

# Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (HØRINGSUTKAST)

Nasjonalt faglig retningslinje

---

Først publisert: 08. mars 2023

Sist faglig oppdatert: 08. mars 2023





# Innhold

1. Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord .....	4
2. Klinisk vurdering og behandling av selvmordsatferd .....	22
3. Sikkerhet og beskyttende tiltak i døgnenheter .....	33
4. Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning .....	42
5. Metode og prosess .....	47

**Ekstern høring:**

Høringsfrist 10. juni 2023. Se mer informasjon på høringssiden.

1

# Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord

**Ekstern høring:**

## Anbefaling

### **Virksomhetsledelsen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal sørge for en målrettet og kontinuerlig oppfølging knyttet til forebygging av selvmord i tjenesten**

**Ekstern høring:****Ekstern høring:**

Virksomhetsledelsen skal tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell kan utføre faglig forsvarlige helsetjenester og overholde sine lovpålagte plikter.

Som et ledd i planlegging av virksomhetens aktiviteter og i kvalitetsforbedringsarbeid, skal ledelsen blant annet ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer og statistikk. En sentral del av dette er data om selvskading, selvmordsforsøk og selvmord.

Virksomhetsledelsen skal sørge for at kunnskap og erfaringer fra ledere, medarbeidere, bruker- og pårørendeorganisasjoner og samarbeidspartnere inkluderes i arbeidet med forebygging av selvmord. Resultatene av arbeidet bør inngå i lokalt kvalitetssystem og evalueres årlig.

[Virksomhetsledelsen skal sørge for rammebetingelser som sikrer forsvarlig utskrivning fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#). Dette inkluderer tydelige, forankrede rutiner for samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten som pasienter med selvmordsatferd overføres og utskrives til. Tilsvarende anbefaling er omtalt i [Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#)

Virksomhetsledelsen skal sørge for at rutinebeskrivelser for hva som skal gjøres etter alvorlige hendelser som selvmord og selvmordsforsøk, inngår i virksomhetens kvalitetssystemer.

Ledelsen bør benytte hendelsesanalyser etter et selvmord for å analysere omstendighetene rundt selvmordet og identifisere områder med behov for kvalitetsforbedring.

## Praktisk

Med virksomhetsledelsen menes den som har det overordnede ansvaret for styring av virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten %C2%A7 3 \(lovdata\)](#).

Ledelsen er her definert som administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå, mens nærmeste leder er definert som leder med personalansvar i en behandlingsenhet.

Krav om forsvarlighet i det selvmordsforebyggende arbeidet innebærer blant annet at de enkelte behandlingseenheter, med deres helhetlige tjenestetilbud, er i stand til å håndtere de oppgavene de har ansvaret for, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Utdypende kommentarer finnes til [Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#).

Lokale data om selvskading, selvmordsforsøk og selvmord brukes for å identifisere risiko.

Eksempler på mulige forebyggende tiltak er å:

- gjennomføre forbedringer av lokaler på bakgrunn av helhetlig gjennomgang
- sørge for at tjenesten har tilstrekkelig antall ansatte med nødvendig kompetanse
- øke muligheter for tilbud og aktiviteter for pasientene
- legge til rette for å gi grunnleggende og oppdatert kompetanse til de ansatte

I virksomhetenes kvalitetssystemer/rutinebeskrivelser inngår beskrivelse av:

- kliniske ansvarsroller som regulerer hvilke faggrupper som har ansvar for hva
- forsvarlig utskrivning – systemer for samarbeid
- hva som skal gjøres i henhold til eget avvikssystem
- hva som skal gjøres etter et selvmord eller selvmordsforsøk i døgnenhet
- hva som skal gjøres etter et selvmord eller selvmordsforsøk i poliklinisk eller ambulant behandling
- [ivaretagelse og oppfølging av etterlatte](#)
- [ivaretagelse og oppfølging av ansatte](#)
- gjennomføring av pålagte melderutiner
- vurdering av lærings- og forbedringstiltak i avdelingen og institusjonen, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#)

## Melderutiner

Selv mord er en alvorlig hendelse som registreres i virksomhetenes systemer for avviksmeldinger. I tillegg sendes varsel via [nasjonal meldeportal \(melde.no\)](#) til [Helsetilsynet](#) og eventuelt [Statens undersøkelseskomisjon \(ukom.no\)](#). Meldeplikten er regulert i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a \(lovdata.no\)](#) Varsel om alvorlige hendelser. Bruk av meldingene til å avklare årsaksforhold og forebygge lignende hendelser inngår i avdelingens kvalitetsforbedringsarbeid, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring \(lovdata.no\)](#).

Alle selvmord blant pasienter som har kontakt eller har hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siste år registreres også i [Nasjonalt kartleggingssystem \(uio.no\)](#).

## Lærings- og forbedringstiltak i avdelingen (kvalitetsforbedring) etter selvmord eller alvorlig selvskading

Nærmeste leder samler ansatte for å gjennomgå rutiner/prosedyrer som er relevante for å evaluere avdelingens håndtering av hendelsen.

## Hendelsesanalyser etter et selvmord

Risiko- og hendelsesanalyser er et verktøy for å forebygge uønskede hendelser og for å identifisere områder med behov for kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet har utgitt en [Håndbok for helsetjenesten](#) som beskriver hvordan analysene kan gjøres.

Oppfølging av resultatene:

- Identifiserte endringsbehov følges opp, inkludert vurdering av behov for endring i rutiner for opplæring og veiledning.
- Gjennomgang i virksomhetenes kvalitetsutvalg for å identifisere forbedringspunkter/ endringsområder på systemnivå
- Håndtering av alvorlige situasjoner

Veilederen [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) er et hjelpemiddel i arbeidet.

## Begrunnelse

### Lovgrunnlag

Flere lover og forskrifter er relevante for virksomhetsleders ansvar knyttet til forebygging av selvmord.

- De regionale helseforetakene har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a \(lovdata.no\)](#).
- Forsvarlighetskravet på systemnivå, som fremgår av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) og [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) stiller krav til helsepersonell om å utøve sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Utdypende kommentarer finnes i [Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#), [Helsepersonelloven med kommentarer](#) og [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

### Vurdering

Det er ikke gjort søk etter forskningsbasert kunnskap til denne anbefalingen. Anbefalingen er begrunnet i lov og forskrift, og gir opplysninger om hvordan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan tilfredsstillere kravene.

---

## Anbefaling

**Virksomhetsledelsen skal sørge for at ansatte har nødvendig kompetanse i klinisk vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd**

Ekstern høring:

## Ekstern høring:

Ledelsen skal tilrettelegge og sørge for gjennomføring av undervisning om selvmordsforebygging og behandling av selvmordsatferd. I tillegg skal lokale prosedyrer gjøres godt kjent og være lett tilgjengelig. Den enkelte arbeidstaker har også et eget ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer.

Nyansatt helsepersonell bør, innen tre måneder, få undervisning som gir grunnleggende kompetanse i selvmordsforebygging. Dersom forsvarlighetskravet tilsier det, må opplæring skje tidligere.

Ansatte som skal ivareta øyeblikkelig-hjelpansvar, inngå i vaktordninger eller ha ansvar for pasienter i akutte kriser, skal læres opp før de får slikt ansvar.

Nærmeste leder bør, i samarbeid med den enkelte ansatte, sørge for at kompetansen knyttet til selvmordsforebygging kartlegges, og at en kompetanseplan utarbeides, følges opp og evalueres i årlige medarbeidersamtaler.

Personalet bør gis tid til opplæring, øving på ferdigheter, etisk refleksjon og klinisk veiledning.

## Praktisk

Med virksomhetsledelsen menes den som har det overordnede ansvaret for styring av virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten %C2%A7 3 \(lovdata.no\)](#).

Ledelsen er her definert som administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå, mens nærmeste leder er definert som leder med personalansvar i en behandlingsenhet.

Selvmondsatferd er en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord.

Undervisningen gis til alle ansatte slik at de får en grunnleggende kompetanse i selvmordsforebygging som er tilpasset deres fagområde, tjenestested og funksjon/rolle.

Opplæringen består av:

- undervisning
- ferdighetstrening
- veiledning

## Opplæring

Utredning og klinisk vurdering av pasientens tilstand og identifikasjon av behov for behandling, oppfølging og beskyttelse, både umiddelbart og på lengre sikt, fordrer at ansatte har kompetanse om kompleksiteten i selvmordsatferd og innsikt i den enkeltes situasjon. Vurderingen inkluderer en forståelse av pasienten sett i lys av hva selvmordsatferden handler om for den enkelte.

Innholdet i opplæringen tar utgangspunkt i at bruk av risikokartlegging ikke kan predikere framtidig selvmord, og har som formål at ansatte får forståelse og kunnskap om:

- selvmordsatferd og kompleksiteten i prosessen fra selvmordstanker til -planer og handling
- selvskading: kartlegging av funksjon, forekomst, intensjon og selvskade som risikofaktor
- akutt selvmordsatferd og gjentakende selvmordsatferd over tid (tidligere kalt kronisk suicidalitet)
- psykotisk depresjon og andre alvorlige depresjoner
- rusmiddelbruk: hvilken betydning/funksjon rusmiddelbruken har for pasienten
- observasjon av pasientens atferd med tanke på følelsesmessige svingninger, rastløshet, anspenhet, angst, uro, kontaktevne, apati eller andre tegn

- trygg dialog med pasienten om selvmordsatferd og hvordan identifisere individuelle aktuelle vanskeligheter som utgjør fare for selvmord
- statistiske risiko- og beskyttende faktorer
- pasientens tidligere erfaringer og nåværende krise
- pasientens styrke og ressurser
- foreldres/pårørendes/etterlattes, andre nærståendes muligheter for støtte
- utarbeiding av sikkerhetsplan
- juridisk regulering
- prosedyrer etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk

## Involvering og samarbeid med foreldre, andre med foreldreansvar og pårørende

Nærmere informasjon finnes i Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kapittel 3 [Rett til medvirkning og informasjon](#).

Har barnevernstjenesten overtatt omsorgen for en pasient under 18 år etter [barnevernsloven %C2%A7 4-2](#) eller [5-1](#), gjelder [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 første til femte ledd](#) tilsvarende for barnevernstjenesten.

[Nasjonalt pasientforløp for barn og unge med psykiske lidelser](#) beskriver blant annet barns medvirkning og samhandlingen med foreldre eller andre med foreldreansvar.

Involvering av pårørende skjer i tråd med gjeldene regelverk for samtykke og taushetsplikt.

Nyttige hjelpemidler er:

[Pårørendes rettigheter – Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer](#)

[Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)

## Ferdighetstrening

Hensikten med ferdighetstrening er å utvikle praktiske ferdigheter, handlingskompetanse og samarbeidsevner. Ferdighetstrening er et egnet pedagogisk virkemiddel, og kan blant annet involvere simuleringstrening.

## Veiledning og etisk refleksjon

Refleksjon over utfordringer i det daglige arbeidet øker bevisstheten om egen forståelse, egne holdninger og handlinger. Etisk refleksjon kan bidra til læring og erfaringsutveksling, slik at man kan utvikle en bedre praksis og lære å samarbeide bedre (Hem et al., 2017). Senter for medisinsk etikk har publisert [Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell \(uio.no\)](#). Ressurshettet beskriver hva etikkrefleksjon er, og hvordan det gjøres i praksis. Alle helseforetak har en klinisk etikk-komité som kan kontaktes for drøfting av etiske problemstillinger.

## Begrunnelse

I Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (National Institute for Health and Care Excellence, 2022) beskrives tydelige anbefalinger om å ikke å bruke risikovurderinger som begrunnelse for kliniske vurderinger av behov for behandling og oppfølging av den enkelte pasient.



En rapport fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord viser også at majoriteten av de som døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko (Walby et al., 2021).

Trygge ansatte er grunnlaget for etablering av en terapeutisk relasjon og for å kunne tilby kunnskapsbasert behandling av pasienter med selvmordsatferd. Trygghet skapes gjennom opplæring, ferdighetstrening og veiledning. Sandford et al. (2021) og Leaune et al. (2019) viser at helsepersonell står bedre rustet til å ivareta pasienter, etterlatte, kollegaer og egne reaksjoner dersom de på forhånd er forberedt at selvmord kan skje og at de har kunnskap om hva de kan og bør gjøre i en slik situasjon.

## Lovgrunnlag

Følgende lover og forskrifter er grunnlaget for kravene i anbefalingen:

- [Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 \(lovdata.no\)](#) Opplæring, etterutdanning og videreutdanning
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 \(lovdata.no\)](#) Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#)
- [Helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) Forsvarlighet
- [Helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#) Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester
- [Barnevernsloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) Akuttvedtak om omsorgsovertakelse
- eller [Barnevernsloven § 5-1 \(lovdata.no\)](#) Vedtak om omsorgsovertakelse
- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 \(lovdata.no\)](#) Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 \(lovdata.no\)](#) Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

## Vurdering

Alvorlig selvskading, selvmordsforsøk og selvmord er svært uønskede hendelser. Det er derfor vesentlig at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse tilpasset ansvarsområde, rolle og funksjon. God kompetanse gir tryggere ansatte, og gjentatt opplæring, ferdighetstrening og veiledning er nødvendig. Ledelsen/nærmeste leder har ansvaret for å tilrettelegge for og påse at ansatte gjennomfører opplæring og mottar veiledning. Samtidig må ansatte forberedes på at alvorlige hendelser kan skje, og virksomheten må ha rutiner for oppfølging av ansatte i etterkant.

