

Oslo, 05. juni 2023

Ref.: 23/AFJ/ph

Nasjonal faglig retningslinje om selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Norsk psykologforening takker for mulighet til å gi innspill til *Nasjonal faglig retningslinje om selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

Revideringen fremstår som gjennomarbeidet, klart forbedret og vil være en god støtte til tjenestene. Den tydelige presiseringen av leder og virksomhetenes ansvar for gode tjenester, oppfølging av ansatte og etterlatte etter selvmord er bra. Det er også presiseringer rundt barn/unge og foreldreansvar som våre medlemmer opplever som nyttige. Videre er det positivt at kompleksiteten ved det selvmordsforebyggende arbeid godt ivaretatt. Retningslinjen i sin helhet har fått en kunnskapsbasert omdreining hvor prediksjon av selvmord er tonet ned til fordel for forebygging, noe vi anser som meget heldig.

Vi vil i det følgende kommentere på rådene knyttet til hovedområdene slik de kommer frem i retningslinjen.

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

Et vesentlig poeng er at virksomheten må ha rammer og ressurser slik at helsepersonell kan følge opp pasienter med forhøyet selvmordsfare i den utstrekning de mener er forsvarlig. Det er vanskelig å gi en klar normering, men retningslinjen bør legge vekt på den enkelte behandlers konkrete vurdering. Virksomheten må ha systemer for å fange opp avvik dersom rammer er til hinder for et forsvarlig tilbud. Dette vil kunne ha stor forebyggende verdi.

RÅD: Ledelsen ved institusjoner som har døgnheter i psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal sørge for at det gjøres en årlig systematisk befaring av lokalene:

Selv om det presiseres i retningslinjen at enheten skal ha et design som innbyr til både sikkerhet og trivsel, omtales kun sikkerhet. Vi anbefaler at en henviser til, eller beskriver/gir eksempler på hvordan døgnposter kan skape trivsel for pasientene. Et overdrevent søkelys på sikkerhet kan medføre at en fjerner tiltak som kan skape trivsel, og at de to hensynene blir stående imot hverandre.

RÅD: Behandlingsansvarlig skal vurdere bruk av kontinuerlig observasjon og/eller intervallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot alvorlig selvskading og selvmord:

Her gis det en god beskrivelse av fordeler og ulemper ved intervallobservasjon og kontinuerlig observasjon. Ved flere sykehus diskuteres det hva som er normal standard for tilsyn og hvor langt en skal imøtekomme pasienter som vil ha lite tilsyn. Vi ber direktoratet vurdere om det kan være hensiktsmessig med noen føringer for minimumstilsyn.

Både dette rådet og det påfølgende omhandler vurdering av selvmordsfare. Vi merker oss at retningslinjen er klar på at man ikke kan predikere selvmordsfare, men den kunne med fordel være mer tydelig på hva helsemyndighetene mener implikasjonene av dette er. På side 27, skriver direktoratet «...majoriteten av de som døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern eller TSB, var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko» og fortsetter med å si at «Det er derfor essensielt at behandling og tiltak for å forebygge selvmord baseres på kliniske vurderinger av pasientens helhetlige tilstand og psykososiale situasjon.»

Dette er en formulering, som neppe tilfører faglig innhold som klinikerne ikke allerede er kjent med. Det bør også tas høyde for at det over mange år har vært en praksis i psykisk helsevern å gjøre nettopp den type vurderinger av suicidrisiko som man nå ønsker å gå bort fra. For eksempel at man stratifiserer i lav, medium, eller høy risiko basert på statistiske risikofaktorer på gruppenivå.

Vi merker oss at NICE guidelines, som veilederen refererer til, er tydeligere på implikasjonene av forskningen. For eksempel under punktene 1.6 på side 18 og 19, hvor det beskrives helt konkret både hva man ikke skal gjøre, men også ***hva man anbefaler å gjøre i stedet***. Risikoen ved å ikke være helt tydelig på disse punktene er at klinikerne blir sittende med usikkerhet som preger den videre behandlingen.

RÅD: Virksomhetsledelsen skal sørge for at ansatte har nødvendig kompetanse i klinisk vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd:

Her presiseres det at kartlegging ikke kan predikere framtidige selvmord. Dette er en viktig presisering og kan gjerne utheves mer. Årsaken er at det er en utbredt forventning at behandlingsansvarlige skal prøve å predikere selvmord selv om det ikke er mulig.

RÅD: Behandlingsansvarlig skal ved første kontakt, vurdere selvmordsatferd som del av en helhetlig klinisk vurdering;

Retningslinjen presiserer som sagt at en ikke kan predikere selvmord. I denne beskrivelsen burde en også være eksplisitt på at tjenestene og helsepersonell alltid må akseptere at det er en forhøyet selvmordsfare blant mange pasienter som går til behandling. Man kan aldri reduseres til null. Dersom behandlere opplever ansvaret og belastningen for å gjøre vurderinger for vanskelig eller krevende er det en fare for at pasienten sendes videre til nye vurderinger og nye innleggelse. En slik praksis er ikke til pasientens beste og skaper i verste fall manglende kontinuitet. Retningslinjen bør etterstrebe å bidra til en praksis og ett fokus fra dokumentasjon og vurderinger, over til hvordan en kan tilby hjelp som er til størst nytte for pasienten.

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

Her er det veldig bra at ordene bør og tilbys brukes framfor formuleringer som sier at alle pasienter skal ha sikkerhetsplan uten unntak. Det er vanlig at behandlingsansvarlige møtes med urealistiske forventninger til at de skal lage sikkerhetsplaner for pasienter som motsetter seg dette.

RÅD: 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:

Under begrunnelse går det fram at det ikke er forskningsmessig belegg for at fjerning av pasientens eiendeler reduserer selvmordsfare. Det er belegg for at reduksjon av tilgjengelige muligheter for å henge seg reduserer selvmord. Direktoratet legger vekt på individuelle vurderinger og om en skal bruke ransaking som tiltak. Lovens vilkår for å gjøre dette er strengt, og det skal kan brukes i tilfeller der en kan begrunne det godt. Her kunne rådet med fordel lagt større vekt på hvilke tiltak posten skal ha overfor alle pasienter. Det er for eksempel ikke noe belegg for at klinikere kan gjøre gode individuelle vurderinger av om enkeltpasienter skal ha ledninger eller lange snorer på rommet. Mange poster har som regel at pasientene ikke kan ha snorer og ledninger på post. Da unngår en å sette klinikere i situasjoner der de ikke kan gjøre gode individuelle vurderinger. En bør vurdere slike tiltak opp mot hvor forholdsmessige de er og ikke ha flere restriksjoner enn det som er nødvendig for pasientgruppen. Det vil her være store forskjeller om vi har med en akuttpost for pasienter i selvmordsfare eller om det er en åpen avdeling der alle er innlagt på frivillige vilkår.

RÅD: Behandlingsansvarlig i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør planlegge utskrivning av pasienter i starten av forløpet:

I klinikk blir en i utfordrende saker ofte stilt overfor at pasienter ikke ønsker helsehjelp. Temaet behandles kort under punktet om utskrivelser. Våre medlemmer opplever at problemstillingen er mer omfattende og retningslinjene burde tatt inn noen presiseringer rundt hva som er god praksis i slike tilfeller. En del pasienter legges inn med begjæring om tvang i tilfeller der kriteriene for tvang ikke er oppfylt. I slike saker blir helsepersonell sittende med uklare forventninger til hva de er forventet å gjøre når de treffer pasienter med forhøyet selvmordsfare og som ikke ønsker hjelp. Samtidig blir det presisert at utskrivelser skal være forsvarlige. På samme tid kan det umulig være hensikten at pasienter som ikke fyller kriteriene for tvungent psykisk helsevern skal holdes igjen på tvang for å skape tid for å planlegge utskrivelse.

Annet

I høringsbrevet minner Helsedirektoratet om at produktet også vil være nyttig på somatiske avdelinger. Fagutvalget for helsepsykologi i Psykologforeningen peker på at mennesker med somatiske tilstander har forhøyet risiko og kan utvise en annen type selvmordsatferd. For eksempel kan manglende etterlevelse av viktige råd, eller det å ikke følge opp sin medisinske tilstand være selvmordsatferd.^{1 2} Direktoratet bør vurdere om retningslinjen bør inkludere råd kring dette.

¹ Pompili, M., Forte, A., Lester, D., Erbuto, D., Rovedi, F., Innamorati, M., ... & Girardi, P. (2014). Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 352-360.

² Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health*, 20(2), 166-194.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening

A handwritten signature in black ink, reading "Arnhild Lauveng". The script is cursive and fluid, with the first name "Arnhild" and the last name "Lauveng" written in a single continuous line.

Arnhild Lauveng
Konst. president