

BACHELOROPPGAVE

Selvmord i barnevernet - Hva kan vi gjøre før det er for sent?

Suicide in child welfare - Approaches to suicide prevention in child welfare systems

Kandidatnummer 226 og 228

Bachelor i barnevern – BARN390

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdag 15.05.23

Antall ord: 7999

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Suicide in child welfare - Approaches to suicide prevention in child welfare systems

The purpose of this bachelor's thesis is to examine how we as child welfare workers can work towards preventing future suicides in child welfare systems. We considered it relevant to include which risk factors that could be present in cases where children and youth in the welfare system choose to take their own lives. The focus of this study has been risk factors mostly regarding mental health. To consider this problem, we have used the systematic literature review method and based the research on both qualitative and quantitative studies.

The research question of this study is: "How can suicide be prevented in child welfare services, and what risk factors could lead to suicide among children and youth under the care of child welfare services?"

The findings will be discussed on the basis of the new child welfare law in Norway, as well as theory about mental health and disorders, suicide, prevention in general, suicide prevention and risk factors. The results show that there is a connection between children and youth in the welfare system and an increased risk of suicide, as well as poor mental health and an increase in mental health disorders. The risk factors identified from this study are the following: poor mental health and involvement in the child welfare system. The results also implicate that more research and knowledge is needed in this field for us social workers to get a better understanding of this problem's complexity, and in order to prevent future suicides.

Key words: *Suicide prevention, suicide, risk factors, child welfare, children and youth, mental health, mental disorders, help, understanding.*

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
1.0 BAKGRUNN	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Kunnskapsstatus.....	5
1.3 Avgrensninger ved oppgaven.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging.....	6
2.0 METODE	7
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Søkeprosessen.....	7
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
2.4 Valg av litteratur & kildekritikk.....	11
2.5 Analysestrategi.....	12
3.0 TEORI & BEGREPSAVKLARINGER	13
3.1 Juridiske rammer.....	13
3.1.1 <i>Den nye barnevernsreformen</i>	13
3.1.2 <i>Barnets rett til medvirkning</i>	13
3.2 Psykiske lidelser og psykiske plager/vansker.....	14
3.3 Selvmord.....	15
3.4 Forebygging.....	15
3.4.1 <i>Selvordsforebygging</i>	16
3.5 Risikofaktorer.....	17
4.0 FUNN & ANALYSE	18
4.1 Presentasjon av funn.....	18
4.2 Analyse av funn.....	21
5.0 DRØFTING AV FUNN & ANALYSE	23
5.1 Økt kunnskap & ferdigheter om selvmordsforebygging.....	23
5.2 Økt bevissthet rundt risikofaktorer.....	25
5.3 Videre forskning om selvmord i barnevernet.....	27
6.0 OPPSUMMERING	27
7.0 LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG 1: <i>Tematisk analyse av funn</i>	

1.0 Bakgrunn for valg av tema

1.1 Innledning

Vi som har selvmordstanker, må ikke møte distanserte folk.

Vær engasjert, ta oss alltid på alvor, bagatelliser aldri det vi sier.

Vær varsomme og ydmyke i hva dere sier når vi er suicidale.

Mye kan trigge, selvmordstanker går ikke raskt bort igjen.

Ikke si vi er egoistiske, vi har mange mye dårlig samvittighet.

Vær forsiktige med å si nei til traumebehandling fordi vi er ustabile.

For mange av oss har det bremsa livet (Forandringsfabrikken, 2014, s. 3).

Sitatet ovenfor er hentet fra barn som har hatt selvmordstanker og erfaring fra en psykisk helseverntjeneste. Selvmord kan være et tøft tema for mange, som det også kan være vanskelig å sette ord på. Det kan være spesielt vanskelig å prøve å forstå hvorfor unge mennesker velger å ta sitt eget liv. Som nevnt i tittelen, kan det settes spørsmål ved hvordan vi som barnevernspedagoger kan forhindre selvmord, før det er for sent. Fenomenet selvmord kan bli sett på som noe som er vanskelig å forstå seg på, fordi det ikke nødvendigvis er et enkelt svar på hvorfor noen velger å ta sitt eget liv.

Den siste tiden har det vært flere saker i media om barn og unge som begår selvmord mens de er under barnevernets omsorg og/eller plassert i institusjon. Det har vakt oppsikt hos flere, og satt spor i oss som kommende barnevernspedagoger. Ikke bare tenker vi at psykisk helse er et tema som det generelt kan være viktig å ha kunnskap om i møte med unge i barnevernet, men vi har også lyst til å finne ut av hvordan vi som barnevernspedagoger kan jobbe selvmordsforebyggende. Vi har sett dokumentarer angående psykisk helse og selvmord, og ved å følge aktivt med i dagens media og andre saker ser vi hvor viktig temaet er. Noen spørsmål vi har undret oss over er: hvordan kan vi oppdage risikofaktorene for selvmord og jobbe forebyggende før det er for sent? Hvordan kan vi forstå hvorfor noe sånt skjer? I barnevernet møter man mange ulike problemstillinger, og vi mener selv at vi har hatt svært lite om psykisk helse, selvmord og selvmordsforebygging i løpet av studiet. Selvmord er derfor et tema vi ønsker økt kunnskap om. Vi har i denne

bacheloroppgaven dermed valgt å skrive om selvmordsforebygging i barnevernet, og risikofaktorer ved selvmord hos barn og unge under barnevernets omsorg.

Basert på valg av tema, har vi formulert følgende problemstilling:

“Hvordan kan selvmord forebygges i barnevernet, og hvilke risikofaktorer ligger til grunn ved selvmord hos barn og unge under barnevernets omsorg?”

1.2 Kunnskapsstatus

Vi har sett på tidligere selvmordsstatistikk for å gi en oversikt over kunnskapsstatus om tema. I 2021 ble det registrert 658 selvmord i Norge; 482 hos menn og 176 hos kvinner (Stene-Larsen, 2022). I aldersgruppen under 20 år var det 35 registrerte selvmord i 2016 (Madsen, 2019, s. 83). Det finnes per dags dato lite statistikk fra senere år om hvor mange barn og unge i barnevernet som tar sitt eget liv eller dør av andre årsaker i Norge hvert år. I Kristofersen (et al., 2014, s. 176) sin longitudinelle studie fra 1990-2010 kommer det fram at 1797 barn døde i barnevernsutvalget fra 1990-2009. Med selvmord som dødsårsak var dødsraten 2,81 per 1000 i barnevernsutvalget. En stor andel av dødsfallene som skyldtes selvmord, rus & drap hadde sammenheng med et liv preget av rus og vold (Kristofersen et al., 2014, s. 175).

I regjeringens handlingsplan mot selvmord vises det til at over 70 prosent av barn i barnevernsinstitusjoner rapporterer om symptomer som er forenlige med psykiske lidelser, og omtrent 30 prosent hadde fått behandling i psykisk helsevern de siste 3 månedene (Regjeringen, 2020, s. 46). I barnevernsreformen ble det foreslått flere endringer i barnevernloven, blant annet legges det frem at mange barn i barnevernet har behov for bedre psykisk helsehjelp (Prop. 73L (2016-2017)). Forskning viser at barn som får hjelp av barneverntjenesten har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen. Dette gjelder både plasserte barn og barn i hjemmebaserte tiltak (Kayed et al., 2015, s. 14).

I resultater fra forskningsprosjektet “Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner” fra 2015 kommer det frem at kun 18 prosent av barnevernsinstitusjonene som var med i forskningsprosjektet hadde faste rutiner for

besøk av helsepersonell (Kayed et al., 2015, s. 30). Det pekes også på at kun om lag 25 prosent av barn som plasseres på institusjon uten samtykke opplever det som bra, mens om lag 55 prosent opplever det som vanskelig (Kayed et al., 2015, s. 32). Det er ikke overraskende at barn som plasseres uten samtykke kan oppleve det som belastende og vanskelig, og at det kan medføre psykiske vansker. Her kommer viktigheten av kompetanse om psykisk helse i barnevernet frem, slik at man kan møte barn og unge i barnevernet på best mulig måte i selvmordsforebyggende arbeid.