Hvis ansatte både i psykisk helsevern og TSB har god kompetanse i utredning og behandling av selvmordsatferd, og opplever støtte i egen organisasjon, er det sannsynlig at pasientene kan få bedre kontinuitet i oppfølgingen ved at overføringer mellom avdelinger reduseres.

## Om forskningsgrunnlaget

Det er ikke gjort søk etter forskningsbasert kunnskap til denne anbefalingen, men i søket etter forskningsartikler om systematisk oppfølging av ansatte etter selvmord ble det funnet relevante studier om opplæring. Se forskningsgrunnlag under.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvilken systematisk oppfølging trenger ansatte etter pasienters selvmord for å unngå sykefravær eller at de slutter i jobben?

## **PICO**

### **Populasjon (P)**

Ansatte i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

### **Tiltak (I)**

Systematisk oppfølging etter pasients selvmord

### **Sammenligning (C)**

Ingen systematisk oppfølging etter pasients selvmord

### **Utfall (O)**

Sykefravær, Slutter i jobben, Livskvalitet

## **Beskrivelse av inkluderte studier**

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen i PICO overfor. Helseledelsen identifiserte fire studier som ble kvalitetsvurdert. Etter kvalitetsvurdering gjensto to studier som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Disse to inkluderte også resultater om opplæring.

Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Leaune et. (2019)** er en systematisk oversikt med hensikt å evaluere hvilke konsekvenser en pasients selvmord kan få for leger under spesialisering. 22 studier, både kvalitative og kvantitative er inkludert.

**Sandford et al. (2021)** er en systematisk oversikt der 54 studier er inkludert (21 kvantitative, 16 kvalitative og 17 blandet metodikk). Hensikten var å studere konsekvenser for helsearbeideren og opplevd støtte i forhold til en pasients selvmord, men også studere faktorer som kan begrense skadevirkningene.

## **Resultater oppsummert per utfall**

**Sykefravær/slutter i jobben:** ingen av studiene rapporterer direkte på disse utfallene.

**Livskvalitet:** Skyld, sjokk, tristhet og sinne er de vanlige personlige reaksjonene, menet pasientselvmord kan også få konsekvenser for helsepersonell videre faglige praksis (Leaune et al., 2019). Mange rapporterer større grad av tvil knyttet til egen vurderingsevne og beslutningskompetanse, noe som kan gi utslag i en forsiktighet i klinisk praksis (Sandford et al., 2021). Henvvisning til behandling skjer oftere, og forskrivning av antidepressiva øker etter opplevd pasientselvmord. Det å ha kjent pasienten lenge, eller ha sterkt positive eller negative følelser knyttet til pasienten, kan medføre sterkere reaksjon på pasientens selvmord. Selvmord hos yngre pasienter og pasienter med barn medførte også sterkere reaksjoner hos helsepersonell. Konsekvensene av et selvmord var større for helsepersonell som hadde en opplevelse av at de i en eller annen utstrekning var ansvarlige for at pasienten tok sitt liv.

## **Opplevelser av faktorer som kan bidra til å begrense konsekvenser hos ansatte:**

**Forberedende opplæring av helsepersonell** rapporteres som vesentlig for hvordan den ansatte opplever hendelsen og konsekvensene av denne (Leaune et al., 2019 og Sandford et al., 2021). Helsepersonell som har fått forutgående opplæring og kompetanse knyttet til håndtering av alvorlige hendelser, og forberedelse av at dette kan skje, og med gode støttefunksjoner rundt seg, rapporterte i mindre grad at selvmord får negative konsekvenser for personlig eller faglig fungering. Ca. 50 % av leger i spesialisering opplever selvmord hos pasient (Leaune et al., 2019). Disse rapporterer å være

opplært i prosedyrer for risikovurdering, men kun et fåtall i opplæring i prosedyrer for håndtering av alvorlige hendelser. Mange synes ikke godt nok forberedt verken praktisk eller emosjonelt (Leaune et al., 2019)

**Oppfølging** etter selvmord og rutiner for dette oppleves som en viktig faktor, og utilfredsstillende oppfølging gir en generell økning av de negative konsekvensene av pasientselv-mord. Uformell støtte fra kollegaer, familie og venner ble rapportert som mest betydningsfullt, men strukturert oppfølging viste mer blandede resultater. Hendelsesanalyser med fokus på felles læring (ikke individuelt ansvar), gjennomført med sensitivitet overfor de mest berørte av helsepersonell, ble rapportert som hensiktsmessig.

## Anbefaling

# Ledelsen ved institusjoner som har døgnenheter i psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal sørge for at det gjøres en årlig systematisk befaring av lokalene

### Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Ved vurdering av bygningsmessige forhold, festepunkter og interiør, bør konsekvenser for behandlingsmiljøet i ulike avdelinger inkluderes.

Utbedringer som er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten i ulike døgnenheter, bør gjennomføres snarest etter at risiko er avdekket.

Ved bruksendring av rom må det utføres en systematisk vurdering av pasientsikkerheten.

Avdelingenes interiør bør ha et design som bidrar til både sikkerhet og trivsel.

## Praktisk

Ledelsen, her definert som administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå, delegerer gjennomføring av befaringen til personell med relevant kompetanse, både faglig og teknisk.

Trivsel og trygghet er vesentlig for et godt behandlingsmiljø, og ulike pasientgrupper trenger ulike fysiske miljø. En viktig vurdering lokalt er derfor hvilket sikkerhetsnivå som er adekvat for den enkelte avdeling.

Hvilke utbedringer som iverksettes etter befaringen, er avhengig av vurderingene som er gjort både for å ivareta et godt behandlingsmiljø og forebygge selvmord.

Under befaringen i behandlingseenhetene vurderes følgende:

- Finnes bygningsmessige festepunkter som muliggjør hengning?
- Har lokalene interiørdetaljer eller utstyr/gjenstander som kan brukes til å ta sitt eget liv?

- Er vinduer og utganger sikret for å unngå rømning?
- Har lokalene trapper, balkonger e.l. som det kan hoppes fra?
- Hvordan kan fysiske rammer, rom og interiør, bidra til et godt behandlingsmiljø samtidig som sikkerheten ivaretas?

Eksempler på sjekkpunkter:

- Armatur til dusj og servant
- Vannrør
- Dørkarmen og -hengsler
- Gardinbrett
- Dørhåndtak
- Sykehusseng (hev/senk)
- Ledninger

For flere konkrete forslag, se [Beskyttelse af selvmordstruede patienter fysiske rammer og patientsikkerhed \(patientsikkerhed.dk, PDF\)](#).

Tips til gjennomgang av pasientrom finnes i [Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern \(ukom.no\)](#).

Sykehusbygg HF kan være en viktig rådgivningsinstans. Det pågår en stadig utvikling av nye og tryggere løsninger. Sykehusbygg HF forsøker å unngå at det oppstår festepunkter ved prosjektering av nybygg. I 2018 ble [Sykehusbygg robusthetsmatrise for bygg tilpasset psykisk helsevern og TSB publisert \(sykehusbygg.no\)](#).

## Begrunnelse

Forskning viser at forekomst av selvmord ser ut til å reduseres ved fjerning av mulige hengningspunkter (Kapur et al., 2016). Innføring av sjekklister for det fysiske miljøet og iverksetting av sikkerhetstiltak, kan gi en reduksjon i antall selvmord (Watts et al., 2012 og Watts et al., 2017).

Pasienterfaringer viser at sikring av lokaler, og fjerning av interiør og gjenstander som kan benyttes til selvmord, oppleves som trygt for mange. Klinisk erfaring støtter opp om dette.

Sikkerheten i lokalene inngår som en del av en samlet innsats for å skape et trygt behandlingsmiljø.

## Lovgrunnlag

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

- [Helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#) Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#)

## Vurdering

Vurdering av om ønskede effekter oppveier for uønskede, ses i sammenheng med type døgnenhet og pasientgrunnlag. Fokus på sikkerhet, kan ikke i for stor grad gå på bekostning av adekvate materielle forhold som for eksempel mulighet for aktivitetstilbud. Fordelene er vesentlige ved at risiko for selvmord reduseres, men det er en ulempe hvis lokalene blir for sterile og derved mangler vesentlig interiør som er av betydning for behandlingsmiljøet.

Ved planlegging av nybygg, er det sentralt at fokus på pasientsikkerhet inngår fra start. Både bygnings- og interiørdetaljer må være utformet slik at mulige hengningspunkter unngås.

Utskiftninger i gamle bygg øker kostnader, men vil kunne bidra til forebygging av alvorlig selvskade og selvmord.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Fører metoderestriksjoner til færre selvmord blant innlagte pasienter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

*Metoderestriksjon* ble definert som: Fjerning av bygnings- og interiørmessige forhold som muliggjør henging, rømning fra institusjon og fjerning av pasienters eiendeler som f.eks. belter og skjerf.

### PICO

#### Populasjon (P)

Pasienter i døgnavdelinger i psykisk helsevern eller TSB

#### Tiltak (I)

Fjerning av mulige festepunkter for henging. Sikring av rom (pasientrom og fellesarealer).

Gjennomgang av / fjerning av pasientens eiendeler (medbrakte legemidler, belte, skjerf, slips, skolisser mv).

#### Sammenligning (C)

Ingen særskilte tiltak

#### Utfall (O)

Selvmord. Selvmordsforsøk.

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen overfor.

- **Personlige eiendeler:** Det ble ikke funnet noen studier som svarte til problemstillingen.
- **Fysiske lokaler:** Helseinspektatet identifiserte seks studier som ble kvalitetsvurdert. Etter kvalitetsvurdering gjensto tre studier som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)

**Kapur et al. (2016)** er en retrospektiv kohortstudie av pasienter i England som tok sitt eget liv innenfor 12 måneder etter kontakt med helsevesenet i perioden 1/1997 til 12/2012. Behandlende/relevante klinikere ble identifisert gjennom registeret National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH), og spørreskjema ble sendt til disse for detaljert informasjon om hendelsene. Artikkelen beskriver selvmordsraten før og etter implementeringen. Fjerning av ligaturpunkter/potensielle hengningspunkter på sengeposter var ett av tiltakene.

**Watts et al. (2012)** er en observasjonsstudie med data fra VHA (Veterans Health Administration) i USA. Alle selvmord i tidsrommet 1/1999-3/2011 ble identifisert og inkludert gjennom rapporter for alvorlige hendelser. Hensikten med studiet var å evaluere selvmordsraten før og etter implementeringen av en sjekkliste over fysisk miljø på psykiatriske sengeposter. Sjekklisten inneholdt 114 punkter og ble implementert i 2008.

**Watts et al. (2017)** er en oppfølging av studien fra 2012, og inkluderer data opptil syv år (frem til 2015) etter implementering av sjekklisten. Hensikten var å vurdere om den lavere forekomsten av selvmord etter implementering av sjekklisten for det fysiske miljøet vedvarte over tid.

### Resultater per utfall

**Selvmord:** Kapur et al. (2016) fant en signifikant reduksjon i selvmordsrate etter fjerning av ligaturpunkter med en insidensrate per 10 000 på 12 (KI 11,75-12,25) før implementering sammenliknet med 9,31 (KI 9,11-9,51) etter implementering. Watts et al. (2012) identifiserte 22 selvmord før implementert sjekkliste sammenliknet med 3 etter, som resulterte i en signifikant forskjell i selvmordsrate per 100 000 før (2,64) og etter (0,87) implementeringen. Oppfølgingsstudien (Watts et al. 2017) fant ingen endring av selvmordsrate over tid (0,74 per 100 000), og konkluderte med en vedvarende lavere forekomst av selvmord etter implementert sjekkliste.

**Selvmordsforsøk:** ingen av de ovennevnte studiene rapporterer på selvmordsforsøk. Ingen studier med effekt av metoderestriksjon på selvmordsforsøk ble identifisert.

---

## Anbefaling

# Nærmeste leder skal sørge for at etterlatte kontaktes etter et selvmord, og at det gjøres på en ivaretagende måte

### Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Nærmeste leder ved den behandlingsenheten som avdød pasient var tilknyttet, skal vurdere hvem som bør formidle hendelsen. Når selvmordet er formidlet av andre utenfor behandlingsenheten, gjelder vurderingen hvem som først skal kontakte nærmeste etterlatte.

Nærmeste leder bør sørge for at det settes av tilstrekkelig tid for ansatte som skal ivareta etterlatte etter selvmord, både rett etter et selvmord og over tid.

Nærmeste leder skal sørge for at behandlingsansvarlig, eller annet personell involvert i behandlingen, bidrar til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken.

Nærmeste leder ved den avdelingen som avdød pasient var tilknyttet, bør sørge for at etterlatte kontaktes på nytt innen tre uker for å undersøke om de har nødvendig støtte.

## Praktisk

Nærmeste leder er her definert som leder med personalansvar i en behandlingsenhet. Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten.

Nærmeste etterlatte er den som pasienten tidligere har utpekt som nærmeste pårørende, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 1-3 \(lovdata\)](#). For barn og unge gjelder dette foreldre eller andre med foreldreansvar, se [Barn, foreldre og andre pårørende i Nasjonalt pasientforløp for barn og unge med psykisk lidelser](#).

Ivaretagelse av barn som etterlatte er omtalt i [kapittel 5.6 i Pårørendeveilederen](#).

Nærmeste etterlatte underrettes så snart som mulig etter at en pasient har tatt sitt eget liv. Selvmord er en sjelden hendelse i behandlingslokalene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og oftest oppdages et selvmord av andre enn behandlingssenheters personell. Varsling blir da gjort av andre, for eksempel politi, prest eller kommunalt helsepersonell.

Så snart selvmordet er kjent i ansvarlig behandlingssenhet, iverksettes tiltak for å ivareta nærmeste etterlatte.

