

Selvmondsforebygging ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst)

Ved Georg Schjelderup og Nils Petter Reinholdt

Ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst) har vi utviklet ny organisasjonsmodell for det selvmordsforebyggende arbeidet, med lokale spesialrådgivere organisert i et interdisiplinært og interorganisatorisk nettverk. Våre erfaringer så langt er at organiseringen i faglige nettverk innebærer muligheter til å styrke den selvmordsforebyggende virksomheten på flere områder.

Ingen profesjoner eller institusjoner kan forebygge selvmord alene. Offentlige helsetjenester har ikke i tilstrekkelig grad lyktes i å forebygge selvmord og selvmordsforsøk (Linehan, 2008). Vi må også erkjenne at tilgjengelig forskning kun i liten grad gir svar på hvilke tiltak som kan være effektive forebyggingsstrategier (Mann et al., 2005; Hawton et al., 1999; Malone et al., 2007).

I lys av dette blir det viktig både å utvikle og evaluere begrunnede forslag til nye måter å organisere det selvmordsforebyggende arbeidet på, for å redusere de menneskelige og økonomiske omkostningene ved selvmord og selvmordsforsøk (Silverman & Felner, 1995). Det er et helsepolitisk uttrykt mål å fremme samarbeid og kontinuitet i helsevesenet (NOU 2005: 3). Ett virkemiddel kan være å utvikle interdisiplinære faglige nettverk som samarbeider om å oppnå felles målsettinger.

En rekke studier understreker mulige fordeler med nettverksorganisering (Chisholm, 2002; Cunningham et al., 2012). For å utvikle forebyggingsstrategier som virker overskridende sammenliknet med mange av dagens tiltak, kan det være nødvendig å være mer kreative og dristige i å kombinere kunnskaper fra ulike fag og perspektiver. Nyere studier benytter seg for eksempel av sosialt nettverkanalyse (SNA) for å utvikle prinsipper for effektive kliniske kvalitetsforbedrende team (Meltzer, et al. 2010).

Nettverket som er utviklet ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst) må svare på mange fordringer og forventninger fra ulike hold. Helsepolitiske myndigheter stiller økende krav til formalisert og dokumenterbar kompetanse i alle ledd, og sviktende faglig kvalitet medfører oftere og skarpere kritikk av helsepersonell. Pårørende og etterlatte har behov for å bli ivaretatt og respektert som en meningsberettiget part, samtidig som lovverket også regulerer brukernes rett til medbestemmelse. Media kommer oftere med kritikk av vår innsats, og det blir tydeligere at helsepersonell også har behov for opplæring og coaching i vanskelige situasjoner. I sum er dette omfattende og kvalitativt ulike forventninger. Vi har i løpet av de siste årene erfart at

nettopp det å være en del av et nettverk med andre som møter de samme utfordringene er en nødvendig betingelse for å mestre dette arbeidet.

Ved RVTS-Øst har det selvmordsforebyggende teamet etablert en ny organisasjonsmodell. Modellen er organisert etter prinsipper om faglige nettverk (Gaventa & Cornwall, 2002; Cunningham et al., 2012). Målene for nettverket er å styrke kvaliteten i selvmordsforebyggende aktiviteter i regionen, på sentrale områder som blant annet er anbefalt i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial og helsedirektoratet, 2008).

Hensikten med denne artikkelen er å gi en beskrivelse av sentrale trekk ved utviklingen av nettverksmodellen, og peke på nettverkets muligheter for en samlet innsats i det selvmordsforebyggende arbeidet i hele Helse Sør-Øst.

Organisering og nettverk

Det selvmordsforebyggende nettverket ved RVTS-Øst ble organisert med seks medarbeidere sentralt; en teamleder, en spesialrådgiver, en lege i forskerstilling og tre spesialrådgivere i deltidsstillinger. I tillegg ble det tilknyttet en koordinator for VIVAT (førstehjelpskurs i vurdering av selvmordsfare) i samarbeid med RVTS-Sør. Ved hvert av de syv lokale helseforetak/sykehus i regionen ble det opprettet stillinger for spesialrådgivere innen selvmordsforebygging, dels besatt av psykiatriske sykepleiere med videreutdanning innenfor suicidologi, og dels av psykologer og psykologspesialister.

