



PILOTERING AV SIMPLE

Kan Simple understøtte implementering av nasjonale retningslinjer i selvmordsforebygging?



LEIF ARVID ØVERNES

SOLLI DPS

26.3.2024

Leif.arvid.overnes@solli.no

Oppsummering

Bakgrunn: I 2024 skal nye retningslinjer for selvmordsforebygging publiseres, hvor det stilles spesifikke krav til helsepersonells kompetanse. Å implementere den nye retningslinjen innebærer opplæring av rundt 20 000 helsepersonell i PHV, TSB og PBU, og det er behov for et effektivt og skalerbart opplæringsverktøy. Simple er en digital treningsplattform for selvmordsforebygging som er laget som implementeringsstøtte for nasjonale retningslinjer.

Metode: Vi har gjennomført en pragmatisk, naturalistisk, pilotundersøkelse for å teste og kvalitetsforbedre hvordan Simple fungerer som implementeringsverktøy. Piloten ble gjennomført i fem enheter i PHV, hvor 148 ansatte brukte rundt 2,5 timer på å løse pasientkasus. Data ble innhentet gjennom en integrert pre-post kompetansetest, samt semistrukturerte kvalitative tilbakemeldinger fra ansatte og enhetsledere.

Resultat: Simple viste moderat effekt på kompetanse ($d=.48$; $p<.001$) og liten til moderat effektstørrelse på opplevd trygghet ($d=.36$; $p<.01$). Kompetansemålene *rusmidler*, *allianse*, *forståelse*, *holdninger* og *depresjon* økte fra pre til post, mens *selvskading*, *sikkerhetsplan*, *pårørende* og *lovverk* viste lave skårer på både pre og post. *Observasjon*, *risikofaktorer* og *tiltak* viste ingen signifikant forbedring, men hadde høye skårer i utgangspunktet.

Kvalitative tilbakemeldinger fra ledere og ansatte var at dette var et nyttig og engasjerende verktøy for opplæring. Oppgavene og kasusene i Simple ble vurdert å være svært relevant og gjenkjennbart fra praksis. De fleste opplevde verktøyet som nyttig, både til læring og repetisjon. Ansatte etterspurte mer refleksjon i gruppe.

Diskusjon: Resultatene indikerer at Simple er et nyttig verktøy for implementering av nasjonale retningslinjer. Simple bør videreutvikles med mer struktur, slik at alle kompetansemål dekkes. For best læringseffekt anbefales det å spre opplæring over tid, og kombinere digitale og fysiske opplæringsselementer.

Innholdsfortegnelse

Oppsummering	2
Innledning	4
<i>Effektiv opplæring</i>	<i>4</i>
<i>Utvikling av digital ferdighetstrening</i>	<i>5</i>
Metode	7
<i>Rekruttering og gjennomføring</i>	<i>7</i>
<i>Kvantitativ undersøkelse</i>	<i>7</i>
<i>Kvalitativ undersøkelse</i>	<i>9</i>
<i>Etikk og personvern</i>	<i>9</i>
Resultater	10
<i>Kvantitativ undersøkelse</i>	<i>10</i>
<i>Kvalitativ undersøkelse</i>	<i>12</i>
Diskusjon	14
<i>Implikasjoner for implementering</i>	<i>16</i>
<i>Lokal implementering</i>	<i>17</i>
<i>Digital, fysisk eller blandet opplæring?</i>	<i>18</i>
<i>Begrensninger</i>	<i>19</i>
<i>Videreutvikling</i>	<i>19</i>
<i>Avslutning</i>	<i>20</i>

Takk

Takk til prosjektgruppen for forberedelse av piloten og drøfting av resultatene: Tone Bovim (RVTS-Øst), Eirik Kjelby (Helse Bergen), Christian Eidissen Myrland (RVTS-Nord), Sanne Bach (RVTS-Vest), samt Cathrine Wilhelmsen Steen (Sykehuset Innlandet) som i tillegg har bidratt til organisering og gjennomføring av piloten. En stor takk også til ledere og ansatte ved DPS Gjøvik, DPS Elverum-Hamar og Solli DPS som har gjort en eksemplarisk jobb med gjennomføringen.

Takk til Fredrik Walby (NSSF), Johann Siqveland (AHUS) og Selvmordsforebyggende nettverk i Helse Sør-Øst for kvalitetssikring av kompetansetesten, og til de mange fagfolkene som har bidratt med utvikling og kvalitetssikring av oppgaver.

Takk til Giske Holst (AFF), for veiledning på manuskriptet, Silje Haukenes Stavestrand (Solli DPS) for gjennomføring av statistikk og Pål William Wallace (Solli DPS) for hjelp med databehandling og statistikk.

Takk også til Helse Vest RFH og Helsedirektoratet for finansiering, og Helse Vest IKT for teknisk utvikling og rask problemløsning.

Innledning

Hvert år velger 600-700 mennesker i Norge å ta livet sitt ([FHI, 2022](#)). Halvparten av disse har hatt kontakt med psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av året før ([Walby et al, 2018](#)). Selvmord er et svært komplekst samfunnsproblem. Statistikken indikerer at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kommer i kontakt med en så stor andel, at dette gir det en unik mulighet for å nå inn til, og hjelpe mennesker med selvmordsproblematikk.

I 2024 lanseres nye nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Foreløpig er bare høringsutkastet tilgjengelig ([Helsedirektoratet, 2023](#)). En sentral del av retningslinjene er å sikre opplæring av helsepersonell. Retningslinjene stiller tydelige krav til ledelsen og helsepersonell om hvilken kompetanse helsepersonell skal ha. Tall fra SSB for 2022, viser at dette innebærer opplæring av 19 095 årsverk nasjonalt (15 466 i PHV, 3 629 i TSB og 3 818 i PBU).

Å jobbe klinisk med suicidalitet er vanskelig, både faglig og emosjonelt. I en undersøkelse av 512 norske psykologer, rapporteres suicidalitet som den største utfordringen ([Stige et al, 2019](#)). Halvparten av psykologene opplever at dette er en svært eller ekstremt krevende situasjon, og 15 % opplever å møte problemstillingen ofte eller svært ofte. Dette ser heller ikke ut til å skyldes mangel på erfaring, ettersom to av tre hadde mer enn åtte års erfaring og to av tre jobbet i spesialisthelsetjenesten.

Noe av årsaken til utryggheten kan handle om en oppfatning om at selvmord kan predikeres, så lenge helsepersonell gjør alt riktig. Forskningen er imidlertid tydelig på at suicidalitet er et svært komplekst fenomen, og at det i de fleste tilfellene er umulig å forutsi hvem som kommer til å ta livet sitt ([Large et al, 2018](#)). For eksempel ser man at de fleste som tar livet sitt ble vurdert med lav selvmordsrisiko ([Walby et al., 2021](#)), og at bruk av kartleggingsskjema er kontraindikert ([NICE, 2022](#)).

De nye retningslinjene vektlegger i større grad at suicidalitet er en del av et større klinisk bilde, og må vurderes helhetlig. Det er lagt større vekt på å involvere pasient og dens pårørende i både utforskning av suicidalitet, og i utforming av behandlings- og sikringstiltak. Dette innebærer et høyere kompetansenivå enn å gå gjennom sjekkliste, eller stille forhåndsdefinerte spørsmål. Så en sentral problemstilling blir hvordan helsepersonell kan sikres tilstrekkelig opplæring i de nye retningslinjene.

