

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern



Heftets tittel: Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

Utgitt: Januar 2008

Bestillingsnummer: IS-1511

ISBN-nummer: ISBN 978-82-8081-098-4

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse
Postadresse: Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling: Oppgi bestillingsnummer IS-1511

Foto: Katrine Lunke
Grafisk design: Aase Bie
Trykk: Oslo Forlagstrykkeri

Forord

Selv mord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning først og fremst for pårørende og etterlatte, men også for helsepersonell som opplever dette i sitt kliniske virke. Helsetjenestene vil dessverre aldri fullt ut kunne forhindre selvmord og selvmordsforsøk. Det er likevel et viktig helsepolitisk mål å redusere antallet selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Skal vi lykkes, er det viktig å vektlegge forebygging og å arbeide for at tjenestene er tilgjengelige og trygge, og holder en kvalitativt god standard.

Psykiske lidelser kan medføre en økt risiko for selvmord. Depressive tilstander utpeker seg spesielt i denne sammenhengen, men også andre lidelser kan medføre en økt risiko. Tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelt selvmordsplaner hos mennesker med psykiske lidelser er derfor viktig for å iverksette forebyggende tiltak.

Erfaring viser at mennesker med selvmordstanker/ planer ikke alltid forteller om dette spontant. Retningslinjene anbefaler derfor at kartlegging av selvmordsrisiko inngår som standard i alle vurderinger og utredninger av pasienter i det psykisk helsevern. En slik rutinemessig kartlegging av selvmordsrisiko vil være et viktig kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet i det psykiske helsevernet.

Pårørende har vært en forsømt gruppe i det selvmordsforebyggende arbeidet, til tross for at det er en økt risiko for at pårørende og etterlatte etter selvmordsforsøk og selvmord selv tar sitt eget liv eller forsøker dette. Retningslinjene gir derfor anbefalinger for hvordan pårørende også kan bli bedre ivaretatt.

Selv mordsforebyggende arbeid innen psykisk helsevern er komplekst og utfordrende både faglig og følelsesmessig. Arbeidet omfatter alt fra fy-

sisk sikring av lokaler, til oppfølging av etterlatte etter selvmord. Tydelige retningslinjer for hvordan selvmord kan forebygges også i det psykiske helsevernet har lenge vært etterlyst. Nasjonale faglige retningslinjer er anbefalinger som bygger på god, oppdatert faglig kunnskap og er et viktig virkemiddel i direktoratets arbeid med kvalitetsforbedring i helse-tjenesten.

Retningslinjene henvender seg først og fremst til ledere og utøvende helsepersonell i det psykiske helsevernet. Sosial- og helsedirektoratet håper at retningslinjene vil bidra til å sette fokus på forebygging av selvmord, og at de vil inngå i det kvalitetsforbedrende arbeidet på dette området.



Bjørn-Inge Larsen
Direktør i Sosial- og helsedirektoratet

Innhold

Innledning	7
Bakgrunn	9
Kvalitet i tjenestene	10
Målgruppe.....	11
Gradering av anbefalingene	12
Arbeidsgruppen	13
Retningslinjer	14
1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko	14
Anbefalinger og rettslige krav	18
2. Behandling	19
Anbefalinger og rettslige krav	20
3. Forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern	21
Anbefalinger og rettslige krav	22
4. Forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern	23
Anbefalinger og rettslige krav	24
5. Kronisk suicidalitet.....	25
Anbefalinger og rettslige krav	26
6. Ivaretagelse av pårørende og etterlatte	26
Anbefalinger og rettslige krav	27
7. Rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk.....	27
Anbefalinger og rettslige krav	28
8. Rettslig grunnlag for helsehjelpen	29
9. Kunnskapsoppsummeringen.....	31
Begrensninger ved kunnskapsoppsummeringen	33
Forslag til prosedyrer	35
Vedlegg	51
Aktuelle linker	51
Referanser	51
Noter.....	54



Innledning

Frem til 1970-tallet hadde Norge en lav selvmordsrate sammenliknet med andre land. De neste 20 årene økte raten jevnt, mens det fra 1990-tallet har vært en betydelig nedgang. Selvmordsraten i Norge ligger i dag på samme nivå som i Sverige og Danmark, mens Finland ligger langt høyere. Årlig skjer det ca. 500 selvmord i Norge, i tillegg til et ukjent antall selvmordsforsøk. Ca. 25 prosent av selvmordene er pasienter som er eller har vært innlagt i det psykiske helsevern de siste tre årene.¹ Når det gjelder antall selvmordsforsøk, er det vanlig å anta at det er ca. ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord.

Alle selvmord og alvorlige selvmordsforsøk skal meldes til politiet og Helsetilsynet i fylket.² I 2005 og 2006 behandlet Helsetilsynet til sammen 176 saker om selvmord hos pasienter i behandling innen psykisk helsevern. De fleste sakene var basert på meldinger fra helseforetakene.

I Statens helsetilsyn sin tilsynsmelding for 2006 beskrives sentrale utfordringer i håndtering av selvmordsrisiko: «Helsepersonell har for dårlig kompetanse til utføring av en korrekt selvmordsrisikovurdering, og

Tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelt selvmordsplaner hos mennesker med psykiske lidelser er viktig for å iverksette forebyggende tiltak.

virksomhetene mangler rutiner på opplæring i selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende tiltak. Oppholdene på døgnavdeling er ofte for korte til å fastsette diagnose, det foretas ikke tilstrekkelige vernetiltak i forbindelse med de sårbare overgangsfasene i behandlingen, og dokumentasjonen er fortsatt mangelfull».

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling. I mangel av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, har det vokst frem lokale veiledere av varierende kvalitet og innhold. Det har derfor vært et behov for nasjonale faglige retningslinjer som er spesifikt rettet mot psykisk helsevern. I tråd med dette ønsker Sosial- og helsedirektoratet med disse retningslinjene å bidra til å:

- Bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk ved å bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud innen psykisk helsevern i hele landet.
- Bidra til å redusere antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern ved å sikre et faglig forsvarlig tilbud til denne gruppen.
- Styrke tilbudet om god oppfølging og ivaretagelse av pårørende til pasienter med selvmordsproblematikk og etterlatte etter selvmord.
- Gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordstruede personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko.

Retningslinjene bygger på en kunnskapsoppsummering utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i samarbeid med en ekspertgruppe.³ I tillegg er retningslinjer fra andre land og «Preventing Suicide: A toolkit for mental health services»⁵ gjennomgått og vurdert, samt at det har vært en bred ekstern høring.⁴

Bakgrunn

På bakgrunn av en sterk økning i selvmordstallene fra 1950-tallet og fremover, ble det i 1994 vedtatt et «Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge» rettet mot helsetjenesten. Med grunnlag i dette arbeidet ble det utarbeidet en «Handlingsplan mot selvmord». Den overordnede målsettingen med planen var at helsetjenesten skulle bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge. I løpet av planperioden ble det etablert strukturer både nasjonalt og regionalt for å ivareta ulike aspekter ved det selvmordsforebyggende arbeidet. Etter en ekstern evaluering ble det etablert et oppfølgingsprosjekt: «Tiltak mot selvmord 2000–2002». Hovedmålsettingen var styrking av helsetjenestens kompetanse og tilbud til mennesker i selvmordskrise samt forebygging av selvmord i utsatte grupper. Innsatsen med å sikre gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for mennesker innlagt etter selvmordsforsøk, både i psykisk helsevern og somatiske sykehus, ble på denne måten videreført.

I St. melding 25 (1996–1997) «Åpenhet og helhet» sies det blant annet at: «Helsetjenestens oppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet bør først og fremst rette seg mot to områder. For det første må det være en målrettet innsats mot risikogrupper som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Helsetjenestens andre satsingsområde bør være rettet mot risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd. Det dreier seg først og fremst om situasjoner som fører til tapsopplevelser og krenkelser for den enkelte». Retningslinjene er ett sentralt tiltak for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet innen psykisk helsevern.

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling.

Kvalitet i tjenestene

Helsetjenestene skal til enhver tid utøves faglig forsvarlig og i samsvar med god faglig praksis.⁶ For å bidra i kvalitetsarbeidet har Sosial- og helsedirektoratets utarbeidet en kvalitetsstrategi, «...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005–2015».⁷ Målet med strategien er å sikre at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnede og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Sosial- og helsedirektoratet har som en av sine oppgaver å gi faglige anbefalinger for tjenestene. Direktoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Det er en viktig målsetting for direktoratet å basere faglige anbefalinger på den best tilgjengelige kunnskap. Systematisk selvmordsforebyggende arbeid bør utføres i henhold til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer.

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. Der det foreligger rettslige krav til en bestemt type handling, vil dette fremkomme som et «skal/må-krav» i teksten, og det henvises til aktuelt regelverk. Disse punktene er i hovedsak samlet under overskriftene «Anbefalinger og rettslige krav» og i kapittel 8 «Rettslig grunnlag for helsehjelpen».

Retningslinjene er direktoratets anbefalinger. Det bør utarbeides lokale prosedyrer som en operasjonalisering av de anbefalinger som blir gitt i retningslinjene. Eksempler på prosedyrer finnes i vedlegget.

