

Faglig motmæle mot Helsetilsynet

Helsetilsynets læringspunkter kan paradoksalt nok hindre godt selvmordsforebyggende arbeid med vår pasientgruppe.

TEKST

Tormod Stangeland

Jan Hammer

Didrik Heggdal

Kim Larsen

Line Indrevoll Stånicke

Svein Øverland

Trond Fjetland Aarre

PUBLISERT 2. desember 2018

EMNER **Helsetilsynet** **Behandling** **Selvmordsfare**

Noen ganger dør mennesker i selvmord mens de er innlagt nettopp for å få hjelp mot selvmordsfare. Da reagerer vi med sjokk og fortvilelse. Ikke bare pårørende og venner, men også vi som er helsepersonell. Det virker så opplagt at hvis vi bare hadde gjort mer, passet bedre på, fulgt opp tettere, så kunne vi reddet liv. Den triste sannheten er at det ikke er slik det fungerer. Omfattende forskning konkluderer med at vi ikke kan forutsi enkelttilfeller av selvmord (Fosse, Ryberg, Carlsson, & Hammer, 2017; Large et al., 2016; Large et al., 2018). Vi har ingen metoder for å skille ut de personene som dør i selvmord, fra den mye større gruppen av personer som har akkurat samme symptombilde, og som ikke dør. I ettertid er det gjerne lett å finne tegn som kunne vært forstått som faresignaler. I forkant er de som dør, ikke til å skille fra tusenvis av andre som viser akkurat de samme tegnene på at de sliter, og som tviler på om de orker å leve mer (Larsen & Teigen, 2015). Vi er opptatt av den store gruppen av pasienter og familier som lever i redsel for selvmord, og som trenger å oppleve seg hørt og tatt på alvor.

«Hvis fagfeltet får ansvar for å avverge selvmord uten å ha realistisk mulighet til å få det til, øker enkeltbehandlingenes frykt»

Helsetilsynet har markert sin tilsynsrolle med en skarp kritikk etter at en tenåring i fjor tok sitt eget liv mens hun var til behandling på en sykehuspost (Helsetilsynet, 2018). Når Helsetilsynet går grundig igjennom en tragisk hendelse, vil det typisk komme opp viktige forbedringspunkter. Slik synes det også å være i dette tilfellet, så vårt innspill er ikke en global kritikk av tilsynsrapporten. Vi vil problematisere og forsøke å forstå bakgrunnen for at Helsetilsynet utvider sitt fokus. De setter opp generelle læringspunkter rettet til fagfeltet, der de særlig fremhever behovet for risikoreducerende tiltak. Helsetilsynet mener andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten bør gå gjennom egne rutiner i lys av hendelsen og vurdere om det er behov for forbedringer. Rapporten angår altså ikke bare de som var involvert i dette enkelttilfellet, men alt helsepersonell som er involvert i å håndtere selvmordsrisiko i døgnavdelinger.

Vi reagerer på Helsetilsynets holdninger og vurderinger i [rapporten](#).

Fra terapeutisk miljø til isolat

Følgende sitat er hentet fra Helsetilsynets rapport side 14:

“Ved befaring ved enhet for akutt ble det observert gjenstander som potensielt kunne være farlige, og som kunne brukes til å kunne skade seg selv eller andre. Helsetilsynet så at det på aktivitetsrommet blant annet var malerpensler, med lange spisse skaft. Nakkeputer i fellesarealets sittegrupper var festet med lange lærreimer. Ved inngangen til en av korridorene med pasientrom var det en løs bjelke med 5 cm spisse treskruer i skilledøren. Musikkinstrumenter med strenger lå åpent fremme i fellesarealet. En rekke tekniske gjenstander med løse kabler, og pepperkaker som var festet i gardinstang med kraftig hyssing. På pasientrom var det gardiner enkelt festet i ordinære gardinfester.”

«Den beste behandlingen vi har mot selvmordsfare, er det stikk

motsatte av å sperre folk inne og ta fra dem ansvar»

Slik vi forstår dette, ønsker Helsetilsynet å gjøre om en avdeling som legger vekt på miljøterapi, aktivitet og en hyggelig atmosfære, til et isolat med primært fokus på sikkerhet. Og de mener vi alle må vurdere å gjøre det samme på andre døgnavdelinger.

