

Selvmondsforebyggende arbeid – fagfolks forståelse av kyndig praksis

Ved Pia Birgitte Jessen og Amy Holtan

Jeg tror bare .. at man tør å bruke ordene, ”ta sitt eget liv”, ”selvmord” og være direkte. Ofte er det en lettelse at noen skjønner hva de signaliserer. I artikkelen utforskes hjelperes opplevelse av kompetanse knyttet til selvmordsforebyggende arbeid. Materialet består av fokusgruppeintervju med helse- og sosialarbeidere som har kontakt med mennesker i selvmordsfare. Målet med artikkelen er å utvikle kunnskap om forebyggende kompetanse, operasjonalisere kompetansebegrepet og synliggjøre innholdet i kyndig versus ukyndig praksis.

I 2007 tok 485 mennesker sitt eget liv i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2009). Antall selvmordsforsøk antas å være ti ganger høyere. I de første årene som yrkesaktive vil en tredjedel av alt helsepersonell som jobber med personer i krise, oppleve selvmord. De øvrige to tredjedelene vil oppleve det i løpet av yrkeslivet sitt (Grad, 1999). Ca. 25 % av selvmordene skjer i forbindelse med innleggelse innen psykisk helsevern (Walby et al., 2006).

Det å oppleve en selvmordshandling kan være svært belastende for involverte helpere (Mehlum, 1999; Vråle, 1998). Mange fagfolk som opplever at en pasient tar sitt eget liv, bærer med seg frykt for at andre skal gjøre det samme. Følelse av utilstrekkelighet kan følge fagpersonen i nye møter med mennesker i selvmordsfare (Moritz et al., 1989; Svendsen, 2005). I selvmordsforebyggende arbeid bør helsepersonell ha teoretisk kunnskap for å kunne kartlegge selvmordsrisiko, og de bør ha klinisk erfaring og evne til empati og kommunikasjon for å kunne møte selvmordsnære pasienter på en profesjonell måte (Ekeberg, 1999).

I denne artikkelen fokuserer vi på helse- og sosialarbeideres opplevelse av kompetanse knyttet til selvmordsforebyggende arbeid. Forskningsspørsmålet er: Hvordan konstruerer fagfolk mening om kyndig versus ukyndig selvmordsforebyggende praksis? Målet med artikkelen er å operasjonalisere kompetansebegrepet og utvikle dimensjoner ved kompetanse som kan være nyttige i utviklingen av opplæringsprogrammer innen selvmordsforebyggende arbeid. Funnene drøftes i forhold til tiltak for å øke kompetanse blant målgrupper i forebyggende arbeid.

Metode

Siden forskningsspørsmålet vårt er å finne ut hvordan fagfolk konstruerer mening omkring kyndighet og ukyndighet, baserte vi oss i analysearbeidet på

Grounded theory slik den er benyttet av Strauss og Corbin (1998). Deres anvendelse av *Grounded theory* har utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme, hvor det epistemologiske utgangspunktet er knyttet til at mening konstrueres og endres gjennom menneskelig/språklig interaksjon (Blumer, 1969). Både intervjuer og de som intervjues er uunngåelig involvert i fortolkningsprosesser.

Informantene våre var rekruttert fra Vivat-kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Målsettingen med kurset er å lære å tyde faresignaler, lære å gripe inn ved akutt selvmordsfare og utvikle trygghet og selvtillit i møte med mennesker i selvmordsfare. Kurset går over to dager og er utviklet av LivingWorks, Canada (LivingWorks, 2009). Det er oversatt og tilpasset etter norske forhold av Vivat, Universitetssykehuset Nord-Norge (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2009).

Samtlige 48 deltakere fra 2 kurs i 2005/06 ble forespurt skriftlig om å delta i undersøkelsen 4 måneder etter kurset. Av disse deltok 25, dvs. 52 % av deltakerne. Hver enkelt fikk skriftlig invitasjon med informasjon om hensikten med undersøkelsen, at deltakelsen var frivillig og at det var mulighet for å trekke seg når som helst. Invitasjon til kurset ble sendt til aktuelle samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjeneste og utgjorde en tverrfaglig sammensatt gruppe fra ulike arbeidsplasser. Kursdeltakerne ble valgt som informanter fordi de antas å ha møtt eller kan komme til å møte mennesker i selvmordsfare i sitt arbeid, og fordi de via kurset antas å utvikle sin kompetanse på dette feltet.

