

Selvmondsforebygging ved regionalt senter i helseregion øst i Norge

Georg Schjelderup¹, Randi Andenæs² och Nils Petter Reinholdt³

¹Spesialrådgiver, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-øst), Oslo, Norge. +47 22 92 34 37. Georg.Schjelderup@akersykehus.no. ²Førsteamanuensis dr.philos, Høgskolen i Oslo, Norge. ³Spesialrådgiver, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-øst), Oslo, Norge.

Selv mord er et betydelig folkehelseproblem og forebygging er således en samfunnsoppgave. Ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-øst) i Norge, er det iverksatt en ny organisasjonsmodell. Viktige strategiske mål er å forsterke selvmordsforebyggende aktiviteter i regionen ved å heve den suicidologiske kompetansen blant helsepersonell og andre, utvikle bedre behandlingsmetoder, samt bidra til klinisk forskning. For å oppnå disse målene er lokale spesialrådgivere organisert i et faglig nettverk. Innenfor rammen av aksjonsforskning, er det utviklet flere prosjekter i fellesskap. Våre erfaringer så langt er at organiseringen i et slikt nettverk innebærer muligheter til å forbedre forebygging og behandling av suicidale pasienter.

Abstract: Suicide is an important public health problem, and consequently, prevention is societies' responsibility. In Norway, at the Regional Centre – Violence, Trauma and Suicide Prevention - Region East (RVTS- East), a new organisational model has been implemented. Important strategic aims are to support suicide prevention activities in the region by strengthening the suicide prevention competency of health care personnel and others, improving therapeutic methods, and contributing to clinical research. To achieve these objectives, local special advisors are organized in a professional network. In this network, using an action research framework, the advisors collaborated on the development of several projects. So far, our experience indicates that a network organisation can improve suicide prevention activities as well as the treatment of suicidal patients.

Bakgrunn

Selv mord er et folkehelseproblem og en utfordring for samfunnet. Dermed må forebygging forstås som en samfunnsoppgave som krever innsatser fra mange personer og faggrupper. Samtidig tyder mye på at offentlige helsetjenester ikke har lyktes i å forebygge selvmord og selvmordsforsøk (Linehan, 2008). Ingen profesjoner eller institusjoner kan forebygge selvmord alene. Vi må også erkjenne at forskning kun i liten grad gir svar på hvilke tiltak som kan være effektive forebyggingsstrategier (Mann, J. J. m.fl., 2005, Hawton, K m.fl.1999, Malone, D. 2007). I lys av dette blir det viktig både å teste ut godt begrunnede forslag til nye tiltak samt å iverksette forskning som kan dokumentere gunstige effekter. Det er et helsepolitisk uttrykt mål å fremme samarbeid og kontinuitet i helsevesenet (NOU 2005: 3), også innen det selvmordsforebyggende arbeidet. Ett virkemiddel kan være å utvikle funksjonelle nettverk som samarbeider om å oppnå de samme målene. I Norge er det nå etablert fem regionale ressursentra for blant annet å drive selvmordsforebygging. Sentrene er etablert ved en sammenslåing av tre relativt små fagmiljøer innenfor vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. En viktig begrunnelse for sammenslåingen var å styrke små fagmiljøer og fagfeltene totalt sett.

Hensikt

Ved regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-øst) har det selvmordsforebyggende teamet etablert en ny organisasjonsmodell. Modellen er organisert etter prinsipper fra faglige nettverk (Gaventa et al., 2002). Målene for nettverket er overordnede, og omfatter flere områder:

- Styrke selvmordsforebyggende arbeid for risikoutsatte mennesker i alle aldersgrupper.
- Utvikle regionale forebyggingsstrategier.
- Bidra til styrking av selvmordsforebygging ved de enkelte helseforetakene.
- Heve kompetansen til helsepersonell og andre gjennom strukturert undervisning og veiledning.
- Styrke tverrfaglig samarbeid gjennom nettverksbygging.
- Bidra til bedre behandlingsmetoder gjennom forskning.
- Bidra i arbeidet med å etablere gode oppfølgingstilbud til etterlatte ved selvmord.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en beskrivelse av sentrale trekk ved utviklingen av nettverksmodellen, og gi eksempler på enkelte prosjekter som nettverksaktørene er involvert i.

