

**Det trengs mange og  
handlekraftige (første)hjelpere!  
Av Dag Willy Tallaksen  
og Johan Lindmark**

«Every single life lost to suicide is one too many. The way forward is to act together, and the time to act is now. I call upon all stakeholders to make suicide prevention an imperative.” Dr. Margaret Chan, Director- General, WHO. (2014)

De fleste av oss kan enes om at vi ikke har noen liv å miste. Spørsmålet blir da om vi, som enkeltindivider og samfunn, gjør vårt ytterste for å forhindre at selvmord skjer? Å forhindre selvmord og selvmordsforsøk er krevende, men ikke umulig. Forebyggende innsats rettet mot utsatte grupper er vesentlig, men siden selvmord ikke bare forekommer hos personer med typiske risikofaktorer, må forebyggende innsats favne videre (Rasmussen et al., 2013). En befolkning med et våkent blikk for mulig selvmordsatferd vil kunne

### Her kreves det innsats fra et bredt spekter av bidragsytere, helt ut til det enkelte lokalsamfunn og den enkelte samfunnsborger

være med på å redde liv. Selvmordsatferd er et sammenhengende og komplisert fenomen, og det er neppe opp til enkelttater eller enkeltpersoner å nå det mål som WHO i sitatet over har staket ut for sine medlemsland. Her kreves det innsats fra et bredt spekter av bidragsytere, helt ut til det enkelte lokalsamfunn og den enkelte samfunnsborger,

dersom vi skal lykkes med det som er absolutt nødvendig innen forebygging av selvmord.

Hver og en av oss kan i gitte situasjoner utgjøre den avgjørende forskjell mellom liv og død. Kunnskap om førstehjelp ved selvmordsfare i brede lag av folket kan på samme måte som hjerte-lungeredning og hjertestartere utgjøre et positivt og handlegkraftig bidrag i så måte. Det er fristende å uttrykke dette på følgende vis: – Dette er et for omfattende problem til at det kan overlates til helsevesenet alene. En måte å gjøre et samfunn tryggere i forhold til selvmord er å ha en opplyst befolkning som kan virke som lokale redningsmenn. Et slikt «korps» av redningsmenn og -kvinner (gatekeepers) kan f.eks. bestå av helsepersonell, lærere, politi og frivillige med opplæring (WHO, 2014), og er ett av flere tiltak som kan inngå i en strategiplan mot selvmord (Isaac et al., 2009; Mann et al., 2005).

### SAMMENDRAG

Verdens Helseorganisasjon og norske myndigheter har satt som mål at selvmordsforsøk og selvmord skal reduseres. Dette kan oppnås via forskjellige former for opplæring. Kunnskap om selvmordsforebygging må derfor formidles til store befolkningsgrupper. I Norge har Vivat Selvmordsforebygging en viktig rolle i dette undervisningsarbeidet. Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» er nylig revidert i tråd med tilgjengelig kunnskap. De bærende elementer i kurset er beholdt, men viktig ny forståelse er lagt til. Hjelperens vilje og evne til å ta ledelse i førstehjelpsinnsetningen er tydeliggjort. Et annet og sentralt element er brakt inn; sammen med personen i fare leter man etter hva som kan utgjøre vendepunktet bort fra selvmord og mot fortsatt liv. Både nasjonale og internasjonale studier tyder på at deltakerne på kurset opplever at de er bedre i stand til å yte nødvendig førstehjelp etter gjennomført opplæring.

### ABSTRACT

The World Health Organization and Norwegian authorities have set as a target that the numbers of suicide attempts and completed suicides should be reduced. This can be achieved by the use of various forms of training. Knowledge about suicide prevention must therefore be communicated to large groups of people. Vivat Selvmordsforebygging plays an important role in this educational effort. The workshop “Førstehjelp ved selvmordsfare” (ASIST) has recently been revised in line with current knowledge. The fundamental elements of the workshop are retained, and important new understanding has been added. The helper’s willingness and ability to conduct guidance in first aid is underlined. Another central element is brought in; together with the person at risk, we look for what might constitute a turning point away from completed suicide and towards continued life. Both national and international studies suggest that participants at these workshops find that their skills in providing appropriate first aid have improved significantly after completing training.