Materialet er basert på 4 fokusgrupper med 5–8 deltakere. Fokusgruppe ble valgt som metode fordi selve samtalen mellom fagutøvere gir et innblikk i hvordan de kommuniserer omkring temaet. Styrken ved fokusgrupper i dette prosjektet var at vi fikk tilgang til deltakernes refleksjoner over temaene i kommunikasjon

med andre helpere. Vi fikk synliggjort holdninger og verdier som råder i feltet, og som kan ha betydning for deres atferd (Sørfonden & Finstad, 2000).

Formen på fokusgruppen var ustrukturert. Temaguiden tok i første fokusgruppeintervju utgangspunkt i hvordan deltakerne på kurset hadde anvendt det de hadde lært; hva som fremmet og hemmet at de praktiserte det de hadde lært, og hvilke tiltak de konkret hadde iverksatt på sin arbeidsplass. Spørsmål om opplevelse av å arbeide med mennesker i selvmordsfare kom opp i den første gruppen og ble et sentralt spørsmål som deltakerne brukte mest tid på. Temaguiden ble derfor utvidet med spørsmål om betydning for samarbeid, trygghet i arbeidet, holdninger til mennesker i selvmordsfare og følelsesmessig involvering før og nå. Et viktig spørsmål var: Hvordan forholder du deg til et menneske som har gjort eller truer med å gjøre et selvmordsforsøk?

Fokusgruppene ble ledet av en moderator/psykiater med prosjektleder/førsteforfatter som observatør. Intervjuene varte fra 1 til 1,5 time, ble tatt opp på bånd og transkribert. Vi la vekt på at alle deltakere skulle komme til orde ved bruk av reflekterende prosesser (Eliassen & Seikkula, 2006).



Foto: Pia Birgitte Jessen

De empiriske analysene baserte seg i stor grad på de analytiske verktøyene som er utviklet av Strauss og Corbin (1998), hvor teori utledes av data som

er systematisk samlet og analysert gjennom forskningsprosessen. Vi brukte det kvalitative dataprogrammet NVivo, som er egnet for slike analyser. Kombinasjon av å stille spørsmål og å sammenligne utsagn er en grunnleggende teknikk når en skal bygge opp relativt teoretiske kategorier og underkategorier. Kombinert med koding av hvert intervju, foretok vi sammenligninger av kodete utdrag. Nye kodinger av det kodete materialet ga grunnlag for nye sammenligninger av data og finere forgrening av analyser.

Vi noterte assosiasjoner, begrunnelser og definisjoner i memoer som også stadig ble mer strukturerte i forhold til tema og begreper. Etter hvert utviklet vi trenoder som igjen ble organisert i undernoder. På grunnlag av disse utviklet vi kompetansetyperne *Ukyndighet* og *Kyndighet*.

16 informanter (64 %) hadde høyskole- eller universitetsutdanning. Av disse hadde 9 (36 %) relevant videreutdanning. De øvrige (9) hadde utdanning fra videregående skole. 10 (40 %) jobbet i kommunens helse- og sosialtjeneste, 10 (40 %) på distriktspsykiatrisk senter og 5 (20 %) andre steder (intensivavdeling, skole, kirke). Deltakerne kom fra 5 kommuner med fra 3000 til 9000 innbyggere. Det var 24 kvinner og 1 mann.

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Funn

Vi har utarbeidet en typologi som illustrerer dimensjoner og variasjoner i hjelperens kompetanse i selvmordsforebyggende arbeid (tabell 1). Kompetansetyperne *Ukyndighet* og *Kyndighet* er basert på følgende dimensjoner: hjelperens opplevelse av ansvar, deres anvendelse av språket og tidspunktet for intervensjonen. Dimensjonene omhandler kommunikasjon og samspill med personen i selvmordsfare.

Kompetansetyperne er idealtypiske konstruksjoner basert på vår analyse av hvordan informantene beskriver erfaringer og opplevelser av selvmordsforebyggende arbeid.