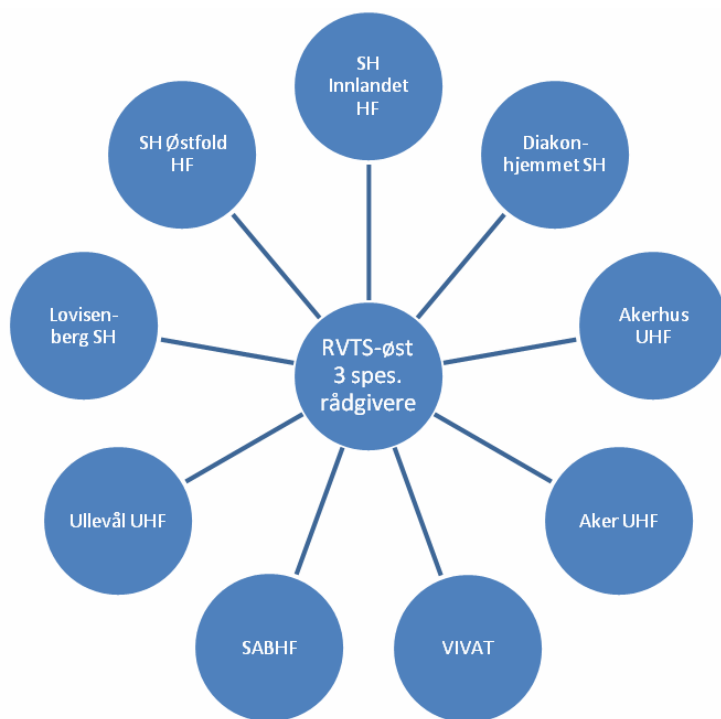
Organisering og nettverk

I Norge er helsevesenet organisert i en modell med regionale og lokale helseforetak. Et regionalt helseforetak (RHF) er en virksomhet som er eid av den norske stat og som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i en region. Det er fire regionale helseforetak, der

RVTS-øst er knyttet til Helse Sør-Øst. De regionale helseforetakenes hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Virksomheten omfatter sykehus, lokale helseforetak, institusjoner i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek og laboratorier. Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) har ansvaret for helsetjenester og helselovgivning i Norge. De regionale helseforetakene (RHF) og Helsedirektoratet (HD) er oppdragsgivere for de lokale RVTS, som er selvstendige organisasjoner som samarbeider omkring konkrete prosjekter. I tillegg samarbeider alle

RVTS med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF), og Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

RVTS-øst (fig. 1) er organisert med tre medarbeidere sentralt; en teamleder, en spesialrådgiver og en lege i forskerstilling. I tillegg er det tilknyttet en koordinator for VIVAT (førstehjelpskurs i vurdering av selvmordsfare). Ved hvert av de åtte lokale helseforetak/sykehus i regionen er det opprettet stillinger for spesialrådgivere innen selvmordsforebygging. Stillingene i helseforetakene og sykehusene er besatt dels med psykiatriske sykep-



Figur 1. Organisering og nettverk

Forkortninger: Sykehus (SH), Helseforetak (HF), Sykehuset Asker og Bærum Helseforetak (SABHF), Universitetshelseforetak (UHF).

leiere med videreutdanning innenfor suicidologi, og dels med psykologer og psykologspesialister. Disse 12 spesialrådgiverne utgjør det primære nettverket for selvmordsforebygging i regionen.

De lokalt ansatte spesialrådgiverne finansieres dels av de lokale helseforetak/sykehus, dels av RVTS-øst med øremerkede midler fra det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Arbeidsgiveransvaret for de lokalt ansatte ligger hos det enkelte helseforetak/sykehus. Vi inngår også i andre lokale, regionale og nasjonale nettverk. Organisasjoner som danner interorganisatoriske nettverk har bedre muligheter til å behandle 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 aktørene løser komplekse problemer av felles betydning. Hensikten er å samarbeide om å fremme praksisnære prosjekter som fører til gjensidig (ømsesidig) læring.