1.3 Avgrensninger ved oppgaven

Av hensyn til oppgavens omfang er det nødvendig å foreta noen avgrensninger. Fokuset vil være på selvmord blant unge i barnevernet, både i hjemmebaserte og statlige tiltak. I oppgaven vil fenomenet selvmord og “å ta sitt eget liv” bli brukt i sammenheng med problemstillingen, samt begrepet “selvmordsforebygging”. Med “under barnevernets omsorg” vil det i oppgaven vise til barnevernlovens § 5-1 vedtak om omsorgsovertakelse: “Dersom mindre inngripende tiltak ikke kan skape tilfredsstillende forhold for barnet og det er nødvendig ut fra barnets situasjon, kan barneverns- og helsenemnda treffe vedtak om omsorgsovertakelse for et barn i ett eller flere av følgende tilfeller ...” (Barnevernsloven, 2021, § 5-1). Risikofaktorer ved selvmord i oppgaven vil være avgrenset til psykiske vansker og psykiske lidelser, noe som vil bli gjort grundigere rede for i kapittel 3. Fokuset i oppgaven er ikke på én bestemt aldersgruppe i barnevernet, men vil være avgrenset til å gjelde barn og unge under 25 år.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven bygger på syv kapitler.

Kapittel en er et innledningskapittel og tar for seg bakgrunn for valg av tema, kunnskapsstatus, problemstilling og avgrensninger ved oppgaven.

Kapittel to inneholder oppgavens metodedel, og beskriver hva litteraturstudiet er og hvordan søkeprosessen foregikk. Vi vurderer litteraturen vi har brukt kritisk og forklarer hvordan vi har analysert funnene våre.

Kapittel tre er et kapittel om teori- og begrepsavklaringer. Det gjøres rede for sentrale begreper, lovverk og teorier i lys av problemstillingen.

Kapittel fire presenterer funn og analyse av funn.

Kapittel fem drøfter funn og teori i lys av problemstillingen, samt viser til forslag til videre forskning.

Kapittel seks oppsummerer bacheloroppgaven.

Kapittel syv inneholder litteraturliste.

2.0 Metode

I metodekapittelet blir det gjort rede for valg av metode, søkeprosess og inklusjon- og eksklusjonskriterier for oppgaven.

2.1 Valg av metode

Metoden vi har valgt i oppgaven er en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. En litteraturstudie kan defineres som en omfattende studie der tolkningen av litteratur relaterer til et bestemt spørsmål (Aveyard, 2019, s. 2). Det inneholder som regel et eget introduksjonskapittel, deretter kommer methodedelen som inneholder søkestrategi og analyse av litteraturen. Litteraturstudier kan være viktige for å vise at en kan oppsummere litteratur til hvert enkelt tema (Aveyard, 2019, s. 4). Litteraturstudiet egner seg godt for oppgaven vår fordi det gir en mulighet til å ha en utforskende tilnærming til temaene selvmord i barnevernet og selvmordsforebygging. For å drøfte problemstillingen, har vi funnet studier som vi mener kan gi oss mulige svar på denne. Vi mener det er viktig å ha en variasjon i materialet, og vi er av den oppfatning at det vil kunne være hensiktsmessig å ha både tallmessig data, samt ha muligheten til å undersøke det særegne ved barns opplevelser (Dalland, 2017, s. 52-53).

2.2 Søkeprosessen

Vi startet søkeprosessen tidlig for å ha et godt utgangspunkt til oppgaven. Søkene ble gjort fra tidlig februar til midten av mars 2023. Databaser som ble brukt hyppigst i

søkene var blant annet Idunn, Oria, Google Scholar, PsycNet og SocIndex. I begynnelsen brukte vi flest norske søkeord, som “barnevern & selvmord” “dødelighet i barnevernet” og “barnevern og psykisk helse.” Derimot fant vi lite treff på akkurat det vi ønsket å finne ut av ved bruk av norske søkeord. Vi søkte etter hvert “dødelighet + selvmord i barnevernet” i Google Scholar som resulterte i funn av en artikkel som vi endte opp med å bruke. Vi fant ut at det var generelt lite norske treff på temaet, så deretter gikk vi over på engelske søkeord i de ulike databasene for å få flere treff. Vi brukte blant annet søkeord som “suicidality among children + child welfare services” “suicide prevention + child welfare” og “suicide and child welfare.” Her fikk vi opp flere tusen treff både på SocIndex, Google Scholar og Psycnet. Vi trykket deretter på “avansert søk” slik at vi kunne få presise resultater innenfor ønsket tidsrom. Ved bruk av den funksjonen kan en også avgrense søkene med andre presise søkeord slik at en får opp relevante resultater. I tillegg får man avgrenset søket slik at man får opp fagfelleverderte tidsskrifter/artikler. Ved søkeordene “suicide and child welfare” fikk vi opp over 10.000 resultater, og etter å ha avgrenset søket ble det et par tusen mindre. Selv om det fortsatt var ganske mange resultater, valgte vi å se gjennom overskrifter og underoverskrifter til de 100 første for relevans. Deretter gikk vi gjennom sammendraget til ti av artiklene vi så på som de mest relevante. Deretter plukket vi vekk syv av artiklene, blant annet fordi de ikke passet opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre, og ikke gjaldt spesifikt barnevern eller selvmord. Til slutt endte vi opp med fire relevante artikler som vi valgte å bruke i litteraturstudiet vårt, og som vi presenterer i tabellen nedenfor.

Artikkelnavn:	Artikkelforfatter(e):	Publisert/Utgivelsesår :
Health Services Use by Children in the Welfare System Who Died by Suicide	Ruch, D. A., Steelesmith, D. L., Warner, L. A., Bridge, J. A., Campo, J. V., & Fontanella, C. A.	2021

Barnevern I Norge 1990-2010. En longitudinell studie.	Backe-Hansen, E. Madsen, C. Kristofersen, L. B. & Hvinden, B. (Red.).	2014
Vulnerable yet forgotten? A Systematic Review Identifying the Lack of Evidence for Effective Suicide Interventions for Young People in Contact With Child Protection Systems.	Russell, D. H., Trew, S. & Higgins, D. J.	2021
Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review.	Milde, A. M., Gramm, H. B., Paaske, I., Kleiven, P. G., Christiansen, Ø. & Havnen, K. J. S.	2021

2.3 Inklusjons/eksklusjonskriterier

Her vil vi ta for oss inklusjons- og eksklusjonskriteriene for vår litteraturstudie, som blir presentert i tabellen nedenfor.

Inklusjonskriterier	<ul style="list-style-type: none">- Forskning om selvmord i barnevernet- Forskning om dødelighet blant barnevernsbarn- Forskning om risikofaktorer for selvmord- Fagfelleverderte artikler- Etisk rammeverk- Språk: Engelsk & Norsk- Kilder: Primærkilder og litteraturstudier som presenterer relevant forskning- Barn som har vært/er under barnevernets omsorg, eller i kontakt med spesialhelsetjenesten
Eksklusjonskriterier	<ul style="list-style-type: none">- Ikke vitenskapelig publikasjon- Barn som ikke er i barnevernet/får hjelp av andre instanser- Aldersgruppe over 25

	- Mer enn 10 år gammel
--	------------------------

2.4 Valg av litteratur og kildekritikk

I søkeprosessen har vi sett nøye på kildene vi har valgt og vurdert dem ut fra troverdighet. I en litteraturstudie skal forskningen gi troverdig kunnskap, og dette kan oppnås ved at reliabilitets- og validitetskravene blir oppfylt. Reliabilitet, som betyr pålitelighet er viktig for å kvalitetssikre forskningen. Samtidig skal man kunne stole på arbeidet i oppgaven, at det er vist frem med troverdighet (Dalland, 2017, s. 55). Validitet betyr også relevans og gyldighet, og resultatene som blir presentert i forskningen bør derfor være gyldige og relevante for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 40).

Når vi valgte ut litteratur var vi opptatt av å følge inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Vi ville også at året for publisering skulle være så nært 2023/2022 som mulig for å sikre relevans opp mot samfunnet i dag. Til tross for at den ene rapporten vi har med i studiet er over ti år gammel, har vi konkludert med at den er relevant for oppgaven, i og med at den setter lys på essensielle deler av problemstillingen vår ved å presentere forskning gjort over lengre tid. Rapporten og forskningen er utført og skrevet av flere anerkjente forfattere, blant annet Elisabeth Backe-Hansen og Lars B. Kristofersen som vi ser på som troverdige forfattere, ettersom de også er forfattere av flere av våre pensumbøker gjennom studiet. Vi har ikke funnet andre rapporter som har forsket på temaet selvmord og dødelighet i barnevernet i Norge i samme grad som i denne longitudinelle studien. I søkeprosessen fant vi flere artikler som hadde referert og henvist til denne studien når dødelighet og selvmord for barnevernet i Norge ble presentert. Dette viser at flere kan ha sett på studien som nødvendig å vise til, for å belyse sin problemstilling. Særlig når det tilsynelatende ikke finnes nyere forskning om tematikken i Norge. Derfor så vi på det som både relevant og gunstig å bruke forskningsrapporten som materiale.