Feilsitering av retningslinjene

Helsetilsynet tar utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Dessverre feilsiterer de retningslinjene, som anbefaler å fjerne farlige gjenstander fra pasienter som vurderes å være i alvorlig selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 23). Tilsynsrapporten refererer dette uten forbeholdet «alvorlig» (Helsetilsynet, 2018, s. 11-12). Den aktuelle pasienten var vurdert å være i lav selvmordsrisiko i avdelingen, noe Helsetilsynet ikke virker å tillegge vekt, men kommenterer at «selvmordsfare er statistisk forhøyet for pasienter når de er innlagt i en psykiatrisk avdeling» (Helsetilsynet, 2018, s. 22). Dermed gjør de om sikkerhetsfokus fra noe en bør iverksette etter konkret vurdering av en enkeltpasient i alvorlig risiko, til noe som gjelder alle pasienter som blir innlagt i døgnavdeling.

Det er ikke empirisk grunnlag for å hevde at døgninnleggelse avverger selvmord (Mehlum et al., 2006), eller at avdelinger med høy bruk av tvang og sterkt sikkerhetsfokus beskytter bedre mot selvmord enn avdelinger med åpnere rammer (Huber et al., 2016). Derimot har vi mye kunnskap om at vennlige omgivelser, menneskelige relasjoner og meningsfull aktivitet demper selvmordstanker (Berg, Rørtveit, & Aase, 2017; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2018; Ostlie, Stanicke, & Haavind, 2018). Helsetilsynets læringspunkter kan paradoksalt nok hindre godt selvmordsforebyggende arbeid med vår pasientgruppe.

Sivilombudsmannen har til oppgave å vurdere psykisk helseverns praksis i lys av menneskerettighetene, og de inntar motsatt standpunkt av Helsetilsynet. De har kritisert overdreven bruk av sikring av fengselsinnsatte i selvmordsrisiko:

“Sivilombudsmannen har ved flere anledninger uttalt at det ikke utelukkes at bruk av sikkerhetscelle som et selvmordsforebyggende tiltak etter omstendighetene kan ha den motsatte effekt, ved at det i stedet for å minske risikoen for selvmord faktisk øker risikoen på kort og langt sikt. Dette understreker viktigheten av at både bruken av sikkerhetscelle og lengden av oppholdet er basert på en vurdering av at dette er et strengt nødvendig tiltak (Sivilombudsmannen, 2018, s. 28). “

«Helsetilsynets læringspunkter har ikke hjulpet oss til å bli bedre fagfolk»

Selvmordstanker er utbredt blant mennesker som har det vondt. For mange er det også elementer av trøst og verdighet i fantasier om egen død. Selvmordsatferd og selvskading kan være en måte å dempe fortvilelse og overveldelse på, eller forsøk på å få andre til å forstå hvor vanskelig de har det. Dette er nettopp måter å mestre motgang på, og ikke i seg selv livsfarlig (Stangeland, 2016; Stănicke, Haavind, & Gullestad, 2018). Dersom samfunnet reagerer på selvmordstanker med å ta fra folk skolissene og stenge dem inne, går vi ikke bare glipp av funksjonen og nytten til tankene som tegn på smerte som kan forstås og avhjelpes. Vi er også med på å fremmedgjøre tankene, og gjøre dem farlige og forbudte.

Sikringstiltak kan være virksomme ved akutte kriser som oppstår brått og avtar etter noen dager. Slike tiltak er ikke virksomme når selvmordstanker er en vedvarende del av personens emosjonelle fungering (Paris, 2004; Stangeland, 2012). De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern understreker at ved kronisk suicidalitet «er det nødvendig både for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd for denne gruppa sammenlignet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 25-26). Retningslinjene fraråder lengre døgninnleggelser, anbefaler å følge en langsiktig individuell plan, og at raske og krisebaserte endringer i den bør unngås. Helsetilsynets rapport ser ikke ut til å ta inn over seg forskjellen, men behandler alle situasjoner med selvmordsatferd i lys av sikkerhetsrisiko, begrunnet i det sjeldne og uforutsette tragiske utfallet i deres enkeltsak.

