



Helsedirektoratet

Deres ref.: 17/7657-2

Vår ref.: 17/1948

Dato: 02.05.2017

Høringssvar - Veiledende materiell om forebygging av selvskading og selvmord

Legeforeningen takker for invitasjonen til høringssvar til høringen "Veiledende materiell for kommunen om forebygging av selvskading og selvmord. Legeforeningen støtter i hovedsak innholdet, og er glad for at forebygging av selvmord og selvskading får nasjonalt fokus.

Vi har først noen generelle betraktninger om veilederen og Helsedirektoratets nettløsning for høringssaker, før vi kommenterer mer spesifikt ulike avsnitt i veilederen.

En hovedinnvending - uklar målgruppe

En alvorlig innvending til veilederen er hvordan den henvender seg til en svært uklar målgruppe – her er råd til pårørende og mediebransjen, ledere i kommunale helsetjenester, og en rekke ulike helsearbeidere med pasientkontakt. Veilederen er så grunnleggende at det er funnet nødvendig å forklare hva som menes med et selvmord. Likevel legges det andre steder opp til at leseren skal vurdere selvmordsfare og hvilke tiltak som er nødvendige. En veileder burde tydeligere kommunisere hvem som skal gjøre slike kliniske vurderinger og med hvilken tilgrunnliggende faglig kompetanse.

Det heter i veilederen at «Det er viktig å være særlig oppmerksom dersom noen snakker om at de ønsker å dø, [...]. Det bør i slike situasjoner legges opp til en trygg ramme rundt personen for at det kan spørres konkret om tanker, planer og eventuelle handlinger. For videre hjelp er det viktig at denne oppfølgingen gjøres av noen som har tilstrekkelig kompetanse på området, for eksempel psykologer. Dersom det ikke er ansatte som har tilstrekkelig kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjeneste må vedkommende henvises videre til rett kompetanse i spesialisthelsetjenesten.»

Legeforeningen mener det er et uheldig råd at alle som er i kontakt med slike pasienter skal vurdere om pasienten er i ferd med å planlegge eller gjennomføre selvmord eller selvskading. Legeforeningen mener en bør understreke viktigheten av å henvise til helsepersonell med erfaring. I kommunene er det fastlegen som er det kompetente og forutsigbare tilbudet til disse pasientene. Dette må kommuniseres helt eksplisitt og tydelig.

Avsnittet er et eksempel på at skillet mellom kartlegging og vurdering av selvmordsfare er falt bort. Dette skillet er omtalt i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, og kunne med fordel trekkes inn.

Noe senere, under avsnittet «Familie og venners rolle» heter det at «Dersom det vurderes at selvmordsfaren er overhengende, er det viktig å ta kontakt med lokalt hjelpeapparat eller legevakt [...]» Også familiene skal altså danne seg et bilde av graden av selvmordsrisiko (fra lav, til her overhengende). Igjen fremstår dette som en blanding av målgrupper og kompetansenivå knyttet til hvem som skal gjøre en selvmordsvurdering. Alt fra selvfølgeligheter, til vurdering av risiko for noe så komplisert som selvmord og selvskadning er med – og skaper dermed uklarhet.

Legeforeningen mener selvmordsrisiko alltid må håndteres profesjonelt og innenfor forsvarlige tidsrammer, hvor kommunen må være seg bevisst begrensningene i såkalte lavterskeltilbud. Presentasjonen av tilbud som "Rask psykisk helsehjelp" er svært uheldig. Veilederen opplyser at "Rask psykisk helsehjelp" har som mål at "...en skal få hjelp innen en til to uker slik at problemene ikke setter seg". Dette er en feilaktig forståelse av alvorlighetsgraden for suicidale pasienter. For mange pasienter med suicidalrisiko er det åpenbart at inntil flere ukers ventetid er uforsvarlig.

Legeforeningen savner en tydeliggjøring av forskjellen mellom akutt og mer langvarig selvmordsrisiko, som omtalt i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Psykiske helsetilbud i kommunene, som ofte drives med ventetider på flere uker er uegnede tilbud for håndtering av nyoppstått/akutt suicidalrisiko. Her må veilederen peke på det medisinske tilbudet som alle kommuner har et sørge-for ansvar for, nemlig fastlegeordning og allmennlegevakt.

Mangler i veilederen

Legeforeningen mener det er en betydelig mangel at veilederen ikke omtaler innvandrere og asylsøkere spesielt. I slike grupper er det gjerne særegne utfordringer knyttet til tap, isolasjon, utenforskap, traumer, lite støtte, lav status, økonomiske problemer, språkvansker, usikker fremtid og ofte midlertidig bosituasjon som vanskeliggjør oppfølging over tid. Innsatte i fengsler er også en gruppe som bør omtales særskilt.

Bruk av kommunale nettsider

Veilederen anbefaler flere steder å bruke kommunens nettsider som informasjonspunkt mellom kommunen og befolkningen når det gjelder selvmordsoppfølging og selvmordsforebygging. Legeforeningen advarer mot å overvurdere kommunale nettsiders kommunikative kraft i en situasjon hvor befolkningen neppe har en oppfatning av at kommunens hjemmeside er stedet de går til for å få hjelp i en medisinsk krisesituasjon.

Bruk av dokumentasjon

Det er eksempler på uheldig bruk av dokumentasjon veilederen. Et eksempel er referanse 49 (Luoma et al 2002), som handler om tilgjengelighet til helsepersonell i primærhelsetjenesten når det gjelder mental helse. Studien er 15 år gammel og fra USA, hvor tilgang på helsetjenester er helt annerledes enn i Norge. Overførbarheten til norsk kontekst er derfor meget tvilsom.