Både Handlingsplan mot selvmord fra 1994 og den nye Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2014) vektlegger betydningen av opplæring og informasjon om selvmordsforebygging til brede grupper i befolkningen. I Norge er det Vivat Selvmordsforebygging med kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» som på vegne av Helsedirektoratet er en av de viktigste aktørene for å sette målene om reduksjon av selvmord og selvskading om til handling i store miljøer, også utenfor helsevesenet. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten er viktige i det selvmordsforebyggende arbeid. Men vi når ikke målene som er satt både av WHO og Helsedirektoratet med mindre vi klarer å formidle kunnskap om, og holdninger til selvmord og selvmordsforebygging, langt utenfor helsevesenets rammer.

I seg selv er det heller ikke nok å ville det gode – altså forebygge selvmord – vi må vite hva som er forsvarlig og virksomt i det forebyggende arbeid. Førstehjelpsinnset i møte med selvmord er utfordrende både for den som vurderer å ta sitt liv og for den som skal hjelpe. For personen som vurderer å ta sitt liv er det betydelige utfordringer knyttet til det å omgjøre sine tanker og følelser til fortsatt å ville leve. Noen av hjelperne vil kunne oppleve at personer de forsøker å redde likevel tar sitt liv og dør på tross av førstehjelpsinnset som ble tilbudt. Førstehjelp ved selvmordsfare kan også, for sårbare hjelpere, medføre at ubearbejdede tanker om eget selvmord kan aktualiseres. Som ved all annen kriseinnset er det nyttig å ha kunnskap om hva som kan og må gjøres, i hvilken rekkefølge oppgaver bør utføres og hvor man kan få ytterligere hjelp. Førstehjelp ved selvmordsfare forutsetter innset av engasjerte og reflekterte enkeltindivider. Oppfølgingen etter førstehjelpsinnset vil nesten alltid kreve at flere personer innlemmes i omsorgen for den som har det vanskelig. Ofte vil støtte fra helsevesenet også være påkrevet, derfor er det viktig at førstehjelperne er kjent med hvor slik hjelp finnes.

### Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare er revidert

Vivat Selvmordsforebygging ble etablert for å bringe kunnskap om selvmordsforebygging ut i det norske samfunnet. Dette gjøres ved å holde førstehjelpskurs over hele landet, samt ved å utdanne og faglig opprettholde en stor gruppe kursledere (ca. 130 personer). Kursprogrammet ble startet opp i 1998 og ble gjort til et permanent undervisningsprogram fra 2008. Det kanadiske «not for profit»-selskapet LivingWorks Education har stått for utviklingen av kursmanualen siden 1980-tallet, og kurset er under kontinuerlig revisjon. I den engelsktalende del av verden heter kurset ASIST, og den norske versjonen er nær identisk med originalen. Kurset er manualbasert, og deltakerne får samme opplæring uavhengig av hvor i verden det tas. Forut for implementeringen i Norge la man vekt på at kurset bygget på anerkjent kunnskap. Ny kunnskap kommer stadig til, noe som på godt og vondt betyr regelmessige endringer i undervisningsprogrammet. I 2004 ble det gjennomført betydelige oppdateringer av programmet, og i Norge ble 2014 det året hvor den siste endringen ble iverksatt. Alle aktive kursledere her til lands er nå oppgradert til å gjennomføre kurset i tråd med den nye kursmanualen.

Kurset er bygget opp rundt anerkjent kunnskap fra fagområdet Suicidologi. Her finnes bl.a. påvirkning fra Edwin Shneidmans tenkning rundt begrepet «Psychache». Kurset formidler en intervensjonsmodell hvor det er lagt vekt på å gi rom for å få fram og lytte til den livssmerten som man antar at personen i selvmordsfare bærer på. Via tydelige signaler om at hjelperen ønsker å lytte, og er i stand til å ta imot, bygges det opp en relasjon som fremmer åpenhet om det vonde og ofte skamfulle som har gått forut for selvmordstankene. Dette er fokus i modellens innledende faser. Når bakgrunnen for selvmordstankene er satt ord på, er de neste trinn i modellen preget av samarbeid, ikke ulikt slik det framstilles av David A. Jobes (2006) i hans CAMS-modell (Collaborative Assessment and Management of Suicidality).