Effektiv opplæring

[Helsedirektoratet \(2023\)](#) anbefaler at opplæring gjennomføres gjennom undervisning, ferdighetstrening og veiledning. De skriver «Undervisningen gis til alle ansatte slik at de får en grunnleggende kompetanse i selvmordsforebygging som er tilpasset deres fagområde, tjenestested og funksjon/rolle.», og at «Personalet bør gis tid til opplæring, øving på ferdigheter, etisk refleksjon og klinisk veiledning.»

Tradisjonelt har opplæring i spesialisthelsetjenesten foregått gjennom undervisning (fagsamlinger, internundervisning ol.), eller e-læringskurs. Ofte utvikles opplæringen på lokalt nivå, noe som medfører både unødvendig dobbeltarbeid og uønsket variasjon i opplæringen.

Den mest effektive læringen skjer når informasjon bearbejdes aktivt, og omsettes til praksis. Den såkalte «Test-effekten» viser at å teste seg selv gir langt bedre læring enn passive læringsstrategier som lesing og forelesning ([Dunlosky et al., 2012](#)).

Test-effekten demonstrerer at gjenkalling av informasjon ikke er en passiv prosess, men innebærer aktiv læring og konsolidering gjennom at informasjon blir bearbejdet, organisert og forsterket. En rekke studier viser at deltakere som blir testet, har langt større læringsutbytte enn deltakere som enten ikke blir testet, eller som bruker samme tid på repetisjon ([Binks, 2018](#); [Agervall et al., 2012](#); [Roediger et al., 2011](#)). Dette gjelder også for læring i etterkant av testen, fordi testingen bidrar til å skape en hensiktsmessig organisering av informasjonen som skal lagres ([Dunlosky et al., 2012](#)).

Test-effekten er spesielt effektivt når den innebærer gjenkalling av informasjon fra hukommelsen, spørsmålene besvares riktig flere ganger, og øvingen foregår over flere sesjoner med lengre tidsintervaller ([Dunlosky et al., 2012](#)). Ved å fordele testingen over tid (distribuert læring/ «spaced repetition»), gjenkalles informasjonen når den er delvis glemt, noe som forstyrrer glemselskurven og fører til mer varig læring ([Dunlosky et al., 2012](#)). Testing er mer også mer effektiv når den innebærer feedback og når tilbakemeldingen inkluderer rasjonale for alle responser («elaborative feedback»; [Butler, Godbole & Marsh, 2013](#)).

Ferdighetstrening og simulering er også en form for testing, men er ofte mer praktiske og omfattende læringsformer enn kunnskapstesting, hvor helsepersonell må løse konkrete problemstillinger og situasjoner. Dette kan gjennomføres med ulik grad av kompleksitet og realisme, alt etter behov og opplæringsrammer.

I forhold til tradisjonell undervisning, ser simulering og ferdighetstrening ut til å gi en betydelig mer effektiv opplæring, med store effekter på kunnskap, ferdigheter og atferd, og moderate effekter for holdninger og pasientrelaterte utfall ([Cook et al., 2011](#); [Piot et al., 2020](#); [McGaghie et al., 2011](#); [O'Brien et al., 2019](#)).

Ferdighetstrening og simulering er lite tilgjengelig utenfor spesialiserte miljøer, og kan medføre høye kostnader. Ved implementering av nasjonale retningslinjer er det behov for en felles, kvalitetssikret og tilgjengelig form for ferdighetstrening, hvor helsepersonell kan øve i trygge omgivelser på kliniske problemstillinger om suicidalitet.

Utvikling av digital ferdighetstrening

Simple er en digital treningsplattform for selvmordsforebygging, hvor helsepersonell kan trene på praksisnære problemstillinger gjennom pasientkasus og teorioppgaver. Målet er å gjøre helsepersonell tryggere på å møte mennesker med selvmordsproblematikk.

Plattformen er utviklet av Solli DPS sammen med blant annet RVTS Øst, RVTS Vest, RVTS Nord, Sykehuset Innlandet, Helse Bergen, Helse Fonna mfl. Simple er utviklet med finansering fra Helse Vest RHF og Helsedirektoratet, og er forankret hos fagdirektørene i alle fire helseregioner.

Simple består av åtte realistiske pasientkasus og rundt 200 oppgaver om selvmordsforebygging innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Før opplæringen gjennomfører helsepersonell en kompetansetest, hvor de får tilbakemeldinger. Etter å ha trent på oppgaver, må kompetansetesten bestås for å få kursbevis.

Simple er kvalitetssikret i flere omganger. Oppgavene bygger på nasjonale retningslinjer, er skrevet av fagpersoner, og kvalitetssikret av uavhengige fagpersoner. Brukere av Simple kan også melde inn feil og faglige uenigheter på konkrete oppgaver, og disse vurderes fortløpende.

I 2023 ble det gjennomført to brukertester av Simple. Den ene var en test av brukergrensesnittet, og denne besto av observasjon av fem deltakere. I etterkant ble det gjennomført en bred brukertest med 77 helsepersonell på tvers av flere helseforetak og kommuner, hvor vi innhentet skriftlige innspill på oppgavetekstene.

Formålet med denne piloten er å teste ut Simple på organisasjonsnivå, som en uttesting av Simple som en opplærings- og implementeringsmetode. Det er også en utprøving av en nyutviklet kompetansetest, og en mulighet for å fange opp og korrigere tekniske, designmessige og kommunikative utfordringer i mindre skala. Det overordnede spørsmålet vi ønsket å besvare er:

Kan Simple understøtte implementering av nasjonale retningslinjer i selvmordsforebygging?

Metode

Vi valgte en pragmatisk tilnærming for å etterligne en realistisk utrulling av Simple, og for å kunne gjennomføre piloten på kort tid. Både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt for å evaluere Simple som implementeringsverktøy. Kvalitativ metode er benyttet for å undersøke erfaringer for ledere og ansatte, mens kvantitativ metode er brukt til å kartlegge kompetanse og evaluere effekt av opplæringen.

Rekruttering og gjennomføring

Styringsgruppen besluttet høsten 2023 å pilotere Simple på en allmennpoliklinikk ved Solli DPS, alle enheter ved Haugesund Sjukehus i Helse Fonna og én eller flere enheter i Helse Sør-Øst. Sykehuset Innlandet HF deltok med to døgnenheter fra DPS Gjøvik og to ved DPS Elverum-Hamar.

Piloten ble gjennomført november-desember 2023, og rapportert i januar-februar 2024. Det var ikke mulig å gjennomføre piloten i Helse Fonna i pilotperioden.

Enhetene ble bedt om å bruke Simple for alle ansatte ved de utvalgte avdelingene, men den enkelte enhetsleder fikk stor frihet med hensyn til hvordan de ville organisere og gjennomføre piloten innenfor tidsrommet. De fikk demonstrert og prøvd ut Simple, og fikk tilsendt intervjuguiden i forkant.

Ved Solli DPS ble det gjennomført som en halvdagssamling med 30 minutters forelesning, 105 minutters selvstendig arbeid i Simple, og 60 minutters felles drøfting. Kompetansetesten ble gjennomført som en del av Simple. Ansatte ble anbefalt å fokusere på spesielt fire kasus, men kunne ellers velge oppgaver fritt innenfor den avsatte tiden.