Ukyndighet

Redsel for å bli ansvarliggjort

Ukyndighet er karakterisert av at hjelperen påtar seg det fulle ansvar for den andres handlinger. *Du står der med den andres liv i hendene, og gjør jeg noe galt nu, så dør personen... da blir det min skyld*, sier en av hjelperne.

Sitatet illustrerer hjelperens opplevelse av at det er opp til henne å ta ansvar for livet til et menneske. I dette ligger en antagelse om at også andre kan ha rett til å anklage henne dersom personen tar livet sitt, slik en annen hjelper sier: *Jeg var redd det skulle bli noe galt på det du gjorde og at jeg skulle klandres for at det ble som det ble. Det er jo det man er redd for.*

Ved å tillegge seg selv ansvar for den andres liv blir hvert minste ord og handling av den største betydning. Redselen for å gjøre feil blir framtrædende.

Utydelig og indirekte

Ukyndighet er karakterisert av at hjelperen anvender utydelig og indirekte språk der den andre ikke selv har tatt initiativ til å benytte ord om selvmord. *Jeg har bestandig vært i tvil ... kanskje var det en tanke vedkommende ikke egentlig selv hadde turt og tenkt, og så skulle jeg kanskje legge det i munnen og kanskje få dem til å gjøre det på grunn av det.* Tanker om å gi den andre idéen om selvmord og kanskje framprovosere det er sentral. Hjelperen tillegger ordene vital betydning, og ordvalg blir helt grunnleggende. Strategier til å håndtere egen usikkerhet er å la være å bringe tankene fram for den andre og forsøke å bygge opp tillit til seinere å kunne ta opp temaet, slik det er uttrykt her:

Det er også det her med frykten for å skremme noen bort og heller skulle vise den hyggelige siden som man tror uten videre fører til tillit.

Utsetter eller framskynder

Ukyndighet er karakterisert av usikkerhet med å finne det rette tidspunkt for å spørre direkte når den hjelpetrengende selv ikke har uttrykt ord om selvmord. *Jeg er ikke redd for å være direkte, men jeg er redd for å forsere. Kanskje hadde vi trengt litt mer tid... at vi hadde etablert et litt nærmere forhold før jeg gyver løs ... at jeg blir så ivrig etter å kartlegge selvmordsfare.* Hjelperen uttrykker sin forståelse av å sette ord på sin usikkerhet om den andres mulige selvmordstanker, som å gyve løs. Ved en slik forståelse er taushet og avventing av den andres initiativ en mer anvendbar strategi. Tausheten kan bidra til å svekke muligheten for en god dialog, og dermed avskjære muligheten for å komme i en hjelpende relasjon og kartlegge om det er reell selvmordsfare.

En annen strategi som er knyttet til tidspunktet for intervensjonen, er å gå for hurtig fram for å forebygge et mulig selvmord. En informant uttrykker seg slik: *Så tenker jeg at kanskje jeg ... setter inn for voldsomt skyts, ... jeg skal liksom gardere at jeg ikke skal miste noen. Jeg er redd for at noen skal ta livet av seg fordi jeg ikke har skjønt signalene.*

Kyndighet

Erkjenner eget og andres ansvar

Kyndighet er karakterisert av at hjelperen erkjenner at han eller hun ikke kan redde alle: *Jeg tenker at det er ikke min skyld, det er noen andre sitt valg. Jeg kan tilby hjelp der og da og være der, og så kan jeg kople inn andre for videre oppfølging. Jeg klarer ikke å redde alle ... sånn er det bare. Noen tar livet sitt, og noen ganger kan jeg være der ... så de ikke gjør noe.* Hjelperens forståelse av både eget og andres ansvar, gjør hjelperen i stand til å stå i situasjonen.

Stiller direkte spørsmål

Kyndighet er karakterisert av kunnskapen om og at det er mulig å snakke om selvmord uten å framprovosere det. Det å ta ordet *selvmord* i sin munn har vært vanskelig for mange, og barrieren som brytes når det gjøres, kjennes meningsfull og får hjelperen til å oppleve seg mer kompetent.