Foto: Shutterstock

I det reviderte kursprogram er det lagt vekt på å arbeide med hva som kan fremstå som vendepunkt (bort fra selvmord) for personen med selvmordstanker. Dette bygger på nyere forskning, blant annet fra Norge (Kogstad et al., 2011; LivingWorks, 2013). Revisjonen har ikke medført endringer i bruken av pedagogiske verktøy. Fortsatt anvendes stor variasjon i undervisningsmetoder, med god tid satt av til at deltakerne skal kunne delta i samtaler, og med aktiv trening i bruk av modellen under veiledning.

### Førstehjelpsaspektet er forsterket

Helt sentralt i det reviderte kursprogram er at umiddelbar sikkerhet og trygghet nå har førsteprioritet. Det omfatter å etablere trygghet for hjelperen ved at man for eksempel plasserer seg slik at man ikke selv blir dradd med ved utsprang eller utsetter seg for annen risiko. Trygghet for personen i fare kan innebære at man tilkaller hjelp fra helsevesenet (ambulans) dersom en forgiftning allerede

### Helt sentralt i det reviderte kursprogram er at umiddelbar sikkerhet og trygghet nå har førsteprioritet

er i gang, og at man ikke lar personen være alene. Trygghet kan også innebære at en tredje person får i oppgave å holde skuelystne borte. Denne tenkningen og måten å gå inn i situasjoner med fare for selvmord utgjør oppstarten i modellen. Når slike forhold er avklart, kan man begynne arbeidet med den mer klas-

siske kartlegging av risiko- og beskyttelsesfaktorer som kursmodellen også formidler. Ved å fokusere på beskyttelse i her og nå-situasjonen gir det signaler om at man er villig til å yte omsorg og hjelpe personen i fare. Håpet er at dette kan utvikle rom for å etablere en samarbeidsrelasjon med personen som trenger hjelp. En god samarbeidsrelasjon gir mulighet til å samtale om, og evt. avdekke, hva som kan ligge bak selvmordstankene. Håpet er igjen at dette gir signaler om at de dystre tankene og vonde følelsene kan snakkes om. Samtalen kan gi personen som sliter mulighet til å bidra til å hjelpe seg selv. Mulige ressurser samt beskyttende faktorer kan i løpet av samtalen bringes fram i dagen. Denne relasjonen krever at hjelperen er i stand til å overvåke og ta ledelse i situasjonen. Grad av ledelse vil variere, men når trusselen om tap av liv er overhengende er det riktig at hjelperen er styrende og tilkaller hjelp (McConnell et al., 2006). Alle kursdeltakere får nå utdelt en liste med lokale og nasjonale hjelpeinstanser/telefoner, og det legges vekt på å knytte kontakt med helsevesenet når det er nødvendig. Slik handlemåte er sammenfallende med det som innen gatekeeper-terminologien er vektlagt som henvisningsrutiner (Isaac et al., 2009).

### Vendepunktet er sentralt

Når en samarbeidsrelasjon er etablert, vil det neste målet være å hjelpe personen i selvmordsfare til å se om det kan finnes andre utveier enn selvmord. Ved å signalisere vilje til å lytte til historien og erfaringene som har gått forut for selvmordstankene kan samtalen etter hvert komme inn på områder som handler om vilje til fortsatt liv. Det enkle faktum at man opplever seg lyttet til kan være avgjørende (Everall et al., 2006).

