

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300339

Dato: 11-06-2023

Høring: Høring av utkast til Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Bakgrunn

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til høringen *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.

Legeforeningen mener at retningslinjen gir en nyttig oppdatering, og håper at våre innspill vil oppleves som hensiktsmessige, og bidra til at retningslinjen blir lett anvendelig i en klinisk hverdag.

Helsedirektoratet skriver i høringsbrevet at selvmordsforebygging er et komplekst fagfelt, og oppdaterte anbefalinger har til hensikt å gi beslutningsstøtte til ledelse og ansatte innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Samhandling med fastlege og kommunale helse- og omsorgstjenester er sentralt, og anbefalingene ses i sammenheng med *Veiledende materiell for kommunene og forebygging av selvmord og selvskading*.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dekker tre fagområder:

- Psykisk helsevern for voksne
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511), som ble publisert i 2008, utgår ved publisering av ny retningslinje. Det samme gjelder Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke *Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske*

døgnavdelinger. Utkastet til retningslinje inneholder ti anbefalinger fordelt på fire kapitler. I tillegg er det ett kapittel om metode og arbeidsprosess.

Det er stilt fire spørsmål til hver anbefaling:

- Er anbefalingen tydelig?
- Er utvidet anbefalingstekst tilpasset behov for utdyping av kortfattet behandling?
- Er praktisk informasjon entydig og nyttig?
- Er begrunnelse for anbefalingen tilstrekkelige til å inngi tillit til foreslåtte anbefaling?

Høringen besvares først med generelle betraktninger, deretter etter de kapitlene retningslinjen er inndelt i.

Generelle betraktninger

Den nye retningslinjen bærer preg av grundig arbeid, noe som vekker tillit til tiltakene. Legeforeningen oppfatter retningslinjen i hovedsak som god og at den bygger på kunnskapsgrunnlaget som finnes innenfor dette området.

Årlig registreres omkring 650 selvmord i Norge. (<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>) Det vises til retningslinjens kapittel 2, *Klinisk vurdering og behandling av selvmordsatferd*, hvor det står at omfattende oppsummert forskning viser at selvmord ikke kan predikeres (Large et al., 2018). Helsepersonell må ta beslutninger med høy grad av usikkerhet og det er nødvendig med systemer som sikrer kollegial støtte og arenaer som fremmer felles forståelse. Selvmord er en svært alvorlig hendelse med sterkt varierende og komplekse årsaksforhold som gjør det krevende å predikere og forebygge, noe som gjør det hensiktsmessig å rette fokus på god behandling og gode overganger.

I 2020 ble Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025, *Ingen å miste*, lansert. Handlingsplanen inkluderer innføring av en nullvisjon for selvmord i Norge.

(<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025/id2740946/>) Det står videre i retningslinjens 5. anbefaling, under *Begrunnelse* at "Forskning viser at det å være forberedt på at selvmord kan skje, og kjenne rutiner for hva som da skal gjøres, gir større grad av trygghet og mestring i situasjonen, sikrer bedre gjennomføring, og forebygger etterreaksjoner." Legeforeningen vil benytte anledningen til å advare mot at politisk funderte nullvisjoner kan føre til opplevelse av mislykkethet for et helt behandlerapparat og kan villedde pasienter og pårørende.



Legeforeningen savner at det i en nasjonal faglig retningslinje gjøres en refleksjon rundt faglige aspekter knyttet til en slik nullvisjon, og faglige betraktninger om hvorvidt alle selvmord kan forebygges. Hvordan avveier man pasientautonomi, ønsket om å unngå all tvangsbruk og individers frihet mot forebyggende tiltak? Målet for retningslinjen bør være å bidra til å sette inn ressurser på å etablere gode, strukturelle, forebyggende tiltak som gjør det vanskelig å begå selvmord rent praktisk, altså trygge rom og omgivelser. En nullvisjon kan i verste fall bidra til en frykttkultur hvor det å melde fra om uønskede hendelser ikke blir gjort. I tillegg kan nullvisjoner være med på å skape urealistiske forventninger, og kan være et problematisk signal å sende overfor pårørende.

I retningslinjen trekkes det frem at risikovurderinger ikke skal benyttes og ikke har effekt i forebygging av selvmord. Samtidig er «*vurdering og behandling av selvmordsatferd*» og bruk av «*sikkerhetsplan som et hjelpemiddel for å redusere risiko for selvmordsatferd*» sentrale anbefalinger i retningslinjen. Hva er egentlig forskjellen på «*risikovurdering*», «*vurdering av selvmordsatferd*» og «*sikkerhetsplan for å redusere risiko*»?