Retningslinjene er basert på en kunnskapsstatus om hvilke tiltak som kan forebygge selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter som er under behandling i psykisk helsevern. De går derfor i liten grad inn på grunnleggende premisser for all pasientbehandling hvor fokus på mestring og ressurser står sentralt.

Til tross for at mange risikofaktorer ved selvmord er kjent, er det som regel ikke mulig å forutse det enkelte selvmordstilfellet. Retningslinjene vektlegger derfor et forebyggende perspektiv. Dette innebærer at tiltak og prosedyrer retter seg mot alle pasienter i psykisk helsevern, og ikke bare mot pasienter hvor det er kjent selvmordsrisiko.

Målgruppe

Målgruppen for retningslinjene er psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene kan også være nyttige for andre som kommer i kontakt med pasienter med selvmordsrisiko.

Det bør utarbeides lokale prosedyrer som en operasjonalisering av de anbefalinger som blir gitt i retningslinjene.

Gradering av anbefalingene

I Retningslinjer for Retningslinjer⁸ anbefales det å klassifisere anbefalinger i forhold til det underliggende kunnskapsgrunnlaget. Retningslinjene tar utgangspunkt i den foreslåtte klassifisering:

Sterk (A1):

Basert på meget god dokumentasjon (nivå 1) og enighet i arbeidsgruppen om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.

Moderat (A2):

Basert på minst en god studie (nivå 2) og enighet om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.

Svak (A3):

Basert på manglende dokumentasjon (nivå 3), men likevel enighet om appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.

Arbeidsgruppen

For å bistå SHdir i arbeidet med å utvikle nasjonale retningslinjer ble det i 2004 nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe. Leder for arbeidsgruppen har vært fagsjef/spesialist i psykiatri **Ewa Ness**, Ullevål universitetssykehus. Forsker **Fredrik A. Walby** fra Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo og sjefpsykolog ved Psykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus, har vært gruppens faglige sekretær.

Andre medlemmer i arbeidsgruppen (i alfabetisk rekkefølge):

- **Christian Christiansen**, Nestleder Hjelpetelefonen Mental Helse Norge
- Forsker dr. psychol. **Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Bærum kommune
- Professor dr. med. **Øivind Ekeberg**, Ullevål universitetssykehus / Universitet i Oslo
- Professor dr. med **Berit Grøholt**, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening / Universitetet i Oslo
- Spesialist i psykiatri og avdelingsoverlege **Ola Marstein**, Norsk psykiatrisk forening
- Professor dr. med **Lars Mehlum**, Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for psykiatri, Universitet i Oslo
- Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie **Ingrid Nesje**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Region Nord
- **Kari Wille Rekdal**, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE)
- Prosjektleder psykiatrisk sykepleier **Venke Aarethun**, RVTS Region Midt
- Fagteamleder **Nils Petter Reinholdt**, RVTS Region Øst (avløste psykolog Roar Fosse i 2007)
- Psykiatrisk sykepleier **Gudrun Austad** og psykiatrisk sykepleier **Målfrid Litlere** RVTS Vest
- Førstelektor psykiatrisk sykepleier **Gry Bruland Vråle**, Norsk sykepleierforbund
- Psykologspesialist **Kristin Østlie**, Norsk psykologforening (avløste psykologspesialist **Tove Buseth** i 2007).

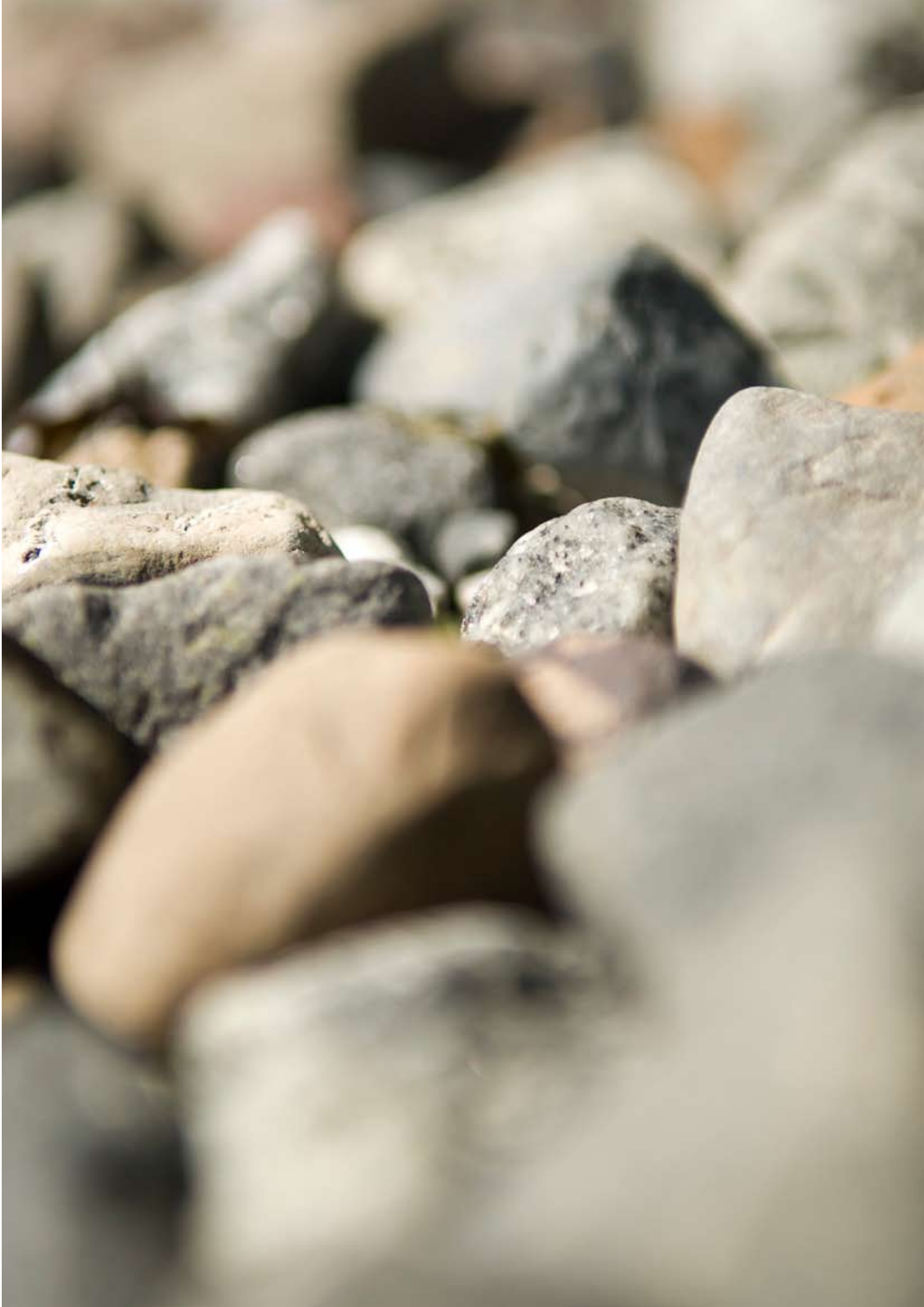
Arbeidsgruppen leverte i juni 2007 et utkast til retningslinjer som ble sendt ut på en bred ekstern høring. Arbeidsgruppen bisto deretter direktoratet med å innarbeide høringsinnspillene. De foreliggende retningslinjene er videre revidert av Sosial- og helsedirektoratet.

Retningslinjer

1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Et viktig element i arbeidet med å forebygge selvmord og selvmordsforsøk er å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko. Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. For å komme i en god dialog med pasienten, er det en forutsetning at helsepersonellet har relasjonskompetanse.

Vurdering av selvmordsrisiko er en av de vanskeligste oppgaver man møter som helsepersonell. Tanker eller planer om selvmord er ikke uvanlig hos mennesker med psykiske lidelser, mens selvmord og selvmordsforsøk forekommer sjeldnere. Dette gjør det komplisert å vurdere grad av selvmordsrisiko for pasienter som har selvmordstanker. I tillegg har selvmordshandlinger mange årsaker. Et selvmord eller et selvmordsforsøk skyldes ikke alltid utilstrekkelig risikovurdering eller behandling. Det er



dessverre ikke mulig å forebygge alle selvmord og selvmordsforsøk. Målet må være å sikre forsvarlig helsehjelp for å redusere omfanget av selvmord i størst mulig grad.

Retningslinjene skiller mellom *kartlegging* og *vurdering* av selvmordsrisiko.

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. En slik kartlegging bør gjøres av helsepersonell som har fått opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko og som, etter dette, vurderes som kvalifisert i henhold til forsvarlighetskravet, jf. vedlagt forslag til prosedyre om opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko. En systematisk kartlegging av selvmordsrisiko hos alle pasienter betyr et kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. Dersom resultatet av en slik kartlegging, utført av kvalifisert helsepersonell, gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko, tilsier forsvarlighetskravet at pasienten følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen og iverksetting av adekvat behandling. Se for øvrig presiseringer av forsvarlighetskravet lenger ned i dette avsnittet.

Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om iverksettelse av evt. behandlingstiltak omfatter både person, situasjon og tidsperiode. Aktuell psykisk status vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker eller -planer.

