacksamma över att få tala öppet om sina problem och frågeställningar som de kämpar med. Andersson et al. (2005) menar att suicidförsöket kan vara ett sätt för ungdomarna att kommunicera. Dessa ungdomar känner sig inte hörda av sin omgivning. Det är därför av största vikt att dessa ungdomar blir bekräftade inom sjukvården när de söker vård. Lökensgard (1997) skriver att öppenhet om suicidproblem vanligtvis är positivt, både i allmänhet och i konkreta situationer. Det krävs både mognad och respekt för att kunna tala med suicidnära individer. Vårt resultat visar att sjuksköterskan behöver kunskap för att kunna uppmärksamma och våga närma sig suicidnära individer. Resultatet visar också på stor kunskapsbrist hos sjuksköterskor (Beaudin et al., 2004; Folse et al., 2006; Grossman et al., 2003; Valente & Saunders, 2004). Folse et al. (2006) anser att det skulle underlätta för sjuksköterskan om hon har kunskap och tillgång till mätinstrument som mäter suicidrisk. WHO (2000) har till exempel fyra frågor som leder samtalet in på ämnet:

- ”Känner du dig ledsen?
- Känner du att ingen bryr sig om dig?
- Känner du att livet inte är värt att leva?
- Har du tankar på att begå suicid?” (WHO, 2000, s.13).

De mätinstrumenten som framkom i resultatartiklarna (Folse et al., 2006; Joiner et al. 2002) bygger på liknande frågeställningar som WHO:s frågeställningar ovan.

Beskow (2000) menar att det finns flera bakgrundsfaktorer, utlösande faktorer och situationer som påverkar individens suicidprocess. Förmågan att hantera stress och problemlösningsförmåga blir avgörande för hur individen hanterar kriser senare i livet. Det är viktigt att lägga märke till det som Andersson et al. (2005) skriver att om en familjemedlem har ett suicidbeteende ökar suicidrisken även hos övriga familjemedlemmar. Det som var överraskande med resultatet var att de ungdomar som upplevt en kamrats suicidförsök eller suicid löper en väsentligt större risk att utveckla depression, riskbeteende och suicidbenägenhet (Cerel et al., 2005). Detta kan tyda på en smittoeffekt. Även media och television har visat sig vara en starkt påverkande faktor för utvecklande av ett suicidbeteende (Anderson et al., 2005).

Lökensgard (1997) understryker att suicidförsök aldrig får bagatelliseras. Hanteras situationen olämpligt kan det orsaka ett nytt suicidförsök, men hanteras situationen på ett professionellt sätt kan det vara en utgångspunkt för bearbetning av individens livssituation. Bli livssituationen olöst kan individen utveckla permanenta suicid tendenser och det blir då en del i individens livsinställning och kommunikationsform. Baserat på vad Lökensgard (1997) skriver och resultatet i vår studie kan det inte nog poängteras vikten av att tidigt uppmärksamma suicidnära ungdomar, så att de kan få professionell hjälp.

Tegern et al. (2003) skriver att de flesta suicidnära ungdomar har en större önskan att få hjälp än längtan att dö. Kan det vara därför suicidbenägna ungdomar i större utsträckning söker vård i någon form än andra ungdomar? Studien av McNeill et al. (2002) visade att de som försökt begå suicid sökte primärvård nästan dubbelt så många gånger jämfört med de ungdomar utan suicidproblematik. Vatne (2006) menar att grundinställningen hos sjuksköterskan måste vara att alla suicidnära individer önskar att leva.