Legeforeningen etterspør videre en omtale av somatisk sykdom i retningslinjen. Pasienter med selvmordstanker har økt forekomst av somatisk sykdom. Vi vet at pasienter med psykisk sykdom dør flere år tidligere enn resten av befolkningen og at en stor del av overdødeligheten skyldes kroppslig sykdom som det finnes behandling for. Også ved selvmordstanker kan det være en somatisk utløsende årsak; for eksempel akutt depresjon ved hypotyreose, hjertesvikt eller akutt funksjonstap av annen årsak. Vurdering av selvmordsatferd må inkludere spørsmål om kroppslig helse, og det må være tilgjengelig og tilstrekkelig legekompentanse i psykisk helsevern og TSB til å vurdere om somatiske forhold ligger til grunn for den psykiske ubalansen.

Fra høringsteksten forstår vi at kommunehelsetjenesten også er innenfor målgruppen til retningslinjen, ref. Kapittel 5 *Målgruppe*. Legeforeningen stiller seg derfor undrende til at leger fra primærhelsetjenesten ikke er representert i utvalget.

Tilbakemeldinger til hvert høringskapittel

Kapittel 1. Virksomhetenes ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord.

Anbefaling 1. Virksomhetsledelsen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal sørge for en målrettet og kontinuerlig oppfølging knyttet til forebygging av selvmord i tjenesten.



I siste avsnitt av *begrunnelse* står det at helsepersonell står bedre rustet til å ivareta pasienter, etterlatte, kollegaer og egne reaksjoner dersom de på forhånd er forberedt på at selvmord kan skje og at de har kunnskap om hva de kan og bør gjøre i en slik situasjon. Dette støttes av Legeforeningen.

Anbefaling 5. Ledelsen skal sørge for at berørte ansatte ivaretas og følges opp når en pasient har tatt sitt eget liv.

Selv om støtte fra familie, kollegaer veier tyngst, må man ikke undervurdere effekten av å bli godt ivaretatt av ledelsen på den aktuelle arbeidsplass.

Kapittel 2. Klinisk vurdering og behandling av selvmordsatferd.

Anbefaling 6. Behandlingsansvarlig skal ved første kontakt, vurdere selvmordsatferd som del av en helhetlig klinisk vurdering.

Innledningsvis i anbefalingen står det: "Ved oppstart av behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal behandlingsansvarlig spørre om pasienten har selvmordstanker og/eller -planer." Legeforeningen mener at det ikke er hensiktsmessig for alle klinikker og avdelinger at det skal være behandlingsansvarlig som stiller spørsmålet. Så lenge behandler har nødvendig kompetanse, og behandlingsansvarlig involveres i vurderingen, bør det være tilstrekkelig at «behandler» stiller spørsmålet. Alternativt kan det fremgå at oppgaven kan delegeres til annen behandler.

Anbefaling 7. Behandlingsansvarlig bør sørge for at pasienter tilbys en sikkerhetsplan som et hjelpemiddel for å redusere risiko for selvmordsatferd.

Dersom det ikke er avdekket aktuelle selvmordstanker eller -planer, er ikke sikkerhetsplan nødvendig. Slik retningslinjen er skrevet kan den tolkes dithen at alle pasienter, uavhengig av klinisk vurdering, skal ha sikkerhetsplan, noe Legeforeningen ikke ser på som hensiktsmessig.

Kapittel 3. Sikkerhet og beskyttende tiltak i døgnenheter

Anbefaling 9. Behandlingsansvarlig skal sørge for at pasienter som er innlagt i døgnenheter, ikke har tilgang til personlige eiendeler som kan benyttes til å gjennomføre selvmord eller alvorlig selvskading.

Anbefalingen om tilgang til eiendeler som kan være farlige for pasienten er gjennomgående godt skrevet, men Legeforeningen savner her ivaretagelse av ungdomsperspektivet. Dialog med foresatte/ de med foreldreansvar bør inngå i vurderingen.

Kapittel 4. Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning.

Anbefaling 10. Behandlingsansvarlig i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør planlegge utskrivning av pasienter i starten av forløpet.