Helsepersonell som foretar vurderinger av selvmordsrisiko, må ha tilstrekkelig kompetanse til dette. Det følger av kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.⁹ Se for øvrig vedlagt forslag til prosedyre for vurdering av selvmordsrisiko og prosedyre for opplæring i vurdering av selvmordsrisiko

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner,

arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.¹⁰ Helsepersonell har plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasientene videre der dette er nødvendig og mulig.

Det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner. Hensikten med dette kravet er å sikre pasienten et forsvarlig tjenestetilbud, der den som presumptivt har de beste faglige kvalifikasjoner har det endelige ord når flere personellgrupper virker sammen.

Virksomheter som yter helsehjelp, har et overordnet ansvar for at helsetjenester som tilbys er forsvarlige.¹¹ Dette innebærer blant annet plikt til å organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.¹² Virksomheten skal blant annet sørge for at helsetjenester ytes av helsepersonell som innehar nødvendige kvalifikasjoner slik at forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 blir overholdt.

Det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

Helsepersonell som skal vurdere selvmordsrisiko, må ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko og eventuelt iverksette adekvate tiltak i denne forbindelse.¹³ Basert på de faglige kompetansekrav som ligger i utdanning til lege og psykolog, mener Sosial- og helsedirektoratet at disse yrkesgruppene i utgangspunktet vil være kvalifisert til å gjøre vurderinger av selvmordsrisiko. Det kan likevel for disse gruppene være nødvendig med opplæring i selvmordsrisikovurdering avhengig av den enkeltes erfaring og faglige bakgrunn. Når det gjelder spørsmålet om annet helsepersonell kan foreta vurdering av selvmordsrisiko, vil det bero på en vurdering av deres reelle faglige kvalifikasjoner. Hvilken fagbakgrunn vedkommende har, erfaring og etterutdanning vil ha betydning for hvem som rutinemessig kan foreta slike vurderinger. Dersom annet personell har tilstrekkelig kompetanse vil de kunne gjøre vurderinger av selvmords-

risiko. Viktig i denne sammenheng er virksomhetens ansvar for å legge til rette slik at tjenesteutøvelsen er forsvarlig. Man bør være oppmerksom på at kravet til kvalifikasjoner vil kunne være annerledes i en øyeblikkelig hjelp situasjon. Hvor hjelp er påtrengende nødvendig er helsepersonell forpliktet til å yte «den helsehjelp de evner» for å avhjelpe situasjonen.¹⁴

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler som et utgangspunkt at vurdering av selvmordsrisiko foretas av lege eller psykolog. Virksomheten har ansvar både for god opplæring på individnivå og for gode rutiner på systemnivå.

Anbefalinger og rettslige krav:

- Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. Pasienter bør spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Kartlegging bør gjøres ved kontaktetablering og bør dokumenteres (A3).
- Kartlegging av selvmordsrisiko må foretas av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse.¹⁵
- For pasienter som svarer positivt på noen av kartleggingsspørsmålene, bør det foretas en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko. Vurderingen bør gjentas ved endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon (A3).
- Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om evt. iverksettelse av behandlings- eller beskyttelsestiltak i denne forbindelse må foretas av kompetent helsepersonell, som har fått nødvendig opplæring.¹⁶ Kompetent helsepersonell kan være lege eller psykolog, eller annet personell som har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre slike vurderinger og treffe nødvendige tiltak.
- Alle virksomheter skal ha internkontroll som er tilpasset virksomhetens størrelse, egenart aktiviteter og risikoforhold.¹⁷ Virksomheten skal som en del av internkontrollen ha nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.¹⁸ Nødvendige rutiner for kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko anbefales etablert.

- Alle enheter anbefales å ha nødvendige rutiner for opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko. Enhetene må sørge at nyansatte har fått nødvendig opplæring og har nødvendige kvalifikasjoner i forhold til de oppgaver de settes til å utføre.¹⁹
- Alle ansatte som har pasientkontakt må få nødvendig undervisning i prosedyrer for kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko med sikte på at de til enhver tid skal være kvalifisert for sine arbeidsoppgaver.²⁰

2. Behandling

Undersøkelser²¹ viser at mennesker med psykiske lidelser har økt selvmordsrisiko. Blant mennesker som har tatt sitt eget liv, hadde mer enn 90 prosent en psykisk lidelse, enten denne var kjent eller ikke. Det er først og fremst depresjon, men også schizofreni, bipolar lidelse, rusmiddelmisbruk samt emosjonelt ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse som er forbundet med selvmordsrisiko. Den psykiske smerten som ofte er forbundet med disse psykiske lidelsene, kan bidra til at selvmordstanker blir omsatt i handling i et sårbart øyeblikk. Behandling av psykiske lidelser har derfor en helt vesentlig plass i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk. Behandlingen bør ta utgangspunkt i kunnskapsstatus for hver enkelt lidelse, brukerens egen vurdering av sin situasjon og behovet for hjelp. Under gjennomføringen av behandlingen er det viktig at pasienten får tilstrekkelig sosial støtte, både gjennom en god relasjon til behandlerne og til andre deler av det sosiale nettverket.

Kunnskapsoppsummeringen som retningslinjene bygger på, omhandler effekt av selvmordsforebyggende tiltak i psykisk helsevern. Det dreier seg om tiltak som psykoterapi, medikamentell behandling, ECT og annet. Det foreligger ingen studier som dokumenterer effekten av ECT ved selvmordsatferd. ECT har imidlertid dokumentert effekt ved alvorlig depresjon og bør derfor vurderes når dette foreligger.²² Det foreligger lite forskning på effekt av systemrettede tiltak som bedre kontinuitet i behandling og oppfølging av pasienter, bedre tilgang til behandling eller ulike beskyt-

telsestiltak rettet mot pasienter etc. Det finnes derfor lite sikker kunnskap på disse områdene.

Anbefalinger og rettslige krav:

- For adekvat behandling bør pasienter få korrekt diagnose så snart som mulig. Behandling bør igangsettes uten opphold når diagnosen er etablert (A3).
- Pasienter med selvmordsrisiko bør motta kunnskapsbasert behandling der dette er etablert; både i forhold til grunnlidelsen og selvmordsrisikoen (A3).
- Psykoterapeutisk behandling vurderes i tråd med oppdatert kunnskap (A2).
- Medikamentell behandling vurderes i tråd med oppdatert kunnskap (A2).
- ECT vurderes i tråd med oppdatert kunnskap. Se for øvrig Kunnskapsoppsummeringen²³.
- Det bør foretas en tidlig vurdering av hensiktsmessig behandlings- og omsorgsnivå og eventuelt nødvendig grad av tilsyn eller fysiske sikringstiltak. Ved akutt selvmordsrisiko bør pasienter behandles på lukket avdeling. Det må da foreligge et rettslig grunnlag for dette, jf. kap. 8 om rettslig grunnlag for helsehjelpen (A3).
- Vurdering av selvmordsrisiko og iverksatte beskyttelsestiltak må dokumenteres i pasientens journal i tråd med journalforskriftens²⁴ krav.
- Ved medikamentell behandling av barn under 15 år med moderat eller alvorlig depresjon bør bruk av fluoksetin vurderes i henhold til terapi-anbefaling fra legemiddelverket (A3).
- Bruk av Litiumprofylakse vurderes ved stemningslidelser (A1).
- Pasienter som har vært i alvorlig selvmordsrisiko eller har gjort selvmordsforsøk i løpet av siste år, bør ikke få utskrevet medikasjon for mer enn to uker av gangen inntil tilstanden er stabilisert (A3).
- Dersom pasienten som vurderes å ha høy selvmordsrisiko ikke møter til behandling, bør iverksettelse av tiltak vurderes (A3).

3. Forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern

For pasienter i døgnenheter er periodene rundt innleggelse og utskrivelse dokumenterte høyrisikoperioder for selvmord.²⁵ Dette gjelder særlig rett etter innleggelse og i de første uker til måneder etter utskrivelse.

Det mangler effektstudier på dette området, men erfaringsmessig er bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak av stor betydning. Det bør rettes spesiell oppmerksomhet mot fjerning eller tildekking av mulige festepunkter, da selvmord i institusjon oftest skjer ved hengning. Også sikring av vinduer kan sannsynligvis redusere pasienters mulighet til å ta sitt liv under oppholdet. Mange døgnenheter mangler rutiner som sikrer at nødvendige tiltak er iverksatt og blir vedlikeholdt.

I tillegg til behandlings- og beskyttelsestiltak (herunder fysiske sikrings-tiltak), er det viktig med kompetent og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt.

Tilbakemelding fra tilsynsmyndighetene viser at mange døgnenheter mangler entydige begreper for beskyttelsestiltak, slik som f. eks. ulike statuser for observasjon av pasienter. Alt relevant personell er ikke like godt kjent med hva disse begrepene innebærer, og dette har ført til alvorlige misforståelser. Det er derfor behov for entydig begrepsbruk på dette området. Nedenfor innføres følgende begreper: *kontinuerlig observasjon* og *intervallobservasjon*.