I møte med etterlatte settes det av god tid til å informere, støtte og svare på spørsmål. Nærmeste etterlatte inviterer andre etterlatte med i den grad de ønsker det.

### **Første samtale med etterlatte tilpasses deres behov.**

Sentral informasjon er:

- hendelsen og behandlingen avdøde har fått
- tilbud til etterlatte om samtale med behandlingsansvarlig lege eller psykolog og eventuelt annetpersonell som har vært i kontakt med pasienten
- tilbud om bistand til å kontakte prest eller andre som kan bistå
- kommunal oppfølgingsinstans som kan ivareta etterlattes behov for psykososialoppfølging og støtte. Denne informasjonen formidles også skriftlig samt gjentas i senere samtaler
- mulig obduksjon og etterlattes anledning til å motsette seg dette, jf. [obduksjonsloven § 7 \(lovdata.no\)](#)
- rett til innsyn i journal, jf. [helsepersonelloven § 24 \(lovdata.no\)](#)

Særlig oppmerksomhet ytes når barn og/eller ungdom er etterlatt. [Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord \(PDF\)](#) beskriver betydningen av åpen kommunikasjon og fortelle sannheten. [Helsepersonelloven § 10 b \(lovdata.no\)](#) omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken.

Etterlatte gis telefonnummer til avdelingen og får navnet på kontaktperson(er). Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) har utgitt en brosjyre [Til deg som har mistet noen ved selvmord \(leve.no\)](#) som kan være aktuell å informere om.

### **Ved senere samtaler informeres også om:**

- kommunal oppfølgingsinstans som kan ivareta etterlattes behov for psykososialoppfølging og støtte (muntlig og skriftlig informasjon). Se [Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#)
- støtte-/sorggrupper
- [LEVE](#) og ev. Unge LEVE
- mulighet til å søke om erstatning ved svikt i helsetjenesten, jf. [Lov om erstatning ved pasientskader mv. \(lovdata.no\)](#) og [Vilkår for å få erstatning for pasientskade \(npe.no\)](#)

### **Ved oppfølgende samtale innen tre uker etterspørres om:**

- de har nødvendig hjelp og støtte
- de trenger mer informasjon om mulige hjelpetilbud og bistand til å ta kontakt
- de har flere spørsmål om selvmordet
- de har andre spørsmål

[Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord](#) tydeliggjør i kapittel 4.4 etterlattes spesielle behov for umiddelbar, proaktiv og gjentatt hjelp.

## Begrunnelse

Det er lite dokumentasjon på om spesifikke metoder/standardiserte oppfølgingstiltak for etterlatte/barn som etterlatte etter selvmord gir bedre effekt enn ustrukturerte samtaler. En systematisk oversikt (Andriessen et al., 2019) viste at sorgprosessen kunne være lettere ved systematisk oppfølging, men verken forekomsten av komplisert sorg, selvmordstanker, post-traumatisk stress eller sosial tilpasning hos etterlatte som hadde fått systematisk oppfølging viste forskjell.

Elementer ved oppfølgingstiltakene, som ble trukket frem som fordelaktige (Andriessen et al., 2019), inkluderte støttende, terapeutiske og pedagogiske tilnærminger, involvering av nærmiljøet til den etterlatte og at det ble gjennomført flere økter ledet av opplært personell.

Selvbebreidelse og skyldfølelse er ikke uvanlig hos etterlatte etter selvmord, og det rapporteres om økt risiko for posttraumatiske stressreaksjoner og egne selvmordstanker. Erfaringer blant etterlatte har vist at de trenger proaktiv og gjentatt tilbud om hjelp. Sjokk og skam kan være et hinder for å takke ja til hjelp umiddelbart etter selvmordet.

## Lovgrunnlag

- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 \(lovdata\)](#) Hvem er nærmeste pårørende
- [Helsepersonelloven § 10 b \(lovdata.no\)](#) Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken
- [Helsepersonelloven § 24 andre ledd](#) Opplysninger etter en persons død
- [Obduksjonslova § 7 \(lovdata.no\)](#)
- [Pasientskadeloven \(lovdata.no\)](#)

## Vurdering

Søk etter forskningsbasert kunnskap ble avgrenset til om strukturerte/standardiserte oppfølgingstiltak hadde bedre effekt enn samtaler som ikke følger en bestemt metodikk. Bortsett fra at sorgprosessen kunne være lettere ved systematisk oppfølging, ble det ikke funnet klare forskjeller her. Det endrer ikke behovet for en tydelig anbefaling som sikrer etterlatte etter selvmord umiddelbar og gjentatt støtte og bistand. På bakgrunn av erfaringer fra etterlatte, ses det særlig viktig at de blir kontaktet på nytt en tid etter at selvmordet skjedde, også om de har takket nei ved første forespørsel.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Har spesifikke metoder/standardiserte oppfølgingstiltak for etterlatte/barn som etterlatte etter selvmord bedre effekt enn ustrukturerte samtaler?

### PICO

#### Populasjon (P)

Etterlatte etter selvmord/barn som etterlatte

#### Tiltak (I)

Informasjons- og støttetiltak (rådgivning/veiledning), nettverkstiltak, sosiale støttetiltak

#### Sammenligning (C)

Samtaler som ikke er del av systematisk oppfølging



## Utfall (O)

Livskvalitet, sorg, skam, selvmordstanker, familiens fungering, fungering i skole/job, sosial deltakelse

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen i PICO overfor. Helsedirektoratet identifiserte én systematisk oversikt som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

Andriessen et al. (2019) undersøkte effekt av intervensjonsbehandling hos etterlatte etter selvmord. De inkluderte studier som sammenliknet etterlatte som fikk systematiske informasjons- og støttetiltak med etterlatte som ikke fikk systematisk oppfølging. De identifiserte seks randomiserte og kontrollerte studier og en case-kontroll studie med totalt 553 deltakere som undersøkte vår problemstilling. Majoriteten av studiene var utført i USA. Studiene inkluderte etterlatte ektefeller, søsken og barn der en av foreldrene hadde utført selvmord. Deltakerne var mellom 14 og 70 år. Tiden etter selvmordet varierte fra åtte dager til 11 år.

### Resultater:

#### Sorg

En studie som sammenliknet intervensjon med en passiv kontrollgruppe, fant tegn til positiv effekt. Ett åtte ukers støttegruppe-program ledet av helsepersonell og trenede frivillige fant større reduksjon av sorgopplevelsen hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen (Farberow, 1992). Seks studier med aktiv kontroll gruppe eller kontroller som fikk ikke systematisk oppfølging (de fikk vanlig oppfølging) rapporterte sprikende funn. En studie som sammenliknet psykoterapi utført av helsepersonell med et sosialt støtteprogram for enker som hadde opplevd selvmord, fant reduksjon i sorgsymptomer hos intervensjonsgruppen (Constantino et al., 1996). En større påfølgende studie klarte imidlertid ikke å vise effekt (Constantino et al., 2001).

#### Komplisert sorg

De Groot et al. (2007) utførte familiebasert psykoterapi fire ganger for etterlatte, og fant ingen forandring sammenliknet med kontroller som ikke fikk systematisk oppfølging når det gjaldt komplisert sorgopplevelse selv om det var tendens til reduksjon i skamfullhet når det gjaldt selvmordet. Wittouck et al. (2014) som benyttet kognitiv atferdsterapi og psykologisk opplæring fant reduksjon av sorgopplevelse i intervensjonsgruppen, men ingen effekt mot komplisert sorg åtte måneder etter intervensjonen.

#### Psykososiale effekter

Deltakere som ukentlig deltok i et støttegruppeprogram med en opplæringsdel som varte i fire måneder, rapporterte at plagsomme følelser ble redusert, og at de hadde mer positive følelser, innsikt og var bedre til å løse problemer sammenliknet med de som hadde opplevd selvmord uten å søke hjelp (Battle, 1984). Pfeffer et al. (2002) viste at 10 uker i gruppeterapi hos psykologspesialist for barn reduserte angst og depresjon, men ikke posttraumatisk stress eller sosial tilpasning 12 uker etter avsluttet terapi.

#### Selvmordsrelatert atferd

Ingen studier rapporterte om selvmord hos etterlatte eller ikke-fatal selvmordsatferd. Men tre studier rapporterte om selvmordstanker. Wittouck et al. (2014) fant ikke signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontroll gruppe når det gjaldt selvmordstanker rett etter fullført intervensjon eller åtte måneder etterpå. De Groot et al. (2007) fant ingen forskjell for familiebasert psykoterapi sammenliknet med usystematisk oppfølging når det gjaldt selvmordstanker.

## Anbefaling

# Ledelsen skal sørge for at berørte ansatte ivaretas og følges opp når en pasient har tatt sitt eget liv

### Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Virksomhetsledelsen skal sørge for at det er etablert rutiner for oppfølging av ansatte etter et selvmord, og nærmeste leder skal sørge for at ansatte er godt kjent med rutinene som skal følges i etterkant av et selvmord.

Nærmeste leder bør tydeliggjøre systemansvaret, og sørge for at ansatte ikke påføres et personlig ansvar etter et selvmord. Dette innebærer at det etableres system for støtte og oppfølging av ansatte og at ansatte ikke skal være alene om oppfølging av etterlatte.

Ansatte med behandlingsansvar bør gis mulighet til å delta i samtaler med etterlatte de tre første månedene etter selvmordet. De bør også få tilbud om samtale med nærmeste leder eller en kollega både før og etter samtalene med etterlatte.

## Praktisk

Med virksomhetsledelsen menes den som har det overordnede ansvaret for styring av virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten %C2%A7 3 \(lovdata\)](#). Ledelsen er her definert som administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå, mens nærmeste leder er definert som leder med personalansvar i en behandlingseenhet. Systemansvaret er regulert i [spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 \(lovdata.no\)](#), [spesialisthelsetjenesteloven 3-4 a \(lovdata.no\)](#) og i [forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring \(lovdata.no\)](#).

## Samtaler med ansatte etter et selvmord

Nærmeste leder samler ansatte som er direkte berørt, og gjennomfører en samtale i gruppe, umiddelbart etter hendelsen er kjent. I de tilfeller det er én enkelt behandler som er direkte berørt, tilbys at en eller flere kollegaer deltar i samtalen.

Sentralt i samtalen er:

- sortere fakta om hendelsen for å gi oversikt og sammenheng
- gi informasjon om normalreaksjoner og råd for ivaretagelse
- redusere følelsesmessig uro
- skape samhold og fellesskap ved felles innsikt og gjensidig støttende atferd
- kartlegge behov for ytterligere oppfølging

I etterkant av gruppesamtalen har nærmeste leder ansvar for å vurdere behov for ytterligere oppfølging, og legge til rette for det. Minimum er en avtale etter fire uker.

## Videre oppfølging av ansatte

Nærmeste leder har ansvaret for dialog med den enkelte ansatte om hvordan situasjonen håndteres videre. Tiltak for å motvirke skyldfølelse er vesentlig. Aksept for at situasjonen kan oppleves forskjellig blant ansatte, og tilrettelegging for ulike behov er viktig.

Relevante tiltak:

- Tilbud om veiledning, rådgivning og støtte over tid
- Tiltak for å motvirke rykter og ufordelaktig prat
- Tilbud om støtte fra annen medarbeider i nye vanskelige vurderinger
- Avklaring av arbeidsoppgaver i den første tiden etter selvmordet
- Kollegastøtte
- Samtaler med nærmeste leder
- Samtaler med bedriftshelsetjenesten
- Kollegastøtteordning via fagforening

## Begrunnelse

Oppfølging av ansatte etter et selvmord er viktig for å redusere de negative konsekvensene hos det enkelte helsepersonell.

Støttesamtaler er et tiltak for å ivareta ansattes reaksjoner på selvmordet. Ved å dele nødvendig informasjon, få en felles forståelse av det som har hendt og gi psykososial støtte legges det til rette for en hensiktsmessig bearbeiding og håndtering av belastninger som følger med en slik alvorlig hendelse.

Uformell støttefra kollegaer, familie og venner fremkommer i forskning som det mest betydningsfulle (Sandford et al., 2021).

Hendelsesanalyser med fokus på felles læring og ikke individuelt ansvar, som ble gjennomført med sensitivitet overfor de mest berørte, ble rapportert som hensiktsmessig (Sandford et al., 2021). Dette støttes av klinisk erfaring, og er et viktig ledd i kvalitetsforbedring i tjenesten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring \(lovdata.no\)](#).

En rekke studier viser at helsepersonell foretrekker individuell oppfølging, men at læringseffekten er størst i grupper. Informasjon og erfaringsutveksling i kollegagruppe etter selvmord gir økt bevissthet, kunnskapsdeling og bidrar til kompetanseheving, også blant kollegaer som ikke var direkte berørt (Sandford et al., 2021).

Forskning viser at det å være forberedt på at selvmord kan skje, og kjenne rutiner for hva som da skal gjøres, gir større grad av trygghet og mestring i situasjonen, sikrer bedre gjennomføring, og forebygger etterreaksjoner.

## Lovgrunnlag

- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) Plikt til forsvarlighet
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a](#) Kvalitets og pasientsikkerhetsutvalg
- [Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.](#)

- Arbeidsmiljøloven kapittel 3 Virkemidler i arbeidsmiljøarbeidet (§ 3-1 Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid) og kapittel 4 Krav til arbeidsmiljøet (§ 4-1 Generelle krav til arbeidsmiljøet)

## Vurdering

Det er ikke vurdert ulemper ved anbefalingen så lenge oppfølgingen av ansatte etter et selvmord, gjennomføres på en måte som fører til at den/de berørte ikke opplever bebreidelse og påføres skyldfølelse. Systemansvaret må være tydelig, og oppfølging tilpasses den enkeltes ulike behov.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvilken systematisk oppfølging trenger ansatte etter pasienters selvmord for å unngå sykefravær eller at de slutter i jobben?

### PICO

#### Populasjon (P)

Ansatte i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Tiltak (I)

Systematisk oppfølging etter pasients selvmord

#### Sammenligning (C)

Ingen systematisk oppfølging etter pasients selvmord

#### Utfall (O)

Sykefravær, Slutter i jobben, Livskvalitet

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen i PICO overfor. HelseDirektoratet identifiserte fire studier som ble kvalitetsvurdert. Etter kvalitetsvurdering gjensto to studier som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Disse to inkluderte også resultater om opplæring.

Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Leaune et. (2019)** er en systematisk oversikt med hensikt å evaluere hvilke konsekvenser en pasients selvmord kan få for leger under spesialisering. 22 studier, både kvalitative og kvantitative er inkludert.

**Sandfordet al. (2021)** er en systematisk oversikt der 54 studier er inkludert (21 kvantitative, 16 kvalitative og 17 blandet metodikk). Hensikten var å studere konsekvenser for helsearbeideren og opplevd støtte i forhold til en pasients selvmord, men også studere faktorer som kan begrense skadevirkningene.

### Resultater oppsummert per utfall

**Sykefravær/slutter i jobben:** ingen av studiene rapporterer direkte på disse utfallene.

**Livskvalitet:** Skyld, sjokk, tristhet og sinne er de vanlige personlige reaksjonene, menet pasientselvmord kan også få konsekvenser for helsepersonell videre faglige praksis (Leaune et al., 2019). Mange rapporterer større grad av tvil knyttet til egen vurderingsevne og beslutningskompetanse,

noe som kan gi utslag i en forsiktighet i klinisk praksis (Sandford et al., 2021).Henvising til behandling skjer oftere, og forskrivning av antidepressiva øker etter opplevd pasientselv mord. Det å ha kjent pasienten lenge, eller ha sterkt positive eller negative følelser knyttet til pasienten, kan medføre sterkere reaksjon på pasientens selv mord. Selv mord hos yngre pasienter og pasienter med barn medførte også sterkere reaksjoner hos helsepersonell. Konsekvensene av et selv mord var større for helsepersonell som hadde en opplevelse av at de i en eller annen utstrekning var ansvarlige for at pasienten tok sitt liv.

### **Opplevelser av faktorer som kan bidra til å begrense konsekvenser hos ansatte:**

**Forberedende opplæring av helsepersonell** rapporteres som vesentlig for hvordan den ansatte opplever hendelsen og konsekvensene av denne (Leaune et al., 2019 og Sandford et al., 2021). Helsepersonell som har fått forutgående opplæring og kompetanse knyttet til håndtering av alvorlige hendelser, og forberedelse av at dette kan skje, og med gode støttefunksjoner rundt seg, rapporterte i mindre grad at selv mord får negative konsekvenser for personlig eller faglig fungering. Ca. 50 % av leger i spesialisering opplever selv mord hos pasient (Leaune et al., 2019). Disse rapporterer å være opplært i prosedyrer for risikovurdering, men kun et fåtall i opplæring i prosedyrer for håndtering av alvorlige hendelser. Mange synes ikke godt nok forberedt verken praktisk eller emosjonelt (Leaune et al., 2019)

**Oppfølging** etter selv mord og rutiner for dette oppleves som en viktig faktor, og utilfredsstillende oppfølging gir en generell økning av de negative konsekvensene av pasientselv mord. Uformell støtte fra kollegaer, familie og venner ble rapportert som mest betydningsfullt, men strukturert oppfølging viste mer blandede resultater. Hendelsesanalyser med fokus på felles læring (ikke individuelt ansvar), gjennomført med sensitivitet overfor de mest berørte av helsepersonell, ble rapportert som hensiktsmessig.

# Klinisk vurdering og behandling av selvmordsatferd

Ekstern høring:

## Anbefaling

### Behandlingsansvarlig skal ved første kontakt, vurdere selvmordsatferd som del av en helhetlig klinisk vurdering

Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

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

Behandler som vurderer selvmordsatferd skal inneha kompetanse som sikrer faglig forsvarlighet, og ved behov kunne iverksette øyeblikkelige behandlingstiltak, for eksempel intensivert poliklinisk behandling eller henvisning til døgninnleggelse. Slike vurderinger bør gjøres av lege eller psykolog med nødvendig opplæring, men vurdering kan også gjøres av annet helsepersonell som har nødvendig kompetanse.

Selvmordsforebyggende tiltak skal starte samtidig med utredningen. Dette innebærer samtaler for å trygge pasienten, få innsikt i pasientens perspektiv og avdekke behov for umiddelbare behandlingstiltak rettet mot søvnproblemer, depressive symptomer og/eller rusmiddelbruk.

Ved psykotisk depresjon, eller mistanke om dette, bør terskelen være lav for innleggelse i døgnet, bruk av beskyttelsestiltak og rask oppstart av intensiv behandling. Pasientene dette gjelder, skal ikke skrives ut til et lavere omsorgsnivå før de har vist betydelig bedring.

Ved bekymring begrunnet i symptomer på alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse, tilstedeværelse av konkrete selvmordstanker, tidligere eller nylig alvorlig selvskading eller selvmordsforsøk, skal det gjøres en helhetlig vurdering av behov for beskyttelsestiltak. I dette inngår om det er behov for døgninnleggelse eller å redusere tilgang på gjenstander som pasienten kan benytte til selvmord, eksempelvis våpen, legemidler og rusmidler. Vurderingen skal gjentas ved vesentlige endringer i pasientens tilstand, livssituasjon og/eller i behandlingstilbudet. For barn og unge skal vurderingen av tilstand og tiltak gjøres i samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar i tråd med gjeldende regelverk.

Miljøpersonell bør benytte samvær og samhandling med pasientene i døgnet til samtaler og observasjoner rettet mot pasientens opplevelse og forståelse av egen situasjon. Samtidig skal miljøterapeutiske tiltak inngå som en planlagt del av den selvmordsforebyggende behandlingen.

Pårørende skal gis mulighet til å komme med informasjon der pasient eller pårørende ønsker det, eller der det er nødvendig for å sikre et godt nok grunnlag for vurderingen. Pårørende bør involveres i behandlingen og i utformingen av en sikkerhetsplan så langt det vurderes som hensiktsmessig. I psykisk helsevern for barn og unge skal foreldre eller andre med foreldreansvar involveres i tråd med gjeldende regelverk.

## Praktisk

Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten. Behandlingsansvaret omfatter utredning, diagnostisering og behandling, og skal tilfredsstillende kravene til faglig forsvarlighet.

## Kompetanse og faglig forsvarlighet

Helsepersonell som foretar vurderinger av selvmordsatferd, skal ha tilstrekkelig kompetanse til dette, jf. kravet til forsvarlighet i [helsepersonelloven %C2%A7 4 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata\)](#). Det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg oppdatert innen sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

Basert på de faglige kompetansekrav som ligger i utdanning til lege og psykolog, er det vurdert at disse yrkesgruppene i utgangspunktet vil være kvalifisert til å gjøre vurderinger av selvmordsatferd integrert i en helhetlig vurdering av pasientens tilstand og situasjon. Disse faggruppene trenger likevel nødvendig opplæring i vurdering av selvmordsatferd. Når det gjelder spørsmålet om annet helsepersonell kan foreta vurdering av selvmordsatferd, 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 selvmordsatferd. Hvem dette gjelder, avgjøres av faglig ansvarlig for behandlingseenheten. Viktig i denne sammenheng er virksomhetens ansvar for å legge til rette for forsvarlig tjenesteutøvelse. Kravet til kvalifikasjoner vil kunne være annerledes i en øyeblikkelig hjelp situasjon. Der hjelp er påtrengende nødvendig, er helsepersonell forpliktet til å yte «den helsehjelp de evner» for å avhjelpe situasjonen.

Miljøpersonalet i døgnenheter er sentrale i behandling og oppfølging av pasienter med selvmordsatferd. I samhandlingen med pasienten søkes å oppnå en tillitsfull relasjon. Miljøterapeutiske tiltak, bygd på god kompetanse om selvmordsforebygging, har som målsetting å kunne gi pasienten opplevelse av mestring og håp om bedring.

Se også [Virksomhetsledelsen skal sørge for at ansatte har nødvendig kompetanse i klinisk vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd](#).

## Samarbeid med barn og unges foreldre eller andre med foreldreansvar og pårørende til voksne pasienter

Nasjonale pasientforløp for [barn/unge](#) og [voksne](#) med psykiske lidelser og for [rusbehandling](#) beskriver samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar, pårørende og oppfølgende instanser gjennom forløpet fra henvisning til avslutning og videre oppfølging.

I tråd med gjeldende regelverk, som omtales i de nasjonale pasientforløpene, inkluderes foreldre eller andre med foreldreansvar for barn og unge der "pasient" omtales. Hvis barnevernet har overtatt omsorgen, inkluderes de som har den daglige omsorgen (for eksempel fosterforeldre) inn i samarbeidet.

Involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient omtales ytterligere i [Pårørendeveilederen](#).

## Vurdering av selvmordsatferd

Vurdering av selvmordsatferd er en av de vanskeligste oppgaver helsepersonell har, og studier viser at ikke er mulig å predikere selvmord (Large et al., 2018).

Vurderingen inngår i en helhetlig individuell utredning og behandling. Målsettingen er å etablere en terapeutisk allianse, avklare pasientens tilstand, utforske pasientens egen forståelse av sin situasjon og avklare behov for videre behandling og eventuelt umiddelbare sikringstiltak. Ved større endringer i behandlingen, permisjon fra døgnopphold, overføringer mellom behandlingssteder og før utskrivning fra psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjøres en ny vurdering.

Alderstilpasning og familiesamarbeid inngår for barn og unge gjennom familiesamtaler og alenesamtaler med barnet/ungdommen.

Selvmordsatferd og selvskading er komplekse fenomener, og det kan ofte være vanskelig å avklare om en handling best kan forstås som selvmordsforsøk eller selvskading. Det kan også være vanskelig å avklare hvorvidt pasienten er i akutt selvmordsfare eller hvorvidt problemene kan forstås som gjentakende selvmordsatferd over tid (tidligere kalt kronisk suicidalitet). Slike avklaringer er vesentlige for å tilpasse behandlingen til pasientens behov.

Berg et al. (2020a) viser at helsepersonell opplever det vanskelig å ta beslutninger ved høy grad av usikkerhet, og at det er nødvendig med systemer som sikrer kollegial støtte og arenaer som fremmer felles forståelse.

Som ved alle andre former for utredning, vurdering og tiltak i helsetjenesten er det viktig at utforsking av selvmordsfare gjøres innenfor rammen av en terapeutisk samtale med vekt på aktiv lytting og validering.

Sammen med pasienten, utforskes utløsende hendelser for selvmordsatferden, omstendigheter rundt og konsekvenser av disse. Dette for å sette tidligere opplevelser, nåværende situasjon og tilstand inn i en sammenheng, og for å kunne tilby individuelt tilpasset selvmordsforebyggende behandling.

Identifisering av sentrale risiko- og belastningsfaktorer i pasientens tilværelse er sentralt i vurderingen. Det samme gjelder kartlegging av individuelle beskyttende faktorer som kan gi håp, for eksempel betydningsfulle relasjoner og sosial tilhørighet. Vurderingen baseres ikke bare på hva pasienten verbalt gir uttrykk for, men andre kliniske forhold, som for eksempel kontaktevne, stemningsleie, agitasjon, realitetsbrist, rastløshet, uro og rusesug.

## Første samtale

For barn og unge tilpasses samtalen i tråd med [Nasjonalt pasientforløp for barn og unge med psykiske lidelser](#).

Følgende avklares:

- pasientens aktuelle tilstand
- om pasienten har selvmordstanker
- om pasienten har tanker om å ville dø, men ikke ved selvmord
- om pasienten tidligere har gjort selvmordsforsøk eller skadet seg selv og alvorlighetsgraden av dette



Hvilke konkrete forhold som videre avklares og vurderes hos den enkelte pasient, avhenger av tilstand, situasjon og behandlingsnivå. Ved døgnbehandling har miljøpersonalet en sentral rolle i å utforske og vurdere pasientens behov og aktuelle tiltak, samt bringe informasjon inn i tverrfaglige behandlingsteam.

Under følger en kort beskrivelse av de mest sentrale faktorer i vurderingen:

- Hva har utløst den aktuelle situasjonen?
  - Nylige alvorlige belastninger, eksempelvis tapsopplevelser inkludert tap av selvaktelse, relasjonsbrudd, andre personlige kriser?
  - Nylig brått funksjonsfall
- Har pasienten selvmordstanker nå?
  - Hvis ja, avklar intensitet og innhold samt om det foreligger en konkret plan og midler til å gjennomføre planen
  - Avklar tilgang til konkrete midler eksempelvis til skyting, hengning eller forgiftning
- Har pasienten forsøkt å ta sitt liv eller skadet deg selv tidligere?
  - Hvis ja, utdyp og avklar selvmordsforsøk eller selvskaide samt alvorlighetsgrad og pasientens daværende situasjon.
- Har noen i familien eller andre nærstående tatt sitt eget liv?
- Foreligger det:
  - Alvorlig depresjon med uttalt håpløshet/dødsønske herunder psykotisk depresjon og tilstander preget av agitasjon, rastløshet og impulsivitet
  - Andre psykosetilstander, særlig i debutfasen, herunder befallende stemmer om å ta sitt eget liv
- Har pasienten håp om endring / bedring av sin situasjon?