Enighet om å utsette selvmordet er et viktig skritt på rett

vei. Den minste kime av tvil rundt dødsønsket eller ansatser til håp kan være uttrykk for noe som holder vedkommende i livet. Det vil kunne fungere som begrunnelse for å utsette den fatale handling. Det kan forstås som et vendepunkt. Et vendepunkt kan være hva som helst som knytter an til fortsatt liv. Det faktum at selvmordet ikke er gjennomført ennå kan tyde på at det er noe som holder vedkommende tilbake. Det kan være et svakt, men likevel tilstedevarende vendepunkt, om det blir tatt opp med personen i fare. Andre og mer markante vendepunkt kan være kjærlighet til barn, familie og kjæledyr.

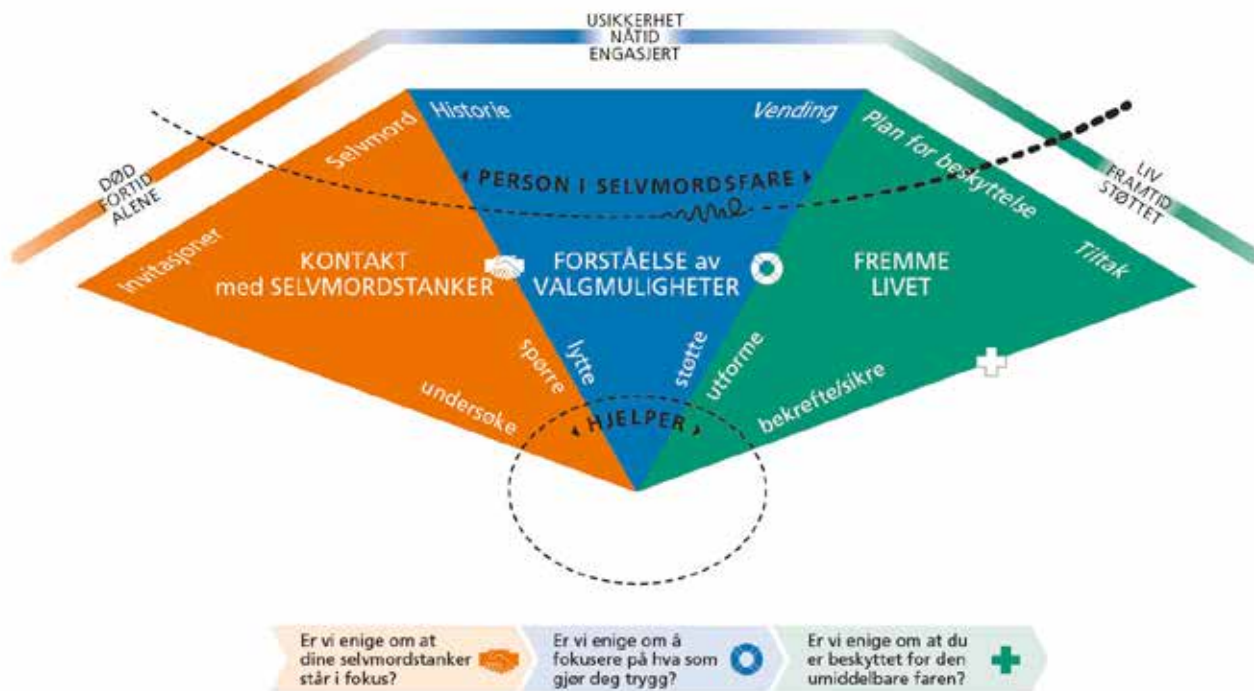
Om hjelperen og personen i fare ikke kommer fram til noe som kan holde vedkommende i livet, så er det et avgjørende poeng i seg selv å være enige om at døden definitivt utelukker en slik mulighet senere. I en slik situasjon må personen i selvmordsfare hjelpes til kontakt med helsevesenet.

Inntil denne revisjonen la kursprogrammet mye vekt på arbeidet med dødsside, livsside og ambivalens. Det er fortsatt viktig, men nå legges det altså mer vekt på å lytte etter hva som kan forstås som vendepunkt.