DPS Gjøvik satte opp faste opplæringsdager med 2,5 timer avsatt til Simple. Hver ansatt var organisert med ulike tidspunkt, og driften ble ivaretatt med vikar. Ansatte fikk også anledning til å gjennomføre Simple hjemme og avspasere senere. De fikk beskjed om å gjennomføre alle kasus. DPS Elverum-Hamar organiserte opplæringen gjennom to oppsatte tidspunkt. De fleste hadde gjennomført det på egenhånd før andre opplæringstidspunkt. Lederne ved døgnpostene sendte ut skriftlig informasjon, og informerte om Simple på møter. Det ble ikke gjennomført undervisning eller fysiske samlinger.

Kvantitativ undersøkelse

Data samles gjennom ordinær bruk av Simple. Ansatte registrerer sin egen bruker og hvilken organisasjonsenhet denne tilhører. All statistikk er basert på «Kompetansetest for selvmordsforebygging», som administreres både før og etter opplæringen.

Forhåndsdefinerte kvantitative mål for evalueringen var:

- **Rekruttering:** Antall registrerte brukere, antall og type enheter
- **Kompetansekartlegging:** Andel bestått pretest
- **Vanskelighetsgrad:** Andel bestått posttest, gjennomsnittlig antall forsøk på posttest
- **Læringseffekt:** Gjennomsnittlig pre-post differanse

- **Trygghet:** Pre-post differanse i egenvurdert trygghet mht å møte pasienter med selvmordsproblematikk

Kompetansetest for selvmordsforebygging

Vi fant ingen eksisterende kompetansetest for selvmordsforebygging som var egnet til å evaluere helsepersonells kompetanse i spesialisthelsetjenesten, og valgte derfor å utvikle en egen. Kompetansetesten ble utviklet med utgangspunkt i 14 kompetansekrav fra høringsutkastet til nasjonale retningslinjer ([Helsedirektoratet, 2023](#)).

Det ble gjort enkelte endringer fra originalteksten. Kjennskap til "prosedyrer etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk" er ikke inkludert, fordi de aktuelle prosedyrene vil være lokale. Krav om å forstå pasientens nåværende krise, og utnytte pasientens ressurser er også slått sammen til "Tiltak: Kunne undersøke, vurdere og finne egnede tiltak basert på nåværende krise, samt pasientens erfaringer, styrker og ressurser."

Kompetansetesten består av følgende kompetansemål:

1. **Forståelse:** Ha forståelse for, og kunnskap om, selvmordsatferd og kompleksiteten i prosessen fra selvmordstanker til -planer og handling.
2. **Selvskading:** Ha forståelse for, og kunnskap om, selvskading: kartlegging av funksjon, forekomst, intensjon og selvskade som risikofaktor.
3. **Holdninger:** Kunne møte mennesker med akutt selvmordsatferd og gjentakende selvmordsatferd over tid på en god måte.
4. **Depresjon:** Kunne kjenne igjen og vurdere psykotisk depresjon og andre alvorlige depresjoner.
5. **Rusmidler:** Ha forståelse for rusmidlers funksjon for pasienten, samt påvirkning på selvmordsatferd.
6. **Observasjon:** Kunne observere pasientens atferd med tanke på følelsesmessige svingninger, rastløshet, anspenthet, angst, uro, kontaktevne, apati eller andre tegn.
7. **Allianse:** Kunne ha en trygg dialog med pasienten om selvmordsatferd og hvordan identifisere individuelle aktuelle vanskeligheter som utgjør fare for selvmord.
8. **Risikofaktorer:** Ha kjennskap til sentrale statistiske risiko- og beskyttende faktorer for selvmord.
9. **Tiltak:** Kunne undersøke, vurdere og finne egnede tiltak basert på nåværende krise, samt pasientens erfaringer, styrker og ressurser.
10. **Pårørende:** Kunne sikre ivaretagelse av foreldre, pårørende, etterlatte og andre nærstående.
11. **Sikkerhetsplan:** Kunne utarbeide en sikkerhetsplan.
12. **Lovverk:** Ha kjennskap til relevant lovverk.

I tillegg inneholder kompetansetesten et mål på subjektiv trygghet, som er uavhengig av kompetanseskåren:

13. **Opplevd trygghet:** Hvor trygg er du på å kunne hjelpe mennesker med selvmordsproblematikk i ditt arbeid?

Testen er utviklet av Leif Arvid Øvernes (Solli DPS) og May Linn Nilsen (Solli DPS). Testen er ikke vitenskapelig validert, men er faglig kvalitetssikret av prosjektgruppen, Fredrik Walby (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) og Selvmordsforebyggende nettverk i Helse Sør-Øst.

Hvert kompetansemål består av et mini-kasus som presenterer en pasient, hvor helsepersonell blir bedt om å gjøre kliniske vurderinger og velge adekvate tiltak. Hver oppgave har fire alternativer, hvor flere kan være riktige og hvor det blir gitt 4 poeng per oppgave. Default-skåren er 21, fordi nesten halvparten av svaralternativene er feil, og gir poeng når de ikke er krysset av. Kravet for å bestå hele testen er 75 % riktig, eller 36 av 48 poeng. Kravet for å få godkjent et kompetansemål er tilsvarende 3

av 4 poeng. Brukeren får ikke tildelt fasit, og kan ta posttesten flere ganger. Kun siste posttest benyttes i analysene.

Data er eksportert uten personkjennetegn, og analysert på gruppenivå. De ble ryddet for det som ble vurdert som testbrukere, og konvertert til longformat for statistiske analyser i «R». Det ble utarbeidet deskriptiv statistikk, og pre- og postskårer ble sammenlignet med mellomgruppe t-test, og robusthet testet med linear mixed model.

Kvalitativ undersøkelse

Kvalitative mål ble definert på forhånd som et semistrukturert intervju rettet mot enhetsledere, og disse ble sendt ut i forkant til ledere og ansatte.

- **Nytte:** Opplevde de ansatte at Simple var et nyttig opplæringsverktøy? Opplever ledere at Simple er nyttig som et implementeringsverktøy for nasjonale retningslinjer? Hva var nyttig? Hva var lite nyttig?
- **Læringsutbytte:** Hva kom frem som viktigste læringsutbyttet i drøftingen?
- **Gjennomførbarhet:** Hvordan ble opplæringen gjennomført, og hvilke erfaringer hadde dere med denne metoden?
- **Tids- og ressursbruk:** Hvor mye tid og ressurser gikk det på å planlegge og gjennomføre opplæringen?
- **Forbedringsforslag:** Hva fungerte dårlig? Hvordan kan Simple bli bedre?

For Sykehuset Innlandet ble dette innhentet skriftlig fra ledere og ansatte, noe som resulterte i flere hundre individuelle tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene ble deretter samlet tematisk, og drøftet med enhetslederne i to tilbakemeldingsmøter.

Ved Sykehuset Innlandet ble ansatte bedt om å gi tilbakemeldinger på konkrete oppgaver direkte i Simple, når de fant spesifikke feil, var faglige uenig eller lignende. Dette resulterte i 114 tilbakemeldinger. Disse tas inn i neste tekstrevisjon, men er ikke vurdert systematisk her.