Tabell 1. Ukyndig og kyndig praksis i selvmordsforebyggende arbeid

Hjelperens opplevelse	<i>Ukyndighet</i>	<i>Kyndighet</i>
Ansvar	Redsel for å bli ansvarliggjort	Erkjenner eget og den andres ansvar
Språkanvendelse	Utydelig og indirekte	Stiller direkte spørsmål
Tidspunkt	Utsetter eller framskynder intervensjon	Intervenerer til rett tid

En informant uttrykker: *Jeg tror bare det er å bli klar over at det ikke er farlig å prate, at man har lyst til å ta livet, at man tør å bruke ordene "ta sitt eget liv", "selvmord" og være direkte. Ofte er det en lettelse at noen skjønner hva de signaliserer. Forståelsen av at ordene ikke er skjebnesvangre, åpner opp dialogen. Det gir rom for at den andre kan uttrykke tanken om å ta livet sitt i et språk som er forståelig for hjelperen, i stedet for å bruke omskrivninger som kan være vanskelige å tolke. Slik kan hjelperen komme i posisjon til å hjelpe.*



Foto: Pia Birgitte Jessen

Rett tid

Kyndighet er karakterisert av at det er nødvendig å selv ta initiativ og ikke vente at den andre selv skal være direkte. De går i takt med den andre. *Det går an, faktisk, å vandre noe sammen med dem og lytte til de og være i lag jeg tror det er dette med å våge å hive seg ut på uten å vite om man er svømmedyktig, det kreves det en del mot på.* Hjelperen kan føle seg usikre overfor mennesker i selvmordsfare. De kan oppleve at de tar en sjanse, samtidig er det viktig å tørre å gå i takt med den andre uansett hva den andre måtte si.

Diskusjon

I denne artikkelen fokuserer vi på kompetanse knyttet til selvmordsforebyggende arbeid, slik det er forstått av personer som i sitt arbeid møter mennesker i selvmordsfare. Utviklingen av idealtypene bidrar til å synliggjøre kyndig versus ukyndig praksis basert på dimensjonene: opplevelse av ansvar, språklig tilnærming og tidspunkt for intervensjon.

Kyndige hjelperer har tatt i bruk et direkte språk og klarer å spørre direkte om

selvmordstanker. Språklig kompetanse kan medvirke til at selvmordstanker avdekkes tidlig, og at den hjelptrengende blir tatt på alvor. Ved å være direkte blir kommunikasjon og samhandling tydeligere enn om hjelperen stiller indirekte spørsmål eller ikke spør i det hele tatt. Den kyndige hjelperer aksepterer at det ikke er mulig å redde alle, og utvikler mestringsevne i møte med mennesker i selvmordsfare. Det er viktig å erkjenne at uansett hvor mye selvmordsforebyggende arbeid som gjøres, vil det være noen som velger å ta sitt eget liv (Grad, 1999).

Ukyndige hjelperer kan ofte føle seg usikre og redde for å fremprovosere et selvmord hvis de spør direkte om et menneske har tenkt å ta sitt eget liv. De velger å være tause eller bruke et indirekte språk. Myten om at direkte spørsmål kan føre til selvmord, kan få hjelperer til å unngå spørsmålet (Thobaben, 1997). I hverdagslivet faller det mange lite naturlig å snakke om død og selvmord. Dette kan ha en negativ innvirkning på hjelperens åpenhet om selvmord som tema (Jessen, 2001). Flere hjelperer opplever at selvmordshandlinger fortsatt er forbundet med tabu. Ifølge Grad (1999) har tabuiseringen avtatt i tråd med erkjennelse av behovet for å gi støtte til etterlatte etter selvmord.

Hjelperer som mangler tilstrekkelig utdanning og kunnskap om selvmordsforebyggende arbeid, blir utrygge i jobben og usikre på hva som ventes av dem (Ramberg & Wasserman, 2003). Noen hjelperer tar på seg all skyld når et menneske tar sitt eget liv, mens andre, sannsynligvis for å beskytte seg selv følelsesmessig, er overbeviste om at selvmordet er pasientens eget ansvar (Moritz et al., 1989). Wolk-Wasserman (1985) fant at personalet på en intensivavdeling opplevde usikkerhet, frykt, angst og ubehag i møte med pasienter som hadde gjort selvmordsforsøk. Disse følelsene er kjent og erfart også av andre. Hjelperer som har opplevd at pasienter har tatt sitt eget liv, har mange av de samme reaksjonene: sinne, skyld, tristhet, rastløshet og følelsen av å ha sviktet pasienten (Grad et al., 1997; Grad, 1999; Moritz et al., 1989). Kvinner opplevde mer skam, skyld og hadde mer behov for støtte og hadde mindre profesjonell selvtillit (Grad et al., 1997).