Barnevernsrapporten er studert over to tiår, så man må ta i betraktning at barnevernet har utviklet seg i løpet av den tiden. Vi tar med oss funnene i rapporten med et kritisk blikk på grunn av året for publisering, og på bakgrunn av barnevernets utvikling siden den gang.

Når det gjelder de andre artiklene vi har valgt ut, har vi sett på både publiseringsdato og utgiver. Alle tre artiklene er publisert i 2021, noe som betyr at det er relativt ny forskning, noe som øker forskningens troverdighet og gyldighet. Det gjør også at vi kan veie dem opp mot den eldre artikkelen og sammenligne noen av resultatene. Forfatterne i artiklene ser vi på som troverdige, da flere av de jobber innenfor barnevern/psykiatri og har både erfaring fra feltet og drevet med tidligere forskning.

2.5 Analysestrategi

Vi har benyttet Braun og Clarke (2006, s. 77–101) sin fremgangsmåte for hvordan man skal foreta en tematisk analyse av kvalitative data. En tematisk analyse kan tilby en bestemt fremgangsmåte for å kunne stille spørsmål til datamaterialet. Fordelen med tematisk analyse er også at det kan gi en oversikt over det "større bildet" for å se sammenheng i materialet når mange studier er koblet sammen (Aveyard, 2019, s. 7). Årsaken til at vi har benyttet denne spesifikke fremgangsmåten er for å sikre systematikk i analysearbeidet. I første omgang har vi forberedt oss ved å danne en oversikt over datamaterialet vårt, altså de ulike artiklene og rapportene. Dette har vi gjort ved å lese grundig gjennom materialet med spesielt fokus på resultat og diskusjonsdelen. Deretter har vi laget stikkord og notater ut ifra det vi har lest, og vi har oversatt det engelske materialet. Neste steg har vært koding for å fremheve essensen av materialet. Formålet med koding er å få oversikt over innholdet og få dypere innsikt i datamaterialet. Her har vi blant annet brukt markeringsverktøy/fremhevingsfarge i google docs og word og notert relevante refleksjoner vi har gjort oss ut ifra det vi har lest og markert i et eget dokument. Etter at vi var ferdige med koding gikk vi over til kategorisering. Kategoriseringsfasen gikk ut på å sortere kodene våre i ulike underkategorier/tema. Formålet ved det var å komme frem til funnene våre som vi har rapportert om i oppgaven. Fellesnevnerne mellom koder ble identifisert og kategorisert i bokser med navn basert på problemstillingen vår, ved å fysisk tegne et tankekart. I siste fasen av analysen kom rapporteringen. Her skrev vi om temaene/underkategoriene i resultatkapittelet i oppgaven. Vi valgte å presentere temaene i tabell ettersom vi synes det var ryddig og oversiktlig.

3.0 Teori og begrepsforklaringer

I dette kapittelet vil det gjøres rede for sentrale begreper og teorier i henhold til problemstillingen. Teorien danner grunnlaget for å kunne drøfte funnene i lys av tema og problemstilling.

3.1 Juridiske rammer

For å grundig foreta valg av tema ser vi på det som både nødvendig og interessant å vise til noen juridiske rammer som er relevante for oppgavens tema og problemstilling.

3.1.1 Den nye barnevernsreformen

Fenomenet selvmord kommer ikke tydelig frem i noen lovangivelser eller juridiske dokumenter i barnevernet, slik vi kjenner til. Derimot kommer det frem i den nye barnevernsreformen som nevnt innledningsvis, at et mål i reformen er at flere barn i barnevernet skal få hjelp tilpasset behovene de har. Det fremheves at behovet for samordning av tilbud fra barnevernet og helsetjenestene er "særlig stort", fordi langt flere av barna i barnevernet enn i barnepopulasjonen for øvrig har psykiske helseplager og lidelser (Prop. 73L (2016-2017), s. 64). Det blir også påpekt at dagens rutiner og systemer ikke sikrer at barn i barnevernet utredes godt nok for psykiske helseplager. Behovet for at barn i barnevernet utredes for psykiske helseplager kan oppstå tidlig, og det kan være avgjørende at det blir fulgt opp. I den nye barnevernsreformen nevnes det og at Helsedirektoratet, Bufdir og de regionale helseforetakene skal utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet tidlig blir utredet for psykisk helseplager (Prop. 73L (2016-2017), s. 66.) Det tyder derfor på at psykisk helse har fått et økt fokus i barnevernet; tross at det er lite kunnskap om det per i dag, vil det antageligvis kunne se annerledes ut fremover.

3.1.2 Barnets rett til medvirkning

Et viktig og sentralt prinsipp i både den gamle og den nye barnevernsloven er "barnets rett til medvirkning." Det kommer frem av barnevernsloven § 1- 4, der det blant annet står:

"Et barn som er i stand til å danne seg egne meninger, har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet etter denne loven. Barn har rett til å uttale seg til

barnevernet uavhengig av foreldrenes samtykke, og uten at foreldrene informeres om samtalen på forhånd. Barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og har rett til fritt å gi uttrykk for sine meninger. Barnet skal bli lyttet til, og barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet.” (Barnevernsloven, 2021, § 1-4).

Som nevnt i lovteksten har alle barn rett etter loven til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet. Derfor er det viktig at barnet også får medvirke i forhold som vedrører barnets egne psykiske helse. I tillegg kan medvirkning være avgjørende for å kunne fatte beslutninger som passer til hvert enkelt barn. Barnets medvirkning er sentral, ikke kun fordi det er forankret i loven, men også fordi barn og unge kjenner seg selv best og ved å samarbeide med dem kan man sammen danne et bedre beslutningsgrunnlag.

3.2 Psykiske lidelser og psykiske plager/vansker

I henhold til problemstillingen er begreper innenfor kategorien psykisk helse essensielle å definere. Vedrørende begrepet psykiske lidelser, er det vanlig å skille mellom psykiske lidelser og psykiske plager/vansker. Psykiske lidelser betegner sykdommer med mer uttalte symptomer enn psykiske plager/vansker, som for eksempel schizofreni eller alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til diagnostiske kriterier som revideres regelmessig til oppdatert vitenskapelig evidens, og diagnostisering gjøres av klinikere (Renefolt et al., 2018, s. 12). Psykiske plager defineres som symptomer som for eksempel nedstemthet og engstelse. Plagene kan oppleves som mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger en psykisk lidelse (Renefolt et al., 2018, s. 12). Når det gjelder statistikk for psykiske plager blant unge, tilbyr Ungdata omfattende data. En tendens i en rapport fra Ungdata-rapporten er at selvrapporterte psykiske helseplager fortsetter å øke markant for både gutter og jenter (Bakken, 2018, s. 83). Det må også tas forbehold om at det kan være en del mørketall i slike undersøkelser, og at tallene kan være noe høyere/lavere enn resultatene vi får utgitt.

Det finnes undersøkelser fra Norden der en finner at opplevd stress i skolen og psykiske helseplager henger sammen (Madsen, 2019, s. 94). I regjeringens handlingsplan for selvmord for 2020-2025 påpekes det at selvmordsforebyggende

arbeid i skolen kan bidra til å redusere antall selvmordsforsøk og selvmord. Skolen kan ha en viktig rolle i å forebygge psykiske vansker og har en plikt til å legge til rette for trygge læringsmiljøer som fremmer helse, trivsel og læring (Regjeringen, 2020 s. 16).

3.3 Selvmord

Selvmord kan være et utfordrende fenomen å definere. Folkehelseinstituttet forklarer selvmord som "... et resultat av en påført skade der intensjonen har vært å avslutte livet" (Stene-Larsen, 2022). Løvgren (2013, s. 5) definerer selvmord som "... å dø for egen hånd." Selvmordsforsøk og selvskading er ulike fenomener, og det er viktig å skille mellom disse. Ved selvmordsforsøk foreligger det en intensjon om å dø, selv om intensjonen kan variere i styrke. Selvskading, derimot, er ikke nødvendigvis forbundet med et ønske om å dø, men heller et uttrykk for en måte å regulere intense negative tanker, vonde følelser eller en vanskelig relasjon (Stene-Larsen, 2022). Det kan også reflekteres over om selvmord kan være en følge av selvskading over lengre tid. Alvorlige selvmordsforsøk kan sees på som et siste rop om "hjelp." For barn og unge i barnevernet kan det tenkes at det føles tungt og maktesløst å ikke ha kontroll over egne skjebner. Selvmordsforsøk kan da bli betraktet som en nødløsning.