Kliniske konsekvenser

Vi skriver dette fordi vi ønsker å forstå hva Helsetilsynet mener vil være god praksis i psykisk helsevern. Læringspunktene i tilsynsrapporten er ikke forenelige med fagfeltets kunnskap om hva som vil være godt selvmordsforebyggende arbeid. Rapporten tyder også på at Helsetilsynet ikke er klar over de dramatiske konsekvensene etterlevelse av læringspunktene vil ha for klinisk praksis.

Tenåringen som var det tragiske utgangspunktet for tilsynsrapporten, var vurdert å være i lav selvmordsrisiko. Tenker Helsetilsynet at i en tilsvarende situasjon, med en annen ungdom med lignende tilstand, bør hun behandles i et isolatliggende miljø, uten musikkinstrumenter eller pepperkaker i vinduene, fratas alle personlige eiendeler og klesplagg som kan være farlige og tilses hyppig og uforutsigbart i tilfelle hun gjør nye selvmordsforsøk? Helsetilsynet er i så fall på kant med fagfeltet. Fagfolk vil typisk anbefale at hun bør skrives ut raskt, og følges opp av klinikere som klarer å danne en relasjon med henne. Vi fagfolk vil gjerne forstå hva som skjer i livet hennes, og gi henne håp om at hun kan ordne opp i problemene. Vi vil snakke med henne om hvordan hun oppfatter hjelpeforsøkene fra folk rundt seg, og gjøre det mulig for henne å si fra neste gang hun har det for vanskelig. Vi vil hjelpe omsorgsgiverne hennes å møte henne bedre. Fremfor alt: Vi vil ikke ta fra henne ansvaret for å holde seg fri fra skade. Vi vil heller hjelpe henne med å tåle vonde følelser, finne måter å roe seg på og be om hjelp når det blir mer enn hun kan klare på egen hånd. Hvis hun i stedet venner seg til at hjelpere skal gripe inn og stanse hennes impulser, har vi gjort henne mindre i stand til å ta vare på seg selv etter at innleggelsen er over.

Sikringsrettet tankeeksperiment

Selv mord er så fortvilende at det kan være nærliggende å sette i gang massive tiltak for alle som er i risiko, i håp om å redde de få som dør. Men vi må tenke over hva som egentlig kreves for å fysisk forhindre selvmord hvis personen selv forsøker å gjennomføre det. Den eneste pålitelige måten ville være å sperre inne og overvåke en stor pasientgruppe i faresonen over veldig lang tid. Dette vil gå på bekostning av deres selvstendighet og privatliv, og ofte forutsette tvungen behandling. Helsetilsynet påpeker musikkinstrumenter og skolisser som farlige gjenstander, men listen ender ikke der, om man skal hindre fortvilte personer å skade seg. På akuttinstitusjoner har det inntruffet alvorlige pasienthendelser der innlagte har hengt seg i strømpebuksene sine eller strikken fra joggebuksene, skadet seg med bh-spilene sine og smuglet inn farlige gjenstander i kroppens hulrom.

Det er vanskelig å se for seg hvordan personer med håpløshet og selvmordstanker skulle bli mindre suicidale av slike kontrolltiltak. Forventninger om at selvmord aldri skal forekomme, ville føre til frykt for å skrive ut pasienter som ikke ble bedre av behandlingen. Så snart innleggelsen ble avsluttet, ville det være vanlig at selvmordsfaren var minst like høy som før tiltaket ble iverksatt, fordi vanskene som førte til selvmordstankene, ikke var blitt løst under akuttinnleggelsen. Et dominerende sikkerhetsfokus kan ødelegge for behandlingsalliansen og forstørre kløften mellom den som har det vondt, og alle de andre. Det vil ytterligere redusere den terapeutisk nødvendige følelsen av tilhørighet, i verste fall forsterke selvmordsønsken. Selvmordsatferden kunne også øke på grunn av selve behandlingserfaringen de hadde fått, fordi mange ville ha opplevd den som fremmedgjørende og dypt krenkende. Det virker sannsynlig at forekomsten av selvmord paradoksalt ville øke hvis vi fulgte denne planen. For å hindre muligheten for skade og død ville vi hindret muligheten for trivsel og livslyst.