På Solli DPS ble piloten gjennomført av prosjektleder Leif Arvid Øvernes og psykologspesialist May Linn Nilsen. Kvalitative tilbakemeldinger ble innhentet muntlig fra ansatte ved slutten av workshopen, og gjennom deltakende observasjon.

Etikk og personvern

Pilotundersøkelsen er en utprøving og evaluering av Simple som implementeringsverktøy, og er ikke ansett som forskning. Solli DPS er ansvarlig for løsningen, og det er gjennomført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) med tilrådning fra personvernombud ved Solli DPS, og denne er presentert for styringsgruppen.

Simple er et frivillig verktøy som brukerne selv melder seg på. Brukerne godkjenner selv personvern- og brukervilkår ved registrering av bruker i Simple. Data er lagret sikkert i Microsoft Azure, hvor bare utviklerne i Helse Vest IKT har direkte tilgang. Solli DPS har databehandleravtale med Helse Vest IKT, som har avtale med Microsoft.

Resultater

Kvantitativ undersøkelse

Rekruttering:

Piloten inkluderte fem enheter på tvers av tre DPS, med til sammen 148 deltakere (se tabell 1).

Organisasjonsenhet	N pre	N post
Solli DPS, allmennpoliklinikk 2	15	14
DPS Gjøvik, enhet for allmennpsykiatri	21	16
DPS Gjøvik, enhet for akuttpsykiatri	25	21
DPS Elverum-Hamar, døgnenhet 1	21	10
DPS Elverum-Hamar, døgnenhet 2	23	11
Ukjent enhet	33	15

Tabell 1: Antall deltakere med fullført pre- og posttest per enhet.

Kompetansekartlegging/ vanskelighetsgrad

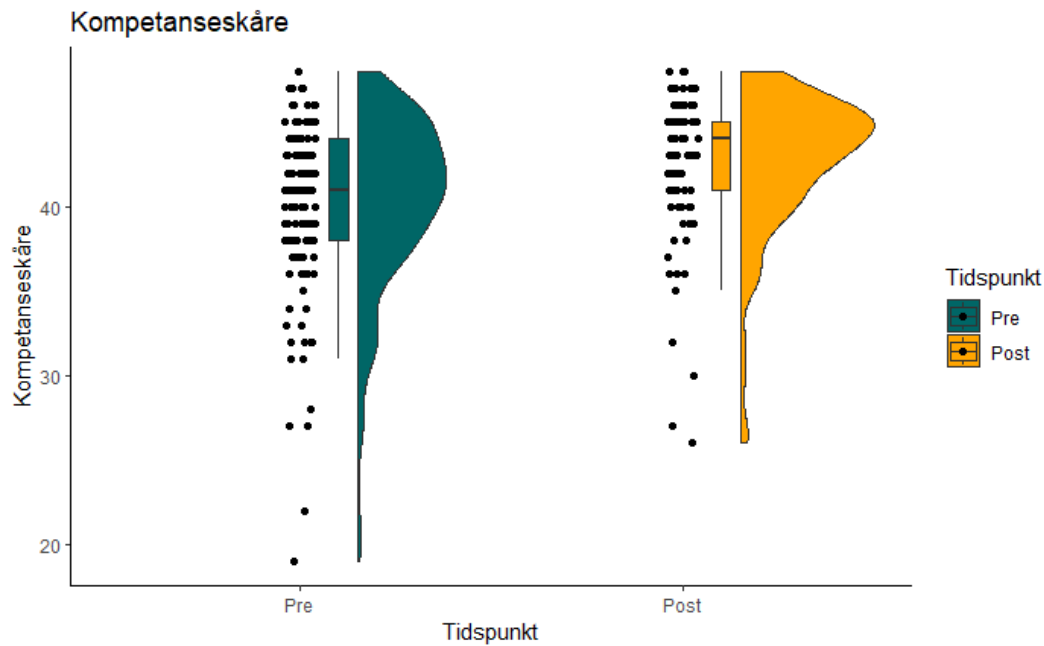
Andel som besto pretest og posttest fremgår av tabell 2, både for dagens krav (75 %) og dersom kravene hadde vært strengere (se tabell 2). Ingen gjennomførte posttesten mer enn én gang.

	N	Bestått v/ 75 % (36p)	Bestått v/ 83 % (40p)	Bestått v/ 92 % (44p)
Pretest	148	81 %	60 %	26 %
Posttest	89	92 %	82 %	49 %
Differanse	59	11	22	23

Tabell 2: Andel deltakere som bestod ved dagens krav på 36 poeng, og andel som ville bestått ved økt vanskelighetsgrad.

Læringseffekt

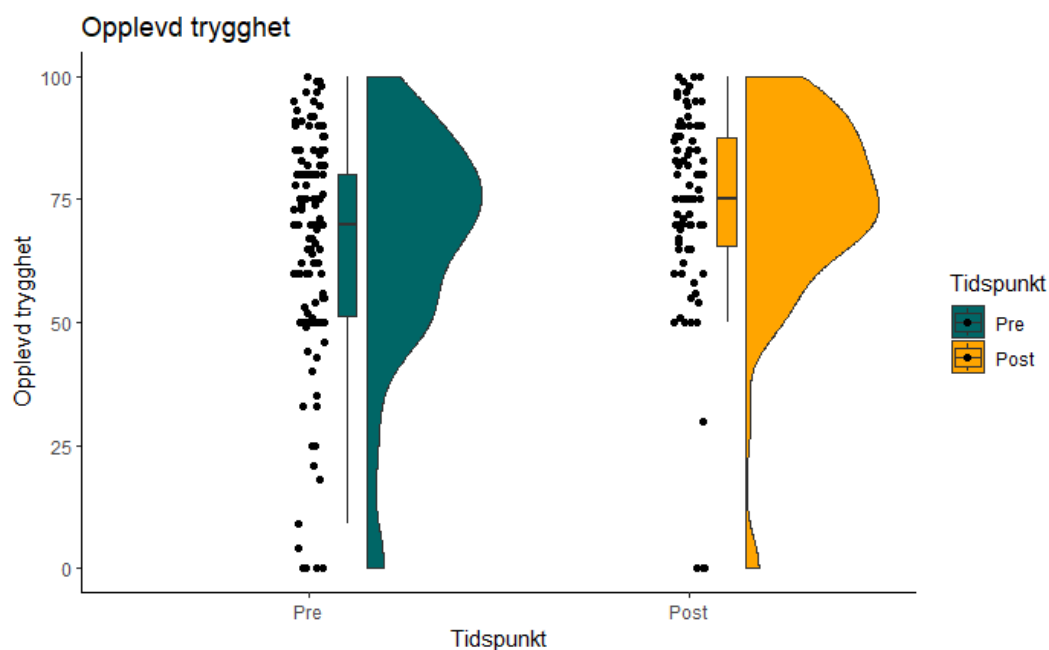
Kompetanseskårer for pretest (N=138; M=40,3; SD=5,08) og posttest (N=87; M=42,6; SD=4,31) var signifikant forskjellige ($p<,001$). Forbedringen tilsvarer en moderat effekt på kompetanse ($d=0,48$).



Figur 1: Regnskylplott for kompetanseskåre før og etter Simple. Prikker indikerer enkeltskårer, og boksene er median med kvartiler. Grafen illustrerer tydelig forbedring, og redusert variasjon i kompetanseskårene etter gjennomføring av Simple. Postmålingen viste få skårer under terskelverdien på 36/48.