Förutom att uppmärksamma suicidnära individer blir sjuksköterskans roll enligt Vatne (2006) att tillsammans med individen hjälpa denne att hitta vägar som gör att livet känns värdefullt. Det gör de genom att tillsammans tillvarata och hitta möjligheter som gör att individen kan bemästra sina livsproblem. Vidare anser Vatne (2006) att det är viktigt att sjuksköterskan griper det ögonblick när hon känner att individen har tillräcklig tilltro till henne för att prata om suicid tankarna och/eller suicidförsöket. I dessa ögonblick är det av betydelse att sjuksköterskan håller sig aktivt lyssnande och inte moraliserar eller stöter bort individen som är på väg att öppna sig. Andersson et al. (2005) menar att det kan vara svårt för sjuksköterskan att förstå vad de suicidnära ungdomarna menar. Sjuksköterskan kan genom kunskap få ökad förmåga till att samtala med ungdomarna och en ökad förståelse för deras beteende. Hallberg (1985) anser att det betydelsefulla i samtalet med suicidnära ungdomar är att sjuksköterskan kan förmedla trygghet, förståelse och hopp. Det sjuksköterskan kan göra vid dessa tillfällen är enligt Vatne (2006) att synliggöra alternativa möjligheter och få individen att ge livet en chans, om inte annat för en avgränsad tid framåt. Av betydelse är även att individen förstår vilka effekter suicid får på dennes omgivning. Då det är en del i ansvaret som följer när individen bestämmer över sitt eget liv (Vatne, 2006). Genom bra grundutbildning inom suicidologi och kontinuerlig handledning får sjuksköterskor självförtroende och kompetens till att möta dessa individer. I enighet med Vatne (2006) som anser att sjuksköterskans kunskap och kliniska erfarenhet medför en plikt att förebygga och försöka förhindra suicid. Detta stärks även genom Lökensgard (1997) som påpekar att arbeta förebyggande ingår i sjuksköterskans yrkesprofession, då förebyggande arbete är en av hennes fyra grundläggande ansvarsområden.

Konklusion

Suicidnära ungdomar finns inom somatisk vård. Genom kunskap om riskfaktorer, tecken och symtom på suicidalitet kan sjuksköterskan uppmärksamma suicidnära ungdomar vid ett bedömningssamtal. Denna information kan struktureras utifrån VIPS-modellens sökord, vilket gjorts under resultatdelen. De två största riskfaktorerna för att ungdomar ska begå suicid är tidigare suicidförsök och depression. Om sjuksköterskan vågar att fråga och dessutom använder sig av sökordet psykosocialt kan hon i många fall uppmärksamma suicidnära ungdomar. Får hon dessutom tillgång och kunskap om olika mätinstrument som mäter suicidrisk borde fler suicid kunna förebyggas.

Implikation

Många suicid går att förebygga. Suicidnära ungdomar söker sig i stor utsträckning till somatisk vård. Därför bör resurser läggas på suicidpreventiv utbildning av sjuksköterskor. Vidare forskning behövs om vilken kunskap sjuksköterskor besitter samt i vilken utsträckning de har mod att använda sig av den. Ett annat område för vidare forskning är om suicidnära ungdomar upplever sig uppmärksammade av sjuksköterskor inom somatisk vård.

Referenser

- *Andersson, M., Standen, P.J., & Noon, J.P. (2005). A social semiotic interpretation of suicidal behavior in young people. *Journal of health psychology, 10*,317.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Beskow, J. (red.). (2000). *Självmod och självmordsprevention – om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.
- Beskow, J., Palm Beskow, A., Ehnvall, A. (2005). *Sucidalitetens språk*. Lund: Studentlitteratur.
- Bruland Vråle, G. (1995). *Mötet med den självmordsnära människan*. Stockholm: Gotab.
- *Beaudin, C.L., Vigil, V.J., & Weber, S. (2004) Suicide risk assessment in an MCO. *Managed care interface, May*, 39-44.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdand- ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola, Sektionen för Hälsa och Samhälle.
- *Cerel, J., Roberts, T.A., & Nilsen, W.J. (2005). Peer suicidal behavior and adolescent risk behavior. *The journal of Nervous and Mental Disease, 193*(4), 237-243.
- *Crandall, C., Fullerton-Gleason, L., Agüero, R., & LaValley, J. (2006). Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behaviour. *Academic emergency medicine, 13*, 435-442.
- *Eaton, D.K., Lowry, R., Brener, N.D., Galuska, D.A., & Crosby, A.E. (2005). Associations of body mass index and perceived weight suicide ideation and suicide attempts among us high school students. *Archives of pediatrics & adolescents medicine, 159*(6), 513-519.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- *Folse, V.N., Eich, K.N., Hall, A.M., & Ruppman, J.B. (2006). Detecting suicide risk in adolescents and adults in an emergency department. *Journal of psychosocial nursing, 44*(3), 22-51.
- *Grossman, J., Dontes, A., Kruesi, M.J.P., Pennington, J., & Fendrich, M. (2003) Emergency nurses' responses to a survey about means restriction: An adolescent suicide prevention strategy. *Journal of the American psychiatric nurses association, 9*(3), 77-85.
- Hallberg, I. (1985). *Den psykiatriska vårdprocessen*. Solna: Esstele Studium.
- *Hendin, H., Maltzberger, J.T., Lipschitz, A., Pollinger, A., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(2), 115-128.