Med overvekt av kvinner i vår undersøkelse (24 av 25 informanter) var det ikke mulig å studere forskjeller i reaksjonen mellom kvinner og menn slik det fremkommer i andre undersøkelser. Denne undersøkelsen reflekterer dermed kvinners konstruksjon av mening i møte med selvmordstruede mennesker. Det at vi fant ukyndighet kjennetegnet ved redsel for å bli ansvarliggjort, utydelig og indirekte språkanvendelse samt usikkerhet om tidspunkt for intervensjon, kan også gjenspeile kvinners særlige utfordringer i dette arbeidet. En ytterligere utfordring i å være en kyndig hjelperer knytter seg til arbeid i småkommuner, der de fleste i utvalget i denne undersøkelsen arbeider. I et lite samfunn kjenner hjelperer ofte brukeren fra sammenhenger som ikke er direkte jobbelaterte, og besitter informasjon som hun kan være usikker på hvordan hun skal benytte (Solstad, 2004).

En begrensning med undersøkelsen er at utvalget er skjevt i forhold til kjønn og at større bysamfunn ikke er representert. En styrke ved utvalget er at det er tverrfaglig sammensatt og representerer både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Konsekvenser for praksis

Et av målene i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er å: "gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordstruede personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko" (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 8). 60–70 % av dem som gjør selvmordsforsøk, har hatt kontakt med helsevesenet eller andre hjelpeinstanser i tiden før hendelsen (Hjelmeland, 1996). Det er viktig å gi alle hjelperer en realistisk forventning til hva de kan møte i arbeidet med mennesker i krise. Kunnskapen om hva hjelperer kan gjøre hvis de har mistanke om at en person har tanker om å ta sitt eget liv, må derfor nå ut til flest mulig.

Å føle seg trygg i møte med et menneske i selvmordsfare er ikke noe som kommer av seg selv, det må læres. Utviklingen av den kompetente og trygge hjelperer skapes gjennom bevisstgjøring, åpenhet og kommunikasjon. Når hjelperer får tilført kunnskap, utvikler de økt trygghet i møte

med mennesker i selvmordsfare, og de tør å spørre direkte om selvmordstanker. Guttormsen et al. (2003) har undersøkt om kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare* egnet seg for medisinerstudenter. De kom frem til at studentene gjennom kursingen fikk relevant kunnskap, større faglig trygghet og økt kompetanse, slik at de ble bedre rustet til å møte selvmordsnære mennesker.

Å være i en hjelperolle medfører mange tanker og følelser som både kyndige og ukyndige helpere kan ha behov for å bearbeide og reflektere over. Det bør være faste rutiner for veiledning av alle som kommer i kontakt med mennesker i selvmordsfare. Veiledning er verdifull i forhold til å utvikle samarbeid, å lære av egne erfaringer og beskytte seg selv mot belastninger (Vråle, 1998).

Mange helpere kan få en følelsesmessig reaksjon etter å ha vært involvert i selvmordsforebyggende arbeid. Hvis reaksjonen utvikler seg eller forvrenges og fører til funksjonssvikt hos helperne, bør det være faste rutiner for oppfølging for å forebygge utbrenthet, symptomdannelse og andre destruktive prosesser hos den enkelte (Grad, 1999; Mehlum, 2005). Moritz et al (1989) trekker frem viktigheten av at helperne på slike formelle møter kan snakke med noen som er gode lyttere. De har ofte behov for å diskutere sine tanker om skyldfølelse. Ved å gjennomgå prosessen på en strukturert måte kan helperne også lære noe og forhåpentlig medvirke til å forhindre liknende problemer i fremtiden.



Foto: Pia Birgitte Jessen

Konklusjon

Alle deltakerne i denne undersøkelsen har vært med på et todagers Vivat-kurs i førstehjelp ved selvmordsfare. Til tross for denne opplæringen fant vi i denne undersøkelsen både kyndig og ukyndig yrkesutøvelse. I videreføringen av opplæringsprogrammer er det nødvendig å tydeliggjøre komponentene ved kyndig praksis og vektlegge komponentene ansvar, åpen og direkte kommunikasjon og tidspunkt for intervensjon.