De lokalt ansatte spesialrådgiverne finansieres dels av de lokale HF/sykehus, dels av RVTS-Øst, med øremerkede midler fra det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Fra 2012 er vi i ferd med å utvide med tre nye spesialrådgivere, slik at nettverket også vil omfatte Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og

ABSTRACT

Ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst) har vi utviklet ny organisasjonsmodell for det selvmordsforebyggende arbeidet. Viktige strategiske mål er å styrke kvaliteten på selvmordsforebyggende aktiviteter i regionen innenfor sentrale områder, anbefalt i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. For å oppnå disse målene er lokale spesialrådgivere organisert i et interdisiplinært og interorganisatorisk nettverk. Våre erfaringer så langt er at organiseringen i faglige nettverk innebærer muligheter til å styrke den selvmordsforebyggende virksomheten på flere områder.

At the Regional Centre – Violence, Trauma and Suicide Prevention – Region East (RVTS-East), we have developed a new organisational model for suicide prevention. Important strategic aims are to improve the quality of suicide prevention activities in the region in accordance with recommendations given in National guidelines for suicide prevention in mental health care. To achieve these objectives, local special advisors are organized in an interdisciplinary and inter-organizational network. So far, our experiences are indicating that a network organisation could improve suicide prevention activities in several aspects.

Sykehuset Sørlandet. Arbeidsgiveransvaret for de lokalt ansatte ligger hos det enkelte helseforetak/sykehus. Spesialrådgiverne har også etablert lokale nettverk. Organisasjoner som danner interorganisatoriske nettverk har bedre mulighet til å løse metaproblemer som enkeltmedlemmer ikke er i stand til å håndtere alene (Chisholm, 2002). Ambisjonene for organisasjonsmodellen er å utvikle en kultur med et mangfoldig nettverk, der deltakerne løser komplekse problemer av felles betydning. Hensikten er å samarbeide om å fremme praksisnære prosjekter som fører til gjensidig læring.

Arbeidsmetode

I utviklingen av denne modellen er særlig to områder vektlagt; kunnskapsgenerering gjennom aksjon og eksperimentering, samt betydningen av deltakende demokrati (Levin & Greenwood, 2002). Den kliniske praksistilknytning som spesialrådgiverne representerer gir muligheter for relevante felles problemformuleringer underveis. Den metodiske tilnærmingen gir både struktur og tilstrekkelig frihet til utvikling og testing av nye tiltak, og om nødvendig, forkasting av ideer som vurderes som unyttige eller lite fruktbare.

Fra idé til faglige prosjekter

Nettverket har regelmessige møter én dag pr. måned. Agendaen på nettverksmøtene omfatter dagsaktuelle problemer og temaer i tilknytning til det selvmordsforebyggende arbeidet. I og med at problemer belyses i fellesskap, utvikles også ideer og problemstillinger som kan videreutvikles til mulige prosjekter. Arbeidsmetoden kjennetegnes ved kreative prosesser der en fokuserer på å løse problemer i det virkelige livet, og kan eksemplifiseres med en casebeskrivelse som omhandler vurdering av selvmordsfare. Følgende spørsmål ble stilt til deltakerne på et møte i nettverket: Finnes gode sjekklister for vurdering av selvmordsrisiko? Hvordan brukes de i praksis? Hvilke erfaringer er dokumentert? Her utgjorde spørsmålene en første formulering av problemstillinger. Deretter utarbeidet aktørene en enkel kartlegging

eller situasjonsbeskrivelse som sammenfattet erfaringer fra hver deltaker i nettverket.

Kartleggingen viste at erfaringer med klinisk bruk av standardiserte sjekklister ikke var ensidig positiv. Den påfølgende faglige diskusjonen aktualiserte nye og mer spesifikke problemstillinger knyttet til sjekklister. En problemstilling dreide seg om grad av spesifisitet. Eller med andre ord; i hvilken grad man ved slike sjekklister bedømmer ikke-suicidale som suicidale, og suicidale som ikke-suicidale. Videre ble det problematisert om sjekklister kan forstås som et uttrykk for instrumentalisering av selvmordsrisikovurdering, og om de kan være uttrykk for en reduksjonistisk forståelse av et komplekst menneskelig fenomen? Det ble besluttet å gå videre med følgende to tiltak: For det første å ta i bruk den sjekklisten som ble vurdert som best egnet. For det andre å gjennomføre et litteratursøk om bruk av standardiserte sjekklister (Larsen, 2009).

Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko

Ett av målene med Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) var å gjøre helsepersonell som har kontakt med suicidale personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko. Det er fortsatt en utfordring å utvikle gode standarder for kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko. Hva er forskjellen mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko? Hvem kan kartlegge og hvem kan vurdere selvmordsrisiko? Slike spørsmål skapte til dels heftig debatt da de nasjonale retningslinjene ble lansert i 2008. Vi erfarte likevel at mange viktige spørsmål forble ubesvarte, og fortsatte diskusjonen i vårt faglige nettverk. Det ble raskt enighet om at vi måtte få frem en artikkel som kan drøfte og forhåpentligvis avklare noen sentrale problemstillinger. Vi har erfart at en viktig styrke i nettverket ligger i den åpne diskusjonen der faglige motsetninger blir tydeliggjort og saklig belyst. Dermed har alle deltak-

erne i nettverket kunnet bidra inn i diskusjonene frem til den endelige artikkelen som nå foreligger (Herrestad & Larsen, 2012).

Noen nye muligheter

Tidligere studier har vist at det er store variasjoner med hensyn til behandling og oppfølging som tilbys selvmordsforskere. Oppfølgingen kan variere i kvalitet, og behandlingsopplegg kan svekkes over tid av ulike årsaker (Mehlum & Ramberg, 2010). Observasjonsstudier fra Norge viser også at den psykososiale behandlingen av selvmordsforskere etter innleggelse i somatisk sykehus varierer i betydelig grad mellom sykehusene, og også innen sykehusene over tid (Mehlum et al., 2010). Det er derfor stort behov for å styrke kvaliteten på tilbudet til denne pasientgruppen. Det selvmordsforebyggende nettverket i Helse Sør-Øst er nå i gang med å implementere organiseringen av behandlingslinjer for pasienter etter villet egenskade. I tillegg til vårt eksisterende nettverk, har vi nå etablert et nettverk med mer enn 40 deltakere fra sykehusene i vår region for denne oppgaven. Intervensjonen har som mål å etablere og vedlikeholde strukturert samarbeid med oppfølgende instanser, og å bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av tilbudet til pasienter etter villet egenskade gjennom samarbeidslæring. Tre viktige suksessfaktorer for dette arbeidet er identifisert som: 1) kontinuerlig informasjon om beste praksis, 2) engasjement fra alle parter i forbedringsarbeidet inklusive pasienter, familie, lederskapet og profesjonelle medarbeidere og 3) en infrastruktur som er basert på forbedringskunnskap, med interdisiplinære team, tilgjengelig coaching, læringssystemer og vedlikeholdssystemer (Brandrud et al., 2011).

Erfaringer har vist oss at en systematisk evaluering bør planlegges i starten av prosjektet, og det er blant annet planlagt en ny kartleggingsstudie i samarbeid med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). I tillegg har vi iverksatt en pilotstudie hvor vi ønsker å kartlegge og sammenlikne hvordan helsepersonell ved en somatisk og en

psykiatrisk avdeling vurderer behandlingslinjen for pasienter etter villet egenskade. Helsepersonell ved to avdelinger vil bli invitert til å besvare spørreskjemaet Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET) (Vanhaecht et al., 2007). Dette vil ventelig gi data om hvordan behandlingslinjen er organisert.

Oppsummert

Nettverket arbeider med prosjekter på ulike nivåer innen undervisning og veiledning, fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning. Prosessene i det selvmordsforebyggende nettverket må betraktes i et langsiktig perspektiv. Målsettingene er til dels svært omfattende, og innebærer blant annet ambisjoner om å endre praksis i komplekse helseorganisasjoner. Utvikling av lærende og kunnskapsproduserende organisasjoner og profesjoner er viktig (Eikeland, 2002), og krever tålmodighet og utholdenhet hos den enkelte spesialrådgiver. Derfor er det også nødvendig å fokusere på kortsiktige prosesser og dele gleden over de resultatene teamet i fellesskap klarer å oppnå her og nå. Det er i denne vekslingen mellom det langsiktige og kortsiktige, mellom de individuelle og kollektive bidragene, at vi kan styrke den enkelte aktør og det samlede nettverket.

Alle våre lokalt forankrede spesialrådgivere har hatt behov for støtte og veiledning i forhold til å mestre oppgavene som endringsagenter, der kompetanseheving og kvalitetsforbedrende tiltak er sentralt. Som nevnt innebærer målene for modellen ambisjoner om å endre og forbedre praksis, og dermed også til en viss grad påvirkning og endring av holdninger hos helsepersonell. Da er det et poeng å unngå personliggjøring av eventuelle seire eller nederlag. Det vi derimot kan gjøre, er å bidra til å ansvarliggjøre organisasjonene. Når pasienter ikke får god nok kvalitet i behandling ved suicidalfare, må vi peke på at dette er et lederansvar, og et ansvar for organisasjonen. Samtidig må vi påpeke sammenhengen mellom resultater av både kollektivets og den enkeltes bidrag. Dette omhandler helhet og del, der den enkelte har betydning for felles resultater.