Likeverdige tjenester?

Legeforeningen finner at det fremlagte materialet i liten grad setter krav til kommunene, og hvor beskrivelsen av dagens kommunale virkelighet er upresis. Dette ser Legeforeningen i

sammenheng med utvalgets sammensetning. Representasjon fra kommunene er svært begrenset - verken fastleger eller representanter fra større og representative kommuner har vært med i arbeidsgruppen.

Et eksempel er under overskriften «Kommunen har ansvar for milde og kortvarige problemer» hvor det står: «Det forventes av kommunene at de skal ta et stadig større hovedansvar for de som anses å ha milde og kortvarige problemer/lidelse. jfr. Veileder «Sammen om mestring». Det kan for eksempel være personer med aktuell selvskading, men uten psykisk lidelse som krever oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Kommuner er forskjellige og det avhenger av at kommunen har kompetanse og kapasitet.»

Det synes her uklart om, og i tilfelle hvilket, ansvar kommunen har. Dette bidrar ikke til å gi klar informasjon til brukere og pårørende.

Helsedirektoratets nettløsning for høringsaker

På generelt grunnlag vil Legeforeningen påpeke at Helsedirektoratets nettløsning for høringer er uheldig og lite fleksibel. Med omfattende høringsdokumenter, slik som her, gir dagens nettløsning liten oversikt. Det er vanskelig for leseren å gå inn og ut av dokumentet i ulike økter. Fraværet av sidetall gjør presis faglig dialog unødvendig omstendelig, for eksempel i ettergåelse av referansebruk og tungt tilgjengelig ordsøkefunksjon vanskeliggjør høringsarbeidet. Legeforeningen får jevnlig klager på Helsedirektoratets nettløsning for høringer fra sine organisasjonsledd. Vi savner muligheten for å få tilgang til høringsdokumentet i ett sammenhengende og lett søkbart dokument med sidetall, for eksempel i pdf-format.

Spesifikke innspill til ulike avsnitt

Helhetlig oppfølging krever godt samarbeid mellom tjenestene:

«Det vil derfor være vesentlig at de i tjenestetilbudet som skal bistå i oppfølgingen ikke står alene med dette ansvaret, men har tilgang til fagpersoner man kan rådføre seg med. Psykologer i kommunen vil kunne være sentrale i dette.»

Legeforeningen mener det er minst like naturlig å peke på leger i kommunene i det aktuelle avsnittet.

Lage lokalt planverk for forebygging og oppfølging:

«Lokal plan for forebygging og oppfølging av selvskading og selvmordsfare bør forankres både på politisk- og administrativt nivå.»

Legeforeningen mener slike planer alltid må forankres faglig før de går til administrativ og politisk vurdering/forankring. Dette krever at leger, psykologer og annet relevant personell i kommunen sammen utvikler slike planer innenfor nødvendige ressursrammer.

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste: Selvmordsforebyggende team:

Bærumsmodellen presenteres, og beskrives å utgjøre et tilbud til de som i sykehuset vurderes å trenge bistand i perioden mellom sykehusbehandling og etablering av tiltak i det ordinære behandlingsapparatet. Der heter det at helsesøster eller andre kan være *ombud*. Dette er en ny og uvant bruk av ordet ombud, og gir assosiasjoner til en som skal påse at rettigheter ivaretas. Legeforeningen tror det er ment at vedkommende skal utgjøre et støtteapparat i en

overgangsperiode, og anbefaler å unngå bruken av ombudsordet, og heller bruke kontaktperson.

Lage samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler som sikrer oppfølging:

Tidligere i veilederen åpnes det for at personer med selvmordstanker ikke nødvendigvis trenger oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I dette avsnittet legges det opp til samarbeidsmøter og utarbeidelse av planverk *før* utskrivelse dersom pasienten først blir innlagt. Det kan være slik at spesialisthelsetjenesten ikke vurderer det nødvendig med videre behandling i sengepost, men at pasienten kan ivaretas ekstramuralt. Pasienten må da kunne utskrives tilbake til andre tiltak før nevnte møter og planverk legges – i motsatt fall er det nødvendig med en ikke ubetydelig oppbygging av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten som kan brukes mens en venter på disse møtene.

Betydningen av psykisk helse i skolen:

Det siste underavsnittet begynner med å fastslå at mobbing utgjør en betydelig risiko for til dels alvorlige psykiske helseplager. Det heter at om lag 50.000 barn og unge i grunnskole og videregående regelmessig utsettes for mobbing. Vi skulle gjerne sett at kommunenes plikt til å verne elever mot mobbing ble mer fremhevet. Pågående mobbing mot 50.000 er et alvorlig og stort problem som her synes å bli hoppet over, og fokuset i veilederen knyttes til etterarbeid. Å sette en stopper for pågående mobbing er meget viktig.

Forebygge selvmordsforsøk: Hvorfor forsøker noen å ta sitt eget liv:

Det er riktig at årsakene til selvmord er sammensatt. Unge menn løftes frem som en mulig ny risikogruppe. Det kan være riktig, men Legeforeningen spør seg hvor nyttig det er å innføre nye, store mulige risikogrupper (unge menn uten tegn på alvorlig psykisk lidelse). Hvordan skal leserne bruke denne informasjonen?

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
Fagdirektør