Kontinuerlig observasjon brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Pasienten bør ikke forlate enheten eller være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet. Det samme gjelder om natten. Nattlys bør være på. Det forutsettes at rettslig grunnlag for tiltakene er til stede.²⁶

Beslutning om *iverksettelse* av kontinuerlig observasjon må foretas av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette, jf. kravet til forsvarelig i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som er

nærmere beskrevet i kap. 1 i retningslinjene. Det er direktoratets anbefaling at beslutningen treffes av kvalifisert spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Loven åpner imidlertid for at beslutning om *iverksettelse* også kan foretas av annet kvalifisert personale som vurderer det som nødvendig for å forebygge selvmord i en gitt situasjon. I den grad det anses nødvendig i forhold til forsvarlighetskravet, må da bedre kvalifisert personale, ofte spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri, trekkes inn for en grundigere vurdering på et senere tidspunkt. Direktoratets anbefaling er videre at *avslutning* av et slikt tiltak besluttet av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon. Personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Tidsintervall mellom observasjoner kan for eksempel være 5, 10, 15 eller 30 minutter og bør være angitt med et maksimum, slik at personalet kan observere pasienten hyppigere for ikke å etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan utnytte til å skade seg selv. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid. Tidsintervallene defineres av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette.²⁷ Som nevnt vil kompetent spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri ofte være godt egnet. Ved vurdert behov bør man observere hyppigere enn angitt, men aldri sjeldnere. Direktoratets anbefaling er videre at *avslutning* av et slikt tiltak besluttet av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Anbefalinger og rettslige krav:

- Døgneheter bør gjennomgås årlig eller oftere for å identifisere bygnings- og interiørdetaljer som kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten.

Mulige fysiske farer i enhetens miljø eller i direkte nærhet til enheten bør identifiseres, og relevante tiltak bør iverksettes (A3).

- Alle døgneheter bør ha skriftlige prosedyrer for å fjerne gjenstander som kan brukes til hengning (tau, belter, skolisser, skjerf og slips etc.) fra pasienter som vurderes å være i alvorlig selvmordsrisiko (A3), jf. phvl. §§ 4–6 og 4–7 om undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon og beslag.
- Alle døgneheter bør ha skriftlige prosedyrer for observasjon av pasienter. Prosedyrene bør være entydige og kjent blant alt personale. Ansvar for iverksetting, endring og avslutning av tiltak bør være klart definert (A3).
- Kontinuerlig observasjon bør benyttes ved høy selvmordsrisiko, og avslutning av dette tiltaket bør besluttes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Når det ikke er nødvendig med kontinuerlig observasjon, kan det iverksettes intervallobservasjon. Avslutning av dette tiltaket bør besluttes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Alt personale som utfører kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon bør ha nødvendig opplæring i dette, se vedlagt forslag til prosedyre om observasjon av pasienter med selvmordsrisiko (A3).
- Det bør foreligge skriftlige prosedyrer for vurdering av utgangstatus, permisjon og overflytting mellom ulike enheter (A3).

4. Forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgneheter i psykisk helsevern

Pasienter som har vært innlagt i døgneheter innen psykisk helsevern, har som nevnt en klart forhøyet risiko for selvmord den første tiden etter utskrivning fra døgneheten. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten legger til rette for å sikre kontinuitet i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer og for å hindre at pasienter faller ut av behandlingen. Pasientene bør vite at noen følger dem opp og hvor de kan ta kontakt ved behov. For de fleste pasienter vil videre oppfølging ved distriktpspsykiatrisk sentre (DPS) være aktuelt enten pasienten har vært innlagt ved en sykehusavdeling eller en døgneheter ved DPS. Det forventes at DPS også har akuttjenester/

akutteam som kan kontaktes ved behov for akutt bistand fra spesialisthelsetjenesten. Etter utskriving fra psykisk helsevern vil ulike tjenester i det kommunale hjelpeapparatet, som fastlege og psykisk helsearbeider, være det neste behandlingsnivået. Videre samarbeid er ofte nødvendig. Vi viser for øvrig til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6–3.

Anbefalinger og rettslige krav:

- Når selvmordsrisiko har vært en problemstilling under oppholdet eller tidligere, bør selvmordsrisikoen vurderes og dokumenteres ved utskriving fra døgnenheter. (A3).
- Individuell plan skal foreligge ved utskriving, når vilkårene for dette er oppfylt.²⁸ Planen skal omtale hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen (A3).
- Videre behandlingsplan skal foreligge dersom kravet til faglig forsvarlighet tilsier det²⁹ jf. hlspl. § 4 og sphlsl. § 2–2.
- Pasienten bør gis informasjon om hvor og hvem han/hun kan henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp (A3).
- Det er en fordel om pasienten kjenner den som skal følge opp ham/henne videre og har en timeavtale med oppfølgende instans. Det bør også etableres kontakt med pasientens fastlege ved utskriving (A3).
- Pasienter som har vært i alvorlig selvmordsrisiko under oppholdet bør følges opp senest innen en uke etter utskriving, med på forhånd avtalt instans. Denne instansen bør være informert om vurderinger og iverksatte tiltak. Personlig følge til neste behandler bør vurderes. Epikrise bør foreligge ved utskriving (A3).
- For å forebygge at høyrisikopasienter faller ut av behandlingsopplegget i en overgangsfase mellom ulike behandlingstilbud, bør det benyttes ambulante team dersom andre spesialiserte tiltak ikke er igangsatt (A3).

5. Kronisk suicidalitet

Hos noen få pasienter kan selvmordstanker og -planer være mer eller mindre konstante. Disse kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading og / eller selvmordsforsøk. Diagnostisk forekommer kronisk suicidalitet oftest hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Samtidig rusmiddelmissbruk og / eller tidligere traumatisering er også vanlig. Denne pasientgruppen utgjør en spesiell utfordring for alle behandlere og er ofte brukere av helsetjenester på flere nivåer.

Hovedutfordringen i behandling av pasienter med kronisk suicidalitet, er at selvmordsrisikoen er forhøyet på lang sikt, samtidig som pasientenes grunnleggende problemer også er av langvarig natur. Det er derfor viktig å etablere en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse for å kunne endre pasientens grunnlidelse, øke mestring og slik redusere risikoen for selvmord. Pasientenes grunnleggende problemer og andre forhold, som for eks. at behandlere bytter arbeidssted eller av andre årsaker må avslutte behandlingsløp, kan være en hindring for langsiktige behandlingsallianser. Dette utgjør en utfordring i arbeid med denne pasientgruppen.

Kunnskapsoppsummeringen viste at både dialektisk atferdsterapi og dagavdelingsbasert psykodynamisk orientert behandling, sannsynligvis er nyttig for mennesker med kronisk suicidalitet. Det kan imidlertid være vanskelig å få iverksatt slike tiltak fordi akutte kriser og andre problemer stadig avbryter utrednings- og behandlingsforsøk. Disse pasientene legges ofte inn i døgnenheter på grunn av akutt selvmordsrisiko, samtidig som det er konsensus i fagmiljøet nasjonalt og internasjonalt om at innleggelse i døgnenhet i mange tilfeller er lite hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

På bakgrunn av forventet varighet av problemene og faren for at endringer i behandlingsplan, inkludert bruk av ulike akutte tiltak kan redusere prognosen på sikt, er det nødvendig både for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd

for denne gruppa sammenliknet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet. Det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen.

Anbefalinger og rettslige krav:

- Pasienter med kronisk suicidalitet bør utredes nøye, inkludert diagnostikk av grunnlidelsen og av evt. komorbide tilstander. I tillegg bør alvorlighetsgrad og utløsende faktorer for selvmordsatferden kartlegges i detalj (A3).
- Det bør legges stor vekt på utarbeidelse av en langsiktig individuell plan. Raske og krisebaserte endringer i denne bør unngås (A3).
- Pasienten bør ha en fast behandler som er ansvarlig for den psykoterapeutiske behandlingen. Der det er nødvendig med andre tiltak, bør disse ha som hovedhensikt å støtte opp under den pågående behandlingen. Involverte behandlere og behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at disse pasientene blir «kasteballer» mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner (A3).
- Innleggelse i døgnenheter bør unngås. Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon, bør varigheten av oppholdet begrenses til kun å omfatte den akutte selvmordskrisen (A3).
- Personalet som jobber spesielt med denne pasientgruppen har behov for støtte i form av særskilt opplæring og veiledning (A3).

6. Ivaretagelse av pårørende og etterlatte

Pårørende til pasienter med selvmordsrisiko føler ofte et stort ansvar og opplever som regel pasientens selvmordskrise som en stor personlig belastning. Dersom pasienten har tatt sitt eget liv, kan mange etterlatte oppleve skyldfølelse, hjelpeløshet og kompliserte sorgreaksjoner. Psykisk helsevern har fått mye kritikk for ikke å ha tilstrekkelig kontakt med etterlatte eller for ikke å ha gitt et godt nok tilbud om sorgstøtte. Det er i dag en bedre forståelse for betydningen av pårørende som aktive støttespillere i behandlingen av pasienter med selvmordsrisiko og for at pårørende kan utgjøre en viktig støtte og ressurs.

Pårørende og etterlatte bør få informasjon om aktuelle brukerorganisasjoner, som f. eks. LEVE (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord), Mental Helse eller andre aktuelle organisasjoner og kontaktinformasjon til lokalforeningen av disse.