Arbeidsmetode

Nettverksmodellen er forankret i, og utvikles innenfor et aksjonsforskningsperspektiv. I denne modellen er særlig to parametre vektlagt; kunnskapsgenerering gjennom aksjon og eksperimentering, samt betydningen av deltakende demokrati (Levin, 2002). Den kliniske praksistilknytning har gitt økende tiltro til det fruktbare i gjensidige (ømsesidige) problemformuleringer underveis. Den metodiske tilnærmingen gir både struktur og tilstrekkelig frihet til utvikling og tes-

ting 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 en dag pr måned. I tillegg deltar samtlige aktører i andre regionale, nasjonale og internasjonale arrangementer. Agendaen på nettverksmøtene omfatter dagsaktuelle problemer og temaer i tilknytning til det selvmordsforebyggende arbeidet. I og med at problemer belyses i fellesskap, utvikles også idéer og problemstillinger som kan videreutvikles til mulige prosjekter. Arbeidsmetoden kjennetegnes ved de kreative prosessene der en fokuserer på å løse problemer i det virkelige livet, og kan illustreres i lys av en casebeskrivelse som omhandler vurdering av selvmorsfare: Innenfor psykisk helsevern er det behov for å innføre sjekklister for vurdering av selvmordsrisiko. Spørsmålet som ble stilt til aktørene på et møte i det primære nettverket var følgende: Finnes slike sjekklister? 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.

Oppsummeringen 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 og risikofaktorer for selvmord. Én problemstilling dreide seg om risikofaktorenes grad av spesifisitet og sensitivitet. Eller med andre ord; i hvilken grad man ved slike sjekklister bedømmer ikke-suicidale som suicidale, og suicidale som ikke-suicidale. Dessuten ble det reist spørsmål ved om sjekklister kan forstås som et uttrykk for instrumentalisering av selvmordsrisikovurdering, og 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 sjekklister som ble vurdert som best egnet. For det andre å gjennomføre et litteratursøk om bruk av standardiserte sjekklister. En av deltakerne i nettverket er nå i gang med å skrive en artikkel om temaet (Larsen, K. i prosess 2009).

Selvmordsforebyggende tiltak som utvikles og organiseres innenfor faglige nettverk, stimulerer til løsning av problemer som er større enn det den enkelte kan håndtere på egen hånd.

Prosjektutvikling

Prosjektene blir utviklet både fra de overordnede målsettingene, mål som er generert i fellesskap fra praksis, og helsepolitiske målsettinger. Utfordringen er å ivareta alle områdene samt aktørenes interesser når felles ressursbruk planlegges. Erfaringene så langt viser at tiltak utviklet av de overordnede målene i hovedsak har lange perspektiver. I forhold til målet om å heve kompetansen til helsepersonell og andre, arbeides det mange steder med første trinn, som omhandler eta-

blering av opplæringsstrategier for ulike profesjoner og avdelinger innenfor psykiatriske avdelinger.

Prosjekter som blir utviklet i fellesskap er dels utviklet internt i det lokale nettverket, dels i samarbeid med de andre regionale RVTS. Ett eksempel på det siste er utvikling av regional statistikk om selvmord. Prosjektet ble fremmet som en idé fra det regionale senteret i Tromsø (RVTS-nord). Erfaringer hadde vist at det er behov for bedre statistikk på regionalt nivå. Hensikten er å overvåke utviklingen av selvmord i mindre geografiske områder. Samtidig er det en utfordring å unngå så små tall at registrerte selvmord blir gjenkjennbare i små samfunn. De regionale sentrene har nå i samarbeid med Nasjonalt Folkehelseinstitutt i Norge utarbeidet landsdekkende statistikk på lokalt nivå. Statistikken vil bli presentert på den 6. Nasjonale konferansen om selvmordsforebygging i mai 2009.