3.4 Forebygging

Forebygging kan defineres som en mangetydig og positivt ladet betegnelse der hensikten er å eliminere eller begrense uønsket utvikling (Mikkelsen, 2005). Begrepet ble opprinnelig utviklet innen helsesektoren og ble brukt i forbindelse med begrenning av smittekilder og sykdom. Det kan skilles mellom tre hovedtyper forebygging; primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Primærforebygging handler om å forhindre at problemet oppstår. Eksempler på det kan være opplysnings- og holdningskampanjer, overvåkning og lovregulering. Sekundærforebygging brukes om tiltak som skal hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Forebyggingen her, i motsetning til primærforebygging retter seg mot en bestemt utsatt andel i befolkningen. Tertiærforebygging, derimot, brukes om tiltak rettet mot identifiserte og ofte tungt belastede målgrupper. Innsatsen går her på å motvirke en forverring

av problemene, og grenser mot det vi legger i behandling og rehabilitering. Eksempler på tertiærforebygging kan være mobilt helseteam, metadonprosjekt, og andre sprøyteautomater (Mikkelsen, 2005).

Et annet vanlig rammeverk for forebygging skiller mellom universelle, selektive og indikerte strategier basert på målgruppen for intervensjonene (Myhre et al., 2022, s. 5). Dette kan også brukes om selvmordsforebygging, som blir gjort rede for i kapittel 3.4.1. Universelle strategier retter seg mot hele samfunnet, og har som mål å forebygge at et problem oppstår. I motsetning til universelle strategier, retter selektive og indirekte strategier seg mot grupper som for eksempel har forhøyet risiko for selvmord, og kan representere tidlig intervensjon (Myhre et al., 2022, s. 5).

3.4.1 Selvmordsforebygging

Selvmordsforebygging i et systemperspektiv, der man retter tiltak mot systemene rundt menneskene i risiko, er en overordnet tilnærming til selvmordsforebygging som i begrenset grad er beskrevet utover spesifikke modeller. Gjennom systemperspektivtenkningen retter et fokus mot systemene (behandlingstiltaket, avdelingen eller oppfølgingen) som den enkelte risikoutsatte personen er omgitt av eller er i målgruppen for (Myhre et al., 2022, s. 6).

Suicidal atferd har komplekse og til dels ukjente årsaker over flere nivåer, og det er aldri én enkelt årsak til at noen tar livet sitt (Myhre et al., 2022, s. 8). Risikofaktorer for selvmord inkluderer individuelle faktorer som genetikk, personlighetstrekk, psykologiske faktorer, psykiske lidelser, skadelig rusbruk og tidligere selvskading. Videre inkluderer det familiære faktorer som økonomiske ressurser, eksponering for vold eller traumatiske hendelser i barndommen. Samfunnsmessige faktorer kan for eksempel være tilgang til dødelige selvmordsmetoder, økonomisk resesjon eller stigma og diskriminering (Myhre et al., 2022, s. 8). Et eksempel på en universell selvmordsforebyggende strategi, som nevnt over, er å begrense tilgang til selvmordsmetoder, som for eksempel skytevåpen og sikre broer mot utsprang. Videre er et eksempel på selektive strategier, tiltak som retter seg mot brede grupper av pasienter i psykisk helsevern-tjenester. Derimot finnes det lite

forskning på selektive strategier per i dag. I helsetjenesten vil universelle strategier ha begrenset nytte, utover opplysningsarbeid rettet mot befolkningen (Myhre et al., 2022, s. 5).

3.5 Risikofaktorer

Risikofaktorer blir forklart som forhold som kan øke faren for å utvikle problemer (Regjeringen, 2015). Når man tar opp risikofaktorer faller det seg naturlig å forklare beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer er forhold som demper risikoen, altså forhold som er med på å forebygge uheldig utvikling når risikofaktorer er tilstede. Redusering av risikofaktorer og forsterking av beskyttelsesfaktorer er sentralt i forebyggende arbeid mot risikogrupper. (Regjeringen, 2015).

Ekeberg & Hem (2016, s. 29-38) løfter frem tre hovedgrupper for risikofaktorer: psykiske, sosiale og biologiske risikofaktorer. En kan si at psykiske risikofaktorer er ulike faktorer som spiller inn på det psykiske. Det er sjeldent at en person etter et selvmordsforsøk ikke oppfyller kriteriene til en psykisk lidelse. Selvmordsrisikoen kan også øke med alvorlighetsgraden til den psykiske lidelsen (Ekeberg & Hem, 2016, s. 30). Noen faktorer som har vist seg å henge sammen med risikoen for selvmord ved depressive lidelser er blant annet: dyp depresjonsgrad, sterk håpløshetsfølelse, personlighetsforstyrrelser, kronisk sykdom, selvmord i familien og tidligere selvmordsforsøk.

Psykososiale/sosiale risikofaktorer kan dreie seg om blant annet familiære forhold (Ekeberg & Hem, 2016, s. 35). Dersom en har barndomstraumer i form av omsorgssvikt eller psykiske, fysiske og seksuelle overgrep kan det være en ekstra selvmordsrisiko. I tillegg kan selvmordsrisikoen øke for barna, dersom foreldrene/omsorgspersonene har en selvmordsrisiko gjennom barndommen til barnet. Vennskap og miljøer unge omgås i kan også virke som en risikofaktor for selvmord. Dersom unge oppholder seg i vennekretser som "romantiserer" selvmord, eller følger med på kjente personer som gjør det, kan det ha en negativ påvirkning på unges oppfatning av selvmord (Ekeberg & Hem, 2016, s. 37).

Biologiske risikofaktorer kan være faktorer som spiller inn biologisk på kroppen vår. Lavt nivå av serotonin metabolitten 5-hydroxyindoleddisyre i cerebrospinalvæsken

er blant annet forbundet med risiko for aggressiv atferd og impulsatferd, og for både selvmord og selvmordsforsøk (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38). Slike forhold har også dokumentert sammenheng med alvorlig depresjon. I noen familier er det økt forekomst av selvmord, og det har vært spekulert i om det har en genetisk sammenheng. Det er derimot hittil ikke funnet noe genetisk forklaring på arvelig selvmordsrisiko (Ekeberg & Hem, 2016, s. 38).

4.0 Funn og analyse

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra litteraturstudiet bli presentert for å besvare problemstillingen.

4.1 Presentasjon av funn

Artikkel nr 1: Ruch, D. A., Steelesmith, D. L., Warner, L. A., Bridge, J. A., Campo, J. V., & Fontanella, C. A. (2021). Health services use by children in the welfare system who died by suicide. *Pediatrics*, 147(4).

Det ble gjennomført en retrospektiv matchet case-kontrollstudie. Dataene som ble brukt var barn i alderen 5- 21 år som hadde åpen sak i Ohio s Statewide Automated Child Welfare Information System i tidsperioden mellom 2010 - 2017. Dødsattestdata ble innhentet fra Ohios Department of Vital Statistics. Utvalget inkluderte 1320 ungdommer involvert i barnevernet. Diagnoser og informasjon om tjenestebruk ble hentet fra Medicaid-kravdata (Ruch et al., 2021, s. 2).

Funnene i artikkelen er blant annet at mer enn halvparten av de som begikk selvmord hadde en diagnostisert psykisk helsetilstand. De som tok sitt eget liv hadde høyere odds for alle psykiske helsediagnoser enn kontrollgruppen.

Rusmisbruksforstyrrelser og samtidige psykiske helse- og rusforstyrrelser, var signifikant mer utbredt i gruppen av selvmords-avdøde. Selvmords-avdøde hadde en signifikant større sannsynlighet for å ha en tidligere historie med selvskading enn ikke-avdøde. Ungdom i barnevernet som opplevde plassering utenfor hjemmet hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å dø av selvmord. Omtrent to tredjedeler av de avdøde ble diagnostisert med en psykisk helsetilstand. Ungdom med flere psykiske helsediagnoser hadde høyere sannsynlighet for å dø av selvmord. Selvmords-avdøde involvert i barnevernet hadde også større sannsynlighet for å ha

en kronisk medisinsk tilstand. Ungdom i barnevernet som opplevde plassering utenfor hjemmet var assosiert med økt risiko for selvmord. De selvmords-avdøde hadde høyere sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske- og kroniske lidelser enn kontrollgruppen (Ruch et al., 2021, s. 6).