Anbefalinger og rettslige krav:

- Nærmeste pårørende har rett til å medvirke til helsehjelpen og å få informasjon om helsehjelpen etter reglene i pasientrettighetsloven kap. 3.
- I samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt m.v. bør pårørende gis anledning til å komme med opplysninger om pasienten. Pårørende bør da gjøres oppmerksom på at pasienten vil kunne lese disse opplysningene i sin pasientjournal.
- Der selvmordsrisiko har sammenheng med konflikt med pårørende, bør det vurderes å inkludere pårørende i behandlingsopplegget dersom det er mulig og i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt m.v. (A3).
- Pårørende bør gis informasjon om varselsignaler for høy selvmordsrisiko og hvor man kan henvende seg i øyeblikkelig-hjelp situasjoner (A3).
- Pårørende til pasienter i alvorlig selvmordskrise bør få tilbud om støtte til bearbeiding av egne reaksjoner eller problemer i etterkant av krisen (A3).
- Det bør finnes prosedyrer for ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. Pårørende og etterlatte bør få korrekt og rask informasjon, tilbud om samtale og bistand til videre oppfølging etter behov, samt informasjon om sine rettigheter, jf. kapittel 8 om rettslig grunnlag for helsehjelpen (A3).

7. Rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk

Statens helsetilsyn har påpekt at melderutinene ved selvmord og alvorlige selvmordsforsøk ikke er gode nok. Det eksisterer sannsynligvis en under-rapportering på dette området. Det vil si at ikke alle selvmord og alvorlige selvmordsforsøk innenfor spesialisthelsetjenesten blir meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Det er viktig at behandlere og institu-

sjoner rapporterer til Helsetilsynet i fylket. Slik rapportering kan føre til en gjennomgang av rutiner og andre forhold slik at eventuelle feil kan oppdages og utbedres.

Enhver som yter helsetjeneste skal ha et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 med tilhørende forskrift. Et internkontrollsystem skal ha fokus på viktige aspekter ved den faglige virksomheten, f.eks. om vurderinger av selvmordsrisiko er gjort i overensstemmelse med den vedtatte prosedyren.

Anbefalingene som blir gitt i disse retningslinjene bør innarbeides i eksisterende rutiner og systemer for kvalitetskontroll og forbedring, som en del av plikten til internkontroll, jf. blant annet internkontrollforskriften³⁰ § 4.

Anbefalinger og rettslige krav:

- I henhold til helsepersonelloven § 36 og forskrift om leges melding om unaturlig dødsfall³¹ har leger plikt til å melde fra til politiet om selvmord. Alle unaturlige dødsfall, også overdosedødsfall, som man i egenskap av å være lege får kjennskap til hos pasienter i psykisk helsevern, skal det meldes fra om. Ved selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk som har utløst behov for akuttmedisinsk behandling, har virksomheten meldepikt til Helsetilsynet i fylket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–3.
- Selvmord og alvorlige selvmordsforsøk bør behandles i organisasjonens kvalitetsutvalg/-råd eller lignende, for å vurdere om det er gitt faglig forsvarlig behandling og om rutiner bør endres (A3).
- Det enkelte helseforetak bør føre oversikt over antall meldte selvmord og alvorlige selvmordsforsøk, og hvorvidt foretaket fikk kritikk av Helsetilsynet eller ikke. Helsetilsynets tilbakemeldinger bør gjøres kjent for alle behandlere i læringsøyemed (A3).
- Det bør etableres skriftlig prosedyre for ivaretagelse av medpasienter, behandlere og annet involvert personale ved selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk (A3).

8. Rettslig grunnlag for helsehjelpen

Ovenfor fremsettes anbefalinger i forhold til vurdering, behandling og forebygging av selvmord. Alle anbefalingene forutsetter at det foreligger et gyldig rettslig grunnlag for tiltaket. Dette kan være samtykke fra pasienten, tvungent psykisk helsevern eller nødrett.

Hovedregelen er at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens samtykke, jf. psykisk helsevernloven (phvl) § 2–1. I tråd med Opptrappingsplanens intensjon om å redusere bruken av tvang, er stadig flere pasienter frivillig innlagt i psykisk helsevern.

Ved frivillig innleggelse kan det oppstå situasjoner der pasienter med selvmordsrisiko forlater avdelingen og tar sitt eget liv. Det er dessverre ikke mulig å fullt ut forebygge alle selvmord eller selvmordsforsøk. Der det er høy selvmordsrisiko vil det være riktig å vurdere tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern, selv om pasienten har avgitt et gyldig samtykke til behandling.

Det er som hovedregel et forbud mot å overføre en pasient fra frivillig til tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3–4 første ledd (konverteringsforbudet).³² Forbudet gjelder imidlertid ikke «..hvor utskrivning gjør at pasienten utgjør en nærliggende fare for eget eller andres liv eller helse». Dette unntaket kan være aktuelt overfor pasienter med selvmordsrisiko.

For å etablere tvungent psykisk helsevern må pasienten ha en «alvorlig sinnslidelse», jf. phvl. § 3–3 første ledd nr. 3. Videre må bl.a. ett av tilleggsvilkårene i § 3–3 første ledd nr. 3 bokstav a og b, være oppfylt. For å etablere tvungen observasjon, må det bl.a. være «overveiende sannsynlig» at disse to nevnte vilkårene er oppfylt, jf. phvl § 3–2 første ledd nr. 3.

Ved selvmordsrisiko vil pasienten kunne utgjøre en «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse», jf. phvl § 3–3 første ledd nr. 3 bokstav b, slik at dette tilleggsvilkåret vil være oppfylt.

Hovedregelen er at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens samtykke

Vurderingen i forhold til hvorvidt hovedvilkåret er oppfylt, vil imidlertid tidvis være vanskelig. Begrepet «alvorlig sinnslidelse» tilsvarer ikke noen medisinsk diagnose. Som utgangspunkt omfattes aktive psykosetilstander og kronisk psykosesykdom under begrepet «alvorlig sinnslidelse». Også enkelte andre tilstander enn psykoser kan kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en helhetsvurdering, hvor ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslag den gir seg, må tillegges stor vekt, se kommentarer til phvl. § 3–3 i rundskriv I-10/2001. En slik helhetsvurdering vil være aktuell overfor en ikke-psykotisk pasient med selvmordsrisiko. Forhold som vil tale for at det foreligger en «alvorlig sinnslidelse» vil kunne være at vedkommende lider av en alvorlig depresjon, eller at vedkommende har et funksjonsfall også utover selvmordsrisikoen. Videre må graden av selvmordsrisiko i enkelte situasjoner kunne spille inn i vurderingen av om vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» må anses oppfylt (se Syse, 2007 s. 189 «Psykisk helsevernloven med kommentarer»).

Elektrokonvulsjonsbehandling (ECT) kan som hovedregel kun iverksettes på bakgrunn av pasientens samtykke. ECT kan ikke iverksettes med hjemmel i psykisk helsevernlovens § 4–4 «behandling uten eget samtykke», da dette vil omfattes av unntaket «alvorlig inngrep» i bestemmelsens annet ledd. ECT vil imidlertid kunne vurderes brukt i spesielle nødrettsituasjoner, jf. kommentarene til phvl. § 4–4 i rundskriv I-10/2001³³.

Pårørendes og etterlattes rettigheter er nedfelt i ulike lover. Nedenfor nevnes enkelte sentrale rettigheter for nærmeste pårørende til pasient med selvmordsrisiko eller som har tatt sitt liv. Omtalen er ikke uttømmende. Det vises for øvrig til Sosial- og helsedirektoratets kommende veileder «Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester».³⁴

- Pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og om den helsehjelp som ytes i henhold til pasientrettighetsloven § 3–3.
- Nærmeste pårørende er gitt klagerett i forhold til en rekke vedtak fattet

med hjemmel i psykisk helsevernloven. Denne klageretten utløser i utgangspunktet også samtidig rett til informasjon om vedtaket.

- Pårørende og etterlatte kan anmode tilsynsmyndighetene om en vurdering av mulig pliktbrudd etter pasientrettighetsloven § 7–4 og helsepersonelloven § 55. Helsetilsynet skal gi den som har framsatt en slik anmodning underretning om resultatet av behandlingen.
- Nærmeste pårørende har innsynsrett i journal etter en persons død når vilkårene i helsepersonelloven § 24 er oppfylt.
- Pårørende og etterlatte kan søke erstatning i henhold til Norsk pasientskadeerstatning i forbindelse med behandlingssvikt.³⁵

9. Kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummeringen baserer seg på granskning av forskningslitteraturen i basene Medline, Embase, PsychInfo, Cinahl og Swemed på vesteuropeiske språk fram til mai 2005 (del 1) og i basene Cochrane Library, HTA databasen, Medline, Embase og Cinahl fram til januar 2006 (del 2). Basert på et begrenset antall studier med akseptabel kvalitet var det grunnlag for å trekke noen konklusjoner. En oversikt over relevante konklusjoner er sitert under. Retningslinjene tar utgangspunkt i konklusjonene fra kunnskapsoppsummeringen.

Psykoterapi

Enkelte studier rapporterer at psykoterapi reduserer selvmordsatferd mer enn kontrollbehandling. Dette gjelder studier av kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi gitt til pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse og dagavdelingsbasert psykodynamisk orientert psykoterapi gitt til pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Multisystemisk terapi (MST) gitt til ungdommer med behov for akuttinnleggelse i psykiatrisk avdeling, er også rapportert å redusere selvmordsatferd mer enn kontrollbehandling.