Hultén, A. (2000). Barn och ungdom: preventionsarbete. I J. Beskow, (red.). *Självmod och självmordsprevention – om livsavgörande ögonblick*. (s. 201-240). Lund: Studentlitteratur.

*Hultén, A., Jiang, G.-X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., & De Leo, D. et al. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 161-169.

Jansson, T., Johansson, C., & Wallin, G. (2003). *Unga människors suicid*. Halmstad: Högskolan i Halmstad, Sektionen för Hälsa- och Samhälle. [C-uppsats].

*Joiner, T.E., Pfaff, J.J., & Acres, J.G. (2002a). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian national general practice youth suicide prevention project. *Behaviour Research and therapy*, 40, 471-481.

*Joiner, T.E., Pfaff, J.J., & Acres, J.G. (2002b). Characteristics of suicidal adolescents and young adult presenting to primary care with non-suicidal (indeed non-psychological) complaints. *European journal of public health*, 12, 177-179.

Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

*McNeill, Y.L., Gillies, M.L., & Wood, S.F. (2002). Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice?. *Family Practice*, 19(5), 461-465.

MESH- Medical Subject Headings (2007) Hämtad 2007-04-13 från http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=mesh&list_uids=68012816&dopt=Full

Montgomery, S., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134: 382-9. Hämtad 2007-03-28 från <http://www.sbu.se/Filer/Content0/Dokument/MADRS.pdf>, Publicerad (2004-09-14).

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykiskohälsa. (2007). Hämtad 2007-03-14 från <http://www.ki.se/suicide>

*Rutter, P.A., & Sourcar, E. (2002). Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146).

*Skogman, K., Alsén, M., & Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide A follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 113-120.

Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggström, L., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 258-264.

- Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*. Hämtad 2007-03-14 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7ED657C9-45E5-9155-136AF7741011/981/20031108.pdf>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2005-05-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen (2006). *Lägesrapporter*. Hämtad 2007-03-14 från http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E8B505A3-047B-484-C-95F8-0BC5BE59F0BA/7133/200713115_rev.pdf
- *Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 284-289.
- Svensk sjuksköterskeförening (2004). *ICN: etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2007-04-13 från <http://www.swenurse.se/library/documents/Publicationer/ICNs%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor.pdf>
- Tegern, G., Beskow, J., & Eriksson, B-E. (2003). *Ungdomars tal och tankar om självmord*. Lund: Studentlitteratur.
- *Valente, S., & Saunders, J.M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: a national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 629-648.
- Van Orden, K.A., Joiner, T.E., Hollar, D., Rudd, D., Mandrusiak, M. & Sillverman, M.M. (2006). A test of the effectiveness of a list of suicide warning signs for the public. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(3), 272-287.
- Wasserman, D. (2002). Suicid och stress. *Incitament*, 1, 31-34.
- Vatne, M. (2006). Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnere pasienter. *Vård i nord*, 79(26), 30-34.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (2000). *Preventing Suicide: A resource for primary health care workers*. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health. Geneva; WHO. Hämtad 2007-03-28 från http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf
- Vägverket (2004) Hämtad 2007-04-13 från http://www.vv.se/templates/page2_2_424.aspx

Tabell 3. Sökhistorik**Bilaga 1**

Databas	Datum	sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
Cinahl	070226	Suicide and assesment	54	18	11	5
Cinahl	070226	Suicide and outcome assessment	1	1	0	0
Cinahl	070226	Suicide and symptoms and nursing	22	9	4	0 (1)
Cinahl	070226	Suicide and assessment and nursing	10	5	4	0 (2)
Cinahl	070226	Suicide and signs and nursing			2	0
PsycINFO	070226	Suicide, assessment, nursing (18-29 år)	16	5	2	0 (1)
PsycINFO	070226	Suicide, assessment, nursing (13-17 år)	18	8	4	0 (1)
PsycINFO	070226	Suicide, assessment, signs	66	27	10	1 (1)
PsycINFO	070226	Suicide, signs, nursing	14	6	1	1
PubMed	070226	Suicide, risk assessment, nursing assessment	3	1	1	0 (1)
PubMed	070226	Suicide, signs and symptoms	26	9	4	1
PubMed	070226	Suicide and nursing assessment	9	1	0	0
PubMed	070226	Suicide and risk assessment	88	20	11	8

* Siffran inom parentes betyder att artiklarna funnits i tidigare sökningar.