RVTS-øst får i likhet med andre regionale sentra sine oppdragsbrev fra Helsedirektoratet hvert år. I hovedsak er oppdragene av overordnet karakter, og gir rom for en viss grad av tilpassning når oppdragene skal operasjonaliseres. Likevel kan de helsepolitiske myndighetene også være konkrete i sine bestillinger på visse områder. For eksempel ønsker Helsedirektoratet at det skal utarbeides en veileder for det selvmordsforebyggende arbeidet i kommunene. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF) vil få dette oppdraget i samarbeid med ett av de regionale RVTS.

Erfaringene til nå viser at det i hovedsak utvikles prosjekter ut fra de behovene som aktualiseres og fremmes av aktørene i det lokale nettverket. Det er en utfordring for nettverket ikke bare å aksjonere, men også å evaluere virksomheten. Helsepolitiske myndigheter har som oppdragsgivere formulert at RVTS skal bidra til å generere ny kunnskap. Sannsynligvis vil det være formålstjenelig å være aktive innenfor faglig utvikling og kvalitetsforbedrende arbeid i klinisk praksis.

Prosjekter

Mange av de aktuelle prosjektene er fortsatt under utvikling, og resultatene er så langt ikke oppsummert. I det følgende gis likevel en kortfattet oversikt over status på sentrale prosjekter.

Undervisning - og veiledningsprosjekter:

I forbindelse med lanseringen av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern i 2008 (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008), har en betydelig del av innsatsen vært rettet mot undervisning, veiledning og implementering av prosedyrer i psykisk helsevern. Et viktig tiltak har vært utvikling av strategier og planer for opplæring av helsepersonell. I dette arbeidet har ett av helseforetakene utviklet en systematisk plan for implementering som innbefatter både opplæringsstrategi og prosedyrer. Ved å dele planen med andre aktører i nettverket, har flere bygget videre på dette arbeidet. Det er også utviklet enkelte undervisningsopplegg omkring ulike temaer innenfor selvmordsforebygging. Undervisning-

soppleggene, inkludert powerpoint, brukes som basis for videre tilpassing for den enkelte foreleser. Enkelte personellgrupper har også fått tilbud om gruppeveiledning. Den største enkelt-satsningen så langt har vært presentasjon av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og et kurslederkurs i samarbeid med SSSF som samlet vel 360 deltakere. I 2008 gjennomførte RVTS-øst kurs, konferanser og undervisning for mer enn 1000 ansatte innenfor psykisk helsevern.

Utviklingsprosjekter:

En brosjyre for etterlatte som nylig er publisert med ekstra støtte fra Helsedirektoratet (LEVE, 2009), har vært et utviklingsprosjekt i samarbeid med andre regionale sentra og den frivillige organisasjonen for etterlatte etter selvmord LEVE. Denne brosjyren skal distribueres til politistasjoner, begravelsesbyråer og helsepersonell over hele landet, og er også tilgjengelig på internett.

Kvalitetsforbedrende prosjekter:

Et viktig kvalitetsforbedrende prosjekt som har aktualitet for alle helse-regionene i Norge, er implementering av ulike prosedyrer eller standarder for vurdering og behandling av pasienter som er suicidale. Eksempler på slike prosedyrer er foreslått i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). I Norge har det de senere år vært en økning i antall tilsynssaker i forbindelse med selvmord blant pasienter som er i behandling i psykisk helsevern. I mange

av tilsynsrapportene er det fremført kritikk av den faglige kvaliteten i behandlingen og oppfølgingen av suicide pasienter. En står dermed overfor konkrete utfordringer i det kvalitetsforebyggende arbeidet. Ett aspekt er forbedring av rutiner, et annet er opplæring og veiledning av helsepersonell. For å kunne overvåke situasjonen på lokalt nivå bedre, vil forbedret regional statistikk være et viktig bidrag.