Artikkel nr. 2: Backe-Hansen, E. Madsen, C, Kristofersen, L. B. & Hvinden, B. (2014). Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie. Backe-Hansen, E. Madsen, C. Kristofersen, L. B. & Hvinden, B. (Red.). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

I rapporten presenteres nye resultater fra prosjektet Barnevern i Norge 1990-2010. Per 2010 inneholder utvalget for undersøkelsene i rapporten knapt 170 000 personer i alderen 0- 43 år som fikk tiltak av barnevernet i perioden 1990-2010, samt et representativt sammenlikningsutvalg uten barnevernserfaring på knapt 180 000 personer. (Backe-Hansen et al., 2014, s. 13). "Barnevern i Norge" er en studie av registerdata, der ulike administrative registre er koblet sammen i en stor database med utgangspunkt i en unik koblingsnøkkel for det enkelte individ. I barnevernsrapporten ble det foretatt beregninger av tallet på døde og en dødelighetsberegning for både barnevernutvalget og sammenlikningsutvalget i perioden 1990-2005. Tallet på døde barn og unge i barnevernutvalget den gangen var 1095, og utgjorde nesten én prosent av gruppen. De fleste dødsfallene skjedde seint i tenårene og tidlig i 20-årsalderen. Videre ble det funnet lavest andel døde i sammenlikningsutvalget, nest lavest i gruppen med ettervern og høyest andel døde i den delen av barnevernutvalget som ikke fikk ettervern (Kristofersen et al., 2014, s. 169).

Det vises til i rapporten at det ble registrert 1 797 dødsfall i perioden 1990-2009, blant barn, unge og voksne i barnevernutvalget. I utvalget i rapporten kommer det blant annet frem at selvmordsraten per 1000 i utvalget er på 2.81 (Kristofersen et al., 2014, s. 174).

Når det gjelder dødelighet og dødsårsaker i rapporten, ble disse variablene brukt som indikatorer på risiko for alvorlig sykkelighet og risiko for ulykker, selvmord og annen voldsom død. Barnevernsutvalget bestod av et flertall av barn og unge som kun har fått hjelpetiltak mens de bodde hjemme hos sine biologiske foreldre. En

mindre andel på 30 prosent har vært plassert utenfor hjemmet, i fosterhjem, barnevernsinstitusjon eller andre typer plasseringer. Det ble funnet litt høyere andeler døde blant både menn og kvinner i begge utvalgene i forhold til resultatene fra forrige undersøkelse. Det ble også funnet at dødsrisikoen var høyest for de som hadde mottatt tiltak på grunn av eget rusmisbruk, og når det ble sett nærmere på viktige dødsårsaker (Kristofersen et al., 2014, s. 176). Rapporten konkluderer med at mange barn og unge får en positiv fremtid tross kontakt med barnevernet i barndommen, men mange kan og få negative utfall. Det oppfordres videre til mer forskning på barnevernfeltet, både blant dødelighet, og andre temaer som blir presentert (Backe-Hansen et al., 2014, s. 192).

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

Denne artikkelen er en systematisk oversikt som identifiserer mangelen på bevis på effektive selvmordstiltak for unge mennesker i kontakt med barnevernssystemer. Artikler ble kun inkludert i studien dersom de evaluerte en intervensjon for å redusere selvmord, var fokusert på omsorg utenfor hjemmet og målte selvmordstanker, -forsøk eller dødsfall ved selvmord av unge mennesker som mottar omsorg utenfor hjemmet. Artikler som målte fagpersoners eller omsorgspersoners kunnskap, ferdigheter, holdning eller andre relaterte resultater av intervensjonen ble også inkludert. Det ble identifisert fem studier som undersøkte effektiviteten av intervensjoner for å redusere selvmordstanker og -atferd blant barn som mottar omsorg utenfor hjemmet (Russel et al., 2021, s. 15). Intervensjonstypene som ble undersøkt var ungdomsfokuserte intervensjoner og fagfokuserte intervensjoner. (Russel et al., 2021, s. 1-20).

Videre blir det foreslått å kombinere styrkene til de ungdomsfokuserte intervensjonene og de fagfokuserte intervensjonene i fremtidig forskning for lovende resultater. Artikkelen nevner også at det ser ut til at det ikke finnes forskning som undersøker selvmordsforebyggende behov ved å spørre de unge hva de selv ønsker og trenger. (Russel et al., 2021, s. 31-32).

Artikkel nr 4: Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review. Av: Milde, A. M., Gramm, H. B., Paaske, I., Kleiven, P. G., Christiansen, Ø. & Havnen, K. J. S. (2021).

Den siste artikkelen vi har tatt for oss, er en artikkel som tar for seg forskning om selvmord blant barn og unge fra barneverntjenester i Norden. Målet med studien var å få oppdatert kunnskap om sammenhengen mellom selvmord blant barn som får intervensjoner fra barneverntjenesten, og andre unge i befolkningen. I studiet ble det inkludert barn fra 0-18 år som har vært eller er i intervensjon med en barneverntjeneste, og til å sammenligne ble det brukt barn og unge med samme aldersspenn fra den generelle befolkningen (Milde et al., 2021, s. 3).

Forfatterne undersøkte seks artikler de mente kunne gi svar. Tre artikler handlet om selvmord som var utført, en om både selvmordsatferd og selvmord, og to om selvmordsatferd. I artiklene som ble analysert kommer det frem at barn i barnevernet har høyere risiko for selvmord og dårligere selvmordsatferd, enn barn i den generelle befolkningen. Det skrives og at barn og unge som er og har vært i barnevernet vurderes til å ha høyere risiko for selvmordsatferd og selvmord senere i livet. Det ble funnet at barn og unge som ikke mottar nødvendig hjelp, har dobbelt så høy risiko for selvmord som barn i den generelle befolkningen. Resultatene i artikkelen viser at barn og unge i barnevernet krever større oppmerksomhet i psykisk helsevernstjenester (Milde et al., 2021, s. 9).

4.2 Analyse av funn

Vi har presentert en tematisk analyse av funn fra artiklene i en tabell, som er vedlagt i "Vedlegg 1" for å gjøre funnene mer oversiktlig. Tabellen presentert nedenfor er en forenklet versjon med stikkord fra den fullstendige analysen.

Artikkel nr	Selvmondsforebygging	Risikofaktorer for selvmord	Felles mønster i alle 4 artiklene
Artikkel 1 Ruch et al., (2021)	Overvåkning av ungdom i risiko. Jevnlige vurderinger Strategier rettet mot helsevesenet	Ungdom i barnevernet Plassering utenfor hjemmet Psykiske lidelser	Psykisk helse som risiko Økt kunnskap for ansatte: Kan forebygge Lite forskning på feltet Tidlig forebygging
Artikkel 2 Backe-Hansen et al., (2014)	Mer forskning Mer kompetanse for ansatte	Barn og unge i barnevernet Hatt tiltak i barnevernet	
Artikkel 3 Russell et al., (2021)	Selvmondsforebyggende intervensjoner Øke kunnskap og ferdigheter Traumebevisste intervensjoner Barns medvirkning	Psykososiale faktorer Mishandling i hjemmet Depresjon, ruslidelser Overgrep, fysisk og emosjonelt	

Artikkel 4 Milde et al., (2021).	Større fokus i psykisk helsevern-tjenester & barnevern Tidlig forebyggings-tiltak Økt kunnskap	Høyere risiko i barnevernet Tidligere vært i barnevernet Får ikke nødvendig hjelp	
---	--	---	--

5.0 Drøfting av funn og analyse

Ved hjelp av artiklene vi har valgt og teorien presentert tidligere, skal vi i denne delen drøfte problemstillingen vår, som var følgende: *“Hvordan kan selvmord forebygges i barnevernet, og hvilke risikofaktorer ligger til grunn ved selvmord hos unge under barnevernets omsorg?”*

5.1 Økt kunnskap & ferdigheter om selvmordsforebygging

Vi har tidligere nevnt systemperspektiv-teori i arbeid med forebygging av selvmord, som blant annet tilsier at en endring i systemene kan virke forebyggende (Myhre et al., 2022). Endring i systemene er noe både Kristofersen & Backe-Hansen (et al., 2014), Milde (et al., 2021) & Russell (et al., 2021) fremhever. Økt kunnskap om psykisk helse og selvmord for ansatte i barnevernet kan derfor virke forebyggende. Videre viser Kristofersen & Backe-Hansen (et al., 2014) til ønske om mer forskning på feltet og at en ved hjelp av konkret og målrettet opplæring, kan jobbe forebyggende i barnevernet (Russell et al., 2021).

Russell (et al., 2021) viser til at barnets stemme i arbeid med selvmordsforebygging er viktig å ha i fokus, for å kunne forebygge selvmord tidlig. Som nevnt i teoridelen, er prinsippet om barnets rett til medvirkning sentral i lovverket (Barnevernsloven, 2021, § 1-4). Det kan derfor tenkes det er viktig å få fram hva barnet selv ønsker og vil, i arbeidet med forebygging av selvmord. Dersom barnet har en mening om hjelp hen ønsker, kan det være essensielt for barnevernspedagogen å ta med videre. Å ta i bruk en slik tilnærming er forenlig med barns rettigheter til å være involvert i beslutninger som omhandler deres eget liv. Det å la barnet få medvirke, kan også

virke forebyggende fordi en kan få innblikk i hvilken hjelp som kan være den rette for hvert enkelt barn, ikke bare barn generelt. Dermed kan en sette i gang tiltak tidlig og vurdere om tiltaket er effektivt for det enkelte barnet.