Pia Birgitte Jessen er ergoterapeutspesialist i psykisk helse og jobber som utviklingsleder ved Nordlands-sykehuset Vesterålen DPS. Hun har i mange år vært opptatt av helperens rolle i selvmordsforebyggende arbeid. Denne artikkel er en del av et forskningsprosjekt om samme tema med støtte fra Nord-Norsk psykiatrisk forskningssenter, Helse Nord.



Amy Holtan er sosiolog og sosionom og førsteamanuensis på RBUP Nord, Universitetet i Tromsø. Hennes forskningsfelt er knyttet til barn og unges psykiske helse, barnevern og familie. Hun har praksis fra rusomsorg, barnevern og sosial omsorg.

Referanser

- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Ekeberg, Ø. (1999). *Akutt intervensjon ved suicidal kriseser*. I Mehlum, L. (red). *Tilbake til livet: selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Eliassen, H. & Seikkula, J. (2006). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Grad, O. T. (1999). *Helsepersonell som etterlatte ved selvmord*. *Suicidologi*, 4(3), 16-17.
- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). *Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists*. *Suicide Life Threat Behav*, 27(4), 379-386.
- Guttormsen, T., Hoifodt, T. S., Silvola, K., & Burkeland, O. (2003). *Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering*. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(16), 2284-2286.
- Hjelmeland, H. (1996). *Verbally expressed intentions of parasuicide: II. Prediction of fatal and nonfatal repetition*. *Crisis*, 17(1), 10-14.
- Jessen, P. B. (2001). *Hjelperens rolle i selvmordsforebyggende arbeid. Tørr jeg gjøre noe med det?* Master i folkehelse. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan
- LivingWorks. (2009). *LivingWorks Background*. Alberta: LivingWorks Education Inc. Lest 04.06.09. <http://www.livingworks.net/LW.php>.
- Mehlum, L. (red). (1999). *Tilbake til livet: selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Moritz, B., v. Ness, H. & Brouwer, W. (1989). *The professional helper as a concerning party in suicide cases*. I Diekstra et al. (eds.). *Suicide and its Prevention*, Leiden, The Netherlands: EJ Brill.
- Ramberg, I. L., & Wasserman, D. (2003). *The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients*. *Nord J Psychiatry*, 57(5), 365-371.
- Solstad, Asgeir (2004). *Omsorgsrasjonalitet og ambivalens - nyttige begreper i forståelse av sosialt arbeid i små samfunn*. Adelaide, Australia: Paper til IFSW World Conference 2004, 2.-5. Oktober 2004. Lest 06.10.09. www.fylkesmannen.no/Omsorgsrasjonalitet_og_ambivalens_Asgeir_Solstad_5H584r75740ad.pdf.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (IS-1511/2008). Oslo.
- Statistisk sentralbyrå. (2009). *Dødsårsaker: tabell 1: Dødsfall etter årsak. Hele landet. 1991-2007*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Lest 28.05.09. <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2009-04-07-01.html>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research*. California: Sage publications.
- Svendsen, E. H. (2005). *Å miste en pasient i selvmord*. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 512-514.
- Sørfonden, W., & Finstad, H.H. (2000). *Forskerliv og hverdagsliv i samme rom – et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe*. *Vård i Norden*, 20(3), 39-42.
- Thobaben, M. (1997). *Suicide myths and health care provider bias*. *Home Care Provid*, 2(3), 109-111.
- Universitetssykehuset Nord-Norge (2009). *Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare"* Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge. Lest 04.06.09 <http://www.unn.no/kurset/category10023.html>.
- Vråle, G. B. (1998). *Om helperrollen i møte med det selvmordsnære mennesket - noen refleksjoner om veiledning*. *Suicidologi*, 3(2), 17-19.
- Walby, F. A., Odegaard, E., & Mehlum, L. (2006). *Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters*. *J Affect Disord*, 92(2-3), 253-260.
- Wolk-Wasserman, D. (1985). *The intensive care unit and the suicide attempt patient*. *Acta Psychiatr.Scand.*, 71(6), 581-595.