### **Observasjoner som gjøres i samtaler eller behandlingsmiljøet i en døgnenhet, inkluderes i vurderingen, eksempelvis:**

- Er pasienten preget av agitasjon (uro, stress, rastløshet)?
- Markert håpløshet?
- Er pasienten apatisk, nedstemt, mentalt fraværende, engstelig, desorganisert?
- Er pasienten påvirket av rusmidler?
- Har pasienten abstinenssymptomer?
- Pasientens kontaktevne og evne til å samarbeide

### **Selvmondsforebyggende behandling**

Behandlingen starter samtidig som utredningen. For barn og unge utarbeides en [behandlingsplan i samarbeid med pasienten og/eller foreldre/andre med foreldreansvar \(pasientforløp Psykiske lidelser – barn og unge\)](#).

Har barnevernstjenesten overtatt omsorgen for en pasient under 18 år etter [barnevernsloven § 4-2](#) eller [5-1](#), gjelder [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 første til femte ledd](#) tilsvarende for barnevernstjenesten.

For voksne pasienter i [psykisk helsevern](#) eller [tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#) utarbeides behandlingsplanen, eventuelt i samarbeid med pårørende, som baseres på pasientens mål og behandlerens kliniske vurderinger.

### **Akutte tiltak**

- Problemløsende tiltak som kan dempe fortvilelse, stress og håpløshet

- Kontakt med foreldre / andre med foreldreansvar eller daglig omsorg, pårørende eller andre nærstående som pasienten har tillit til
- Sikringstiltak som reduserer tilgang til metoder for selvmord og alvorlig selvskading
- Beskyttelsestiltak som for eksempel innleggelse i døgnavdeling. I noen tilfeller er det nødvendig å etablere tvungent psykisk helsevern

### **Tiltak som kan redusere fare for selvmord**

- Kunnskapsbasert behandling av psykisk lidelse og/eller ruslidelse (for eksempel terapeutiske samtaler, familiesamarbeid og legemiddelbehandling)
- Identifikasjon av hvilke faktorer som er beskyttende for den enkelte pasient
- Problemløsning rettet mot utløsende faktorer for aktuell situasjon
- Behandlingsintervensjoner rettet mot forebygging av selvskading og selvmordsatferd
- [Utarbeiding av sikkerhetsplan](#)

### **Miljøterapi ved døgnbehandling**

Akutte tiltak som kan redusere fare for selvmord inngår i miljøpersonalets oppgaver. Støttesamtaler, observasjon og gjennomføring av beskyttelsestiltak utføres med oppmerksomhet rettet mot pasientens opplevelse og forståelse av egen situasjon. Samtidig benyttes tiltak i miljøterapien for å iverksette planlagt behandling, observere endringer og styrke pasientens og familiens håp om bedring.

### **Utdyping av noen tilstander**

#### **Pasienter med rusmiddelproblemer/-avhengighet**

Selvordsratene hos pasienter i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er like høye som for pasienter i psykisk helsevern for voksne (Walby et al. 2020). Samtidig er det få selvmord under innleggelse i døgnenhet i TSB og i den aller første tiden etterpå. Likevel er tiden like etter utskrivning en sårbar periode med risiko for overdoser. Overdoseforebyggende tiltak inngår i behandlingen og ved utskrivning. En særlig utsatt gruppe er de pasientene i TSB som også er i kontakt med psykisk helsevern for voksne. De er i behov av integrert behandling av samtidige rus- og psykiske lidelser.

#### **Pasienter med psykotisk depresjon**

Psykotisk depresjon er en tilstand hvor selvmordsfaren kan være overhengende, også fordi tilstanden kan være vanskelig å oppdage. Utover depressive symptomer, ses ofte sterk angst og uro (agitasjon), og tilstanden kan variere, selv over kort tid.

Tilstanden kan oppstå akutt, uten holdepunkter for tidligere episoder eller utløsende faktorer hos pasienter med intakt funksjon inntil det aktuelle. Det er holdepunkter for at pasienter i den mest akutte depressive psykotiske fasen ofte ikke bekrefter selvmordstanker (Fredriksen et al., 2020) selv når de får direkte spørsmål om det. Dette er en pasientgruppe der det etter selvmord, ofte kan påvises svikt i behandlingen (Ness et al., 2020).

#### **Pasienter med gjentakende selvmordsatferd over tid – tidligere kalt kronisk suicidalitet**

Dette gjelder pasienter med ulike psykiske vansker og utfordringer, som for eksempel emosjonell ustabilitet, traumelidelse, psykose eller ruslidelse. Samtidige lidelser er vanlig. Ofte har voksne pasienter i denne gruppen diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Systematisk oppfølging kan være vanskelig å få etablert, både på grunn av at pågående behandlingsforløp avbrytes av pasientens kriser, men også av manglende kontinuitet ved bytte av

behandler og bytte av behandlingssted. Det er i økende grad kunnskapsgrunnlag for at bærebjelken i behandlingen er systematisk poliklinisk psykoterapeutisk behandling over tid (Storebø et al., 2020). Innleggelseser kan være nødvendig i akutte situasjoner.

Ved akutte innleggelseser er det viktig at behandlingen er tilpasset pasientgruppen, og at kontakt med poliklinisk behandler opprettholdes slik at innleggelsen inngår som et ledd i et lengre, fokusert og målrettet behandlingsforløp.

Spesialisert kunnskap i tjenestene er nødvendig for å tilby adekvat behandling. Gjentakende selvmordsatferd er ikke grunnlag for avvisning eller andre sanksjoner. Pasientene vil ofte profitere på tilpasset behandling med stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet. Involvering av foreldre / andre med foreldreansvar eller daglig omsorg, eventuelt pårørende, fastlege og andre aktuelle samarbeidspartnere inngår.

## Evaluering av igangsatte tiltak

Behandlingsplanen evalueres regelmessig i tråd med nasjonale pasientforløp [Psykkiske lidelser – voksne](#) / [Psykkiske lidelser – barn og unge](#) / [Rusbehandling \(TSB\)](#).

## Begrunnelse

Identifisering av selvmordsatferd inngår i en helhetlig utredning og behandling av pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), jf. [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) om faglig forsvarlighet.

Omfattede oppsummert forskning viser selvmord ikke kan predikeres (Large et al., 2018). 7. september 2022 publiserte National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Her beskrives tydelige anbefalinger om å ikke bruke risikovurderinger som begrunnelse for vurdering av behov for behandling. Rapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord viser også at majoriteten av de som døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern eller TSB, var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko (Walby et al., 2021).

Det er derfor essensielt at behandling og tiltak for å forebygge selvmord baseres på kliniske vurderinger av pasientens helhetlige tilstand og psykososiale situasjon.

I kvalitative studier beskrives en positiv opplevelse av å bli vurdert for selvmordsfare dersom dette skjer i naturlig dialog, med en individuell tilnærming (Berg et al., 2020b). En god relasjon og «kjemi» mellom helsepersonell og pasient oppleves også som vesentlig for å dele tanker og følelser (Hagen et al., 2017 og 2018).

## Lovgrunnlag

- [Helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) Forsvarlighet
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata\)](#) Plikt til forsvarlighet
- [Barnevernsloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) Akuttvedtak om omsorgsovertakelse
- [Barnevernsloven 5-1 \(lovdata.no\)](#) Vedtak om omsorgsovertakelse
- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 første til femte ledd \(lovdata.no\)](#) Informasjon når pasienten er under 18 år

## Vurdering

Innsikt i pasientens selvmordsatferd integrert i en helhetlig utredning og vurdering av pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og iverksetting behandling og tiltak tilpasset den enkelte, gir håp om at selvmord kan forebygges. Utforsking av pasientens forståelse av egen situasjon, gir bedre innsikt i hvilke faktorer som fører til selvmordsatferd, og hvilke som gir håp om bedring. Det er ikke vurdert ulemper med anbefalingen.

Studier viser at ingen verktøy for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko predikerer fremtidig selvmord. Pasientens behov, sårbarhet og sikkerhet er sentrale elementer i vurderingen av hvilken behandling, og hvilke tiltak som kan forebygge selvmordsatferd hos den enkelte pasient.

Involvering av foreldre, andre med foreldreansvar eller daglig omsorg og pårørende kan gi større innsikt i pasientens situasjon, og derved et bedre beslutningsgrunnlag for videre behandling og oppfølging.

Kravet til faglig forsvarlighet tydeliggjør at forebygging av selvmord inngår i virksomhetens rammer og ressurser, noe som betyr at pasientene møter kompetent personell. Opplæring og veiledning av personalet er derfor nødvendig.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvilke erfaringer har pasienter og helsepersonell med kartlegging og vurdering av risiko for selvmord?

### PICO

#### Populasjon (P)

Pasienter og helsepersonell i psykisk helsevern og TSB

#### Tiltak (I)

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

#### Sammenligning (C)

Ingen sammenligning ble foreslått

#### Utfall (O)

Pasienter og helsepersonells erfaringer

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det er ikke gjort andre systematiske søk enn etter erfaringsstudier. Disse ble gjort våren 2020, og det ble kun søkt etter norske studier. Begrunnelsen for dette var å få innsikt erfaringene etter at Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) ble publisert i 2008.

Søket etter studier om pasienter og helsepersonells erfaringer med kartlegging og vurdering av risiko for selvmord ble gjort i Oria, Google Scholar og PubMed.

Se [litteratursøk \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)

### Pasienters erfaring med behandling for selvmordsatferd

**Berg et al. (2020b)** er en kvalitativ studie som utforsket hvordan pasienter med selvmordsatferd (n=18) opplevde sikker klinisk praksis under innleggelse i psykiatriske avdeling. Semistrukturert intervju ble benyttet, og data ble analysert ved tematisk og induktiv innholdsanalyse.

**Hagen et al. (2018)** er en kvalitativ studie der 5 tidligere innlagte pasienter med selvmordsatferd (4 kvinner og 1 mann) ble intervjuet for å undersøke deres opplevelse av behandling og omsorg på en psykiatrisk avdeling. Individuelle semistrukturerte intervju ble benyttet, og materialet ble analysert ved interpretativ fenomenologisk analyse.

### **Helsepersonells erfaring med kartlegging og vurdering av risiko for selvmord**

**Hagen et al. (2017)** undersøkte terapeuters og psykiatriske sykepleieres erfaring med omsorg for pasienter med selvmordsatferd, inkludert hvordan deres erfaring forstås i lys av etiske perspektiver. Psykiatriske sykepleiere (n=8), psykiatere (n=4) og psykologer (n=4) ble intervjuet ved bruk av semistrukturert intervju. Systematisk tekstkondensering og prinsipper fra mer teoretisk basert tilnærming ble benyttet til analysering av data.

**Berg et al. (2020a)** undersøkte hva som er sikker klinisk praksis for pasienter med selvmordsatferd innlagt i psykiatrisk sengepost for å forstå helsepersonells kapasitet i tilpasning, endringer og utfordringer. Studien har kvalitativ design der fokusgruppeintervjuer og semistrukturerte intervjuer ble benyttet for sju leger, seks psykologer og 22 sykepleiere.

### **Resultater oppsummert**

#### *Pasienters erfaringer*

Berg et al. (2020b) fant en positiv opplevelse av å bli vurdert for selvmordsrisiko hos pasienter dersom dette skjedde naturlig i en dialog, og helsepersonellet hadde en individuell tilnærming til samtalen. Hagen et al. (2018) beskriver en god relasjon og «kjemi» mellom helsepersonell og pasient som vesentlig for å dele tanker og følelser.

#### *Helsepersonells erfaringer*

Hagen et al. (2017) fant at sjekklister og dokumentasjon oppleves tidkrevende. Helsepersonell kan oppfatte disse som en beskyttelse for seg selv og som dokumentasjon for utførte arbeidsoppgaver. Dette ikke nødvendigvis er til det beste for pasienten. Berg et al. (2020a) viser at helsepersonell opplever det vanskelig å ta beslutninger ved høy grad av usikkerhet, og at det er nødvendig med systemer som sikrer kollegial støtte og arenaer som fremmer felles forståelse. Et annet funn er at vurderinger basert på mer enn det pasientens sier, forbedrer forståelsen. Betydningen av en tillitsfull relasjon ble understreket, samt behovet for individuell tilnærming.

### **Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko**

Problemstilling: Hva er kunnskapsgrunnlaget for bruk av verktøy for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko?

Ingen søk ble gjennomført, men vi mottok en systematisk oversikt, Large et al. (2018), fra Folkehelseinstituttet basert på søk som ble gjort ved innhenting av kunnskapsgrunnlag for Handlingsplan for forebygging av selvmord.

I september 2022 publiserte National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Self-harm: assessment, management and preventing recurrence som ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget.

**Large et al. (2018)** er en systematisk oversikt som inkluderte studier av modeller for kartlegging av selvmordsrisiko hos inneliggende pasienter. Atten studier, publisert mellom 1998 og 2016, ble inkludert, og metaanalyser ble utført for å kalkulere odds ratio, sensitivitet og spesifisitet. Den begrensede

følsomheten og lav positiv prediktiv verdi av risikokategorisering tydet på at selvmordsrisikomodeller ikke er et egnet grunnlag for kliniske beslutninger i døgnenheter.

**NICE guideline (2022), punkt 1.6 Risk assessment tools and scales** inneholder Do not-anbefalinger som tydeliggjør at risikovurderinger ikke skal benyttes til vurdering av behov for beskyttelse og behandling. Fokus rettes mot pasientens behov og vurdering av hva den enkelte trenger av støtte og behandling umiddelbart og på lengre sikt. Fastsettelse av tilgang til behandling eller innleggelse basert på unøyaktige risikovurderingsverktøy, kan føre til gjentatt selvskading og lavere pasienttilfredshet.

## Anbefaling

# Behandlingsansvarlig bør sørge for at pasienter tilbys en sikkerhetsplan som et hjelpemiddel for å redusere risiko for selvmordsatferd

### Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Sikkerhetsplanen bør utarbeides i samarbeid mellom pasienten og behandlingsansvarlig eller den ansatte som ansvaret er delegert til. Foreldre eller andre med foreldreansvar for pasienter under 18 år involveres i tråd med gjeldende regelverk. For voksne pasienter, kan pårørende eller andre nærstående som pasienten ønsker med, involveres i samarbeidet om utarbeidelse av sikkerhetsplanen.

Sikkerhetsplanen bør utarbeides i tidlig fase av behandlingen, oppdateres underveis i forløpet og før utskrivning.

Sikkerhetsplanen skal inneholde trinnvise og konkrete mestringsstrategier som pasienten selv kan ta i bruk ved økende selvmordstanker. Den bør minimum inneholde navn og kontaktinformasjon på personer som pasienten og/eller foreldre / andre med foreldreansvar eller daglig omsorg og pårørende kan kontakte ved økende selvmordstanker.

## Praktisk

Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten. Utarbeidning av sikkerhetsplan kan delegeres til annet personell som inngår i behandlingen av pasienten.

Kriseplan er et kjent begrep i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og har ofte samme formål som en sikkerhetsplan. En sikkerhetsplan er en mer spesifikk type kriseplan som følger en egen metode og beskriver hva pasienten kan gjøre når faresignalene for selvmord øker.

Utarbeidelse og oppdatering av sikkerhetsplanen inngår i den individuelle, helhetlige utredningen og behandlingen av pasienter med selvmordsatferd.

Innhold i en sikkerhetsplan:

- Faresignaler som er viktig for pasienten å være oppmerksom på
- Mestringsstrategier og ressurser – hva kan pasienten gjøre selv?

- Navn på personer som pasienten kan kontakte for å dele tanker og følelser og få hjelp til å avlede selvmordstanker
- Kontaktinformasjon til tjenesteutøvere/instanser som kan kontaktes når en krise oppstår, eksempelvis:
  - Behandler i psykisk helsevern eller TSB
  - Fastlege
  - Legevakt
  - Annen akutt-tjeneste/krisetelefon
  - Ruskonsulent i kommunen
  - Andre
- Hvordan omgivelsene kan gjøres sikrere, eksempelvis ved fjerning av legemidler som kan brukes til forgiftning eller våpen

[Denne filmen viser hvordan helsepersonell og pasient i samarbeid kan utarbeide en sikkerhetsplan \(uio.no\).](#)

[I veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#) finnes eksempler på faresignaler som indikerer bruk av kriseplan/sikkerhetsplan og indre og ytre mestringsstrategier.

## Begrunnelse

Kriseplan er et kjent begrep i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og har ofte samme formål som en sikkerhetsplan. En sikkerhetsplan er en mer spesifikk type kriseplan som følger en egen metode, utviklet av Barbara Stanley og Gregory K. Brown.

På grunn av begrensninger i studiedesign, kan ikke tilgjengelige studier svare på om en sikkerhetsplan fører til færre selvmord. Ifølge Stanley et al. (2018) hadde pasienter som fikk sikkerhetsplan, sammenliknet med dem som ikke fikk sikkerhetsplan, 45 % redusert risiko for selvmordsatferd. De fant i tillegg at pasienter med sikkerhetsplan hadde doblet sannsynlighet for å møte til avtalt oppfølgingstime.

Klinisk erfaring tilsier at det å møte til oppfølgingstime kan ha en positiv, forebyggende effekt, noe som støtter opp om at sikkerhetsplan kan være et nyttig tiltak. Erfaringene tilsier også at sikkerhetsplan er et enkelt og lite ressurskrevende tiltak som oppleves som et godt utgangspunkt for samarbeid og dialog mellom pasient og behandler. Dette støttes av brukererfaring.

## Vurdering

Fordelene er vesentlige ved at pasient og behandlingsansvarlig/annen utpekt ansvarlig fagperson samarbeider om en plan som kan hjelpe pasienten å rette oppmerksomheten mot hva som konkret kan gjøres dersom selvmordstankene blir overveldende. Her inngår faresignaler personen selv bør være oppmerksom på, mestringsstrategier en selv kan bruke, og hvem en kan kontakte av nære personer eller profesjonelle ved behov.

Ulemper kan være at planen ikke er kjent av familien / andre nærstående og hjelpepersoner, og som følge av dette ikke fungerer i praksis.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Reduseres risikoen for selvmord hos pasienter som har en sikkerhetsplan utarbeidet i samarbeid med behandler i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

### PICO

**Populasjon (P)**

Pasienter i med selvmordsatferd i psykisk helsevern eller TSB (alle aldre)

**Tiltak (I)**

Sikkerhetsplan

**Sammenligning (C)**

Ingen sikkerhetsplan

**Utfall (O)**

Selv mord. Selvmordsforsøk. Selvmordstanker eller -planer

**Beskrivelse av inkluderte studier**

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte på problemstillingen i PICO. Helsedirektoratet identifiserte fire studier som ble kvalitetsvurdert. Etter kvalitetsvurdering gjensto én studie som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)

**Stanley et al. (2018)** er en kohortstudie av pasienter som mottok poliklinisk øyeblikkelig hjelp for selvmordsatferd (n=1640). Intervensjonsgruppen (n=1186 fra 5 poliklinikker) ble prospektivt inkludert. Kontrollgruppen (n=454 fra 4 poliklinikker) mottok "treatment as usual," og ble identifisert retrospektivt. Oppfølgingstid for intervensjonsgruppen var 6 måneder (klinisk samtale for å redusere selvmordsadferd og klare seg i livet strategier). I tillegg ble det utført telefonoppfølging minst to ganger.

**Resultater oppsummert per utfall**

**Selv mord:** ingen rapportering.

**Selv mordsforsøk:** ingen rapportering.

**Selv mordstanker eller - planer:** Pasientene med sikkerhetsplan i intervensjonsgruppen hadde mindre sannsynlighet for selvmordsatferd (n=36, 3.03 %) enn de som mottok vanlig behandling (n=24, 5.29 %) i løpet av 6 måneders oppfølgingstid. Intervensjonen med sikkerhetsplan var assosiert med at 45 % færre pasienter som hadde selvmordsatferd i oppfølgingstiden på 6 måneder.

Intervensjonspasientene hadde mer enn dobbelt så stor sjanse for å møte til minst en oppfølgingssamtale ved psykisk helseklinikk.



## Sikkerhet og beskyttende tiltak i døgnenheter

Ekstern høring:

### Anbefaling

## Behandlingsansvarlig skal vurdere bruk av kontinuerlig observasjon og/eller intervallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot alvorlig selvskading og selvmord

Ekstern høring:

### Ekstern høring:

For å gi pasienten beskyttelse mot alvorlig selvskading eller selvmord, skal det vurderes om det er behov for kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon. Beslutning tas av kvalifisert helsepersonell som et ledd i å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Endring eller opphevelse av beslutningen bør involvere spesialist i psykiatri eller psykologi, og treffes etter en helhetlig vurdering av pasientens tilstand.

Pasienter i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som har konkrete selvmordsplaner, og er vurdert til å ha behov for kontinuerlig observasjon, bør vurderes overført til egnet døgninstitusjon.

Pasienten skal gis informasjon om beslutningen om å iverksette observasjon, og hvilke vurderinger som er lagt til grunn for tiltaket. Pasienten bør også gis anledning til å foreslå hvordan observasjonstiltaket best kan gjennomføres.

Personell som utfører kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon skal ha nødvendig opplæring.

### Praktisk

Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten. Behandlingsansvaret omfatter utredning, diagnostisering og behandling, og skal tilfredsstillende kravene til faglig forsvarlighet, jf. [helsepersonelloven %C2%A7 4 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata\)](#).

Kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon er inngripende tiltak, men er av og til nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Måten tiltakene gjennomføres på, vil påvirke hvordan pasienten opplever tiltaket. Nødvendig kunnskap og bevissthet om slike omfattende tiltak fordrer systematisk opplæring og rutinemessig klinisk etisk refleksjon i personalgruppen. Se Kompetanse og faglig forsvarlighet i anbefalingen [Behandlingsansvarlig skal ved første kontakt vurdere selvmordsatferd som del av en helhetlig klinisk vurdering](#)

## Dialog og samarbeid med pasienten

Observasjonstiltak gir rom for mer tid og samspill med pasienten. Dette gir mulighet for:

- alliansebygging og etablering av terapeutisk relasjon
- gjennomføring av aktiviteter som bedrer pasientens situasjon
- fokus på tanker og tiltak framover som kan gi håp

## Kontinuerlig observasjon i psykisk helsevern

- Iverksettes for pasienter som er vurdert til være i akutt fare for å ta sitt eget liv
- Gjennomføres ved at personalet til enhver tid ser pasienten
- For å ivareta kontinuitet, involveres så få som mulig av personalet
- Personalet er så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord avverges
- Pasienten forlater ikke avdelingen og er ikke alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller bad. Det samme gjelder om natten

## Intervallobservasjon

Intervallobservasjon kan brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon. Miljøpersonalet er i størst mulig grad sammen med pasienten, og vet hele tiden hvor pasienten er. Ved behandling i TSB vurderes overføring til egnet døgninstitusjon.

- Tidsintervall mellom observasjoner angis med maksimum 15 minutter.
- Pasienten observeres hyppigere enn angitt maksimum slik at tidsrytmen ikke er så forutsigbar at tiden kan benyttes av pasienten til å forberede eller gjennomføre selvskading eller selvmord.
- Ved økt bekymring for pasienten, iverksettes observasjon med kortere tidsintervall eller overgang til kontinuering observasjon.

[Opplæring og veiledning for personalet.](#)

## Begrunnelse

Observasjonstiltak iverksettes som et pasientsikkerhetstiltak. Det er vesentlig at personell som gjennomfører tiltaket har kompetanse til å benytte samværet med pasienten til samtaler og observasjoner rettet mot pasientens opplevelse og forståelse av egen situasjon. Formålet er å utforske hva som kan gi pasienten nytt håp, og identifisere konkrete tiltak som kan redusere belastende faktorer.

Flynn et al. (2017) fant at 91 % av selvmordene i døgnenheter skjedde under intervallobservasjon, og 60 % av selvmordene skjedde mens observasjonen ikke ble gjennomført som planlagt. Dette viser at det for noen pasienter ikke er trygt nok med intervallobservasjon.

NCISH (2015) fant at halvparten av dødsfallene skjedde da observasjonen var utført av mindre erfarne ansatte eller ansatte som sannsynligvis ikke var kjent med pasienten.

I følge Reen et al (2020) påvirkes pasientens opplevelse av kontinuerlig observasjon av hvem det er som gjennomfører tiltaket.

## Lovgrunnlag

Faglig forsvarlig helsehjelp, jf. [helsepersonelloven %C2%A7 4 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata\)](#).

Kontinuerlig observasjon i seg selv anses ikke som skjerming og krever dermed ikke et vedtak, jf. [psykisk helsevernloven %C2%A7 4-3 første ledd](#). I [kommentaren til psykisk helsevernforordningen %C2%A7 18](#) står dette: "Fotfølging – at helsepersonell ved institusjonen til enhver tid har visuell kontakt med pasienten – vil ikke i seg selv anses som skjerming. Fotfølging innebærer normalt ikke at pasienten gis restriksjoner på hvor vedkommende kan oppholde seg. Pasienten kan bevege seg fritt også blant andre pasienter og helsepersonell, og tiltaket faller derfor i utgangspunktet ikke inn under definisjonen av skjerming."

## Vurdering

Fordelene med observasjon er at det kan redde liv og hindre skade, og er derfor et sentralt sikkerhetstiltak i døgnenheter for pasienter som er i akutt fare for å ta sitt eget liv. Ulempene ved observasjonstiltak er at observasjon kan oppleves nedverdiggende, kan forsterke mistillit, og kan i noen tilfeller ha som effekt at det opprettholder selvskadende atferd. Pasientens opplevelse avhenger av hvordan observasjonen gjennomføres.

Ulempene ved observasjon som sikkerhetstiltak, vurderes oppveid av behovet for å sikre liv og helse i et avgrenset tidsrom.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Bør pasienter med selvmordsatferd (tanker, planer, handlinger) observeres kontinuerlig eller ved intervallobservasjon når de er innlagt i døgnavdelinger?

### PICO

#### Populasjon (P)

Pasienter (i selvmordsrisiko) i døgnavdelinger i psykisk helsevern eller TSB

#### Tiltak (I)

Kontinuerlig observasjon

#### Sammenligning (C)

Intervallobservasjon

#### Utfall (O)

Selv mord. Selvmordsforsøk. Pasientens opplevelse

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen overfor. Helsedirektoratet identifiserte fire studier som ble kvalitetsvurdert. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Flynn et. al. (2017)** er en observasjonsstudie med hensikt å beskrive karakteristika til pasienter som har tatt sitt eget liv under observasjon. Alle selvmord i England mellom 2006 og 2012 ble identifisert gjennom et nasjonalt register (n=113). Spørreskjema ble sendt ut til ansvarlig behandler og rapporter om uønskede hendelser ble studert.

**National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) report (2015)** inkluderer data fra Flynn et al. (2017), men data fra Skottland og Nord-Irland er i tillegg inkludert. Alle pasienter i UK som døde av selvmord under observasjon i et tidsrom på 7 år ble inkludert (n=124). De har i tillegg utdypet med 6 fokusgruppeintervjuer og spørreskjemaer (n=165) til

helsepersonell og pasienter for å utforske pasienter og ansattes perspektiver på bruk av observasjon og hvordan praksisen kan forbedres.

