Rådet for psykisk helse
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo
Tlf 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no www.psykiskhelse.no
Bank: 1609.08.79875 Org.nr. 971524499

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgiving om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU – Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helsedirektoratet

Oslo 9. juni 2023

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

Det kan være ulike årsaker til et selvmord, men den sterkeste enkeltfaktoren er psykisk lidelse og rusbrukslidelser. Mennesker som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, enten i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har som gruppe en sterkt forhøyet selvmordsrisiko. Nye funn viser at mennesker som får rusbehandling har over 16 ganger høyere selvmordsrate enn normalen. Det er derfor viktig at det nå kommer revidering av nasjonale faglige retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB.

Dersom vi med de nye retningslinjene får en mer målrettet og effektiv bruk av helsetjenester, vil det gi positiv effekt fordi det kan bidra til økt livskvalitet og livslengde både i løpet av og i etterkant av behandlingsløpene.

Målet med retningslinjen formuleres som: «Hovedformålet er at pasientene og deres nærmeste kan få best mulig behandling og oppfølging». Vi foreslår som NSSF å utvide formålet til å inkludere at retningslinjen skal bidra til å redusere forekomsten av selvmord og alvorlig pasientskade blant pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern og TSB.

I det følgende kommer vi med ytterligere forslag til videre tiltak og presiseringer av det som fremstår som grundige og gjennomarbeidede revideringer. Kunnskapsgrunnlaget er, der det ikke er vist til andre kilder, hentet fra rapporten fra årsrapport 2019–2020: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Selvmord under døgnopphold.

Overordnede kommentarer på terminologi
Helsedirektoratet er i denne høringen spesielt opptatt av hvorvidt retningslinjene er presise og tydelige i tilstrekkelig grad. Vi har noen kommentarer til begrepsbruken i retningslinjene:

Selvskading og villet egenskade
Bruken av begrepet 'selvskading' bør systematiseres og operasjonaliseres.
Begrepet "Villet egenskade" er ikke benyttet som begrep og ikke definert, noe det er behov for.

Vurdering av selvmordsatferd
Selv om begrepet "vurdering av selvmordsatferd" er «teknisk korrekt», kan det i en norsk kontekst oppfattes feilaktig. Det er viktig å tydeliggjøre at også selvmordstanker inngår for å unngå uklarhet. NSSF foreslår at nytt begrep vurderes, eksempelvis «vurdering av suicidalitet og selvskading.»

Krysshenvisninger
Det er behov for å tydeliggjøre forholdet mellom denne retningslinjen og behandling av pasienters ulike underliggende problemer. Vi foreslår mer utstrakt bruk av krysshenvisninger til faglige retningslinjer på tilgrensende relevante fagområder. Der det mangler faglige retningslinjer, for eksempel på behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser eller behandling av pasienter med villet egenskade i somatisk sykehus, er det naturlig å påpeke dette.

Miljøterapi
Beskrivelsen av miljøterapeutiske tiltak i avdeling bør samles i ett punkt.

Kjent terminologi og nye begreper
Som NSSF mener vi at det er uheldig å bytte ut innarbeidet begrep med noe nytt som er ukjent og derfor kan virke faglig forvirrende dersom det ikke er sterke grunner for det. Eksempelvis er det innarbeidede begrepet «kronisk suicidalitet» i retningslinjene erstattet med «gjentagende selvmordsfare over tid». Begrepet kronisk suicidalitet brukes i dag av en rekke aktører i helsetjenestenes grenseflater. For å unngå unødig forvirring bør vi fokusere på den allmenne forståelsen fremfor å innføre ny begrepsbruk. Suicidale episoder eller handlinger er hos en betydelig andel pasienter tilbakevendende. Selve innholdet i avsnittet er nå revidert med mer vekt på hva pasienter med kronisk suicidalitet trenger og mindre på hva de ikke skal ha. Det er bra, og bør være tilstrekkelig for å korrigere de negative assosiasjonene som av enkelte har vært knyttet til begrepet kronisk suicidalitet.

1. Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord

En innleggelse i psykisk helsevern er en risikomarkør for alvorlig selvmordsproblematikk. Av alle som døde i selvmord i perioden 2010–2020 var 45 prosent i kontakt med én eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord. 36,8 prosent var i kontakt siste 90 dager. På ti år, i årene 2010 til 2020, har 268 pasienter tatt sitt eget liv mens de var innlagt under psykisk helsevern. Dette er en dyster statistikk som er et uttrykk for en krevende og kompleks problematikk. Samtidig vil kunnskapen være et grunnlag for mer treffsikker forebygging, spesielt i den mest sårbare perioden etter utskriving, der potensialet er stort for å redde flere. Retningslinjene blir derfor et viktig virkemiddel for å utløse dette potensialet.

Overordnet er det bra at kapittel 1 kan bidra til å styrke ledelsesforankringen og tydeliggjør systemansvar/virksomhetens ansvar innen forebygging av selvmord og for opplæring av ansatte, samt ivaretakelse av ansatte etter et selvmord.

Relasjoner og autonomi
Vi mener som vår medlemsorganisasjon Norsk Sykepleieforbund (NSF) at et viktig forebyggende tiltak vil være å fremme opplevelse av mening, håp og sammenheng. Tiltakene bør alltid understøtte personens autonomi og deltakelse i et mellommenneskelig fellesskap. Dette forutsetter tjenester av høy kvalitet, hvor ansatte har relevant og solid kompetanse i alle ledd.

Mangel på relasjonelle faktorer var en tydelig svakhet i de forrige retningslinjene, og får heller ikke den plassen de fortjener i dette høringsutkastet. Forebygging handler om mer enn risikoreduksjon og forhindring av selvmord. Retningslinjen burde aller først beskrive behandling som inngir håp, opplevelse av mening, og inkluderer mennesker som strever i fellesskapet som et primærforebyggende tiltak. Deretter kan tiltak som er rettet mot nødvendig kontroll og begrensning av autonomi presenteres.

Norsk Sykepleieforbund viser i sin høring også til en systematisk oversikt over 20 kvalitative studier (Berg m.fl., 2017) som finner at pasienter med selvmordsatferd opplever at følelsen av trygghet påvirker egen selvmordsrisiko. Studien beskriver tre betydningsfulle områder: tilknytning til helsepersonell, beskyttelse fra et støttende helsepersonell som er engasjert i pasienten og det å gjenopprette en følelse av kontroll. Studien kan tyde på at kontroll- eller sikkerhetstiltak ikke er det første og viktigste i selvmordsforebyggende arbeid, men at de relasjonelle og eksistensielle faktorene veier så tungt at de må vektlegges bedre i retningslinjene, som i utkastet legger for lite vekt på konkrete beskrivelser av relasjonell pasientsikkerhet.

Pasientrettigheter og pasientsikkerhet
Vi anbefaler videre at faglige retningslinjer bør beskrive pasientrettigheter og forpliktelser fra de ulike tjenestene involvert i det samlete oppfølgingstilbudet. Dette vil styrke pasientsikkerheten. Vi anbefaler at man studerer hva man har gjort når det gjelder slike forpliktende rutiner og rettighetsfesting i andre land, for eksempel i Catalonia-regionen i Spania (Catalonia Risk Code) og New York State i USA (Zero Suicide Strategy). De lovpålagte kravene bør være enkle og robuste og forplikte både kommuner og sykehus.

Oppgavefordeling
Det er behov for at nye retningslinjer er knyttet til oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene. Det må være et sted der ansvaret er forankret. Beslutningstreet må inn i retningslinjene for å integrere mer av pasientenes behov og kunnskap i beslutningsprosessen. Kompetansekravene bør operasjonaliseres bedre, slik at det er lettere å identifisere når spisskompetanse på ulike problemstillinger må hentes inn eksternt. Eksempelvis bør vi påse at kunnskap på suicidal atferd i digitalt uttrykk alltid er tilgjengelig og at det alltid er kompetanseplaner på plass for de ansatte.