Å bringe fram i dagen hva som kan være et vendepunkt er avgjørende for det videre samarbeid. Det er på dette punkt vi håper at personen i fare virkelig innser at selvmordet er en ugjenkallelig handling, og at han/hun går med på å gi det som finnes av livsvilje en mulighet til fortsatt eksistens. Kunnskapen bak denne måten å handle på er at vi har grunn til å tro at mennesker som tenker å ta sitt liv egentlig ikke søker døden, men de orker ikke leve videre med de nåværende livsbetingelser (Williams, 2001). Utvikling av slik forståelse er i det reviderte kurset sterkt vektlagt. Dette gir personen i fare og hjelperen tid til å samtale videre om liv og håp. Bare det enkle faktum at tiden går og at livet fortsatt består vil underbygge troen på at det finnes mulighet for fortsatt liv. Når samtalen har pågått en stund og de sterke emosjonene har kulminert, vil det forhåpentligvis være mulig å finne nye og konstruktive løsninger, i alle fall på kort sikt, knyttet til de livsproblemene som har kommet fram. En god og fordomsfri samtale mellom hjelper og person i fare vil i en del situasjoner være tilstrekkelig til at den lidende oppdager tydelig nok at vedkommende egentlig vil leve, og at tankene rundt død blir fjernere. Både klinisk erfaring og empiriske arbeider (Tallaksen et al., 2013) bekrefter at ved å samhandle på denne måten innenfor rammene av intervensjonsmodellen kan man bedre avklare alvorlighetsgrad i selvmordstanker. Situasjoner som kan fortone seg som svært dramatiske i begynnelsen av en samhandling kan løses lokalt fordi man vet og tør å stille de riktige spørsmålene. Dette kan som resultat gi færre, men bedre og mer presise henvisninger til spesialisthelsetjenesten for de som trenger det. Dette kan gi alle parter, også den som trenger hjelp, en opplevelse av bedre samarbeid.

### Intervensjonsmodellen er fortsatt grunnlaget for hjelpen

Mye av kurset er fremdeles slik at kursdeltakere som har gjennomført kurset før revisjonen vil kjenne det igjen. Innledningen av kurset har fortsatt som hensikt å sette hjelperen i stand til å gå inn i møtet med andre menneskers tanker om død. Å kunne snakke om egne tanker og holdninger er viktig for å mestre og møte personer i selvmordsfare. Det er grunn til å anta at det er en fordel å være forberedt på hva som kan komme når man åpner opp for å samtale om



tanker om å ville ta sitt liv. I manualen for den nye kursversjonen legges det, som tidligere nevnt, vekt på betydningen av at hjelperne utøver varierende grad av ledelse. Det innebærer blant annet at hjelperne kan være de som aktivt bringer spørsmål om selvmord på banen. Den lidende kan på grunn av tabuforestillinger ha vanskelig for å sette ord på de vonde tanker og følelser, og det vil trolig kjennes godt om hjelperne tydelig signaliserer at selvmordstanker er noe som kan snakkes om.

Intervensjonsmodellen baseres som tidligere på 3 faser, de heter nå:

- kontakt med selvmordstanker,
- forståelse av valgmuligheter og
- fremme livet.

Fasen som nå heter «Kontakt med selvmordstanker» ligner svært på det som tidligere ble omtalt som holdningsdelen. I denne fasen utforskes det som kan forstås som signaler om at personen i fare har det vanskelig og eventuelt har tanker om selvmord. Det er i denne fasen kontakten skapes og grunnlaget for en samarbeidsrelasjon legges. Fasen er avsluttet når begge personer er enige om at livsproblematikken som er snakket om inkluderer selvmordstanker. For den som trenger hjelp kan det å selv si at han/hun har selvmordstanker være en milepæl.

I den neste fasen, som har fått navnet «Forståelse av valgmuligheter», arbeides det med å lytte til historien som ligger bak selvmordstankene. Kanskje er det første gang personen som sliter har fått mulighet til å sette ord på sine vonde følelser. Det kan være en skjellsettende opplevelse, både for den som endelig får snakke ut og for den som hjelper. Det er i denne fasen hjelperen leter etter og støtter vendepunktet.