Vi har videre funnet at det generelt er lite fokus på kunnskap om psykisk helse og selvmord i barnevernet i Norge i dag. Forskingen til Backe-Hansen & Kristofersen (et al., 2014) er det eneste vi har funnet som presenterer fenomenet selvmord i barnevernet med konkrete statistikker, foruten generelle saker fra media. Nevnt innledningsvis er det heller ingen lovangivelser per dags dato som løfter frem selvmord og psykisk helse i barnevernet. Unntaket er regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord, som er en generell plan og ikke konkretisert til barnevern. Det er heller ikke gitt at ansatte i barnevernet eller andre instanser er klar over handlingsplanens eksistens, det kan gjøre at den mister litt av den forebyggende effekten. Det kan derfor tenkes at et krav om kompetanseheving i barnevernet om psykisk helse/selvmord kan være med på å øke fokuset, og dermed virke som et forebyggende tiltak for fremtidens barnevern.

Hyppige risikovurderinger for selvmord og skreddersydde forebyggingsprogram, blir løftet frem som forebyggende tiltak av Ruch (et al., 2021), samtidig nevner Russell (et al., 2021) det å utvikle og evaluere selvmordsforebyggende intervensjoner som forebygging for selvmord. En ulempe ved skreddersydde forebyggingsprogram kan tenkes å være at selv om programmene tilsynelatende er skreddersydde, er det ikke gitt at det vil passe alle barn og unge som har selvmordstanker/psykiske lidelser. Ferdighetstrening har ifølge Russell (et al., 2021) vist seg å være effektivt for forebygging i helsevesenet, noe som også kan være en mulighet for barnevernsansatte. Ut ifra funnene fra artiklene nevnt over kan vi se en potensiell nytte av mer robust mental helsescreening og selvmordsrisikovurdering for ungdom i barnevernet. Det har blitt fastslått i tidligere studier at kun 15-30 % av ungdommene involvert i barnevernet som trenger psykiske helsetjenester får passende omsorg. Funnene fremhever viktigheten av selvmordsforebyggende strategier for unge i barnevernet som har psykiske helsediagnoser. Å identifisere når og hvor man best skal screene for selvmordsrisiko kan bidra til å målrette selvmordsforebyggende innsats ifølge Ruch (et al., 2021, s. 6).

I teoridelen ble universelle, selektive og indikerte strategier for selvmordsforebygging nevnt (Myhre et al., 2022, s. 5). Når det gjelder barnevern, kan barn og unge ha komplekse utfordringer, som ikke lar seg forebygge av kun universelle strategier. Dermed kan selektiv eller indikert forebygging ha bedre nytte i både spesialhelsetjenesten og i barnevernet. Intervensjoner med demonstrert effekt for behandling av ungdom involvert i barnevernet og selvmordsatferd for ungdom, som kognitiv atferdsterapi, kan også være en forebyggende løsning. De komplekse historiene med traumer som kommer frem av studiet kan rettferdiggjøre en traumebevisst tilnærming til selvmordsforebygging. Studien foreslår at en empirisk støttet intervensjon basert på kognitive atferdsprinsipper og traumebevisst kognitiv atferdsterapi, kan tilby behandling av ungdom i barnevernet som både har traumer og selvmordsatferd (Ruch et al., 2021, s. 6). Forskjellen på vanlig forebygging og selvmordsforebygging, kan tenkes å være at selvmordsforebygging er konkret rettet mot mennesker i selvmordsrisiko. I selvmordsforebyggende arbeid bruker man gjerne ulike strategier sammenlignet med forebygging av rusproblematikk. Dette kan være lurt å ha i bakhodet når en skal sette i gang selvmordsstrategiske intervensjoner.

Funn i artikkelen til Milde (et al., 2021, s. 10) konkluderer med at tidlige forebyggingstiltak kan redde liv, og at ved tegn til psykiske helseplager bør oppfølging skje umiddelbart. Det løftes og frem at barnevernsarbeidere og ledere kan ha bruk for høyere kompetanse rundt psykisk helse og selvmord for å utvikle ferdighetene til å kunne forebygge selvmord på en trygg måte. For å kunne forebygge selvmord tidlig, kan det også være essensielt for ansatte i barnevernet å ha bevissthet rundt risikofaktorene for selvmord.

5.2 Økt bevissthet rundt risikofaktorer

For å forstå risikofaktorene for selvmord, nevnte vi i teoridelen tre typer risikofaktorer som kan øke risikoen for selvmord: psykiske, biologiske og sosiale risikofaktorer (Ekeberg & Hem, 2016, s. 28). Russel (et al., 2021) fremhever også noen viktige risikofaktorer for selvmord, nemlig psykiske lidelser, familiære forhold, stressende livssituasjoner, rusmiddelbruk og personlighetsforstyrrelser. I Kristofersen (et al., 2014) blir det også lagt frem at barn og unge som er innad i barnevernet generelt har

høyere risiko for dødelighet og selvmord, enn barn i den generelle befolkningen. Det samme kommer også frem i forskningen til Milde (et al., 2021). Dermed kan en tenke både at familiære forhold, psykiske lidelser og andre traumatiske livshendelser kan være sentrale risikofaktorer. Samtidig kan det å være under barnevernets omsorg i seg selv sees på som en mulig risikofaktor for selvmord.

En fellesnevner vi ser i artiklene er som nevnt dårlig psykisk helse som en risikofaktor for selvmord. I teoridelen forklarte vi at det er forsket på at barn og unge i barnevernet har større sjanse for å få psykiske vansker/lidelser (Prop. 73L (2016-2017), s. 64). Med det tatt i betraktning, samtidig som forskningen til både Milde (et al., 2021), Ruch (et al., 2021) og Russell (et al., 2021) viser at psykiske lidelser er en vanlig risikofaktor for selvmord, kan en derfor si at psykiske lidelser/vansker kan være en av de mer sentrale risikofaktorene. Ruch (et al., 2021) legger frem at det er to til tre ganger høyere risiko for selvmord hos barn som er kronisk syke. Det samme funnet kommer frem i psykiske risikofaktorer fra Ekeberg & Hem (2016, s. 30). Tilsynelatende kan kroniske sykdommer og psykiske lidelser være med på å øke risikoen for selvmord.

Når det gjelder risikofaktorer for barn og unge under barnevernets omsorg, fant Ruch (et al., 2021) at det å være plassert utenfor hjemmet i seg selv betydde økt risiko for selvmord. Kristofersen (et al., 2014, s. 177) legger imidlertid frem at gruppen som har høyest selvmordsrisiko er barn og unge som har fått hjelpetiltak mens de har bodd hjemme hos sine biologiske foreldre, sammenlignet med de som var plassert utenfor hjemmet. Det kan derfor tyde på at risikoen for selvmord ikke bare er sentral når et barn er plassert utenfor hjemmet i barnevernet, men også når barnet får hjelpetiltak i eget hjem. Dette er noe som også hadde vært interessant å se videre forskning på i arbeidet med forebygging av selvmord i barnevernet.

Barn og unge med erfaring fra barnevernet kan være en kompleks risikofaktor. Grunnen til at vi ser det som komplekst er at det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å unngå en omsorgsovertakelse, spesielt om omsorgsovertakelsen er til barnets beste. Da kan en ikke jobbe for å eliminere risikofaktoren. En vil heller ikke unngå å sette inn hjelpetiltak i hjemmet basert på at det er forbundet med selvmordsrisiko. Det kan imidlertid tenkes at det forhåpentligvis ikke er hjelpen i seg selv som øker

risikoen, men forholdene bak. Altså at risikofaktoren kan være en spuriøs sammenheng med en bakenforliggende årsak. Uansett tenker vi at bare det å ha kunnskap om risikofaktorene kan gjøre at en blir mer bevisst, selv om en nødvendigvis ikke kan eliminere dem. Om en er mer bevisst kan man følge barn og unge i barnevernet tettere opp ettersom man vet at de er i en gruppe som er særlig utsatt for risiko. Det kan tenkes at økt bevissthet rundt de faktiske risikofaktorene for selvmord i seg selv vil kunne være med på å forebygge selvmord i barnevernet.