Tabell 4. Artikelöversikt.

Bilaga 2

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2005 - Storbritannien	Anderson, M., Standen, P-J. & Noon, J.P.	A social semiotic interpretation of suicidal behaviour in young people.	Att undersöka sjuksköterskors och läkares uppfattning av ungdomar som har suicidbeteende.	Kvalitativ studie. Intervjuer gjordes på 45 sjuksköterskor och läkare som jobbar på akutmottagning, barnmedicin och barn och ungdomspsykiatri.	Sjuksköterskor och läkare ser självmondsbeteende som ett sätt för ungdomarna att kommunicera.	Grad: II
- 2004 - USA	Beadin, C.L., Vigil, V.J. & Weber, S.	Suicide risk assessment in an MCO.	Att göra en analys där patienter och vårdpersonal fick fylla i var sin suicidskattningsenkät. För att jämföra om de skattat samma.	Kvantitativ studie på 487 826 respondenter i åldern 18-66 år.	Systematisk och standardiserad insamling av data samt analys i början av behandlingsprocessen ökar chanserna att identifiera suicidrisken.	Grad: II
- 2005 - USA	Cerel, J., Roberts, T.A. & Nilsen, W.J.	Peer suicidal behavior and adolescent risk behavior.	Syftet med studien var att undersöka sambandet av att utsättas för en kamrats suicidförsök eller suicid och ungdomars riskbeteende.	Kvantitativ, en andrahands dataanalys på 5852 ungdomar som var i åldersgruppen 11 till 19 år.	Resultatet påvisar att ungdomar som blivit utsatta för kamraters suicidbeteende har markant mer egna suicidtankar och suicidförsök. Resultatet belyser behovet av att (vårdpersonal, lärare och socialarbetare) är medvetna om de ökade riskerna som vänner till dem som försökt begå självmord utsätts för.	Grad : II

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2006 - USA	Crandall, C., Fullerton- Gleason, L., Aguero, R. & LaValley, J.	Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior.	Var att fastställa om de patienter som sök för suicidrelaterade symtom på akuten löpte större risk att begå suicid än de patienter som sökt för andra symtom.	Kvantitativ studie på 218 304 patienter i åldrarna 10-55 plus som haft minst ett besök på akuten mellan åren 1994-2004. Författarna jämförde de patienter som sökt för suicidtankar, suicidförsök och självskador med de patienter som sökt för andra symtom, genom att läst patientjournaler. Uppföljning skede efter medel sex år.	Ungdomar som besökt akuten för självskador, överdos, suicidförsök eller suicidtankar löper större risk att begå suicid än de som inte sökt för dessa symtom. Alla dessa patienter bör psykutvärderas innan hemgång.	Grad: I
- 2005 - USA	Eaton, D.K., Lowry, R., Brener, N.D., Galuska, D.A. & Crosby, A.E.	Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students.	Att avgöra i fall uppfattad vikt är signifikant associerat med självmordstankar och självmordsförsök. Samt ifall uppfattad vikt utgör associationer av BMI med suicidtankar och suicidförsök.	Kvantitativ studie på 13601 ungdomar i årskurserna 9 – 12 (ca 14-18 år) från 150 skolor i USA. Frågeformuläret bestod av 95 frågor indelade i 6 kategorier.	Hur ungdomar uppfattar sin vikt har större betydelse än deras riktiga vikt när det gäller ökad sannolikhet för självmordsbeteende. Etiska skillnader finns.	Grad: II