Trygghet

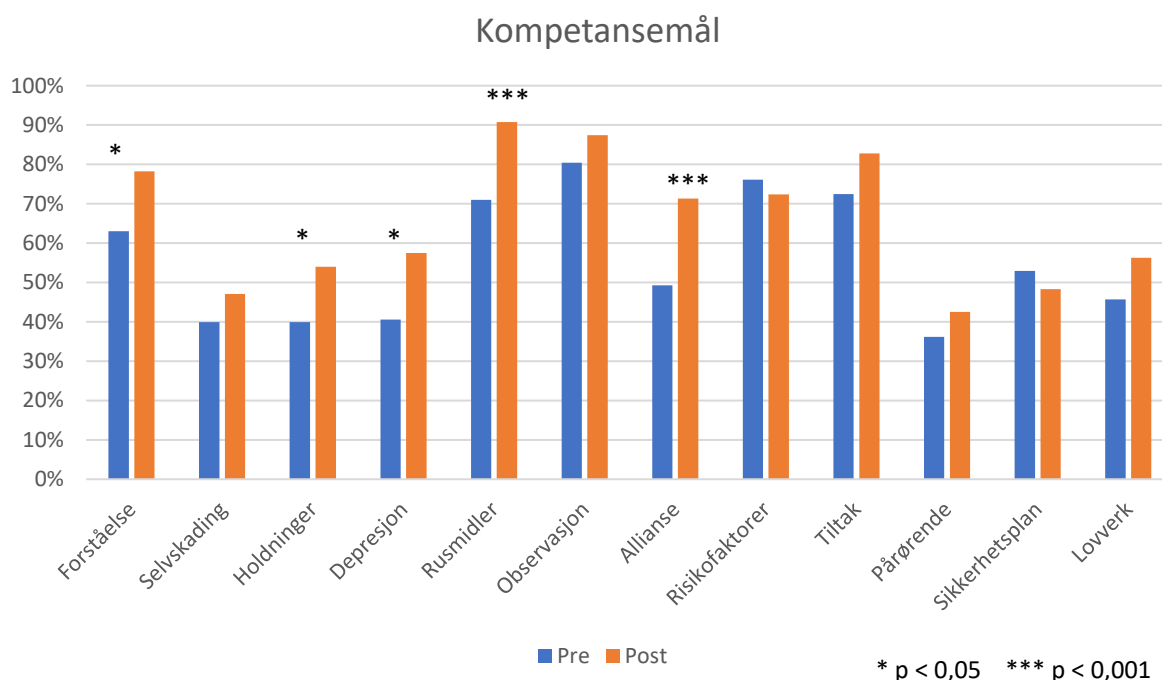
Opplevd trygghet målt ved pre (N=138; M=65,7; SD=23,6) og post (N=87; M=73,7; SD=20,0) er statistisk signifikant forskjellige ($p=,006$; se figur 2). Dette tilsvarer en liten til moderat effekt på trygghet ($d=0,36$).



Figur 2: Regnskylott for egenvurdert trygghet i å møte med suicidalitet. Grafen illustrerer en statistisk signifikant økning i opplevd trygghet, redusert variasjon og at det er svært få skårer i nedre halvdel etter gjennomføring av Simple.

Kompetansemål

Kompetansemålene *rusmidler*, *allianse*, *forståelse*, *holdninger* og *depresjon* viste statistisk signifikante økning i andel som besto kompetansemålet (minst 3 av 4 poeng; se figur 3). *Selvskading*, *pårørende*, *sikkerhetsplan* og *lovverk* viser lav skåre både pre- og post. *Observasjon* og *tiltak* viser høye skårer både pre- og post.



Figur 3: Andel deltakere som besto hver av de 12 kompetansemålene pre og post.

Kvalitativ undersøkelse

Opplevd nytte og læringsutbytte

Ledere beskriver at Simple er et nyttig implementeringsverktøy for nasjonale retningslinjer, og at det gir de en oversikt over ansattes grunnleggende kompetanse i selvmordsforebyggende arbeid.

Ansatte beskriver at Simple har en god pedagogisk tilnærming, som øker refleksjon og forståelse rundt kompleksiteten i suicidalitet. De beskriver kasusene som godt utformet, virkelighetsnære og relevante for sin praksis. De formidler at det er nyttig å få tilbakemelding på hva man kan og ikke kan i en trygg setting, og å repetere kjent kunnskap. Noen beskriver at de kunne mye fra før, men at oppgavene likevel hadde ny informasjon. De opplevde også en bevisstgjøring med hensyn til viktigheten av validering, og at de hadde fått nyttige tips til hvordan de kunne formulere seg. Flere ansatte syntes det var nyttig med henvisninger til relevant forskningslitteratur i teorioppgavene.

Responsvurderingsoppgavene beskrives som nyttige ved at de gir tips til hvordan man kan formulere seg. Flere hadde positive kommentarer om synliggjøringen av at det fantes flere måter å respondere på, og at selv om de ikke alltid var enige i «fasiten», ga det en økt refleksjon over egen kommunikasjon. Andre opplevde derimot svarene som kunstige, bastante eller «for bokstavelige».

Gjennomførbarhet og ressursbruk

Lederne anbefaler at det bør være obligatorisk å gjennomføre alle kasus. De anbefaler også at noen av kasusene brukes til refleksjon i grupper, samt at man har en lokal superbruker som kjenner Simple og kan bistå ved spørsmål og problemer underveis.

Opplevelsen av hva som var tilstrekkelig tidsbruk varierte. Flere opplevde at 2,5 timer var for lite til å gjennomføre alle kasus og kompetansetest. Noen opplevde at å sitte sammenhengende fungerte godt, og at de kom inn i en god flyt. Andre opplevde at det ble for lenge, og at det ble for monotont med mange oppgaver og mye tekst. Ansatte i døgnenhetene savnet felles drøfting og refleksjon rundt kasusene.

Forbedringsforslag

Tekniske problemer: Flere meldte tilbake ulike tekniske problemer. To saker ble meldt til prosjektleder underveis. Dette innbar blant annet at oppgavene ikke lastet inn, og at «Min utvikling»-statistikken ikke ble oppdatert. Begge problemene ble rettet i løpet av pilotperioden. Tekniske problemer inkluderte at man falt ut av kompetansetest og kasus ved avlogging/ inaktivitet og måtte starte på oppgaven på ny, samt at kasus eller oppgaver ikke alltid ble registrert som fullførte, og da måtte gjentas. Lederne forteller at de ansatte ikke visste hvordan programmet skulle virke, og at flere ikke hadde meldt om feil, fordi de ikke visste at det var en feil. De etterspurte også tydeligere informasjon om hva de skulle gjøre når problemer oppsto.

Brukeropplevelse: Noen savner mer informasjon i starten, om hensikt og læringsmål, og hva som kom videre i opplæringsløpet. En gjennomgående tilbakemelding var ønsket om en mer strukturert flyt gjennom programmet med tydeliggjøring av neste steg, hvor langt de var kommet, hvor mye som gjensto og når man var ferdig. Flere gikk rett inn på posttesten og fikk ikke kjennskap til tilgjengelige kasus og oppgaver før etterpå. Flere meldte frustrasjon over at progresjon på kasus ikke ble lagret underveis når de ble avbrutt, og at de måtte gå til og fra under opplæringen.