5.3 Videre forskning om selvmord blant barn og unge i barnevernet

Som nevnt tidligere er det tilsynelatende lite forskning om selvmord i barnevernet i Norge, dermed også lite forskning om forebygging og risikofaktorer for selvmord i barnevernet. En kan derfor bare sammenligne det vi allerede vet i tillegg til hva forskning i andre land tilsier, noe som kan gjøre funnene noe ufullstendig for barnevernet i Norge. Artikkelen som faktisk sier noe om selvmord og dødelighet i barnevernet på Norges basis, er som nevnt en del år eldre (Backe-Hansen & Kristofersen et al., 2014). Den sier også lite om hva risikofaktorene er og hvordan en kan jobbe forebyggende, foruten at det trengs videre forskning på feltet. Funnene i artiklene kan vekke potensielle bekymringer om kvaliteten og innholdet i tjenestene de selvmordsavdøde kan ha mottatt (Ruch et al., 2021, s. 5). Kristofersen (et al., 2014) viser til behovet for at barn og unge skal motta rett hjelp til nødvendig tid, noe som også kan tenkes at kan virke forebyggende. For å kunne vite hva som er rett hjelp til rett tid, kan økt kunnskap, ferdighetstrening med fokus på psykisk helse og selvmord i barnevernet dermed være nødvendig. Russell (et al., 2021) viser til traumebevisste intervensjoner som er effektive for unge med selvmordsrisiko, og det kunne vært interessant å se mer forskning på dette både i Norges barnevern og utenlands. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 er også et nytt og spennende tiltak fra staten sin side, men det hadde vært nyttig om barn og unge i barnevernet hadde kommet synligere frem. På denne måten kunne budskapet nådd ut til flere ansatte og ledere i barnevernet.

6.0 Oppsummering

Oppgaven ble innledet med et sitat fra barn med erfaring fra en psykisk helseverntjeneste: "Vi som har selvmordstanker, må ikke møte distanserte folk, ta oss på alvor og vær ydmyke..." (Forandringsfabrikken, 2014, s. 3). Det vises

allerede her hvor viktig kunnskap om selvmord og psykisk helse i barnevernet og andre instanser er. Fokuset i oppgaven var å belyse hvordan en kan forebygge selvmord i barnevernet, og finne ut hvilke risikofaktorer som ligger til grunn ved selvmord for barn og unge i barnevernet. Gjennom oppgaven har vi fått et videre blikk på hvordan vi som kommende barnevernspedagoger kan arbeide for å forebygge selvmord, og vi har fått bedre forståelse for risikofaktorene som kan ligge til grunn. Vi har fått innsikt i kunnskap om selvmord både i Norges barnevern, men også i barnevernet utenlands. Det har vært interessant å se at det kan være nokså like tendenser mellom risikofaktorene for selvmord blant unge i utlandet som i Norge.

Analysen av materialet vi valgte å bruke i oppgaven har gitt oss et innblikk i essensielle deler av problemstillingen vår; både hvilke risikofaktorer som kan ligge til grunn for selvmord i barnevernet, samt hvordan man kan jobbe selvmordsforebyggende i barnevernet. Hovedargumenter og fellesnevner i analysen for sentrale risikofaktorer har blant annet vært dårlig psykisk helse; både psykiske vansker og psykiske lidelser. Generell erfaring med barnevernet var også en sentral risikofaktor; både barn og unge som har mottatt tiltak, men særlig barn og unge under barnevernets omsorg. Disse to risikofaktorene viste seg å kunne gå hånd i hånd, ettersom barn og unge under barnevernets omsorg hadde hyppigere forekomst av psykiske lidelser og vansker enn barn og unge generelt. Resultatene fra litteraturstudien viste oss dermed at risikofaktorene som ligger til grunn for selvmord kan være komplekse.

Som skrevet innledningsvis i vår forforståelse om temaet, kan det være vanskelig å forstå hvorfor unge mennesker velger å ta sitt eget liv. I etterkant av litteraturstudiet og analysen, har vi fått kunnskap som kan gi oss bedre svar på årsakene bak et slikt valg. Det hadde også vært interessant å se om statistikken på antall døde i barnevernet kunne vært annerledes om forskningen som var gjort var av nyere dato. Slik det kommer frem i analysen, er det grunn til å tro at en kan trenge mer oppdatert kunnskap og forskning om selvmord og psykisk helse i barnevernet i Norge. Ved hjelp av nyere forskning og fagkunnskap, vil en derfor kunne få bedre forståelse for temaet og forhåpentligvis kunne tilby bedre hjelp til barn i barnevernet. Dette er noe vi ønsker oss og ser på som nødvendig i fremtidig arbeid med selvmordsforebygging.

Tittelen på oppgaven vår er *“Selvmord i barnevernet - Hva kan vi gjøre før det er for sent?”* Vi håper oppgaven kan være et bidrag til kunnskap for å kunne forstå risikofaktorer som kan forårsake selvmordsrisiko, og hvordan vi kan forebygge selvmord i barnevernet. Ved økt kunnskap om selvmord, kan en som barnevernspedagog få økt forståelse, og ved å være bevisst på risikofaktorene, kan en sette i gang forebyggende arbeid. Som barnevernspedagog ønsker vi å tilrettelegge for at alle barn og unge vi møter i barnevernet skal føle seg forstått, hørt og sett, samtidig som deres psykiske helse blir tatt på alvor. Vi håper også oppgaven vår kan være et bidrag på å prøve nettopp det, og ha en overførbarhetsverdi til dagsaktuelle situasjoner som kan videreutvikle dagens barnevernpraksis. Forhåpentligvis vil en dermed kunne redde flere barn og unge i barnevernet fra å ta sitt eget liv i fremtiden, før det er for seint.

7.0 Litteraturliste

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

Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018 - Nasjonale resultater*.

<https://www.forebygging.no/globalassets/ungdata-2018.-nasjonale-resultater3.pdf>

Barnevernloven. (2021). *Lov om barnevern (LOV-2021-06-18-97)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>

Backe-Hansen, E. Kristofersen, L. B. Clausen, S. E. (2014). Innledning. I Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L.B. & Hvinden, B (Red.), *Barnevern i Norge 1990-2010: En longitudinell studie* (s. 13-21). Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3429/Barnevern-i-Norge-R9-14-nett.pdf?sequence=1>

Backe-Hansen, E. Madsen, C. Hvinden, B. (2014). Avsluttende diskusjon og anbefalinger. I Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L.B. & Hvinden, B (Red.), *Barnevern i Norge 1990-2010: En longitudinell studie* (s. 179-192). Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3429/Barnevern-i-Norge-R9-14-nett.pdf?sequence=1>

Braun, V. & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/info:doi/>

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

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

Frønes, I. & Strømme, H. (2020). *Risiko og Marginalisering. Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet*. 2. Utg. Gyldendal.

Forandringsfabrikken. (2014). *Psykisk helse Proffene: Unge med råd til psykisk helsevern*. https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/03/PsykiskhelseProffene_utenbilder.pdf

Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. M. & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet, Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - psykisk helse og barnevern. https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

Kristofersen, L. B. (2014). Stønader, uførepensjon, dødsfall og dødsårsaker. I Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B. & Hvinden, B (Red.), *Barnevern i Norge 1990-2010: En longitudinell studie* (s. 161-178). Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3429/Barnevern-i-Norge-R9-14-nett.pdf?sequence=1>

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M. & Stanley, B. (2018). «Zero Suicide» – A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), s. 1. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>

Løvgren, M. (2013). Selvmord. *Sosiologi i dag*, 43(1), 5. <https://ojs.novus.no/index.php/SID/article/view/1089>

Madsen, O. J. (2019). *Generasjon prestasjon. Hva er det som feiler oss?* 3. utg. Universitetsforlaget.

Mikkelsen, S. (2005). *Hva er forebygging?* Forebygging.no - kunnskapsbase og tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid.

<https://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>

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

<https://doi.org/10.1111/cfs.12832>.

Myhre, M. Ø. Walby, F. & Mehlum, L. (2022). Suicidologi. Systemperspektiver på selvmord i psykisk helsevern. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo. (Nr. 3 Vol 27).

<https://journals.uio.no/suicidologi/issue/view/835/370>

Prop. 73 L. (2016-2017). *Endringer i barnevernsloven (barnevernsreformen)*. Det kongelige barne- og likestillingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/67954c9d29dd4c0ca3134e0931f32fdc/no/pdfs/prp201620170073000dddpdfs.pdf>

Regjeringen. (2015). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer*.

<https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/id2398414/>

Regjeringen (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord. 2020-2025. Ingen å miste*.

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

Renefolt, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Ruch, D. A., Steelesmith, D. L., Warner, L. A., Bridge, J. A., Campo, J. V. & Fontanella, C. A. (2021). Health services use by children in the welfare system who died by suicide. *Pediatrics, 147(4)*. 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-011585>

Russell, D. H., Trew, S. & Higgins, D. J. (2021). Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. *American journal of orthopsychiatry*, 2021-01-01, Vol.91 (5), 647-659.

https://www.researchgate.net/publication/353859661_Vulnerable_yet_forgotten_A_systematic_review_identifying_the_lack_of_evidence_for_effective_suicide_interventions_for_young_people_in_contact_with_child_protection_systems

Stene-Larsen, K. (oppdatert, 16.11. 2022). Selvmord i Norge. *Folkehelseinstituttet - Folkehelse rapporten*.

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

Thorkildsen, S. L. (2020). *De tre pilarene i traumebevisst omsorg*.

<https://rvtssor.no/aktuelt/294/de-tre-pilarene-i-traumebevisst-omsorg/>

VEDLEGG 1 – Tematisk analyse presentert i tabell

Artikkel	Om tema: <i>Selvmondsforebygging</i>	Om tema: <i>Risikofaktorer for selvmord</i>	Mønster/ Fellesskap om tema fra de 4 artiklene:
<p>Ruch, D. A., Steelesmith, D. L., Warner, L. A., Bridge, J. A., Campo, J. V., & Fontanella, C. A. (2021). Health services use by children in the welfare system who died by suicide. <i>Pediatrics</i>, 147(4).</p>	<p>Hyppigere og kontinuerlige selvmordsrisikovurderinger og utvikling og implementering av skreddersydde forebyggingsprogrammer.</p> <p>¹Zero Suicide-tilnærmingen</p> <p>²Traumebevisst tilnærming til selvmordsforebygging</p> <p>Nøye overvåking av ungdom i perioder med økt risiko</p> <p>Mer robust mental helsescreening og selvmordsrisiko</p>	<p>Ungdom involvert i barnevernet representerer en befolkning der man er særlig bekymret for selvmordsrisiko</p> <p>2 til 3 ganger høyere risiko for selvmord hos ungdom som er kronisk syke</p> <p>Ungdom med anfallsforstyrrelse var 4 ganger større sannsynlighet for å dø av selvmord</p> <p>Ungdom involvert i barnevernet som opplevde samtidige psykiske, medisinske og rusvansker hadde</p>	<p>Psykisk helse er en gjentagende risikofaktor for selvmord/barn med selvmordsrisiko.</p> <p>Høyere kompetanse i barnevernet kan virke forebyggende for selvmord.</p> <p>Lite forskning på feltet generelt, er et felt som bør forskes mer på.</p> <p>Tidlig forebygging og sette i gang tidlige vurderinger av barn og unge som er i risiko.</p> <p>Barn og unge med tiltak i barnevernet har høyere risiko for selvmord, enn barn i resten av befolkningen.</p>

¹ Zero suicide er en modell med hensikt å redusere selvmord i USA's atferdshelsetjenester (Labouliere et al., 2018, s. 1).

² Traumebevisst omsorg er en tilnærming der man har fokus på at barn som har opplevd vanskelige ting blir møtt med trygghet, gode relasjoner og får hjelp til å regulere følelser, atferd og impulser (Thorkildsen, 2020).

VEDLEGG 1 – Tematisk analyse presentert i tabell

	<p>vurdering for ungdom i barnevernet.</p> <p>Identifisere når og hvor man best skal “screene” for selvmordsrisiko</p> <p>Ungdom involvert i barnevernet kan ha nytte av selvmordsforebyggende strategier rettet mot helsevesenet.</p>	<p>2,5 ganger større sannsynlighet for å dø av selvmord</p> <p>6,7 % av de som tok selvmord hadde en historie med selvskading</p> <p>Ungdom i barnevernet som opplevde plassering utenfor hjemmet var assosiert med økt risiko for selvmord</p> <p>De som tok selvmord var mer sannsynlig å være diagnostisert med psykiske og kroniske lidelser</p>	<p>Barn som har tatt livet sitt var sannsynlig til å være diagnostisert med en psykisk lidelse.</p>
<p>Backe-Hanse, E. Madsen, C. (2014). <i>Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie.</i> Kristofersen, L. B. & Hvinden, B. (Red.). (2014). Norsk institutt for forskning om</p>	<p>Statistikk kan virke forebyggende ved at vi får en oversikt over hvor mange som faktisk dør av selvmord/eller annen død i barnevernet.</p> <p>Ansatte og ledere i barnevernet trenger</p>	<p>Barn og unge som er i barnevernet og som har eller har hatt tiltak har større sjanse for å ta sitt eget liv og/eller dø i senere tid, enn barn som ikke har vært i barnevernet.</p>	

VEDLEGG 1 – Tematisk analyse presentert i tabell

<p>oppvekst, velferd og aldring (NOVA).</p>	<p>oppdatert kunnskap og videre forskning for å jobbe forebyggende.</p>	<p>Barn og unge i barnevernet som har slitt med rusmisbruk, har større sjanse for å ta sitt liv enn de som ikke hadde det.</p> <p>Barn som har tiltak i barnevernet har større risiko for ³marginalisering senere i livet.</p>	
<p>Russell, D. H., Trew, S. & Higgins, D. J. (2021). Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. American journal of orthopsychiatry, 2021-01-01, Vol.91 (5), 647-659.</p>	<p>Anbefaler å utvikle (og evaluere) ny eller tilpasset eksisterende selvmordsforebyggende intervensjoner spesielt egnet for omsorg utenfor hjemmet.</p> <p>Øke kunnskapen, ferdighetene og holdninger til ansatte</p> <p>Treningsprogrammene hadde positiv virkning på deltakernes kunnskap, ferdigheter</p>	<p>Psykososiale faktorer bidrar mest til selvmordsrisikoen hos barn og unge.</p> <p>Mishandling av barn og andre former for barndomstraumer er betydelige risiko faktorer for selvmord.</p> <p>De tydeligste risikofaktorene for selvmordsatferd blant barn og unge er store psykiatriske problemer, depresjon, ruslidelser og seksuelle</p>	

³ Marginalisering er et begrep som refererer til risiko for framtidig eksklusjon, fra for eksempel samfunnet (Frønes & Strømme, 2020, s. 10).

VEDLEGG 1 – Tematisk analyse presentert i tabell

og holdninger til selvmordsforebygging.	overgrep i barndommen.
Ansatte kan øke sine kunnskaper, ferdigheter, holdninger og atferd knyttet til selvmordsforebygging gjennom målrettet opplæring.	Fysiske og emosjonelle overgrep kan indirekte forutsi selvmordstanker via koblinger med angst, mens omsorgssvikt har vist seg å indirekte forutsi selvmord gjennom dårlig oppfattet sosial støtte
Ferdighetstrening har vist seg å være effektiv i helsevesenet	Barnemishandling og omsorgssvikt er direkte prediktorer for selvmordstanker
Utvikle effektiv selvmordsforebygging og intervensjoner for ikke bare barn og unge som mottar omsorg utenfor hjemmet men også den generelle befolkningen	Begreper som håpløshet, mangel på kontroll over negative følelser og/eller aksept av egne emosjonelle opplevelser er også knyttet til selvmordstanker.
Adressere risikofaktorer for selvmord gjennom intervensjoner som er kjent for være effektive, for eksempel traumbaserte intervensjoner.	Se på sammenhengen med barn i kontakt med barnevernssystemer, risikoen for suicidal

VEDLEGG 1 – Tematisk analyse presentert i tabell

	<p>Finnes ingen forskning som undersøker de selvmordsforebyggende behovene til barn og unge ved å spørre dem hva de ønsker og trenger, altså om barnets egne tanker/synspunkter.</p> <p>Barnets medvirkning bør komme mer fram i forebygging.</p>	<p>atferd, og effekten av intervensjoner for å ta tak i suicidalitet.</p>	
<p>Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review. Av: Milde, A. M., Gramm, H. B., Paaske, I., Kleiven, P. G., Christiansen, Ø. & Havnen, K. J. S. (2021).</p>	<p>Barn i barnevernet krever større oppmerksomhet i psykisk helseverntjenesten.</p> <p>Tidlig forebyggingstiltak, med en gang barn viser tegn til psykiske helseplager.</p> <p>Ansatte i barnevernet kan ha bruk for økt kunnskap om psykisk helse.</p>	<p>Barn i barnevernet har høyere risiko for selvmord enn andre barn.</p> <p>Barn som har vært i barnevernet, har og høyere risiko for selvmord.</p> <p>Høyere risiko for selvmord, dersom barna ikke mottar nødvendig hjelp til rett tid.</p>	