Ingen studier har rapportert økt selvmordsatferd i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen.

Medikamentelle intervensjoner

I flertallet av studier som inngår i kunnskapsoversikten, reduserer antidepressiver (hovedsakelig SSRI, TCA og MAOI) nivået på depresjon og selvmordstanker, og i noen få tilfeller selvmordsatferd mer enn placebo hos pasienter med markert depresjon, men relativt lav grad av selvmordsfare. I om lag halvparten av disse studiene var imidlertid selvmordstruede pasienter ekskludert. En har ikke funnet holdepunkter for at det skjer en forverring av selvmordsrisiko under behandling med antidepressiver sammenliknet med kontrollbetingelser.

For barn og unge under 18 år har flere lands legemiddelmyndigheter nå vurdert at de fleste SSRI har en uheldig balanse mellom nytte- og skadevirkninger og fraråder derfor bruk av preparatene i behandling av depresjon i denne aldersgruppen.

Det er funnet en signifikant effekt av litium i å redusere selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter med stemningslidelser. Enkelte studier rapporterer at atypiske nevroleptika reduserer selvmordsatferd hos pasienter med schizofreni sammenliknet med andre antipsykotika.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Det foreligger ingen studier som kan belyse mulige effekter av ECT på selvmordsatferd.

Annet

En rekke antatt selvmordsforebyggende tiltak tar sikte på å lette kontakten mellom psykisk helsevern og personer med problemer.

- Metodiske svakheter gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner fra studier av behandlingsskjedetiltak.
- Det er ikke funnet studier av effekten av hospitalisering ved selvmordsfare som gir grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke pasienter som bør innlegges.

- Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av beskyttelsestiltak (begrenset tilgang til farlige midler og fysiske sikrings tiltak i institusjoner, «ikke-selvmondskontrakter», overvåkning) på selvmordsatferd.
- Det er et stort behov for forskning som evaluerer effekten av ulike typer intervensjoner.

Begrensninger ved kunnskapsoppsummeringen

Flertallet av studiene som kunnskapsoversikten bygger på, er gjort på kortvarige intervensjoner og har metodiske svakheter. Dette gjelder blant annet svakheter i design, utstrakt bruk av indirekte mål og utvalgsmessige begrensninger. Et stort problem er at flertallet av studiene ekskluderte pasienter med stor selvmordsfare. Dette medfører at vi ikke vet sikkert om studienes resultater har gyldighet for de mest risikoutsatte pasientene. Flertallet av studier hadde også små utvalg og begrensede muligheter for å påvise effekter. Dermed kan reelle behandlingseffekter ha blitt oversett. Det er mangel på studier av barn og unge, av spesifikke undergrupper av pasienter og pasienter med komorbiditet. Mange av studiene i kunnskapsoversikten er gjort med utgangspunkt i somatiske sykehus etter villet egenskade, med begrenset generaliserbarhet til psykiatriske populasjoner.



Forslag til prosedyrer

I retningslinjenes anbefalinger er prosedyrer ofte nevnt. Det er derfor lagt ved eksempler på ulike typer prosedyrer som det kan være hensiktsmessig å benytte i klinisk selvmordsforebyggende arbeid:

- Vurdering av selvmordsrisiko 36
- Opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko 38
- Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko 40
- Observasjon av pasienter i forbindelse med selvmordsrisiko 41
- Melding av selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk 43
- Oppfølging av etterlatte etter selvmord 45
- Oppfølging av pasienter som ikke møter til timeavtale 47
- Fysisk sikring av døgnenheter i forhold til forebygging
av selvmord 48

Forslag til prosedyrer bygger på eksempler som er utarbeidet og benyttet av klinikere først og fremst ved Ullevål universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Universitetssykehuset i Nord Norge. Prosedyrene er tilpasset anbefalingene gitt i disse retningslinjene.

Prosedyre: Vurdering av selvmordsrisiko

Hensikt

- Sikre at faglig forsvarlig helsehjelp blir gitt.
- Sikre at alle pasienter som er i selvmordsrisiko blir vurdert og behandlet etter gjeldende retningslinjer.

Faglig forsvarlighet

Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både på virksomhetsnivå og individnivå (helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2–2).

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Fremgangsmåte

Når skal vurderingen foretas

Kartlegging av selvmordsrisiko bør foretas når pasienten kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dersom resultatet av en slik kartlegging, utført av kvalifisert helsepersonell, gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko, tilsier forsvarlighetskravet at pasienten følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen og iverksetting av adekvat behandling. Vurdering av selvmordsrisiko bør revurderes ved behov, for eksempel ved endring i status, tilstand eller livssituasjon.

Vurdering av selvmordsrisiko bør basere seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord og et klinisk intervju.

Risikofaktorer

Risikofaktorer for selvmord som bør kartlegges:

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmisbruk
- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)

- Brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnenhet)
- Selvmord i familien
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)
- Manglende nettverk

Spesifikke spørsmål som bør stilles

Kartlegging av selvmordstanker og planer:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden/av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner og hvor konkrete er disse?
- Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har pasienten tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?

Det bør gjøres en vurdering av selvmordsrisiko som omfatter person, situasjon og tidsperiode. Aktuell psykisk status bør vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker eller planer. Det bør etableres tiltak som følger som konsekvens av vurderingen, for eksempel demping av psykisk smerte ved hjelp av samtale, medisiner eller observasjon. Nettverket bør mobiliseres, og man bør vurdere å høyne omsorgsnivået (innleggelse eller observasjon i døgnenhet). Tiltak skal dokumenteres i journalen i tråd med kravene i journalforskriften.

Når konklusjonen fra vurderingen er at det foreligger selvmordsrisiko, bør ny vurdering foretas minst én gang daglig inntil selvmordsrisikoen er over.

Når pasienten skrives ut, bør selvmordsrisikoen omtales dersom dette var en problemstilling ved innleggelse.

Opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko

Hensikt

- Sikre at alle pasienter som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten får forsvarlig behandling.
- Sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse til å kartlegge og identifisere selvmordsrisiko, slik at de henviser aktuelle pasienter til en vurdering av selvmordsrisiko hos helsepersonell som er kvalifisert for å foreta slike vurderinger.

Ansvar

Virksomheten har et overordnet ansvar for at de ansatte, i henhold til forsvarlighetskravet, får nødvendig opplæring og har nødvendig kompetanse i kartlegging og identifisering av selvmordsrisiko. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette. Virksomheten bør sørge for at det finnes oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring på dette feltet og når det har skjedd.

Faglig forsvarlighet

Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både på virksomhetsnivå og på individnivå (helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2–2).

Vurderinger av selvmordsrisiko og dokumentasjon av denne, (se *Prosedyre for Vurdering av selvmordsrisiko*) gjøres av kvalifisert personell i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Lege eller psykolog vil ofte være godt egnet. Også annet helsepersonell bør ha kunnskap om risikofaktorer for å kunne identifisere disse og eventuelt henvise pasienten til vurdering av selvmordsrisiko dersom vedkommende selv ikke har de nødvendige kvalifikasjoner.

Fremgangsmåte

Alt nyansatt helsepersonell bør innen tre måneder læres opp i å identifisere selvmordsrisiko hos pasienter, dersom de ikke har hatt slik opplæring tidligere. Dersom forsvarlighetskravet tilsier det, må opplæring skje tidligere. Ansatte som skal gå i vakt, Øyeblikkelig Hjelp (ØHJ) eller arbeide i akutteam med pasienter i akutte kriser, bør læres opp før de får slikt ansvar. De må alltid ha de kvalifika-

sjoner som er nødvendige i henhold til overholdelse av kravet om faglig forsvarlighet.

Opplæringen bør bestå av:

- Undervisning
- Praktisk øvelse
- Veiledning på dokumentasjon

Praktisk øvelse læres best ved mester-svenn modellen; man observerer en erfarne kliniker identifisere eventuelle risikofaktorer, deretter gjør man dette selv mens den erfarne er til stede. Den erfarne vurderer når den nyansatte selv behersker identifiseringen tilfredsstillende. Den nyansatte har selv et ansvar for at hun/han oppfyller kravene i henhold til kravet til faglig forsvarlighet.

Hvis man i samtale med en pasient identifiserer at pasienten har selvmordstanker og/eller planer, er det viktig at man vurderer dette ut fra kjente risikofaktorer i pasientens sykehistorie:

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmisbruk
- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)
- Brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnavdeling)
- Selvmord i familien
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)
- Manglende nettverk

Hvis noen av disse risikofaktorene foreligger, bør kvalifisert helsepersonell, gjerne kompetent lege eller psykolog, kontaktes for vurdering av selvmordsrisiko på grunnlag av status og samlet kjennskap til pasientens sykehistorie. Oppfølgingstiltak bør settes i verk som en konsekvens av vurderingen.

Slike tiltak kan for eksempel være en støttende empatisk samtale, mobilisering av nettverk, medikamenter som demper psykisk smerte, innleggelse ved døgnenhet eller akutenhet, se for øvrig kapitlet om «Rettslig grunnlag for helsehjelpen» i retningslinjene.