Oppgaver: Flere har gitt tilbakemelding om at opplæringen er omfattende, og at det blir mye tekst, og også at det kunne bli for mye repetisjon på lignende oppgaver. Flere savnet mer interaksjon, og større variasjon i form av videosnutter eller oppgavetyper med mer interaksjon. Flere ønsket å få mer konkret tilbakemelding på hva de hadde svart galt på i pretesten.

Noen opplevde at kasusene var for lange. Noen savnet også mer fokus på miljøterapeutiske tiltak, fremfor observasjon og vurdering. Flere ønsket at kasusteksten var tilgjengelig mens de besvarte spørsmålene, og sammenlignet dette som tilsvarende å ha med seg journaldokumenter eller spørre pasienten i timen.

Diskusjon

Piloten viser at Simple gir økt kompetanse og trygghet på selvmordsforebygging, oppleves engasjerende og nyttig for ansatte og ledere, og at verktøyet er gjennomførbart å implementere i hele enheter. Funnene indikerer at Simple kan være et nyttig opplæringsverktøy ved implementering av nasjonale retningslinjer.

Gjennomførbarhet

Piloten lyktes i å rekruttere og gjennomføre opplæring for 148 deltakere på tvers av i fem enheter på kort tid, dette med relativt lite opplæring, implementeringsstøtte og support. Alle enheter forteller at omtrent alle ansatte har gjennomført Simple. En betydelig andel gjennomførte likevel ikke posttesten. Dette ser ut til å være knyttet til både uklarheter i designet av Simple, og hvor tett ledere har fulgt opp implementeringen i ulike enheter. Vi har ikke testet om personene som har ikke gjennomførte posttesten er representative, eller om utvalgsskjevheter har påvirket resultatene.

Lederne brukte lite tid på å organisere og gjennomføre opplæringen som et digitalt kurs. De greide også gjennomføringen med relativt lite implementeringsstøtte. Potensialet i Simple ble likevel ikke fullt utnyttet, verken i bruk av hele bredden av oppgaver, eller i kombinasjon med fysiske samlinger og felles drøftinger og refleksjon.

Læringsutbytte

Både kvalitative og kvantitative mål indikerer at Simple gir godt læringsutbytte. Ledere og ansatte beskriver Simple som nyttig og engasjerende opplæring i selvmordsforebygging. Kompetansetesten viste en statistisk signifikant moderat effekt av opplæringen. Det var også en tydelig redusert variasjon, med få skårer under terskelverdien ved posttest. En betydelig andel gjennomførte ikke posttesten, og vi vet ikke hvordan dette har påvirket resultatene.

Den naturalistiske settingen gir sannsynligvis lavere, men mer reelle, effektstørrelser enn i kontrollerte eksperimentelle settinger. Læringseffekten fra ordinære opplæringstilbud i selvmordsforebygging er ikke kjent, og kompetansetesten er ikke testet ut tidligere.

Forskning på effekten av ulike opplæringsformer er også vanskelig å sammenligne, dette på grunn av ulikheter i design. I piloten måles kompetanse pre-post, mens tidligere omtalte studier måler læringsintervensjonen mot passive læringsformer, som lesing og forelesning. I tillegg utføres forskningen ofte på ukjente tema, mens helsepersonell i dette utvalget allerede har en del kompetanse på selvmordsforebygging. Læringskurven for nye ferdigheter er bratt i begynnelsen, men vil med trening nå et platå. Man forventer derfor størst læringseffekt for nyutdannede.

En stor andel av deltakerne har lang erfaring innen psykisk helsevern og suicidalitet. Et overraskende funn var at kasus og oppgaver opplevdes nyttig, selv når stoffet var kjent. De fikk da tid og anledning til å både repetere og reflektere over problemstillingene som de kjente fra praksis.

Det fremstår som at pasientkasusene treffer godt for de fleste, teorioppgavene kan være nyttige til fordypning, og responsvurderingene er nyttige som eksempler på måter å møte pasienter på.

De ulike kompetansemålene viser stor variasjon ved pretest. *Selvskading, holdninger, depresjon, pårørende, sikkerhetsplan og lovverk* er områder som skårer lavt ved pretest, og hvor postskårene er under 60 %. Det er foreløpig ingen etablerte krav eller mål på hvor stor andel som bør bestå de enkelte kompetansekravene, men 40-50 % fremstår som for lite.

Det er uvisst om de betydelige forskjellene mellom kompetanseskårene ved pretest skyldes reelle kompetanseforskjeller, eller om oppgavene har ulik vanskelighetsgrad. Noe av forskjellene kan skyldes at oppgavene varierer i andel riktige og gale besvarelser.

Ved posttest var det en signifikant økning i andelen som bestod kompetansemålene *rusmidler, allianse, forståelse, holdninger og depresjon*. Det kan være ulike grunner til at ikke alle kompetansemål viser endring. Med tanke på at de fleste oppgavene var frivillige, og ansatte hadde begrenset tid til gjennomføring, er den mest sannsynlige forklaringen at deltakerne ikke har gjennomført de relevante oppgavene som tilhører disse kompetansemålene. Læringseffekten kan sannsynligvis økes ytterligere med å ta i bruk større deler av Simple, og sikre at alle kompetansemålene dekkes.

Kompetansekartlegging

Kravet for å bestå kompetansetesten ble satt til 36 av 48 poeng for piloten. En svært høy andel (81 %) bestod kompetansetesten uten å ha gjennomført noe av opplæringen, og nesten alle (92 %) bestod etter rundt 2,5 timer med Simple. De aller fleste som gjennomførte testen var erfarne helsepersonell, som allerede skal ha kompetanse i selvmordsforebygging. Testen fremstår likevel med en klar takeffekt og lav evne til å diskriminere kompetansenivå med dagens krav. Det var også flere kompetansemål med under 50 % bestått, noe som indikerer at opplæringen ikke var fullstendig, og at de ikke burde bestått posttesten. Det fremstår derfor hensiktsmessig å øke kravet til 40 av 48 poeng. I dette utvalget ville da 60 % bestått pretesten og 82 % bestått posttesten.

Opplevd trygghet

På pretesten indikerer mange at de føler seg relativt trygge på å møte pasienter med selvmordsproblematikk, men det er stor spredning, og en betydelig andel skårer under 50 %. Andelen som rapporterer utrygghet fremstår mindre enn i Stige et al ([2019](#)), hvor 2 av 3 opplevde suicidalitet som svært krevende. Det er mulig dette skyldes ulikheter i spørsmålene, som for eksempel at behandlere opplever suicidalitet som faglig krevende, men at de likevel føler seg kompetente.

Simple medførte en signifikant, liten til moderat økning i opplevd trygghet. Også her er det viktigste funnet at variasjonen er redusert, og at det ved postmåling er svært få som opplever seg utrygge.

Forbedringsforslag

Utfordringen med responsvurderingsoppgavene ser ut til å være at hva som er en egnet respons varierer i ulike kontekster og relasjoner. Ofte handler det om at det som er «upassende» responser i nye relasjoner, kan være «passende» når man har en god relasjon med pasienten. Det korte formatet gjør at pasientutsagn og responser må være spisset for å få frem poengene, men det er likevel behov for større tydeliggjøring av konteksten.