I den siste fasen, som har fått navnet «Fremme livet», er håpet at samhandlingen så langt har bragt fram enighet

om og forståelse for at livet trenger beskyttelse. På dette tidspunkt vil det forhåpentligvis være mulig å snakke sammen om hva som finnes av beskyttelsesfaktorer hos den enkelte, og hva som vil være nødvendige tiltak for å bevare fortsatt liv. Nå er anledningen kommet for at andre mennesker bringes inn i den videre hjelp. Nå vil familie, venner, kolleger og fastlege/tidligere behandler være sentrale personer å etablere kontakt med. Hjelperens rolle er å se til at det skjer.

#### Hvilken nytte har opplæringen?

Siden kurset har fått stor utbredelse på verdensbasis er det også blitt gjenstand for en rekke forskningsarbeider, særlig med vekt på å undersøke nytteverdien av kursvirksomheten. LivingWorks Education legger stor vekt på at undervisningsprogrammet skal være forskningsbasert og i tråd med beste kliniske praksis. Det arbeides derfor både med utvikling av undervisningsprogrammet som verktøy for læring, og det legges vekt på å tilrettelegge for at resultatene av undervisningen gjøres til gjenstand for forskning.

Det er utført flere studier som sier noe om kursdeltakernes tilfredshet med kurset og den betydningen de selv mener det har i møte med selvmordsnære personer. En studie utført blant medarbeidere innen psykisk helse og rusfeltet i USA (LivingWorks, 2010) viste at deltakerne etter førstehjelpskurset pekte på fem områder som viktige; de opplever seg mer kompetente, de har en høynet beredskap, de har økt sine kommunikasjonsferdigheter, de er bedre til å dele informasjonen med andre og de opplever at de gjør bedre intervensjoner i sine møter med selvmordsnære mennesker.

Om man skulle gå et skritt videre, ville det være interessant om det kunne vises en reduksjon i selvmord og selvmordsforsøk som resultat av førstehjelpskursene. Det er imidlertid store metodiske utfordringer knyttet til slik

forskning. Kurset retter seg mot generell selvmordsforebygging, ikke kun utsatte risikogrupper. Selv om altfor mange mennesker tar sine liv så er likevel selvmord en relativt sjelden hendelse, noe som gjør det vanskelig å påvise sammenheng mellom innsats og effekt. Nylig ble det på tross av denne forståelsen likefullt publisert en studie som i sin utforming skisserer en mulig løsning på enkelte av de nevnte metodiske utfordringer.

I samarbeid med krisetelefonvirksomheten til The National Suicide Prevention Lifeline i USA ble det utført en randomisert kontrollert studie (RCT) hvor man så på hvilken betydning gjennomført førstehjelpskurs (ASIST) hadde på telefonvaktens møte med innringere i selvmordsfare (Gould et al., 2013). Telefonvaktene ble delt i to grupper; med og uten førstehjelpskurs. Samtalene med innringere ble tatt opp elektronisk og spilt av blindt for forskerne. Forskerne hadde altså ikke kjennskap til hvem av telefonvaktene som hadde, og hvem som ikke hadde, gjennomført kurset. Funnene tyder på at samtaler med telefonvakter med førstehjelpskurs medvirket til at innringerne etter endt samtale ble oppfattet som mindre suicidale, mindre deprimerede, mindre overveldet og med en følelse av å være mer håpefulle enn etter samtaler med det vanlige korpset av telefonvakter. Forskerne peker på at telefonvakter med førstehjelpskurs la mer vekt på å snakke om grunner for å leve og dø enn ordinære telefonvakter. Dette kan ha medvirket til funnet om at innringerne etter samtalene ble opplevd som mindre suicidale. Denne studien viste også at telefonvakter med førstehjelpskurs ikke var bedre til å utføre kartlegging av selvmordsrisiko enn sine kolleger uten kurset. Forskerne bak studien undrer hvorfor det er slik, og viser til at dette bør undersøkes videre.