2. Klinisk vurdering og behandling av selvmordsatferd

Selvmordstanker og helhetlig vurdering
Setningen «Ved oppstart av behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal behandlingsansvarlig spørre om pasienten har selvmordstanker og/eller -planer. Hvor omfattende en videre vurdering av selvmordsatferd skal være, baseres på en helhetlig vurdering av pasientens bakgrunn, tilstand og livssituasjon». Her kan det oppstå misforståelser ved at det først er når behandlingen starter at man spør om slike forhold. Vi foreslår som NSSF å endre til: «Ved oppstart (ved første kontakt/samtale) av behandling i

psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal behandlingsansvarlig spørre om pasienten har selvmordstanker og/eller -planer. Hvor omfattende en videre vurdering av selvmordsatferd skal være, baseres på en helhetlig vurdering av pasientens bakgrunn, tilstand og livssituasjon».

Forekomst av selvmordstanker er en viktig faktor når man kartlegger selvmordsrisiko ved oppstart av behandling i psykisk helsevern eller TSB. Nye tall viser at kun 24 prosent av de som tok livet sitt i perioden 2019-2020 hadde ytret selvmordstanker ved forrige kontakt med psykisk helsevern. Blant innlagte pasienter er tallet det samme. Det bekrefter hvor vanskelig det er å vurdere selvmordsrisiko, og viser viktigheten av tydelighet i de nasjonale retningslinjene for å sette inn forebyggende tiltak også der det *ikke* er vurdert høy risiko for selvmord. Vi anbefaler som NSSF derfor å inkludere en større gruppe pasienter med systembaserte forebyggende tiltak. Når selvmordsrisikoen ble vurdert som lav blant de fleste pasientene, både på kort og lang sikt, og vi ser av tallene at risikoen i virkeligheten er høy, blir det avgjørende å forbedre vurderingsgrunnlaget som utløser beskyttelsestiltak - også for de pasientene som ikke har tydelig selvmordsatferd. Retningslinjene må inneholde anbefalinger som lukker gapet mellom den relativt lave kjente forekomsten selvmordstanker og antallet forsøk og gjennomførte selvmord.

Psykososial vurdering
Som NSSF mener vi at en selvmordsrisikovurdering bør omfatte konkrete tiltak som bidrar til å redusere og ivareta risikoen til den enkelte pasient. En vurdering av selvmordsrisiko bør fokusere både på pasientens aktuelle tilstand, øvrige problemer og behov og se dem i sammenheng av de individuelle faktorene som bidrar til å øke og redusere risikoen for den enkelte pasient. Slike vurderinger gjøres gjennom en helhetlig integrert vurdering av pasienten, og sjekklister over statistiske risikofaktorer på gruppenivå er ikke tilstrekkelig.

Vi anbefaler en systematisk psykososial vurdering av den enkelte pasient og vedkommendes behov for behandling og beskyttelse. Dette vil danne grunnlag for vurdering av hva slags type behandlingsforløp den enkelte blir tilbudt. Det bør utarbeides:

- faglige standarder for psykososial vurdering
- beslutningstre for veivalg i videre behandling, oppfølging og ivaretakelse av pasientsikkerhet avhengig av pasientens behov som bygger på informasjon om
  a) kjente risikofaktorer
  b) hvilke ressurser (særlig behandlingstilbud, støtte fra pårørende, personlige ressurser) som er tilgjengelige
  c) pasientens personlige verdier og valg

Retningslinjen sier at behandler som vurderer selvmordsadferd skal inneha kompetanse som sikrer faglig forsvarlighet (…) og at dette bør gjøres av lege eller psykolog med nødvendig opplæring. Videre står det at vurderingen også kan gjøres av annet helsepersonell som har nødvendig kompetanse. Hva som menes med annet helsepersonell må tydeliggjøres.

Helsepersonell har forskjellig grunnkompetanse og dette påvirker behovet for nødvendig opplæring.

Forankring av ansvar
Som Norsk psykiatrisk forening (NPF) mener vi i tillegg at formuleringen «Ved oppstart av behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal behandlingsansvarlig spørre om pasienten har selvmordstanker og/eller -planer» bør endres. Det er ikke hensiktsmessig for alle klinikker og avdelinger at det *skal* være behandlingsansvarlig, men at annen medisinsk-/psykologfaglig behandler kan være tilstrekkelig i gitte situasjoner så fremt behandlingsansvarlig involveres i vurderingen. Den totale situasjonen bør vurderes fra gang til gang, og eksempelvis kan relasjonell kontakt og personlig kjemi mellom pasient og behandler spille inn og påvirke resultatet av kartleggingen. Retningslinjene bør derfor ikke låse for snevert hvem som skal spørre, selv om ansvaret er tydelig forankret.