Journalføring: Identifisering av risikofaktorer, samt de tiltak som iverksettes i forbindelse med disse, skal dokumenteres i journalen på en tilfredsstillende måte, jf. journalforskriftens §§ 7 og 8.

Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko

Hensikt

- Sikre faglig kompetanse for vurdering av pasienter med selvmordsrisiko.
- Sikre at systematisk opplæring i vurdering av selvmordsrisiko blir gitt til alle ansatte.

Faglig forsvarlighet

Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både på virksomhetsnivå og på individnivå (helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2–2).

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette. Virksomheten bør sørge for at det finnes oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring på dette feltet og når det har skjedd.

Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko

Aktuelt helsepersonell bør få opplæring i hvordan man gjennomfører og dokumenterer vurderinger av selvmordsrisiko.

Opplæringen bør bestå av:

- Undervisning
- Praktisk øvelse
- Journalveiledning

Undervisning

Undervisningen bør inneholde opplæring i klinisk intervju og drøfting av kasuistikker.

Alt nyansatt helsepersonell bør innen tre måneder læres opp i å vurdere selvmordsrisiko, dersom de ikke har hatt slik opplæring tidligere. Dersom forsvarlighetskravet tilsier det, må opplæring skje tidligere. Ingen går vakter med ansvar for å gjøre vurderinger av selvmordsrisiko uten at de har kvalifikasjoner i samsvar med forsvarlighetskravet.

Praktiske øvelser

Det kliniske intervjuet læres best ved mester-svenn modellen: Man observerer en erfaren behandler gjøre vurderinger, deretter gjør man vurderinger under den erfarnes veiledning, inntil man behersker vurderingen av selvmordsrisiko tilfredsstillende.

Journalveiledning

Vurderinger av selvmordsrisiko skal dokumenteres i journalen på en tilfredsstillende måte, jf. journalforskriftens §§ 7 og 8. Se prosedyre for Vurdering av selvmordsrisiko. Det er journalteksten som ligger til grunn for redegjørelser til Helsetilsynet i fylket i forbindelse med selvmord. Alt helsepersonell som i utgangspunktet er kvalifisert for vurdering av selvmordsrisiko bør få veiledning på sine vurderinger av slik risiko inntil de har en god nok kvalitet.

Observasjon av pasienter i forbindelse med selvmordsrisiko

Hensikt

- Sikre pasientens liv og helse.
- Sikre bruk av entydige begreper for beskyttelsestiltak.
- Sikre at misforståelser mellom de ulike profesjonene unngås.

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Fremgangsmåte

Det er to nivåer av observasjon av pasienter ved selvmordsrisiko:

- 1) Kontinuerlig observasjon
- 2) Intervallobservasjon

Kontinuerlig observasjon

Kontinuerlig observasjon brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Pasienten bør ikke forlate enheten eller være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet. Det samme gjelder om natten. Nattdøra bør være på. Det forutsettes at rettslig grunnlag for tiltakene er til stede.

Beslutning om *iverksettelse* av kontinuerlig observasjon må foretas av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette, jf. kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som er nærmere beskrevet i kap. 1 i retningslinjene. Det er direktoratets anbefaling at beslutningen treffes av kvalifisert spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Loven åpner imidlertid for at beslutning om *iverksettelse* også kan foretas av annet kvalifisert personale som vurderer det som nødvendig for å forebygge selvmord i en gitt situasjon. I den grad det anses nødvendig i forhold til forsvarlighetskravet, må da bedre kvalifisert personale, ofte spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri, trekkes inn for en grundigere vurdering på et senere tidspunkt. Direktoratets anbefaling er videre at *avslutning* av et slikt tiltak besluttet av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Intervallobservasjon

Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon. Personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Tidsintervall mellom observasjoner kan for eksempel være 5, 10, 15 eller 30 minutter og bør være angitt med et maksimum, slik at personalet kan observere pasienten hyppigere for ikke å etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan utnytte til å skade seg selv. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid. Tidsintervallene defineres av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette. Som nevnt vil kompetent spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri ofte være godt egnet. Ved vurdert behov bør man observere hyppigere enn angitt, men aldri sjeldnere. Direktoratets anbefaling er videre at *avslutning* av et slikt tiltak besluttet av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Melding av selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk

Hensikt

- Sikre at lovpålagte melderutiner blir overholdt
- Informere ansvarlige ledere om alvorlige hendelser
- Lære av erfaringer ved å gjennomgå hendelsen og sørge for at det gjøres en vurdering av hvorvidt det er handlet faglig forsvarlig og om rutiner bør endres.

For at det ved selvmord og alvorlige selvmordsforsøk kan påvises hvorvidt pasienten har fått faglig forsvarlig behandling, er det viktig at det foreligger godt dokumenterte vurderinger av selvmordsrisiko.

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Fremgangsmåte

Selvmord regnes som unaturlig dødsfall og skal meldes til politiet snarest mulig, jf. helsepersonelloven § 36 og forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall. Dette gjelder også overdosedødsfall. Dersom en pasient tar livet av seg mens vedkommende er innlagt ved en døgnenhet, skal vakthavende lege umiddelbart varsle politiet på telefon. Det skal utstedes legeerklæring om dødsfallet og kopi skal sendes politiet.

Alle selvmord bør også umiddelbart meldes til leder, som vurderer om direktøren skal orienteres. I løpet av en uke bør det foreligge en skriftlig redegjørelse fra ansvarlig behandler i saken, som også bør være underskrevet av leder, og sendes kvalitetsutvalget/-rådet eller lignende i organisasjonen.

Virksomheten skal snarest mulig gi skriftlig melding om dødsfallet til Helsetilsynet i fylket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–3.

Dersom en pasient tar livet av seg mens vedkommende er i poliklinisk behandling ved et DPS, bør dette meldes i linjen til leder samme dag man får vite om det. Det bør sendes en skriftlig redegjørelse til kvalitetsutvalget/-rådet eller lignende innen en uke.

Man vet ikke alltid om en pasient som blir funnet død hjemme, har tatt sitt liv eller er død av andre årsaker. Det bør meldes fra om alle unaturlige dødsfall, inkludert de som skjer mens pasienten står på venteliste til behandling.

Alle behandlere som opplever at deres pasienter tar livet av seg, bør bli tatt godt vare på gjennom oppfølgningsamtale med sin leder. Leder bør påse at oppfølgningsamtaler avholdes.

Alvorlige selvmordsforsøk

Sykehuset plikter å melde fra om hendelser som har medført betydelig skade på pasient, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–3. Alle selvmordsforsøk som har medført betydelig skade på pasient, eller som kunne ha ført til betydelig skade, skal meldes på skjema «Melding om pasientrelatert skade, uhell og nesten uhell» helst samme dag og sendes i linjen til kvalitetsutvalget/-rådet eller lignende, som melder til Helsetilsynet i fylket snarest mulig. Som alvorlig selvmordsforsøk regnes det når skaden trenger behandling, for eksempel at et kutt må sys eller at pasienten må legges inn p.g.a. tablettverdose. Skader som ikke krever behandling, trenger man ikke melde til tilsynsmyndighetene, men kan drøftes i eget kvalitetsutvalg/-råd eller lignende.

Avdelingssjef bør også ha muntlig melding samme dag. I løpet av en uke bør det foreligge en skriftlig redegjørelse fra ansvarlig behandler i saken, som også bør være underskrevet av avdelingssjefen og sendes kvalitetsutvalget/-rådet eller lignende.

Skriftlig redegjørelser ved selvmord/alvorlige selvmordsforsøk

- Pasientens sykehistorie fremstilles først kort og deskriptivt med fokus på den aktuelle situasjonen.
- Diagnose i henhold til ICD 10 oppgis.
- Deretter kommer behandleres vurdering av hvorvidt det var foretatt en vurdering av selvmordsrisiko eller ikke, og om denne var tilfredsstillende.
- De mest kjente risikofaktorer for selvmord bør drøftes opp mot risikofaktorer hos pasienten: psykisk lidelse (depressiv lidelse, psykose, rusavhengighet, ustabil personlighetsforstyrrelse), tidligere selvmordsforsøk, selvmord i familien, brudd i nær relasjon og stor ærekrenkelse.
- Det gjøres en vurdering av hvorvidt pasienten har mottatt behandling i tråd med faglig aksepterte normer.
- Det gjøres en vurdering av om aktuelle rutiner bør endres.
- Hendelsen bør alltid beklages.

Oppfølging av etterlatte etter selvmord

Hensikt

Sikre at etterlatte får tilbud om oppfølging og blir ivaretatt etter selvmord.

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Fremgangsmåte

Etterlatte bør underrettes umiddelbart etter at et selvmord har funnet sted. Varsling bør så langt det er mulig skje ved personlig meddelelse, enten av personell ved enheten eller via prest eller lege i etterlattes bostedskommune. Vakthavende lege avgjør i hvert enkelt tilfelle hvilken instans som er mest hensiktsmessig. I særskilte tilfeller kan politiet være behjelpelig med å finne egnet person som kan formidle budskapet til familien.

Etterlatte bør ha andre hos seg under og etter at de har fått dødsbudskapet. Etter at dødsbudskapet er gitt, bør vakthavende lege, eventuelt annet egnet helsepersonell, være tilgjengelig for telefonisk kontakt for å kunne klargjøre omstendigheter rundt selvmordet.