Vi har erfart at vi er i ferd med å skape grunnlaget for en dynamisk og fleksibel nettverksorganisasjon. Strategien med interdisiplinære faglige nettverk bidrar til å oppnå felles mål for det selvmordsforebyggende arbeidet. En kommende utfordring er å evaluere de planlagte innsatser og tiltak. En slik evaluering må gjøres med en større kreativitet i valg av metoder enn det vi tidligere har sett. Dette representerer fremtidige utfordringer til videre fagutvikling og forskning.



Georg Schjelderup er førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og spesialrådgiver ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst).



Nils Petter Reinholdt er fagteamleder ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst).

Referanser

- Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B., & Nelson, E. C. (2011). **Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members.** *BMJ Quality & Safety*, 20, 251–259.
- Chisholm, R. F. (2002). **Action Research to Develop an Interorganizational Network.** In P. Reason & H. Bradbury (red.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (s. 324–333). London: SAGE Publications.
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2012). **Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review.** *BMJ Quality & Safety*, 21, 239–249.
- Eikeland, O. (2002). **Action Research as the Hidden Curriculum of the Western Tradition.** I: P. Reason & H. Bradbury (red.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (s. 145–157). London: SAGE Publications.
- Gaventa, J., & Cornwall, A. (2002). **Power and Knowledge.** In P. Reason & H. Bradbury (red.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (s. 70–81). London: SAGE Publications.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. et al. (1999). **Psychosocial versus Pharmacological treatments for Deliberate Self Harm.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 1999.

Herrestad, H., & Larsen, K. (2012). **Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko. RVTS-Øst.** <http://ost.rvts.no/NewsArticle.asp?art=Kartlegging%2C+observasjon+og+vurdering+av+selvmordsrisiko%2E&aid=1312> [nedlastet 12.3.2012]

Larsen, K. (2009). **Sjekklister og skalaer ved vurdering av selvmordsrisiko. RVTS-Øst.** <http://ost.rvts.no/NewsArticle.asp?aid=484>. [nedlastet 13.03.2012]

Levin, M., & Greenwood, D. (2002). **Pragmatic Action Research and the Struggle to Transform Universities into Learning Communities.** I: P. Reason & H. Bradbury (red.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (s. 103–114). London: SAGE Publications.

Linehan, M. M. (2008). **Suicide intervention research: a field in desperate need of development.** *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38, 483–485.

Malone D., Marriot S., Newton-Howes G., Simmonds S., & Tyrer P. (2007). **Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005). **Suicide prevention strategies: a systematic review.** *JAMA*, 294, 2064–2074.

Mehlum, L., Mork, E., Reinholdt, N.P., Fadum, E.A., & Rossow, I. (2010). **Quality of psychosocial care of suicide attempters at general hospitals in Norway - a longitudinal nationwide study.** *Archives Of Suicide Research: Official Journal Of The International Academy For Suicide Research*, 14, 146–157.

Mehlum, L., & Ramberg, M. (2010). **Continuity of care in the treatment of suicide attempters – current challenges.** *Archives Of Suicide Research: Official Journal Of The International Academy For Suicide Research*, 14, 105–108.

Meltzer, D., Chung, J., Khalili, P., Marlow, E., Arora, V., Schumock, G., Burt, R. (2010). **Exploring the use of social network methods in designing healthcare quality improvement teams.** *Social Science & Medicine* 71, 6, 1119–1130.

NOU 2005:3: (2005). **Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.** Norsk Offentlig Utredning (Rep. No. NOU 2005:3).

Silverman, M. M., & Felner, R. D. (1995). **Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness.** [Review] [25 refs]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 92–104.

Sosial og helsedirektoratet (2008). **Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.** (IS-1511/2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Vanhaecht, K., De Witte, K., Depreitere, R., Van Zelm, R., De Bleser, L., Proost, K. et al. (2007). **Development and validation of a care process self-evaluation tool.** *Health Services Management Research: An Official Journal Of The Association Of University Programs In Health Administration/ HSMC, AUPHA*, 20, 189–202.