Som avslutning er det også interessant å vise til en nylig publisert artikkel fra California hvor kurset har vært benyttet som et ledd i det selvmordsforebyggende arbeid helt siden undervisningsprogrammet så dagens lys for første gang i 1980-årene. California Mental Health Service Authority ønsket en evaluering av kurset, knyttet til deres strategi for forebygging og tidlig intervensjon. Det ble utført en kost/nytte-analyse hvor man la til grunn resultater fra tidligere studier som hadde sett på mulige effekter av ASIST og lignende kurs. Forskerne bak denne artikkelen peker på, som tidligere nevnt, de metodiske vanskeligheter og usikkerheter forbundet med å si noe om sammenheng mellom forebyggende innsats og reduksjon i selvmord og selvmordsforsøk. Forskerne er forsiktede i sine anslag, men det kommer frem at kostnadene forbundet med førstehjelpskurset er små, sett i forhold til det som kan vinnes menneskelig og økonomisk på lengre sikt i form av sparte liv og reduserte helsekostnader. Forskerne beskriver sine funn på følgende måte: "We estimate that California will benefit from CalMHSAs investment in ASIST in multiple ways: fewer suicide attempts and deaths, reduced spending on emergency care and recovery, and increased earnings." (Ashwood et al., 2015)

Det aller viktigste er at vi som medmennesker tør å bry oss. Vi vet at menneskelig nærhet kan være avgjørende. Vår tilstedeværelse er viktigere enn hva vi sier. Også taushet kan innebære hjelp (Tallaksen, 2014). Hver og en av oss kan utgjøre den viktige forskjellen mellom liv og død.

Da gjenstår bare å oppfordre: Vel møtt på kurs!

## REFERANSER:

Ashwood, J., Briscoe, B., Ramchand, R., May, E. & Burnam, M. (2015). Analysis of the Benefits and Costs of CalMHSAs Investment in Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Hentet 24.06.2015 fra [http://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1115](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1115).

Everall, R. D., Bostik, K. E. & Paulson, B. L. (2006). Being in the Safety Zone: Emotional Experiences of Suicidal Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research*, 21(4), 370-392. doi:10.1177/0743558406289753

Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691. doi:10.1111/sltb.12049

Helsedirektoratet. (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>

Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W. & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie* 54 (4), 8.

Jobs, D. A. (2006). *Managing suicidal risk : a collaborative approach*. New York: Guilford Press.

Kogstad, R. E., Ekeland, T. J. & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(6), 479-486. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x

LivingWorks. (2010). Applied Suicide Intervention Skills Training. Trainee Experiences, Recommendations, and Post-Training Behavior. Hentet fra <https://www.livingworks.net/dmsdocument/273>

LivingWorks. (2013). ASIST Applied Suicide Intervention Skills Training. Evidence in Support of the ASIST 11 Program. Hentet 23.06. fra file:///C:/Users/dwtall/Downloads/Evidence-in-Support-of-the-ASIST-11-Program%20(1).pdf

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Henden, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064

McConnell, A. & Drennan, L. (2006). Mission Impossible? Planning and Preparing for Crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14(2), 59-70. doi:10.1111/j.1468-5973.2006.00482.x

Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2013). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies*, 38(9), 549-556. doi:10.1080/07481187.2013.780113

Tallaksen, D. W. (2014). Ved livets farlige ytterpunkter. I S. Tveiten, & K. Boge (Red.), *Empowerment i Helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tallaksen, D. W., Bråten, K. & Tveiten, S. (2013). "... You are not particularly helpful as a helper when you are helpless" A qualitative study of Public Health Nurses and their professional competence related to suicidal adolescents. *Vård i Norden. Nordic Journal of Nursing Research*, 33(1), 46-50.

WHO. (2014). Preventing Suicide. A global imperative. Geneva. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)

Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books



Førstelektor **DAG WILLY TALLAKSEN**,  
Vivat Selvmordsforebygging og Høgskolen  
i Oslo og Akershus.



Spesialrådgiver **JOHAN LINDMARK**,  
Vivat Selvmordsforebygging og RVTS-Øst.