Etterlatte bør tilbys et møte med personalet og ansvarlig behandler. Et hovedmål i denne fasen er å medvirke til at det naturlige sorgarbeidet kan komme i gang, og å redusere posttraumatiske reaksjoner. Nedenfor er en sjekkliste for hva man bør huske på i det første møtet med de etterlatte:

- Det gis informasjon om hendelsen
- Det settes av god tid til å svare på spørsmål
- De etterlatte får tilbud om samtale med behandler og annet personell som har vært i kontakt med pasienten
- Sikre at videre oppfølging blir gitt
- Orientering om brukerorganisasjonen Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE). De etterlatte får brosjyre om organisasjonen samt navn på kontaktperson i lokalforeningen.
- Det gis tilbud om å komme til avdelingen, bl.a. for å kunne se avdødes rom

- Etterlatte gis anledning til å se avdøde
- Pårørende opplyses om mulighet for innsyn i journal, mulighet til å søke Norsk pasientskadeerstatning om erstatning og anledning til å reise tilsynssak hos Helsetilsynet i fylket.

Hvis sykehuset ønsker obduksjon, skal de etterlatte så raskt som mulig kontaktes om dette og få anledning til å uttale seg, se transplantasjonsloven § 7. Etterlatte kan reservere seg mot at obduksjon foretas. Som utgangspunkt kan ikke sykehusobduksjon foretas når den avdødes nærmeste ikke ønsker det. Det er kun politiet som kan begjære rettsmedisinsk obduksjon. Sykehusobduksjon skal ikke gjennomføres når det er grunn til å tro at rettsmedisinsk obduksjon vil bli begjært, jf. transplantasjonsloven § 8.

Behandlingsansvarlig bør, i samarbeid med det lokale hjelpeapparatet og de etterlatte, planlegge når det er naturlig at oppfølgingen avsluttes. Langtidsoppfølging av etterlatte er et kommunalt ansvar. Henvising til spesialisthelsetjeneste gjøres ved behov. Oppfølgingsarbeid som gjøres overfor etterlatte skal dokumenteres i tråd med kravene i journalforskriften.

Oppfølging av pasienter som ikke møter til timeavtale

Hensikt

Sikre at pasienter som ikke møter til poliklinikk eller dagbehandling, kontaktes og følges opp om nødvendig.

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Ansvarlig helsepersonell som pasienten har avtale med, vurderer i henhold til forsvarlighetskravet hvordan pasienten skal følges opp når vedkommende ikke møter til avtale.

Fremgangsmåte

Nyhenviste pasienter som ikke møter til første timeavtale og som ikke har gitt beskjed, bør kontaktes med tilbud om ny time. Det bør i hvert enkelt tilfelle gjøres en vurdering av hvor raskt og på hvilken måte pasienten skal kontaktes (telefon, brev). Hvis pasienten ikke møter til andre time, kan henvisningsperioden avsluttes. Pasient og henvisende instans orienteres.

Når det er etablert behandlingskontakt bør behandlende helsepersonell vurdere hvordan vedkommende skal forholde seg når pasienten ikke møter. En eventuell avtale med pasienten om dette bør dokumenteres, inkludert om pårørende kan kontaktes. Behandlende helsepersonell har ansvaret for å vurdere om inngått avtale er forsvarlig dersom det skjer en forverring av pasientens tilstand.

Alle pasienter bør kontaktes senest en uke etter å ha uteblitt fra timeavtale med mindre annet er avtalt.

Fysisk sikring av døgneheter i forhold til forebygging av selvmord

Hensikt

Å ivareta pasienters sikkerhet i døgneheter for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk.

Ansvar

Ansvar for at denne prosedyren implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Fremgangsmåte

Døgneheter bør gjennomgås årlig for å identifisere og eventuelt fjerne mulige festepunkter for hengning, eller andre bygnings- og interiørdetaljer som kan utgjøre en fare for pasienters sikkerhet.

Aktuelle punkter bør fjernes, ombygges eller tildekkes. Dette kan blant annet gjelde:

- Gardinoppheng
- Dusjarmaturer
- Lysarmaturer
- Dør-, vindus- og skaphåndtak
- Listverk
- Rør eller pipeløp
- Møbler

Det bør foreligge rutiner for fjerning av farlige gjenstander ved pasienters innkomst i døgneheter. Farlige gjenstander bør holdes atskilt fra en pasient så lenge vedkommende vurderes å være i selvmordsrisiko.

I forhold til pasienter som vurderes å være i selvmordsrisiko, bør det foreligge prosedyrer som sikrer fjerning av gjenstander som kan brukes til hengning:

- Tau
- Belter
- Skolisser

- Skjerf og slips
- Skarpe/skjærende gjenstander
- Fyrtøy eller giftige substanser.

Andre mulige fysiske farer i enhetens miljø, eller i den umiddelbare nærhet til enheten, bør identifiseres, og sikring eller fjerning vurderes.

Dette kan blant annet gjelde:

- Sikring av vinduer og trappehus mot utsprang
- Sikring av dører mot rømning
- Sikring av dører mot blokkering i pasientrom (dører må svinge utover, ikke innover).

Lukkede døgnenheter bør bygningsmessig være tilpasset slik at kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon av pasienter i selvmordsrisiko kan foretas på en forsvarlig og mest mulig skånsom måte.



Vedlegg

Aktuelle linker

- Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging: www.selvmord.no
- Landsforeningen for etterlatte etter selvmord: www.leve.no
- Nasjonalt nettverk for selvmordsforebygging:
www.selvmordsforebygging.no

Referanser

American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. American Journal of Psychiatry, 160, 1–60.

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine 2003 Apr; 33(3):395–405.

Helse- og omsorgsdepartementet (1996–1997). St. meld. 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

Helse- og omsorgsdepartementet (1997–1998). St. prp. nr. 63. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). Rundskriv I-10/2001
Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/I-102001.html?id=279166

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A. & Myhre, K.I. (2006). Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi (Rapport nr. 24). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport24_06_selvmord__del_1.pdf

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A. & Myhre, K.I. (2007). Forebygging av selvmord, del 2 (Rapport nr. 4). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport4_07_selvmord_del2.pdf

National Institute for Mental Health (2003). Preventing suicide: A toolkit for mental health services.

www.kc.csip.org.uk/upload/SuicidePreventionToolkitweb.pdf

Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. *Arch Gen Psychiatry* 62 (4):427–432.

Socialstyrelsen (2003). Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). Orientering om konverteringsforbudet.

www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00019/Konverteringsforbude_19437a.doc

Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...og bedre skal det bli!
Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten
(2005–2015). IS-1162.

www.shdir.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetjenesten_og_bedre_skal_det_bli__2005_2015__2913

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Psykisk helsevern for voksne.
Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene
og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388.

www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf

Statens helsetilsyn (2002). Retningslinjer for retningslinjer.

www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-2653_11457a.pdf

Statens helsetilsyn (2007). Tilsynsmeldingen 2006.

www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2006.pdf

Syse, A. (2007). Psykisk helsevernloven med kommentarer. (2 ed.)
Oslo: Gyldendal Akademisk.

UK ECT Review Group (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive
therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis.
Lancet, 361, 799–808.

Walby, F. A., Odegaard, E., & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity
may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-
control study with blinded raters. Journal of Affective Disorders,
92, 253–260.

Noter

1. Walby, Odegaard & Mehlum, 2006
2. Jf. lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 Nr. 64 § 36 og lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 Nr. 61 § 3–3
3. Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A. & Myhre, K.I. (2006). Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A. & Myhre, K.I. (2007).
4. American Psychiatric Association 2003, Sosialstyrelsen, 2003
5. National Institute for Mental Health, 2003
6. Spesialisthelsetjenesteloven § 2–2
7. Sosial- og helsedirektoratet, 2005
8. Statens helsetilsyn, 2002
9. Jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2–2.
10. Jf. helsepersonelloven § 4
11. Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–2.
12. Jf. helsepersonelloven § 16.
13. Jf. helsepersonelloven § 4
14. Jf. helsepersonelloven § 7
15. Jf. helsepersonelloven § 4
16. Jf. helsepersonelloven § 4
17. Jf. forskrift om internkontroll (internkontrollforskriften) i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr 1731.
18. Jf. internkontrollforskriften § 4
19. Jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16
20. Jf. helsepersonelloven § 4
21. Cavanagh et al., 2003.
22. UK ECT Review Group (2003)
23. Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A. & Myhre, K.I. (2006)..
24. Jf. forskrift om pasientjournal av 21.12.2000 nr. 1385
25. Qin, P. & Nordentoft, M. (2005).
26. Se mer om dette i kap. 8 om rettslig grunnlag for helsehjelpen.
27. Se nærmere omtale av forsvarlighetskravet i retningslinjene kap. 1.
28. Jf. forskrift av 23.12.2004 nr. 1837 om individuell plan
29. Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–2 og helsepersonelloven § 4
30. Forskrift av 20.12. 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
31. Forskrift av 21.12.2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.
32. Se http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00019/Konverteringsforbude_19437a.doc for mer informasjon
33. Rundskriv I-10/2001 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
34. Veileder kommer i 2008.
35. Jf. Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) av 15. juni 2001 Nr. 53.