Forskningsprosjekter:

Det selvmordsforebyggende nettverket deltar i tre ulike forskningsprosjekter: Doktorgradsstudien om eldre og selvmord er initiert og utviklet fra RVTS-øst. Den andre studien omhandler fastlegens (general practitioner/GP) muligheter for selvmordsforebygging, og en av nettverkets spesialrådgivere er prosjektleder. Studien er initiert og utviklet av selvmordsforskningsmiljøet ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Et viktig bidrag for å styrke studien er å ta i bruk flere aktører i nettverket for å klare å gjennomføre den planlagte og omfattende datainnsamlingen. Den tredje studien har som tema kjønnsidentitet og selvmordsforsøk. Denne studien er initiert og utviklet ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Her er RVTS-øst invitert til et samarbeid for å bidra med datainnsamling ved flere sykehus i regionen. Nettopp nærheten til klinikken gjør aktørene i nettverket attraktive som partnere for andre som trenger "gatekeepers" for å få adgang til pasienter for forskning. Samtidig vurderes mulighetene for at en av de lokale spesialrådgiverne kan gå mer aktivt inn i studien, og utvikle egne

problemstillinger i en delstudie.

Utvikling av felles prosjekter i demokratiske prosesser gir mangfoldighet i forebyggende tiltak, og styrker aktørenes ansvarlighet og eierforhold til aktivitetene.

Diskusjon

Som vist, arbeides det med prosjekter på ulike nivåer innen undervisning og veiledning, fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning. Prosessene i det selvmordsforebyggende nettverket må betraktes i et langvarig 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 kort-siktige prosesser, og dele gleden over de resultatene teamet i fellesskap klarer å oppnå her og nå. Det er i denne vekslingen mellom det langvarige og kortvarige, mellom de individuelle og kollektive bidragene vi kan styrke den enkelte aktør og det samlede nettverket.

Selv om utgangspunktet er at man kun i liten grad har kunnet dokumentere hvilke forebyggende tiltak som kan være effektive, er det likevel meningsfullt å iverksette mer intensive og effektive forebyggende tiltak for å redusere de menneskelige og økonomiske omkostningene ved selvmord og selvmordsforsøk (Silverman m.fl. 1995). Innenfor den suicidologiske forsk-

ningen er prinsippene for organisatoriske modeller beskrevet i liten grad. Men innenfor andre områder som for eksempel organisasjonsteori og aksjonsforskning finnes studier som kan forklare mulige fordeler med nettverksorganisering (Chisholm, 2002). For å utvikle forebyggingsstrategier som virker overskridende i forhold til dagens kunnskaper, kan det være nødvendig å være langt mer kreative og dristige i å kombinere kunnskaper fra ulike fag og perspektiver.

Forskning viser oss kun i liten grad hvilke forebyggende tiltak som er mest effektive. Iverksettning av tiltak som kan redusere menneskelige omkostninger er likevel meningsfullt.

Nettverket som er utviklet ved det regionale senter i 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 behandling i forbindelse med selvmord kan føre til kritikk av helsepersonell. Pårørende og etterlatte har behov for å bli tatt vare på, og å bli hørt som en meningsberettiget part, samtidig som lovverket også regulerer brukernes rett til medbestemmelse. Pressen blir mer og mer pågående for å skaffe seg innsyn i saker knyttet til selvmord. Media kommer oftere med kritikk av vår innsats, og det blir tydeligere at helsepersonell også har behov for opplæring og noen ganger beskyttelse. I sum er dette ekstremt omfattende og kvalitativt ulike forventninger. Vi har i løpet av de to siste årene erfart at net-

topp det å være en del av et nettverk med andre som møter de samme utfordringene er en nødvendig men ikke tilstrekkelig betingelse for å holde ut i dette arbeidet.

Alle våre lokalt forankrede spesialrådgivere har hatt behov for støtte og veiledning i forhold til å mestre oppgavene som selvmordsforebyggere og endringsagenter. Som nevnt innebærer målene for modellen ambisjoner om å endre og forbedre praksis, og dermed også en viss grad påvirkning og endring av holdninger hos helsepersonell. For å gi støtte til medlemmene i nettverket har RVTS-øst forsøkt å utvikle karriereplaner for den enkelte. For noen betyr dette mulighet til å skaffe seg videre formell utdanning. For andre innebærer det støtte til å prioritere oppgaver av forskjellige typer til ulike tider, slik at nærheten til intensiteten og lidelsene kan dempes noe i perioder. Ett eksempel på en slik variasjon kan være å trekke seg tilbake for å beskrive erfaringer og funn fra praksis.