Alternativet

Den beste behandlingen vi har mot selvmordsfare, er det stikk motsatte av å sperre folk inne og ta fra dem ansvar. Vi hjelper ikke ved bare å holde folk i live, vi hjelper ved å gi folk troen tilbake på at de kan klare å leve livet sitt. Vi må hjelpe dem å se hva de har å leve for, og nøre opp under håpet om at de kan få et bedre liv, om de våger. Det krever samarbeid og tillit og må skje i personens eget tempo. Mange nøler med å fortelle om tankene sine, mange er redde for andres reaksjoner om de får høre hemmelighetene deres. Handler hjelperne for raskt og bestemt for å avverge fysisk fare, kan det styrke folks redsel, og gjøre det enda mindre sannsynlig at de søker hjelp.

Helsetilsynets læringspunkter har ikke hjulpet oss til å bli bedre fagfolk. Vi deler samfunnets frustrasjon over at noen har det så vondt at de tar sitt eget liv. Vi vet at den nærliggende løsningen, å stramme inn sikringstiltakene for å hindre dødsfall, er et blindspor. Hvis fagfeltet får ansvar for å avverge selvmord uten å ha realistisk mulighet til å få det til, øker enkeltbehandlingens frykt. Ikke bare blir de redde for å miste en pasient. De blir redde for å få kritikk og skyld for dødsfallet. Redde behandlere blir ikke bedre til å håndtere vanskelige relasjoner eller ivareta pårørende, tvert imot.

Hvis fagfeltet svikter, så er det ikke fordi det også i fremtiden vil forekomme selvmord. Dette er sørgelig, men like fullt sant. Den større faren ligger i å omdefinere oppgaven til helsevesenet fra å hjelpe folk i krise til hovedsakelig å avverge selvmordsfare. Slik blir psykisk helsevern redusert til å gjennomføre vurderinger, kortsiktige sikringstiltak og defensiv avgrensning av ansvar mellom hver enkelt behandler, med stadig økende krav til ytre skadeavverging i behandlingen.

Den beste hjelpen til ungdommer i selvmordsfare kan nettopp være musikkinstrumenter og malerpenner.

[Les tilsvaret fra Helsetilsynet her.](#)

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 12, 2018, side 1142-1146

TEKST

Tormod Stangeland, psykologspesialist

KONTAKT: tmst@ahus.no

Jan Hammer, spesialsykepleier

Didrik Heggdal, psykologspesialist

Kim Larsen, psykologspesialist, Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging

Line Indrevoll Stånicke, psykologspesialist

KONTAKT: erik.stanicke@psykologi.uio.no

Svein Øverland, psykologspesialist, leder av Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)

Trond Fjetland Aarre, psykiater

+ Vis referanser

Berg, S.H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 73. doi:10.1186/s12913-017-2023-8

Fosse, R., Ryberg, W., Carlsson, M.K., & Hammer, J. (2017). Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. *PLoS One*, 12(3), e0173958. doi:10.1371/journal.pone.0173958

Hagen, J., Knizek, B.L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 13(1), e1461514. doi:10.1080/17482631.2018.1461514

Helsetilsynet. (2018). Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Nedlastet

16.11.18: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/selv_mord_ved_bup_doegnavdeling_2018.pdf. Retrieved from

Huber, C.G., Schneeberger, A.R., Kowalinski, E., Frohlich, D., von Felten, S., Walter, M., ... Lang, U.E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 842-849. doi:10.1016/s2215-0366(16)30168-7

Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*, 11(6), e0156322. doi:10.1371/journal.pone.0156322

Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C.J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*, 48(7), 1119-1127. doi:10.1017/s0033291717002537

Larsen, K., & Teigen, K.H. (2015). Hvorfor misforstås forskning om selvmord? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 606-612.

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F.A., et al. (2006). Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24 - 2006. Nedlastet 20.11.2018: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_24_06_selvmord_-del_i.pdf.

Ostlie, K., Stånicke, E., & Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure. *Psychother Res*, 28(1), 150-163. doi:10.1080/10503307.2016.1174347

Paris, J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 12(1), 42-48.

Sivilombudsmannen. (2018). Besøksrapport Åna fengsel. Nedlastet 20.11.18: <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/03/Bes%C3%B8ksrapport-2017-%C3%85na-fengsel.pdf>.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>. IS-1511.

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 138-144.

Stangeland, T. (2016). I skyggen av selvmordsrisiko [In the shadow of suicide risk]. *Scandinavian Psychologist*, 3, e3. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.15713.e15713>.

Stånicke, L.I., Haavind, H., & Gullestad, S.E. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173-191. doi:10.1007/s40894-018-0080-9