Metoderestriksjoner
I beskrivelsen av metoderestriksjoner bør det tydeliggjøres tiltak som begrenser tilgang på selvmordsmetoder. Både UKOM og NSSFs rapporter er tydelige på at det hovedsakelig blir brukt voldsomme selvmordsmetoder, og i 56% av tilfellene er det hengning eller kvelning. Det ligger et stort potensial for forbedring av de fysiske omgivelsene, og det bør tydeliggjøres hvilke metoderestriksjoner man bør foreta, eksempelvis fjerning av festepunkter og andre tiltak for å begrense tilgang på selvmordsmetoder. Dette er et av de best dokumenterte selvmordsforebyggende tiltakene inne på døgnavdelinger.

Det er behov for å nyansere beskrivelsene av behovet for fysisk sikring, da det er svært få intramurale selvmord i TSB. Mellom 2010 og 2021 var det 9 selvmord under døgnopphold i TSB, og omtrent halvparten av disse kan man anta skjedde utenfor institusjonen. Som NSSF vurderer vi den potensielle nytten av å fjerne alle hengningspunkter i TSB-institusjoner uten akutte funksjoner som lav sammenlignet med ulempene slike lokaler vil medføre med tanke på trivsel og kostnader. Vi støtter deres forslag om at i TSB-institusjoner uten akutte funksjoner bør ledelsen ved enheten vurdere behovet for sikring av lokalene, men ved behov for økt sikkerhet bør pasienten uten opphold overføres til egnet enhet».

Som Norsk psykiatrisk forening mener vi at anbefalingen om tilgang til eiendeler som kan være farlige for pasienten gjennomgående treffer godt, men mangler ivaretakelse av ungdomsperspektivet. Vi mener derfor at dialog med foresatte / de med foreldreansvar bør inngå også i denne vurderingen.

Pårørende
For å lykkes i det selvmordsforebyggende arbeidet må vi ta i bruk alle ressursene vi har. Pårørende er en slik ressurs som kan aktiveres. Det er mye psykisk helsebeskyttelse i relasjonell kontakt. Ihht nye retningslinjer skal eksempelvis foresatte involveres i planlegging av utskrivning av barn/ungdom og få informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp. Vi mener videre at også pårørende til voksne med selvmordsatferd bør

informeres der det er mulig og ønskelig fra pasientens side, og at det rutinemessig bør foretas en kartlegging av relevant slekt og nettverk som kan ha en funksjon i det videre løpet. Det bør skilles mellom rutiner for involvering fra pårørende avhengig av om det er barn eller voksne som er under behandling i psykisk helsevern.

- Vi savner presisering av hvem som har forpliktende ansvar som legges til ivaretakelse og oppfølging av etterlatte.
- Pårørende bør få informasjon/kunnskap om mulige normalreaksjoner ved å være pårørende etter selvmord (sorg, selvbebreidelse, skyldfølelse, egne selvmordstanker, PTSD).
- Det bør være eget pårørendeløp når barn/unge er etterlatte

I anbefaling fra kartleggingssystemet er spesifisert at: *Pårørende er en viktig ressurs for mange pasienter, og våre funn viser at det er et klart potensiale for å få til mer systematisk involvering av disse, ikke minst rundt særlige sårbare perioder som utskriving fra døgnopphold og avslutning av behandlingen for øvrig.*

3. Sikkerhet og beskyttende tiltak i døgnenheter

Observasjonstiltak
Observasjonstiltakene fremstår som noe som skal etablere tid og rom for relasjon og aktivitet på en positiv og lindrende måte. Vi savner en tydeligere presisering av at tiltakenes hovedformål er å redde liv. På generell basis skal observasjonstiltakene beskytte mennesker som er i akutt fare for død.