En annen viktig utfordring for ledelsen av dette nettverksprosjektet, er å være konsistent i omsetningen av det metodiske grunnlaget i aksjonsforskning til anvendelsesnivå for den enkelte og for hele nettverket. Da er det et poeng å unngå personliggjøring av eventuelle seire eller nederlag. Det lederne derimot kan gjøre, er å bidra til å ansvarliggjøre organisasjonene. Når pasienter ikke får adekvat og riktig behandling i forbindelse med suicidalfare må vi peke på at dette er et ledelsesansvar, 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.

De regionale sentraene ble besluttet etablert med bakgrunn i flere forhold, blant annet en vurdering fra statlige helsemyndigheter om at det ville være hensiktsmessig å samle kompetansen på disse beslektede fagområdene nasjonalt og regionalt. Norge er et lite land og det er begrenset med spisskompetanse. De fagmiljøene som eksisterte før etableringen av RVTS var ulikt forankret og små, dette ble således en anledning til å styrke små fagmiljøer og fagfeltene totalt sett. Samtidig er alle RVTS lokalisert og forankret i ulike Helseforetak. Vertsorganisasjonen for RVTS-øst er nå Oslo Universitetssykehus, Aker. Den organisatoriske forankringen skal evalueres etter tre års drift. Det blir viktig i den sammenheng å stille spørsmål om i hvilken grad denne tilknytningen til spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig for det selvmordsforebyggende arbeidet.

Konklusjon

Vi tror at den beskrevne metoden for modellutvikling innenfor et aksjonsparadigme kan danne grunnlaget for en tilstrekkelig dynamisk og fleksibel nettverksorganisasjon. Strategien med forebyggende nettverk kan vise seg å være fruktbar for å oppnå målene for det selvmordsforebyggende arbeidet. Dermed kan skiftende krav og forventninger til innsats i regionen møtes på ulike arenaer. En neste

utfordring er å evaluere de planlagte innsatser og tiltak. En slik evaluering må gjøres med en større kreativitet i valg av metoder enn hva tilfellet er for deler av effektstudiene til nå. Dette representerer fremtidige utfordringer til videre forskning.

Referanser

- Chisholm, R. F. 2002. "Action Research to Develop an Interorganizational Network" . In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (pp. 324-333). London: SAGE Publications.
- Eikeland, O. 2002. "Action Research as the Hidden Curriculum of the Western Tradition" . In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (pp. 145-157). London: SAGE Publications.
- Gaventa, J. & Cornwall, A. 2002. "Power and Knowledge" . In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (pp. 70-81). London: SAGE Publications.
- Hawton KKE, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. 1999. "Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm". *Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. No.:CD001764. DOI: 10.1002/14651858.CD001764.*
- Larsen, K. 2009. Sjekklister og skalaer ved vurdering av selvmordsrisiko. I prosess.
- LEVE, 2009. "Til deg som har mistet noen i selvmord" (<http://www.levenorge.no/>)
- Levin, M. & Greenwood, D. 2002. "Pragmatic Action Research and the Struggle to Transform Universities into Learning Communities" . In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research. Participative Inquiry & Practice* (pp. 103-114). London: SAGE Publications.
- Linehan, M.M. 2008. "Suicide Intervention Research: A Field in Desperate Need of Development". *Suicide & Life - Threatening Behavior. Oct 1;38(5): 483-5.*

- Malone D, Marriott 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 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. 2005. Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA; 294:2064-2074.
- NOU 2005: 3. "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste". Norges offentlige utredninger
- Silverman, M., Felner, R.D. 1995: "Suicide prevention programs: Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness". Suicide And Life - Threatening Behavior. New York: Spring. Vol. 25, Iss. 1; pg 92.
- Sosial- og Helsedepartementet 2008: "Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern". IS-1511. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf