

fravikes, vil det være et brudd på helsepersonells krav til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, noe som vil bli betraktet som et avvik av tilsynsmyndigheten, dersom det ikke er begrunnet i forskning. Dette vil bli meget vanskelig ettersom veilederen inneholder referanser til 18 vitenskapelige arbeidere.

En selvmordsrisikovurdering er dessuten en risikovurdering i henhold til interkontrollforskriftens § 4-b, og dersom den mangler, vil det også bli betraktet som et avvik mot bestemmelsene ovenfor.

Ness og medarbeidere mottok i 2014 akuttpsykiatriprisen. De la følgende føringer: spesialistvurdering innen et døgn, iverksetting av beskyttelsestiltak (observasjon, sikring av rom og omgivelser), vurdering av risikoen for selvmord (både ved innskriving, utskriving/overflytting og før permisjoner), involvering av pårørende, planlegging av permisjon og tiltak ved utskriving (blant annet kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere, og timeavtale for oppfølging).

Avdelingsoverlege Dahl ved Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Levanger sa for mange år siden (personlig meddelelse): «Den beste selvmordsforebygging er god behandling av grunnlidelsen.» Dette forutsetter selvfølgelig at korrekt diagnose blir stilt så raskt som mulig, jf. ovenstående. Etter mitt syn står dette utsagnet seg også i dag.

Tor-Finn Granlund

fmnttgr@fylkesmannen.no

Tor-Finn Granlund (f. 1949) er assisterende fylkeslege, Fylkeslegen i Nord-Trøndelag.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
2. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf> [22.3.2013].

Hagen og medarbeidere svarer:

Granlund hevder at det er en fundamental misforståelse å påstå at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ikke er bindende. Det står imidlertid at «Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger som må gjøres for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten og er et viktig virkemiddel i direktoratets arbeid med kvalitetsforbedring i helse-tjenesten. Faglige retningslinjer er ikke direkte bindende, men bør likevel være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge retningslinjer vil fagpersonell medvirke til at kravet om forsvarlighet i lovverket oppfylles» (1, s. 10). Retningslinjene fremstår dermed ikke som klart bindende, men kan forstås som pålagte ettersom det henvises til kravet om forsvarlighet i lovverket.

Granlund bemerker videre at dersom helsepersonell fraviker anbefalingene, blir det ansett som et avvik dersom det ikke er begrunnet i forskning, og at det i så fall vil bli vanskelig ettersom retningslinjene viser til 18 vitenskapelige arbeidere. Denne bemerkingen bidrar til å bekrefte oppfatningen om retningslinjene som et autoritativt dokument som «skremmer fagpersoner til disiplin» (2). Retningslinjene bygger dessuten på en kunnskapsoppsummering (3,4) som konkluderer med at den vitenskapelige dokumentasjonen på effekten av ulike intervensjoner er svak. Denne begrensningen rapporteres i retningslinjene og det fremgår for eksempel at 31 av 34 anbefalinger er basert på «manglende dokumentasjon» (1, s.12). Det betyr ikke at ulike selvmordsforebyggende tiltak ikke har effekt, eller at retningslinjenes anbefalinger ikke er gode.

Vi er imidlertid skeptiske til det fokuset retningslinjene har på risikofaktorbaserte selvmordsrisikovurderinger (5). Vi ønsker en psykisk helsetjeneste som yter individuell og god helsehjelp, inkludert effektiv behandling av psykiske lidelser, men er bekymret for

at den praksis retningslinjene legger opp til i større grad tjener tilsynsmyndighetenes formål framfor å bidra til tryggere og mer kompetente fagfolk og et bedre behandlingstilbud til selvmordstruede pasienter. Straume ser ut til å dele vår bekymring når han stiller spørsmålet: «Hva gjør alvorlige formaninger om fagansvar med behandlerens evne til å se pasienten og møte ham eller henne på en fleksibel måte?» (2).

Julia Hagen

julia.hagen@hist.no

Heidi Hjelmeland

Birthe Loa Knizek

Julia Hagen (f. 1975) er stipendiat ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og ph.d.-kandidat i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og rådgiver ved Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er professor ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og klinisk psykolog.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf> [22.4.2014].
2. Straume S. Selvmordsforebyggings pris. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2014; 51: 246–7.
3. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapscenteret, nr.24–06. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, 2006.
4. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 2. Rapport fra Kunnskapscenteret, nr.4–07. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, 2007.
5. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.

F. Becker svarer:

Her svarer forfatterne/forfatteren på et innlegg som er publisert på nett og i Tidsskriftet nr. 9/2014.

Det er riktig at det er flere pasientgrupper som rammes av afasi enn slagpasienter, og at det er flere pasienter enn dem med afasi som har behov for logoped. For dette innlegget valgte jeg slagpasienter med afasi fordi denne gruppen godt illustrerer problemene med det todelt ansvar og fordi det eksisterer retningslinjer med klare anbefalinger på dette feltet.

Jeg har også ellers mottatt en rekke tilbakemeldinger, hvorav de fleste støtter mitt forslag om at alt ansvar for språk- og kommunikasjonsvansker hos voksne med ervervet hjerneskade bør overføres til helsesektoren. Det vil bli interessant å se om myndighetene etter hvert klarer å ta situasjonen innover seg. Fra min side skal det ikke mangle på gjentatte påminnelser også fremover. Om overordnede myndigheter innenfor utdannings- og helsesektoren i det minste hadde klart å drøfte problemene med hverandre, hadde man kommet et stykke på vei.

Frank Becker

frank.becker@sunnaas.no

Frank Becker (f. 1969) er medisinsk fagsjef ved Sunnaas sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter