



Universitetet i Oslo

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep 0030 OSLO

Høringsinnspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Vi hilser en ny nasjonal helse- og samhandlingsplan velkommen og ønsker i det følgende å gi innspill konsentrert i forhold til hva vi ser som behov for en mer helhetlig samhandling når det gjelder oppfølging og behandling av personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av selvmordsfare.

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Forsiktige anslag tyder på at 4-6000 personer behandles for selvmordsforsøk i spesialisthelsetjenesten hvert år. I tillegg kommer mange i kontakt med legevakt og andre akutt-tjenester i forbindelse med slike kriser. Samtidig viser oppfølgingsstudier og registerstudier at det å ha utført minst ett selvmordsforsøk dramatisk øker risikoen for senere selvmordsforsøk og fullført selvmord. Å rette inn forebyggende tiltak mot personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten og kommunale akutt-tjenester i forbindelse med selvmordsforsøk er derfor et sentralt virkemiddel i forebygging av selvmord. Studier har vist at mer systematisk oppfølging og behandling av selvmordsforsøkere reduserer risikoen for gjentatt suicidal atferd. Men slik oppfølging krever samhandling og systematisk innsats fra flere behandlingsledd.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

I den første norske handlingsplanen mot selvmord 1995-1999 ble det satset systematisk på å etablere såkalte behandlingsskjedetiltak for personer som kom i kontakt med spesialisthelsetjenesten etter selvmordsforsøk. Disse tiltakene var utformet i tråd med den såkalte Bærumsmodellen som i korte trekk bestod av et systematisk samarbeid mellom lokalsykehus og kommuner og bydeler i sykehusets opptaksområde. Dette samarbeidet sikret at alt personell fikk nødvendig og oppdatert kompetanse til å gi et godt behandlingstilbud til selvmordsforsøkere, til å utføre selvmordsrisikovurdering og til å samarbeide om et kontinuerlig behandlingstilbud som fulgte pasienten fra sykehus og over i de ulike kommunale tjenestene. NSSF har gjort flere evalueringer av disse tiltakene og funnene tyder på at en stor del av landet ble dekket av behandlingsskjeder for selvmordsforsøkere og at behandlingsskjedene fungerte etter hensikten.

Etter innføringen av fastlegereformen ble det satset tydelig mindre på behandlingsskjedetiltak slik som beskrevet ovenfor. Tiltakene ble i stor grad ansett for å være overflødige all den stund at man antok at hver pasient kunne regne med å bli fulgt opp av sin egen fastlege etter selvmordsforsøk. I dag vet vi at dette ikke er tilfellet. Fastleger blir ofte ikke varslet i tide til å kunne følge opp pasienter tidsnok. Samtidig vil de fleste fastleger mangle kapasitet til å sørge for at pasienter som ikke møter opp blir kontaktet og fulgt opp. Når det gjelder selvmordsforsøkere er dette av helt avgjørende betydning. Samtidig blir selvmordsforsøkerne heller ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp av kommunale kriseteam eller ACT team. Mange tilbud avhenger av at

pasienten selv eller de pårørende ber om hjelp eller melder fra. Men mange selvmordsforsøkere vil ha svak evne til å be om hjelp eller si fra i tiden etter selvmordsforsøket. De vil snarere forsøke å trekke seg unna eller unngå oppmerksomhet. Dette er en sentral og utfordrende problemstilling som dagens helsevesen i for liten grad har klart å adressere i utformingen av hjelpetilbudet.

Vi anbefaler at hensynet til selvmordsforebygging blir omtalt spesifikt i den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen og at man særlig legger føringer for forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten om å sørge for at selvmordsforsøkere blir fulgt opp systematisk i en kontinuerlig behandlingsskjede. Et slikt behandlingsskjedetiltak bør inneholde følgende elementer:

- 1) Et veldefinert ansvarsledd i sykehus (for eksempel ved medisinsk mottakelsesavdeling) eller legevakt og et tilsvarende ansvarsledd i primærhelsetjenesten i kommune/bydel.
- 2) En avtale om forpliktende samarbeid mellom disse ansvarsleddene og skriftlige rutiner for oppgavefordeling og samhandling om den enkelte selvmordsforsøker
- 3) Skriftlige prosedyrer for hvordan selvmordsforsøkere skal risikovurderes og behandles og hvordan pasientsikkerhet skal ivaretas både i spesialisthelsetjenesteleddet og i primærhelsetjenesten
- 4) En plan for regelmessig faglig oppdatering av alt personell som er involvert i samhandlingen om den enkelte pasient
- 5) Prosedyrer for kvalitetssikring, evaluering og rapportering
- 6) Det ovennevnte bør være eksplisitt konkretisert i en samarbeidsavtale mellom det enkelte sykehus / legevakt og den enkelte kommune / bydel.

NSSF oppgir gjerne referanser til kilder og datagrunnlag samt utdypende faktagrunnlag dersom det er ønskelig.

Oslo 15.9.2022



Lars Mehlum
Professor dr med
Senterleder