Kapittel 3 har noen utydeligheter. Det kommer i for liten grad frem at dette er beskyttelsestiltak i de mest akutte situasjonene under behandling på først og fremst lukkede døgnposter i PHV. Hensiktene med spesielle observasjonstiltak i døgnenhet er sikkerhet, og vi deler NSSFs syn på at det er uheldig når det fremstår som at slike meget inngripende tiltak kan iverksettes for å sikre pasienten tilstrekkelig oppmerksomhet og for å etablere relasjoner. Miljøterapi er grunnleggende for alle pasienter som har behov for døgnbehandling, og bør eventuelt intensiveres når pasientene er i behov av det, men ikke blandes sammen med sikkerhetstiltak.

Av de som tok livet sitt inne på avdelingen, viser tall fra NSSF at 40 prosent var under observasjon på grunn av selvmordsfare, de fleste under intervallobservasjon. Når det er grunnlag for overhengende selvmordsfare og så stor bekymring at observasjon iverksettes, bør det derfor i større grad anbefales kontinuerlig observasjon. Ved akutt overhengende selvmordsfare bør kontinuerlig observasjon benyttes gjennom skriftlige prosedyrer.

Vi mener som NSF at retningslinjene bør være tydeligere på hvordan kontinuerlig og intervallobservasjon bør gjennomføres og følges opp. Vi ønsker videre en tydeliggjøring av hvordan vi kan opprettholde og understøtte kjente beskyttelsesfaktorer. Mulighetene for

brukermedvirkning under kontinuerlig observasjon bør heller beskrives på et generelt nivå gjeldene for hele retningslinjen.

4. Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning

Oppfølging etter utskriving
Det er positivt og viktig at det har kommet en klar anbefaling om videre oppfølging etter utskrivelse fra døgnenhet. I kapittel 4 står det «Pasienter med selvmordsatferd bør følges opp i minimum 30 dager etter utskrivning fra døgnenhet. Oppfølgingen bør gjennomføres av utskrivende behandlingsenhet eller den instans som har tatt mot pasienten til videre oppfølging.» Vi mener som NSSF at siste del av denne setningen bør revideres. Slik tjenestene nå er bygget opp og organisert er det i veldig liten grad eksempelvis akuttavdelinger som har eller kan ta ansvaret for denne oppfølgingen. Vi frykter videre at en slik formulering kan medføre ansvarsfraskriving i andre deler av systemet.

Jevnlig faller mennesker gjennom det stormaska sikkerhetsnettet i psykisk helsevern og rusbehandling. Annenhver dag tar noen som allerede er tilknyttet behandlingsapparatet livet sitt. Mennesker blir regelmessig utskrevet uten verken plan eller oppfølging. Samhandlingen mellom tjenestenivåene når det gjelder oppfølging og behandling er ikke optimal. Verktøyene i samhandlingskassa blir ikke tatt nok i bruk. I perioden 2009–2018 hadde 44,3 % av alle personer som døde i selvmord kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året. I 2018 var det en median på 15 dager fra utskrivelse til selvmord blant personer i kontakt med psykisk helsevern for voksne siste år før selvmord. I perioden 2009 – 2018 var median antall dager fra siste kontakt med TSB til selvmord 13 dager for kvinner og 26,5. I de nye retningslinjene er målet at pasienter med selvmordsatferd skal følges opp i minimum 30 dager etter utskrivning fra døgnenhet. Dette er et godt tiltaksforslag, men ikke tilstrekkelig.

De første 30 dagene etter utskrivelse fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten er som kjent en periode med særlig høy risiko for selvmord; halvparten av dem som tar livet sitt etter utskrivelse gjør dette ila de 30 første dagene. Samtidig er risikoen for selvmord forhøyet i lang tid utover de første 30 dagene, og vi bør holde oppfølgingen i gang med kontaktpunkter også utover denne tidsperioden.