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2006 - USA	Folse, V.N., Eich, K:N., Hall, A.M. & Ruppman, J.b.	Detecting suicide risk in adolescent and adult in an emergy department.	Att uppskatta omfattningen av rapporterad suicidrisk hos både ungdomar och vuxna som söker vård på en akutvårds mottagning, utan hänsyn tagen till vilken åkomma som man sökt för.	Kvantitativ studie. Studien bestod av ett bekvämlighetsurval på 104 ungdomar och vuxna som sökt vård på en akutmottagning i USA. Suicidrisken mättes med ett 4-stegs RSQ frågeformulär som består av fyra frågor.	Studien stödjer användandet av 4-stegs RSQ till alla ungdomar som sökt sig till akuten oavsett för vilken åkomma de sökt för och användande av 2-stegs RSQ till vuxna som sökt för psykisk åkomma på akuten för att avgöra om omedelbar risk för suicid finns. Sjuksköterskor inom all hälso- och sjukvård behöver inleda undersökningar och ingripande mot suicid beteende.	Grad: I
- 2003 - USA	Grossman, J., Dontes, A., Kruesi, M, J-P., Pennington, J. & Fendrich, M.	Emergency nurses' responses to a survey about means restriction: an adolescent suicide prevention strategy.	Att undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter av suicidala ungdomar. Vilken kunskap, utbildning och attityder sjuksköterskorna besitter om suicidriskreduktions- strategier samt i vilken utsträckning de utbildade föräldrarna till den suicidala ungdomen.	Kvantitativ studie. Brev med fyra bakgrundsfrågor och 16 individuella frågor om erfarenhet av suicidala ungdomar, utbildning i suicidriskreduktions- strategier, teknik, senaste erfarenheten, utbildning av föräldrar samt vad de tyckte om strategierna. Det fanns även utrymme för egna åsikter. Breven skickades ut till 943 akutsjuksköterskor och författarna fick 527 svar.	Författarna rekommenderar utbildning av akutvårdspersonal i suicidriskreduktionsstrategier, samt att de skall använda sig av suicidriskreduktionsstrategierna och att nya studier görs för att fastställa effektiviteten av utbildningen i verkligheten.	Grad: I

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2001 - USA	Hendin, H., Maltsberger, J.T., Lipschitz, A., Pollinger Haas, A. & Kyle, J.	Recognizing and responding to a suicide crisis	Att studera data från 26 terapeuter vars patienter begick suicid under pågående behandling, för att hitta ett gemensamt mönster både hos patienterna och terapeuterna. Detta för att ev. påskynda utvecklingen av mer effektiva metoder och strategier för behandling av patienter med hög suicidrisk	Kvalitativ intervjustudie av 26 terapeuter vars patienter begick suicid under pågående behandling.	Studien visar att bara en liten procent av de personer som gick i terapi och hade för avsikt att ta sitt liv gav terapeuterna lite eller inga tecken på sina kriser. Vidare visar studien att intensiva påverkande tillstånd som desperation, övergivenhet, förödmjukelse, skuld, raseri och ångest ofta i kombination bidrar till att utveckla en suicidkris med omedelbar fara för patienten.	Grad: II
- 2001 - Europa	Hultén, A., Jiang, G.-X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H. & De Leo, D., et al.	Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors.	Att beskriva mönster av upprepade suicidförsök och att identifiera relevanta riskfaktorer associerade med upprepat suicidbeteende bland ungdomar i 15-19 år i några Europeiska länder.	Kvantitativ studie. Data samlades in från 7 centra runt om i Europa. 1264 individer följdes i medel 204 veckor. Man tittade på kön, ålder, centra, ifall personen gjort tidigare försök, rekommenderad eftervård, vilken metod personen använde vid det första suicidförsöket som registrerades.	Tidigare självmordsförsök är en riskfaktor för självmord.	Grad: II

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2002b - Australien	Joiner, T.E., Pfaff, J.J. & Acres, J.G	Charracteristics of suicidal adolescents and young adults presenting to primary care with non-suicidal (indeed non-psychological) complaints.	Att klargöra vilken karaktär (ålder , kön, symtom på depression, generella stress symtom) de patienter i 15-24 års åldern har, som inte rättframt talar om att de har suicidtankar inom primärvården	Kvantitativ studie. 91% av 2851 ungdomar som besökte primärvården deltog i studien. 66% var unga kvinnor och hade en medelålder på 19,6 år. Studien utfördes med tre mätinstrument som deltagarna själva fick fylla i: General Health Questionarie- 12 (GHQ-12), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) och Depressive Symptom Inventory- Suicidality Subscale (DSI-SS). Sök orsaken noterades av vårdgivaren på primärvården. 270 patienter hade suicidsymtom. Av dem sökte 32% för psykiska problem och 68% sökte för fysiska problem.	Många unga människor har suicidtankar de inte berättar om, speciellt unga kvinnor som är deprimerade och stressade (dock mindre än de som rapporterade psykiska problem). Alla unga patienter som har tecken på depression eller stress skall frågas om psykiska symtom och suicidtankar.	Grad: I
- 2002a - Australien	Joiner, T.E., Pfaff, J.J. & Acres, J.G.	A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project	Att presentera ett lättanvänt, pålitligt och giltigt mätinstrument som kan användas för att mäta suicidalitet hos ungdomar i primärvården.	Se metod på ovanstående studie av Joiner, Pfaff &Acres (2002)	The depressive symptom index suicidality subscale är ett verktyg som är bra att använda på ungdomar i primärvården. Mätinstrumentet är snabbt, rakt på sak, har hög pålitlighet och giltighet och validitet och är lätt att använda.	Grad: I