Det var betydelige tekniske utfordringer i piloten, knyttet til at oppgaver og kasus ikke lastet inn, og feil i tilbakemeldingen fra kompetansetesten. Disse problemene ble fikset tidlig i pilotperioden, men påvirket brukeropplevelsen og tidsbruken negativt for enhetene som var tidligst i gang. Etter hvert som Simple skaleres opp, blir stabilitet stadig viktigere. Et viktig mål i neste fase er derfor å øke stabilitet og håndtering av feilmeldinger.

Flere hadde problemer med å forstå hva de skulle og måtte gjøre før de kunne fullføre Simple. Dette skyldes at Simple ikke er strukturert i klare steg, at det ikke er noen overordnet progresjonsindikator og at man etter kompetansetesten kommer rett inn på "Min utvikling"-siden, i stedet for kasus-siden. Noen gikk også rett til posttesten uten å vite at de skulle gjort kasus og oppgaver først.

I nåværende versjon av Simple er alle oppgaver tilgjengelig fra starten, og det er ingen aktivitetskrav før posttesten kan gjennomføres. Det er hensiktsmessig å strukturere denne opplæringen i tydeligere steg, med indikasjon på hvor langt man er i prosessen.

Flere opplevde frustrasjon over å ikke ha tilgang til kasusteksten mens de løste de påfølgende oppgavene. Oppgavene forutsetter da at man husker kasusteksten godt, mens man i praksis ofte har notater eller kan spørre pasienten hvis man har glemt noe.

Implikasjoner for implementering

Implementering av nasjonale retningslinjer er en kompleks intervensjon, som trenger flere tiltak på flere nivå. Simple kan være et verktøy for å sikre bred grunnopplæring og tilgang til ferdighetstrening.

[Krishnamoorthy et al \(2023\)](#) gjennomførte nylig en implementeringsvitenskapelig litteraturgjennomgang av komplekse intervensjoner for selvmordsforebygging, for å identifisere beste praksiser. De fant at disse intervensjonene ikke lot seg sammenligne direkte. Det kan likevel være nyttig å se på de ulike implementeringsstrategiene de har brukt:

Forankringstiltak innebærer involvering av sentrale interessenter gjennom prosessen, for eksempel å involvere fagfolk og dele erfaringer gjennom nettverk, referansegrupper, workshoper og konsensusdiskusjoner, eller å etablere endringskoalisjon, implementeringsteam og samarbeidsavtaler.

En av styrkene med Simple er forankringsarbeidet og involveringen av et stort antall fagfolk i utarbeiding og kvalitetssikring av kasus, oppgaver og kompetansetest. Selvmordsforebyggende nettverk og RVTS-ene har vært sentrale bidragsytere, og det blir viktig å fortsette den nasjonale faglige forankringen i de selvmordsforebyggende nettverkene. Her må det gjøres ytterligere avklaringer rundt driftsmodell, formelt avtaleverk, ansvar og finansiering.

Opplæring innebærer utvikling av opplæringsmateriale, opplæring av kursholdere, ledere og endringsagenter, samt evt. veiledning over tid.

Simple er i dette tilfellet en opplæringsressurs som er utviklet for nasjonale retningslinjer. Kursledere/ fasilitatorer må sikres tilstrekkelig opplæring, f.eks. gjennom regionale samlinger eller med digitale opplæringsressurser (tekst og videodemonstrasjoner).

Implementeringsstøtte innebærer sentraliserte ressurser og evt. assistanse til lokal implementering, for eksempel med teknikk, analyse og møtefasilitering. Dette bør ivaretas over flere nivå, både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Simple er et implementeringsverktøy i seg selv, og må kunne tas enkelt i bruk. Brukervennlige og selvforklarende løsninger minimerer opplæringsbehov, og tilgang til hjelpeside kan redusere supporthenvendelser.

Det utarbeides felles rapporteringsløsninger for Simple som vil støtte lokal ledelse med innsikt i kompetansenivå blant egne ansatte på gruppenivå. For eksempel kan dette benyttes som utgangspunkt for videre målrettede kompetanseaktiviteter.

Lokal tilpasning innebærer ulike enkle tiltak som kan gjøres lokalt for å øke sjansen for god implementering. Det innebærer tiltak fra både prosjektmetodikk og kvalitetsarbeid, blant annet å kartlegge behovene lokalt, identifisere barrierer, lage en implementeringsplan, monitorere fremgang og gjøre tilpasninger underveis.

Lokal implementering

Simple kan benyttes på ulike måter, og den beste implementeringen vil være den som er tilpasset lokale behov. Virksomhetsledelsen bør derfor gjøre en behovsanalyse og tilpasse opplæringen, basert på blant annet målgruppe, frekvens, omfang, ressurspersoner og hensyn til drift. Nyansatte og erfarne klinikere er ulike målgrupper. Nyansatte vil ofte ha behov for en rask innføring i selvmordsforebygging, med grunnleggende opplæring i alle aktuelle tema/ kompetansekrav, mens erfarne klinikere kan ha nytte av noe repetisjon, og å gå i dybden på mer utvalgte tema.

Selvmordsforebygging bør tematiseres jevnlig i psykisk helsevern, med tanke på alvorligheten og den forhøyede risikoen i målgruppen. Frekvensen kan økes ved å fordele opplæringen i flere mindre enheter over tid. Opplæring på enhetsnivå gir også muligheter for samarbeid i grupper og integrert læring.

Omfanget av opplæringen bør vurderes ut fra det lokale opplæringsbehovet. I piloten brukte deltakerne rundt 2-3 timer på pretest, åtte kasus og posttest. Noen har gjort oppgaver i tillegg, andre gjorde bare fire kasus på samme tid. Noen synes det var passelig med tid, andre at det var alt for lite, og noen opplevde at det ble for lenge å sitte sammenhengende med Simple. Én enhet hadde undervisning og grupperefleksjon i tillegg, utenom Simple. Å gå gjennom alle oppgavene vil anslagsvis ta seks timer til sammen. Hvis man inkluderer pauser og noe tid til fordypning i selve retningslinjeteksten, og evt. andre supplerende artikler og videoer, bør det beregnes en full arbeidsdag.

Dette samsvarer med omfanget av en ordinær fagdag/ opplæringsdag. Her tas det derfor utgangspunkt i gjennomføring av hele programmet, og at behovet er én heldagssamling i året. Behovet vil likevel variere fra enhet til enhet, og fra person til person. Ledelsen i det enkelte foretak må derfor vurdere hva som er nødvendig opplæringsaktivitet hos seg, og hva som ivaretas gjennom andre aktiviteter.

Lokale ressurspersoner kan gjøre implementeringen enklere. For eksempel kan man ha en superbruker som kjenner innhold og prosess i Simple. Personen bør kunne veilede på bruken av Simple ved behov, samt melde videre tekniske problemer og utfordringer med implementering.

Dersom enheten skal gjennomføre gruppediskusjoner, fysiske rollespill ol., vil det også være behov for en fasilitator. Fasilitatoren bør ha god kjennskap til retningslinjene, faglig kompetanse på selvmordsforebygging og grunnleggende kjennskap til møteledelse og fasilitering av gruppediskusjoner.

Hensyn til drift vil ofte være avgjørende for hvordan opplæringen blir gjennomført, og ledere må veie driftsbehovene opp mot nasjonale krav og føringer, samt lokale kompetansebehov.