Målet fremover må være å tette sikkerhetsnettet etter utskrivelse, slik at flere overlever og får god oppfølgning mellom behandlingsnivåene og hjemmet. Ingen skal skrives ut til ingenting. Grovt anslått blir daglig ca. 30 personer skrevet ut fra døgnavdelinger på sykehus, herunder både medisinske avdelinger og døgnavdelinger i psykisk helsevern, etter opphold som har vært utløst av selvmordsforsøk, selvskading eller selvmordsrisiko. Mange av disse får ikke tilstrekkelig oppfølging. NSSFs kartlegginger viser at ifølge behandleren hadde om lag halvparten depressivt stemningsleie ved siste kontakt før selvmord og/eller symptomer på angst og uro. Rundt en fjerdedel hadde symptomer på søvnvansker, håpløshet og/eller selvmordstanker. Ved siste kontakt ble risikoen for selvmord oftest vurdert som lav både på kort og lang sikt, og under en tredjedel av pasientene hadde fått utarbeidet en kriseplan før de

døde i selvmord. I underkant av en tredjedel av personene i kontakt med TSB før selvmord hadde fått utarbeidet en kriseplan. Det vanligste symptomet behandlerne observerte ved siste kontakt var angst/uro etterfulgt av depressivt stemningsleie.
Pasienter som utskrives fra psykisk helsevern eller TSB skal motiveres til å samarbeide om en sikkerhetsplan iht nye retningslinjer. Faglige retningslinjer bør videre beskrive kunnskapsbaserte intervensjoner mer inngående. Systematisk bruk av felles verktøy i nasjonale pasientforløp legger bedre til rette for felles forståelse av vurderinger og tiltak gjort konkret når det kommer til sikkerhetsplan. Dette vil kunne lette oversikt over risiko for både helsepersonell, pasient og pårørende.

Den nye anbefalingen skal sørge for forsvarlig utskrivning med en plan for videre behandling og oppfølging. Etablering av kontakt med oppfølgende instans samt konkret tidspunkt for første kontakt skal avklares. Videre bør den faglige retningslinjen beskrive minimumsstandarder for den oppfølgingen som pasienten skal motta etter utskrivning fra sykehus. Dette bør blant annet omfatte "time i hånda" - at pasienten har fått time til oppfølging i løpet av de nærmeste dager (maksimum 1 uke) etter utskrivning. Det bør også fastsettes minimumsstandarder for hyppighet og varighet av oppfølgingen etter utskrivning og hva innholdet i oppfølgingen minimum skal omfatte. Avklaringer av ansvar knyttet til time i hånda vil legge til rette for bedre kontinuitet i nasjonale pasientforløp som har behandling parallelt med kommune og spesialisthelsetjeneste. Digital samhandling vil gi bedre oversikt over tiltak tilgjengelig i begge nivå av spesialisthelsetjenesten og redusere risikoen for at pasient blir stående på vent i overgangen.

Faglige retningslinjer bør følges opp med årlige målinger av praksis ved helseforetakene på utvalgte indikatorer. For eksempel bør man måle bruk av sikkerhetsplan hvert år og holde målingsresultatene opp mot måltall fastsatt i oppdragsdokumentet fra departementet til tjenestene. Andre indikatorer for årlige målinger kan være:

- Bruk av "time i hånda".
- Bruk av aktivt oppsøkende team/ettervern
- Systematisk oppfølging ved uteblivelse fra timeavtaler og sikre rutiner for hva man gjør når pasienter ikke møter til avtale
- Utvikling av og bruk av Digital samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjeneste, avgrenset til digital samhandling med fastlege og PLO meldinger mellom døgnavdelinger og kommunen. Muligheter for digital samhandling med lavterskelteam mellom poliklinikker og kommunehelsetjeneste er pr nå ikke utviklet, og utgjør en risiko med tanke på behov for samhandling og legger til rette for gode overgangen både undervegs og på vei inn og ut av pasientforløp mellom nivåene i helsetjenesten.
- Bruk av beslutningstre for veivalg
- Oppfølgingsbro – kartlegge pårørende og nettverket utløser ulike responser ved utskrivning

Personer som innlegges på sykehus for selvmordsrisiko og villet egenskade er heterogen. Mer systematisk behandling og oppfølging av denne gruppen forutsetter at man bruker både standardiserte og systematiske tiltak som er nyttige for de fleste og at man bruker persontilpassete tiltak og tilnærminger.