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2002 - Storbritannien	McNeill, Y.L., Gillies, M.L. & Wood, S.F.	Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice?	Att se på skillnader mellan ungdomar som har försökt begå ett suicidförsök och de som inte gjort de. Genom att studera hur många gånger de besökte öppenvården och vad de sökte för. Detta för att hjälpa öppenvården att uppmärksamma och identifiera ungdomar som är i riskzonen för att göra ett upprepat suicidförsök.	Kvantitativ studie. Författarna granskade anteckningar från 2359 femtonåringar slumpvis utvalda från öppenvården.	Femtonåringar som är i riskzonen för att försöka begå suicidförsök igen kan hittas bland dem som ofta besöker öppenvården. Ungdomar som söker mer än en gång för mentala hälsoproblem eller för övre luftvägsproblem och inte uppvisar några psykiska tecken på självmordsbenägenhet kan ha en suicidrisk.	Grad: II
- 2002 - USA	Rutter, P.A. & Soucar, E.	Youth suicide risk and sexual orientation.	Att undersöka självmordsrisken hos en grupp av ungdomar med homosexuell, bisexuell eller heterosexuell läggning. Samt att undersöka om det fanns en koppling mellan sexuell läggning och självmordsbeteende	Kvantitativ studie. Urvalet bestod av 50 kvinnor och 50 män i åldern 17 – 19 år. Studien genomfördes med både frågeformulär och skalor (The Beck hopelessness scale, the suicide probability scale, the suicide questionnaire och the demographics form) för att göra en bedömning av självmordsrisk hos ungdomar.	Studien visade på att vara bisexuell eller homosexuell utgör ingen större risk för suicid. Däremot är ett gott stöd från familj, vänner och skolpersonal en faktor som minskar risken för suicid.	Grad: I

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
- 2004 - Sverige	Skogman, K., Alsén, M. & Öjehagen, A.	Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide. A follow-up study of 1052 suicide attempters	Att identifiera riskfaktorer för suicid efter ett suicidförsök och undersöka om riskfaktorerna varierade mellan könen.	Kvantitativ studie av 1052 patienter som försökt begå suicid. Patienternas fall följdes upp efter 6 år och 5 månader för att ta reda på hur många som tagit sitt liv eller dött av andra orsaker under denna period.	Det ser ut som om det skiljer sig mellan män och kvinnor när det gäller riskfaktorer för suicid. Det är möjligt att om man tar hänsyn till skillnader mellan könen vid beräkning av självmordsrisk och behandling kan förbättring ske av preventionen av framtida suicid.	Grad: I
- 2003 - USA	Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J. & Donaldson, D.	Predictors of continued suicidal behaviour in adolescents following a suicide attempt.	Att undersöka vilka riskfaktorer som var associerade med fortsatta suicidtankar efter ett suicidförsök.	Kvantitativ och kvalitativ studie på 58 ungdomar i åldern 12-18 år, varav 53 tjejer. Inom 48 tim efter suicidförsök fick de skatta sig på 8 skalor. Efter tre månader ringde författarna upp och gjorde en telefonintervju med ungdomarna om de hade fortsatta suicidtankar.	De ungdomar som var deprimerade vid suicidförsöket hade starka indikationer på fortsatta suicidtankar och nya suicidförsök.	Grad: II
- 2004 - USA	Valente, S. & Saunders, J.M.	Barriers to suicide risk management in clinical practice: a national survey of oncology nurses.	Att se onkolog sjuksköterskans kunskap, skicklighet och ingripande i suicidala patienter, samt hur hon agerar för att hantera riskfaktorer för suicid. Vilket ingripande använder sjuksköterskan för att hantera risk för suicid.	Kvantitativ studie på 454 onkologsjuksköterskor. Författarna skickade ut frågeformulär per brev till sjuksköterskorna, där de fick svara på fyra skattningsskalor som handlade om: attityder, suicidbedömning, kunskap, förmågor och etiska frågor. Skalorna var både slutna och öppna svar.	Sjuksköterskan behöver mer kunskap i hur hon ska handla vid etiska dilemman och suicid.	Grad: II