Digital, fysisk eller blandet opplæring?

Simple er et digitalt verktøy, men kan benyttes på flere måter:

Digital opplæring

Hele programmet kan gjennomføres individuelt og asynkront innen en gitt frist. Simple legges da til som krav i kompetanseportalen, som fullføres når de har bestått posttesten. Dette er den billigste og enkleste opplæringsmetoden å gjennomføre, og den er praktisk for rask opplæring ved nyansettelser. Simple sikrer at ansatte får jobbet seg gjennom tematikken, de får tilbakemelding på en rekke kliniske problemstillinger og de blir kjent med føringene i nasjonale retningslinjer.

Dette kan fungere fint hvis læringen distribueres på tvers av flere sesjoner over tid, men å ta alt samtidig tilsvarer å lese i skippertak til eksamen – rask læring og rask glemming. Individuelt arbeid i Simple kan ikke dekke alle behov, blant annet sosial læring og felles refleksjon eller øvelser. En ren e-læringsstrategi fordrer også at ledere følger tett opp og passer på at de ansatte setter av tid til gjennomføring.

Fysisk opplæring

Simple kan også integreres i fysisk opplæring eller veiledning ved at instruktøren bruker kasus og oppgaver til å gjøre undervisning mer interaktivt, eller organiserer gruppearbeid rundt oppgavene. Dette kan være en motiverende opplæringsform som gir mer rom for fri refleksjon, åpne spørsmål og rollespill. Læring sammen med andre gir muligheter for å fremheve ulike perspektiver, modell læring, teamlæring og holdningsskaping på gruppenivå.

Samtidig krever dette kompetente instruktører som både kan faget og som har kompetanse på fasilitering av gruppearbeid, slik at alle deltar aktivt. En vanlig dynamikk er at de med mest erfaring tar mest plass, og at de med størst behov for øvingen, blir passive mottakere. I tillegg tar denne formen lengre tid enn individuelt arbeid, slik at færre læringsmål kan dekkes på samme tid.

Hvis Simple brukes primært av instruktøren, vil man måtte legge til gjennomføring av kompetansetesten før og etter samlingen, eller avstå fra kompetansekartleggingen.

Blandet opplæring

Blandet læring ("blended learning") forsøker å kombinere det beste fra begge formater. En paraplystudie sammenlignet blandet læring med enten e-læring eller fysisk opplæring alene, og fant en stor læringseffekt ($d=.768$) i helseutdanninger ([Lockey et al, 2022](#)). Det er imidlertid usikkerhet knyttet til lav studiekvalitet og stor variasjon i intervensjonene.

Simple kan brukes til kompetansekartlegging og til individuelt arbeid i forkant av fysiske samlinger. Da kan deltakerne lære i eget tempo i forkant og stille mer likeverdig forberedt til samlingene. Det gir fleksibilitet til når og hvordan ansatte gjennomfører den digitale delen, og den fysiske samlingen gir klare incentiver og frist for gjennomføring av den individuelle delen.

Det er viktig at de fysiske samlingene bygger videre på opplæringen i Simple, og ikke bare repeterer den samme informasjonen.

Aktuelle fordypningsoppgaver kan være:

- **Kasus:** Gå i dybden på kasus. Hvordan ville vurdering og tiltak endret seg med endringer i forutsetninger. Hvilke risikofaktorer eller beskyttende faktorer skulle til for å vurdere kasuset annerledes, og satt inn andre tiltak?
- **Rollespill:** Øve på konkrete kliniske ferdigheter. For eksempel kan man ta utgangspunkt i responsvurderingsoppgavene, og finne egne måter å håndtere pasientutspillene på.
- **Praksis:** Drøfte sakene i forhold til lokal praksis. Hvordan gjør vi det hos oss? Har vi gode rutiner, kjenner vi dem og følger dem? Hva gjør vi når vi blir usikre?
- **Refleksjon:** Reflektere over egne holdninger til selvmord og suicidale pasienter, og hvordan dette er en støtte eller hindring for å hjelpe pasienter. Fordype seg i de emosjonelle aspektene ved å jobbe med selvmordsproblematikk, og bruke det som utgangspunkt for å bygge psykologisk trygghet i teamet eller enhet.

Modulbasert blandet opplæring

Opplæringen kan også med fordel deles opp i ulike moduler, hvor både e-læring og fysisk samling avgrenses til enkelte tema om gangen. Å spre opplæring over tid gir mer varig læringseffekt sammenlignet med en heldagssamling. Tiden mellom samlingene åpner også for større integrasjon fra teori til praksis, og at man får tatt med seg ny refleksjon og nye erfaringer fra praksis til samlingene.

Hvis Simple deles inn i moduler, kan opplæringen gjennomføres som for eksempel fire samlinger à 60 minutter, og det kan gjennomføres uten større endringer i drift. Ansatte fullfører da aktuell modul i Simple i forkant av hver fysisk samling. Dette forutsetter en videreutvikling av Simple til å organisere oppgaver og kasus etter en ny struktur, samt noe mer organisering for lokal fasilitator/ leder. Temaene dekker samtidig en rekke generelle kliniske ferdigheter som også vil være relevante utenfor arbeidet med selvmordsproblematikk og som er viktige å holde oppe over tid.

Begrensninger

Piloten ble gjennomført som en pragmatisk, naturalistisk utprøving og evaluering, og har ikke den vitenskapelige rigiditeten til et forskningsprosjekt. Undersøkelsen hadde ingen kontrollbetingelser, og kan derfor ikke si noe om den relative effekten i forhold til andre intervensjoner.

Kompetansetesten er ikke validert mot andre instrumenter, og må forstås som et ufullstendig mål på relevant kompetanse i selvmordsforebygging. Den individuelle gjennomføringen av Simple har vært variabel, med ulik tidsbruk og rammevilkår. Flere opplevde blant annet regelmessige forstyrrelser under gjennomføringen.

Videreutvikling

De kvalitative tilbakemeldingene tydeliggjør behovet for å gjøre endringer i brukergrensesnittet for overordnet flyt, kasuspresentasjon og indikatorer for progresjon. Simple bør også ha en oppbygning

som sikrer at alle kompetansemålene blir dekket, som for eksempel å dele opp innholdet i kompetansemål eller moduler som må fullføres. Integrert implementeringsstøtte i form av instruksjoner og oppgaver til fysiske samlinger vil kunne understøtte blandet opplæring.

Evalueringen kvalifiserer ikke som forskning, men Simple er godt innrettet for videre forskningsprosjekter, som for eksempel å evaluere Simple mot andre opplæringsformer som undervisning og simulering, eller å undersøke hvordan Simple fungerer i et blandet læringsformat. Dette ville også vært relevant kunnskap for annen klinisk opplæring i psykisk helsevern.

Avslutning

Piloten indikerer at Simple øker kompetanse og trygghet på selvmordsforebygging for ansatte i PHV, og ansatte og ledere rapporterer entusiasme og opplevd nytteverdi av Simple. Simple kan derfor være nyttig i implementeringen av de nye retningslinjene i selvmordsforebygging i PHV, TSB og PBU. Simple bør tilpasses lokale behov og forutsetninger. For best læringseffekt anbefales det å spre opplæring over tid og kombinere digitale og fysiske opplæringsselementer.