Legeforeningen vil påpeke at nærhet, tillit og kontinuitet i behandlerrelasjonen er viktige strukturelle elementer som kan virke selvmordsforebyggende. Kontinuitet og tillit skaper gjensidig forpliktelse i behandlingsløpet. Pasienter innen psykisk helsevern er særlig sårbare overfor hyppige behandlerbytter, flytting og utsettelse av avtaler og uforutsigbarhet omkring behandlingsplaner som endres. Legeforeningen er fornøyd med at overgangene er dekket i retningslinjen, og denne delen av retningslinjen er gjennomgående god, særlig sett fra spesialisthelsetjenestens perspektiv, og så kunne overganger i større grad vært omtalt fra kommunehelsetjenestens ståsted.

I anbefalingen står det midlertid at "pasienter med selvmordsatferd bør følges opp i minimum 30 dager etter utskrivning fra døgnenhet." Legeforeningen stiller spørsmål ved at det angis et så



spesifikt tidsrom. Etter Legeforeningens forståelse finnes det ikke finnes belegg for en så spesifikk tidsangivelse for minimumsoppfølging i tilgjengelig litteratur. Tilsvarende kommentar gjelder *Time i hånden*, som beskrives under *Praktisk – slik kan anbefalingen følges*. Her er det forslag om at pasienten bør ha en avtale med oppfølgende instans innen tre dager etter utskrivning.

Legeforeningen støtter intensjonen bak anbefalingen, men stiller seg også her spørrende til grunnlaget for å anbefale nettopp dette konkrete antallet dager. En bekymring er at kravet om oppfølging etter tre dager kan senke terskelen for utskrivelse fra psykisk helsevern/TSB. Dette vil øke arbeidsbyrden i en allerede tungt belastet primærhelsetjeneste. Legeforeningen mener at oppfølgingen etter utskrivelse bør tilpasses den enkelte pasientens behov, heller enn at hastegraden skal være lik for alle.

Kapittel 5. Metode og prosess.

Generelle kommentarer til retningslinjen som helhet.

Det vises også til *Generelle betraktninger*, øverst i høringssvaret.

For den enkelte kliniker er det svært mange anbefalinger og retningslinjer å forholde seg til. For at slike retningslinjer skal bli brukt med mål om mer korrekt diagnostikk og behandling, må en tilstrebe å gjøre retningslinjene korte og konsise samt at de må være enkle å gjøre oppslag i. Det er en omfattende bruk av hyperlenker i teksten. Dette kan være nyttig, men det kan også gjøre det vanskelig for leseren å skille mellom viktig og mindre viktig kunnskapsgrunnlag.

Videre mener Legeforeningen at det er viktig å ha oppdaterte retningslinjer for helsetjenestens ivaretagelse av denne pasientgruppen. Hyppig revidering av retningslinjer er nødvendig for å få med ny forskning som kan implementeres i en klinisk hverdag

De praktiske delene av anbefalingene er relativt omfangsrrike og gjør derfor retningslinjen noe tunglest. Innholdet i kapitlene fremstår tidvis sprikende mellom detaljerte forslag til hvordan anbefalingene skal gjennomføres og overfladiske læreboksetninger som ikke tilfører relevant kunnskap om retningslinjens innhold. Dette gjelder særlig i første kapittel.

Eksempel under «Praktisk»:

Ferdighetstrening

Hensikten med ferdighetstrening er å utvikle praktiske ferdigheter, handlingskompetanse og samarbeidsevner. Ferdighetstrening er et egnet pedagogisk virkemiddel, og kan blant annet involvere simuleringstrening.

Er det flere problemstillinger retningslinjen burde gitt anbefalinger om? I tilfelle ja, beskriv problemstillingen.

Helsepersonellkommisjonen skriver i sin rapport at helsetjenesten ikke kan ivareta flere oppgaver uten at personellbehovet er vurdert. Dette er ikke beskrevet i høringen.

Finansiering av oppgaven er heller ikke gjort rede for. Legeforeningen mener at det i et begrenset tidsrom etter utskrivelse bør være fri egenandel for slik oppfølging.

Fastleger og legevaktsleger vurderer oftest pasienter med selvmordsatferd alene.

Legeforeningen foreslår at det etableres en samhandlingstakst for kollegial drøfting av slike problemstillinger, på linje med taksten for assistanse ved kirurgi. Dette kan understøtte mester-svennlæring, som vi mener er viktig ved usikkerhet i de kliniske beslutningene.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Skala 1-10, bedømme retningslinjens innhold.

Legeforeningen anser det ikke hensiktsmessig å gi en retningslinje en tallscore.

Forslag til tiltak som kan legge til rette for implementering i tjenestene.

Det vises til generelle betraktninger og besvarelsene under de enkelte anbefalinger.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
fagdirektør

Maria Tønne
rådgiver/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)