Siden selvmordsratene blant pasienter i psykisk helsevern for voksne og TSB er sterkt forhøyet sammenlignet med i den generelle befolkningen, vil forbedringer i forebygging av selvmord i spesialisthelsetjenesten derfor kunne ha stor effekt for befolkningen som helhet.

Med vennlig hilsen
Rådet for psykisk helse

Tove Gundersen

Tove Gundersen
generalsekretær

Vedlegg:
Kommentarer og presiseringer vi mener er viktige som en felles grunnlagsforståelse i selvmordsforebygging

Søvn
Det er en etablert sammenheng mellom søvndeprivasjon og selvmordsrisiko i forskningen, og en vesentlig fare for at observasjonstiltakene kan komme i veien for god søvnhygiene. Vi ser ikke fra anbefalingene hvordan søvnbeskyttende tiltak skal fungere i praksis. Her savner vi en ytterligere presisering av håndhevingen av tiltakene i praksis. Intervallobservasjon kan være forstyrrende for pasienten. Ifølge NSFs pasienterfaringer bidro periodiske nattobservasjoner til søvnforstyrrelser blant pasientene, og miljøforstyrrelser (lys og støy), inntrenging av privatliv og sikkerhetshensyn på avdelingen ble identifisert som forstyrrende faktorer. For noen mennesker så vil intervallobservasjon kunne føre til at de kan planlegge og gjennomføre destruktive eller selvdestruktive handlinger. Noen vil gjennomføre handlinger med en intensjon om å bli funnet i tide, mens andre vil gjøre det de kan for å ikke bli funnet i tide. Under begrunnelse side 34 står det også: «Flynn et al. (2017) fant at 91 % av selvmordene i døgnenheter skjedde under intervallobservasjon, og 60 % av selvmordene skjedde mens observasjonen ikke ble gjennomført som planlagt. Dette viser at det for noen pasienter ikke er trygt nok med intervallobservasjon.» Dette betyr imidlertid ikke at det aldri vil være hensiktsmessig med intervallobservasjon.

Fysisk aktivitet
Vi savner mer vekt på fysisk aktivitet, da hypotesen er at siden fysisk aktivitet gir bedre grunnlag for en god psykisk helse så vil det også kunne redusere selvmordsrisiko. Det finnes en rekke studier som viser at trening kan redusere selvmordsrisiko, så trening bør derfor alltid være tilgjengelig som en del av behandlingstilbudet som et beskyttende tiltak. Tall fra NSSF viser at blant pasientene som døde inne på avdelingen døde 79 % på enerom. De påpeker at når de fleste selvmord inne på avdeling skjer på pasientrom eller bad og på dag-/kveldstid, vil et selvmordsforebyggende miljøterapeutisk tiltak bli å arbeide aktivt med å aktivere og engasjere pasientene i avdelingens fellesmiljø. Tilbud og tilrettelegging for deltakelse i et aktivt fellesmiljø vil trolig være ønsket av mange pasienter. Det vil også sannsynligvis bidra til å bedre pasientens øvrige tilstand.

Vaktordning
Det bør presiseres hvordan få involverte og kontinuitet i behandlersituasjonen samsvarer med en moderne turnusordning og hvordan en fleksibel turnusordning kan tilrettelegges og skreddersys for å møte enkeltmenneskers akutte behov.

Tvang
Avverging av farlige situasjoner vil kunne medføre tvang. Vi ønsker en presisering av hvordan vi i henhold til retningslinjene kan måle om det er tilstrekkelig og kompetente ansatte på jobb og hvordan vi kan måle dette opp mot indikatorer som unødvendig tvangsbruk.

Smertelindring
Kroniske somatiske smerter er en kjent risiko for selvmord, så en strategisk tilnærming til smertelindringstiltak vil også bidra til å redusere risiko. Vi ønsker en presisering av hvordan somatisk kompetanse og kompetanse på kombinasjonslidelser kan sikres for å unngå unødig forvirring knyttet til sykdomsbildet.

Medisinering
Vi savner en presisering av mer systematisk monitorering av medikamentell behandling. I over halvparten av selvmordstilfellene under døgnopphold i 2019-2020 var det ikke kjent om medikamenter ble tatt som foreskrevet.