**Reen et al. (2020)** er en systematisk oversikt som inkluderer 16 artikler for evaluering av til sammen 13 tiltak for forbedring av eller reduksjon av kontinuerlig observasjon; ansattes utdanning og opplæring, endringer i teamet (hvem som observerer), journalføring, involvering av pasient og fysisk miljø på avdelingene.

## Resultater per utfall

### Selv mord

De inkluderte studiene rapporterer på selvmord, men på grunn av studiedesign besvares ikke problemstillingen. **Flynn et al. (2017)** fant at 91 % av selvmordene skjedde under intervallobservasjon, og 60 % av selvmordene skjedde mens observasjonen ikke ble gjennomført som planlagt. Dette ble begrunnet med at personalet måtte gjøre andre oppgaver, travle perioder på avdelingen, personalmangel eller når avdelingens utforming hindret observasjon. **NCISH (2015)** fant at halvparten av dødsfallene skjedde da observasjonen var utført av mindre erfarne ansatte eller ansatte som sannsynligvis ikke var kjent med pasienten.

### Selv mordsforsøk

Ingen av studiene rapporterer på selvmordsforsøk.

### Pasienterfaringer

**Reen et al (2020)** påpeker at rekruttering av ekstra helsepersonell samt å gjøre endringer i rolleopplevelser og i teamets profesjonelle roller kan påvirke pasientopplevelsen ved kontinuerlig observasjon.

**NCISH (2015)** beskriver store variasjoner om hvordan pasientene opplevde observasjonen. Noen påpekte at det følte trygt, mens andre mer inngripende. Helsepersonen som utførte observerte ble trukket frem som betydningsfullt, i tillegg til pasientens egen involvering i behandlingsplan.

---

## Problemstilling

Reduserer intervallobservasjon selvmord og selvmordsforsøk sammenlignet med ordinær behandling i døgnavdeling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

## PICO

### Populasjon (P)

Pasienter i døgnavdelinger i psykisk helsevern eller TSB

### Tiltak (I)

Intervallobservasjon

### Sammenligning (C)

Ordinær døgnavdeling (uten egen observasjonsstatus)

### Utfall (O)

Selv mord. Selv mordsforsøk. Pasientens opplevelse

## Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingene overfor. Helsedirektoratet identifiserte én studie som ble kvalitetsvurdert. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Veale et al. (2020)** er en kvalitativ studie med hensikt å gi bedre innsikt i hvordan intervallobservasjon oppleves for innlagte pasienter på natten. Tolv pasienter fra fem ulike psykiatriske sengeposter ble intervjuet. Semi-strukturerte intervju ble benyttet og innholdsanalyse ble utført etter en kategorisering av data.

### Resultater per utfall

#### Selv mord

Ingen studier som rapporterte på selvmord, ble identifisert.

#### Selv mordsforsøk

Ingen studier som rapporterte på selvmordsforsøk, ble identifisert.

#### Pasienterfaringer

Periodiske nattobservasjoner bidro til søvnforstyrrelser blant pasientene, og miljøforstyrrelser (lys og støy), inntrenging av privatliv og sikkerhetshensyn på avdelingen ble identifisert som forstyrrende faktorer.

---

## Anbefaling

# Behandlingsansvarlig skal sørge for at pasienter som er innlagt i døgnenheter, ikke har tilgang til personlige eiendeler som kan benyttes til å gjennomføre selvmord eller alvorlig selvskading

### Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Behandlingsansvarlig skal, etter en helhetlig vurdering i samarbeid med pasienten og annet helsepersonell, vurdere om pasienten er i fare for å ta sitt eget liv eller påføre seg selv alvorlig skade.

Ved fare for selvmord eller alvorlig selvskade, skal behandlingsansvarlig vurdere hvilke personlige eiendeler pasienten ikke bør ha tilgjengelig.

Hvis det skal fattes vedtak om undersøkelse og kroppsvistasjon, skal det gjøres av faglig ansvarlig ved behandlingseenheten.

Avklaringen av hvilke eiendeler pasienten ikke kan ha tilgang til, bør, så langt mulig, gjøres i dialog med pasienten og annet helsepersonell.

## Praktisk

Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten. Behandlingsansvaret omfatter utredning, diagnostisering og behandling, og skal tilfredsstillende kravene til faglig forsvarlighet.

Behandlingsansvarlig har ansvaret for å vurdere, iverksette og avslutte tiltaket. Beslutningene tas i samarbeid med annet helsepersonell.

Faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven skal være skal være er lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i lov og forskrift, jf. [psykisk helsevernloven § 1-4 \(lovdata.no\)](#) og [psykisk helsevernloven § 5 \(lovdata.no\)](#).

Når det er vurdert at pasienten ikke kan ha eiendeler tilgjengelig på grunn av fare for selvmord eller alvorlig selvskade, må vurderingen av hvilke eiendeler det gjelder ses i sammenheng med andre beskyttende tiltak. Vurderingen gjøres av personell med tilstrekkelig kompetanse. Se Kompetanse og faglig forsvarlighet i anbefalingen [Behandlingsansvarlig skal ved første kontakt vurdere selvmordsatferd som del av en helhetlig klinisk vurdering](#)

Begrensning i pasientens tilgang til personlige eiendeler omhandler det som er strengt nødvendig for å ivareta pasientens trygghet og sikkerhet. Ved iverksetting av tiltaket, er det vesentlig at helsepersonell gir informasjon om begrunnelsen, og har en dialog med pasienten om gjennomføringen.

## Psykisk helsevern

[Psykisk helsevernloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) lovfester prinsippet om at bruk av restriksjoner og tvang skal begrenses til det strengt nødvendige. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Hvis pasienten ønsker at egne eiendeler oppbevares av døgnenheten, gjennomføres tiltaket basert på pasientens samtykke.

Faglig ansvarlig kan treffe vedtak om undersøkelse og kroppsvisitasjon etter [psykisk helsevernloven § 4-6 første ledd \(lovdata.no\)](#) dersom det foreligger begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen. Gjenstander som kan benyttes til å gjennomføre selvmord eller alvorlig selvskade, er både gjenstander som er farlige i seg selv og gjenstander som kan brukes på en farlig måte. Med "begrunnet mistanke" menes at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. Det kan for eksempel være at det er observert handlinger og atferd hos pasienten som gir mistanke om planlegging av selvmord. Vedtak om beslag av er hjemlet i [psykisk helsevernloven § 4-7 \(lovdata.no\)](#).

## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det institusjonens leder, eller den lederen gir fullmakt, som fatter vedtak om at pasientens post kan åpnes og kontrolleres ved begrunnet mistanke om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført, jf. [forskrift om rettigheter og tvang under opphold i rusinstitusjon § 7 tredje ledd \(lovdata.no\)](#). Vedtak om kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler er hjemlet i [forskrift om rettigheter og tvang under opphold i rusinstitusjon § 8 \(lovdata.no\)](#) og [vedtak om beslag av gjenstander i § 9 \(lovdata.no\)](#).

## Gjennomføring av undersøkelse og beslag

- Iverksettelse av tiltaket gjøres, så langt mulig, i samarbeid med pasienten.
- Det avklares hvilke eiendeler pasienten kun kan ha tilgjengelig i samvær med personalet.

## Oppfølging av tiltaket

- Vurdering av pasientens sikkerhet, og opplevelse av trygghet, gjentas og ses i sammenheng med andre beskyttende tiltak.
- Det vurderes om det er behov for gjentatt undersøkelse av pasientens rom og eiendeler etter permisjon fra avdelingen og etter at pasienten har hatt besøk.

## Avslutning av tiltaket

Faglig ansvarlig eller behandlingsansvarlig beslutter, etter en helhetlig vurdering i samråd med annet kompetent personell, når tiltaket kan avsluttes.

## Begrunnelse

Det er ikke funnet forskningsbasert kunnskap der intervensjonen er fjerning av pasientens eiendeler, men forskning viser at reduksjon av tilgjengelige muligheter for å kunne henge seg reduserer forekomsten av selvmord.

Pasienterfaringer viser at sikring av lokaler, interiør og gjenstander som kan benyttes til selvmord oppleves som trygt for mange. Klinisk erfaring støtter opp om dette.

## Lovgrunnlag

[Helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) Forsvarlighet

Relevant lovgrunnlag innen psykisk helsevern:

- [Psykisk helsevernloven § 1-4 \(lovdata.no\)](#) Den faglig ansvarlige for vedtak
- [Psykisk helsevernforordningen § 5 \(lovdata.no\)](#) Faglig ansvarlig
- [Psykisk helsevernloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) Vern om personlig integritet
- [Psykisk helsevernloven § 4-6 \(lovdata.no\)](#) Undersøkelse av rom og eiendeler
- [Psykisk helsevernloven § 4-7 \(lovdata.no\)](#) Beslag

Relevant lovgrunnlag innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

- [Forskrift om rettigheter og tvang under opphold i rusinstitusjon § 7 \(lovdata.no\)](#) Forbindelse med omverdenen
- [Forskrift om rettigheter og tvang under opphold i rusinstitusjon § 8 \(lovdata.no\)](#) Kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasient og brukers rom og eiendeler
- [Forskrift om rettigheter og tvang under opphold i rusinstitusjon § 9 \(lovdata.no\)](#) Beslag og tilintetgjøring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer og farlige gjenstander

## Vurdering

Reduksjon av mulighetene for å skade seg selv eller ta sitt eget liv, er tiltak som er godt begrunnet. Informasjon til og involvering av pasienten er vesentlig for hvordan inngripende tiltak oppfattes. Involvering av foreldre, andre med foreldreansvar eller daglig omsorg for barn og unge, og eventuelt pårørende for de voksne, kan bidra til bedre gjennomføring, eksempelvis ved at de tar med seg eiendelene hjem.

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Fører metoderestriksjoner til færre selvmord blant innlagte pasienter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

*Metoderestriksjon* ble definert som: Fjerning av bygnings- og interiørmessige forhold som muliggjør henging, rømning fra institusjon og fjerning av pasienters eiendeler som f.eks. belter og skjerf.

### PICO

#### Populasjon (P)

Pasienter i døgnavdelinger i psykisk helsevern eller TSB

#### Tiltak (I)

Fjerning av mulige festepunkter for henging. Sikring av rom (pasientrom og fellesarealer). Gjennomgang av / fjerning av pasientens eiendeler (medbrakte legemidler, belte, skjerf, slips, skolliser mv).

#### Sammenligning (C)

Ingen særskilte tiltak

#### Utfall (O)

Selvord. Selvmordsforsøk.

### Beskrivelse av inkluderte studier

Det ble i samarbeid med Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) gjort systematisk søk etter forskningsartikler som svarte til problemstillingen overfor.

- **Personlige eiendeler:** Det ble ikke funnet noen studier som svarte til problemstillingen.
- **Fysiske lokaler:** Helsedirektoratet identifiserte seks studier som ble kvalitetsvurdert. Etter kvalitetsvurdering gjensto tre studier som besvarte problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)

**Kapur et al. (2016)** er en retrospektiv kohortstudie av pasienter i England som tok sitt eget liv innenfor 12 måneder etter kontakt med helsevesenet i perioden 1/1997 til 12/2012. Behandlende/relevante klinikere ble identifisert gjennom registeret National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH), og spørreskjema ble sendt til disse for detaljert informasjon om hendelsene. Artikkelen beskriver selvmordsraten før og etter implementeringen. Fjerning av ligaturpunkter/potensielle hengningspunkter på sengeposter var ett av tiltakene.

**Watts et al. (2012)** er en observasjonsstudie med data fra VHA (Veterans Health Administration) i USA. Alle selvmord i tidsrommet 1/1999-3/2011 ble identifisert og inkludert gjennom rapporter for alvorlige hendelser. Hensikten med studiet var å evaluere selvmordsraten før og etter implementeringen av en sjekklister over fysisk miljø på psykiatriske sengeposter. Sjekklisten inneholdt 114 punkter og ble implementert i 2008.

**Watts et al. (2017)** er en oppfølging av studien fra 2012, og inkluderer data opptil syv år (frem til 2015) etter implementering av sjekklisten. Hensikten var å vurdere om den lavere forekomsten av selvmord etter implementering av sjekklisten for det fysiske miljøet vedvarte over tid.

### Resultater per utfall



**Selvord:** Kapur et al. (2016) fant en signifikant reduksjon i selvmordsrate etter fjerning av ligaturpunkter med en insidensrate per 10 000 på 12 (KI 11,75-12,25) før implementering sammenliknet med 9,31 (KI 9,11-9,51) etter implementering. Watts et al. (2012) identifiserte 22 selvmord før implementert sjekklister sammenliknet med 3 etter, som resulterte i en signifikant forskjell i selvmordsrate per 100 000 før (2,64) og etter (0,87) implementeringen. Oppfølgingsstudien (Watts et al. 2017) fant ingen endring av selvmordsrate over tid (0,74 per 100 000), og konkluderte med en vedvarende lavere forekomst av selvmord etter implementert sjekklister.

**Selvordsforsøk:** ingen av de ovennevnte studiene rapporterer på selvmordsforsøk. Ingen studier med effekt av metoderestriksjon på selvmordsforsøk ble identifisert.

# Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning

Ekstern høring:

## Anbefaling

### Behandlingsansvarlig i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør planlegge utskrivning av pasienter i starten av forløpet

Ekstern høring:

#### Ekstern høring:

Behandlingsansvarlig skal sørge for forsvarlig utskrivning med en plan for videre behandling og oppfølging. Etablering av kontakt med oppfølgende instans bør gjøres tidlig i forløpet. Konkret tidspunkt for første kontakt med oppfølgende instans bør være avklart, og epikrisen bør være ferdig ved utskrivning.

Pasienter som utskrives fra psykisk helsevern (barn/unge og voksne) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), bør motiveres til å samarbeide om en sikkerhetsplan som kan bidra til å forebygge framtidig selvmordsatferd.

Pasienter med selvmordsatferd bør følges opp i minimum 30 dager etter utskrivning fra døgnenhet. Oppfølgingen bør gjennomføres av utskrivende behandlingsenhet eller den instans som har tatt mot pasienten til videre oppfølging.

Foreldre eller andre med foreldreansvar eller daglig omsorg og pårørende skal, i tråd med gjeldende regelverk, involveres i planlegging av utskrivning av barnet/ungdommen, samt få informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp.

## Praktisk

Med behandlingsansvarlig menes det helsepersonellet som har det overordnede behandlingsansvaret for pasienten. Behandlingsansvaret omfatter utredning, diagnostisering og behandling, og skal tilfredsstillende kravene til faglig forsvarlighet.

## Forsvarlig utskrivning

For mange pasienter er utskrivning en stor overgang ved at de vender tilbake til en vanskelig livssituasjon. Reduksjon av belastningene som medvirker til selvmordsatferd, økt mestringsevne og redusert symptomtrykk er vesentlig for forebygging av selvmord.

Nasjonale pasientforløp for [barn/unge](#) og [voksne](#) med psykiske lidelser og for [rusbehandling](#) beskriver involvering og samarbeid gjennom hele pasientforløpet.

For pasienter der selvmordsproblematikk har vært en problemstilling eller ansvarlig behandler vurderer at det vil kunne bli det etter utskrivning, er det særdeles viktig at oppfølging etter utskrivning planlegges helt konkret. Oppfølgingen vil vanligvis gjøres av andre enn utskrivende instans, enten i andre behandlingssenheter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller fastlege og/eller andre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

[I Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#), kapittel 1.7 og 1.8, beskrives samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Planlegging av utskrivning og oppfølging etter utskrivning kan delegeres til annet kompetent personell og/eller gjøres i samarbeid med annet personell.

### **Samarbeid med foreldre / andre med foreldreansvar**

[Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 \(lovdata.no\)](#) regulerer retten til informasjon når pasienten er under 18 år. Når pasienten er under 16 år skal de som hovedregel gis informasjon. Det er en opplysningsplikt for helsepersonell. Er pasienten over 16 år har helsepersonell taushetsplikt overfor foreldre med mindre pasienten samtykker til at informasjon gis.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret frem til pasienten er 18 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 (lovdata.no). Dette kan være informasjon om mer alvorlige psykiske lidelser, fare for selvskading, omgang med ulovlige rusmidler, opplysninger om selvmordsfare og innleggelse i døgnettenhet, samt opplysninger om hvor ungdommen befinner seg. Slik informasjon skal helsepersonell gi uavhengig av taushetsplikten. Helsepersonell skal orientere pasienten når slik informasjon blir gitt.

Har barnevernstjenesten overtatt omsorgen for en pasient under 18 år etter [barnevernsloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) eller [5-1 \(lovdata.no\)](#), gjelder tilsvarende for barneverntjenesten, herunder fosterforeldre eller institusjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 sjette ledd.

[Nasjonalt pasientforløp for barn og unge med psykiske lidelser](#) beskriver barnets og foreldrenes / andre som opptrer i foreldres sted rettigheter og hvordan samhandlingen gjennomføres.

### **Samarbeid med pårørende**

Involvering av pårørende skjer i tråd med gjeldene regelverk for samtykke og taushetsplikt. Pårørende som har vært involvert i behandlingen etter pasientens samtykke, involveres også ved planlegging av utskrivning. Det gis informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp.

Nyttige hjelpemidler er:

- [Pårørendes rettigheter – Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer](#)
- [Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)

### **Ved utskrivning fra døgnettenhet uavhengig av oppholdets varighet**

Sjekkliste før utskrivning fra døgnettenhold:

- Har pasienten en avtale med oppfølgende instans innen tre dager etter utskrivning (Time i hånden)?
- Følger epikrisen pasienten?, jf. [helsepersonelloven § 45 a \(lovdata.no\)](#)
- [Har pasienten en sikkerhetsplan](#)
- Er samarbeid med pårørende eller foreldre / andre med foreldreansvar eller daglig omsorg avklart?
- Er det avklart hva som skal gjøres hvis pasienten uteblir fra avtaler?

### **Time i hånden og videre oppfølging**

Time i hånden er en planlagt avtale mellom utskrivende og mottakende instans som gir pasienten en konkret avtale etter utskrivning.

Behandlingsansvarlig ved utskrivende enhet i spesialisthelsetjenesten har ansvaret for at avtalen med oppfølgende instans, som enten er behandler i poliklinikk eller kontaktperson i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inngås. Kontaktpersonen i kommunen gis telefonnummer til utskrivende enhet som kan konsulteres ved behov.

Samtalen med pasienten gjennomføres senest tre dager etter utskrivning.

For barn og unge avtales tidspunkt for samtale i samarbeid med foreldre / andre med foreldreansvar eller daglig omsorg, og tilpasses deres behov.

Regelmessige oppfølgingssamtaler tilbys de første 30 dagene etter utskrivning.

### **Spesielt for barn og unge under 18 år**

For pasienter under 18 år, er opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten regulert i [Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon \(lovdata.no\)](#). Forskriften omtaler rettighetene til barn og foreldres/andre om opptrer i foreldres sted. [Forskriftens § 15 \(lovdata.no\)](#) regulerer helseinstitusjonens plikt til å etablere kontakt med det kommunale hjelpeapparatet i god tid før utskrivning dersom barnet har behov for videre oppfølging.

### **Ved utskrivning fra poliklinisk behandling**

Utskrivning av pasienter fra poliklinisk behandling planlegges i god tid og på en måte som gjør at pasienten og/eller familien er bedre i stand til å mestre sin livssituasjon.

Pasienter med selvmordsatferd, som vedvarer etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, gis en konkret timeavtale hos oppfølgende instans før utskrivning. For barn/unge skjer dette i samråd med foreldre/andre med foreldreansvar eller daglig omsorg.

### **Følgende gjelder uavhengig av om pasienten har hatt døgnopphold eller vært i poliklinisk behandling**

Før utskrivning spørres pasienten hva han/hun ønsker behandler/kontaktperson skal gjøre ved uteblivelse fra avtaler. Dette gjøres kjent for oppfølgende instans, og det avklares hvem de kan kontakte hvis pasienten ikke møter til oppfølgingstime eller unnlater å svare på telefon.

### **Sikkerhetsplan**

[Sikkerhetsplan](#) er et selvhjelpsverktøy som beskriver hva personen kan gjøre når faresignalene for selvmord øker.

### **Pasienter som ikke ønsker videre oppfølging**

Samtykkekompetente pasienter, som sier nei til videre oppfølging, gis kontaktinformasjon til den instans eller person som kan kontaktes ved behov for hjelp.

## Helsepersonells opplysningsrett til pårørende i særlige tilfeller

Dersom pasienten samtykker skal pasientens nærmeste pårørende få informasjon jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 \(lovdata.no\)](#). Uten samtykke fra pasienten, kan helsepersonell gi informasjon til pårørende når det er tungtveiende grunner til det, jf. [helsepersonelloven § 23 nr. 4 \(lovdata.no\)](#).

Vanligvis vil dette være i situasjoner der det er fare for skade på liv og helse på pasienten selv, pårørende eller andre personer. Men også fare for skadevoldende handlinger på andre interesser kan tenkes å gi helsepersonell rett til å informere pårørende. Dersom en pasient med en tilstand som krever særlig årvåkenhet, for eksempel ved risiko for alvorlig selvskading eller selvmord, overdose eller risiko for vold mot andre, skriver seg ut til hjemmet, kan det etter en konkret vurdering være rett å gi informasjon til pårørende selv om pasienten ikke samtykker.

## Begrunnelse

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har gitt ny kunnskap om selvmord som skjer under behandling eller innen ett år etter avsluttet behandling.

Kartleggingssystemet viser at nesten halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siste år før de døde. Den største andelen selvmord skjer under eller etter poliklinisk kontakt både i psykisk helsevern og TSB (Walby et al., 2018).

Funnene fra kartleggingssystemet viser at mange av de som dør i selvmord under og etter kontakt med tjenestene ikke bare har alvorlige tilstander, men også omfattende psykososiale belastninger. Omfanget av psykososiale utfordringer peker på et behov for bedre samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB, kommunal helse- og omsorgstjeneste og øvrige hjelpetiltak (Walby et al., 2021).

## Lovgrunnlag

- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 \(lovdata.no\)](#) Informasjon til pasientens nærmeste pårørende
- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 \(lovdata.no\)](#) Informasjon når pasienten er under 18 år
- [Helsepersonelloven § 23 \(lovdata.no\) nr. 4](#) Begrensninger i taushetsplikten
- [Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon \(lovdata.no\)](#)
- [Helsepersonelloven § 45 a \(lovdata.no\)](#) Epikrise
- [Barnevernsloven § 4-2 \(lovdata.no\)](#) Akuttvedtak om omsorgsovertakelse
- [Barnevernsloven § 5-1 \(lovdata.no\)](#) Vedtak om omsorgsovertakelse
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e \(lovdata.no\)](#) Samarbeid
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 \(lovdata.no\)](#) Kommunens plikt til samarbeid og samordning

## Vurdering

Mange selvmord skjer kort tid etter utskrivning, og det tilsier at det er i potensiale for å forebygge selvmord ved å sørge for oppfølging etter utskrivning. Få selvmord skjer inne i døgninstitusjoner. Det skjer heller ved permisjoner fra døgnopphold, under eller etter poliklinisk behandling. Mange som har vært pasienter i psykisk helsevern for voksne tar sitt eget liv allerede i løpet av første uke etter siste

kontakt. Innen TSB er overdoseforebygging et tiltak som også vurderes som selvmordsforebyggende. Selv om selvmordstallene viser lengre tid fra utskrivning til død, er oppfølging den første tiden etter utskrivning like viktig for pasienter i TSB. For barn og unge er involvering og samarbeid med foreldre/andre med foreldreansvar eller daglig omsorg sentralt for å forebygge selvmord.

Forsvarlige overganger og forsvarlig utskrivning kan redde liv. Det er derfor viktig å sørge for kontinuitet og tett oppfølging etter utskrivning.

## **Sammendrag av forskningsgrunnlaget**

### **Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)**

Dødsårsaksregisterets statistikkbank viser at det i perioden 2008 – 2018 ble det registrert totalt 314 selvmord blant barn og unge i alderen 10-19 år i Norge (Folkehelseinstituttet).

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord viser at 73 personer (49 jenter og 24 gutter) hadde kontakt med PHBU i perioden 2008 – 2018 siste år før selvmordet. Majoriteten av jentene (71,4 %) hadde en pågående poliklinisk kontakt, og kun 14,3 % var registrert med avsluttet poliklinisk kontakt. Halvparten av guttene var registrert med avsluttet kontakt. Gjennomsnittlig tid fra siste kontakt til selvmord var 63 dager. Det var store forskjeller mellom kjønn, henholdsvis 36,5 dager for jenter og 117 dager for gutter fra siste kontakt til selvmord. Blant jentene døde 26 (53,1 %) innen én uke etter siste kontakt, sammenlignet med 7 (29,2 %) av guttene

### **Psykisk helsevern for voksne**

I perioden 2009–2015 hadde 44,3 % av alle personer som døde i selvmord kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året før de døde (Walby et al., 2018).

45,5 % av selvmordene blant pasienter som hadde en pågående poliklinisk kontakt skjedde mindre enn 7 dager etter siste konsultasjon. 25,2 % av de med avsluttet kontakt døde i løpet av første måned etter avslutning, mens 61 % skjedde mer enn 90 dager etter siste kontakt.

I 2018 gikk det 15 dager (median) fra utskrivelse til selvmord blant de personene som døde etter kontakt med psykisk helsevern for voksne siste år (Walby et al., 2021).

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Blant personer som utelukkende hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009 – 2017, hadde 12,8 % mottatt døgntilrettelagt behandling de siste 90 dagene og 38,4 % hadde mottatt døgntilrettelagt behandling det siste året før de døde i selvmord. Halvparten av alle selvmordene blant personer som kun hadde kontakt med TSB, skjedde i løpet av de første 54 dagene etter siste kontakt (Walby et al., 2020).

I perioden 2009 – 2018 gikk det 13 dager (median) fra utskrivelse til selvmord blant kvinner og 26,5 dager (median) blant menn av de personene som døde etter kontakt med TSB (Walby et al., 2021).

## 5

# Metode og prosess

### Ekstern høring:

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling erstatter Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) og Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.

Retningslinjen dekker tre fagområder:

- Psykisk helsevern for voksne
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Årlig registreres over 600 selvmord i Norge. Rapporten "1910 døde pasienter" (Walby et al., 2018) viste at i underkant av halvparten av personene som døde i selvmord årene 2008 – 2015 hadde hatt kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste året før dødsfallet.

En annen rapport fra Kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) "Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017" (Walby et al., 2020) viste at 9,3 % av de som døde i selvmord i Norge, hadde vært i kontakt med TSB siste leveår. En betydelig andel av disse (64 %) hadde også hatt kontakt med psykisk helsevern siste leveår. Den nye retningslinjen inkluderer derfor forebygging av selvmord i TSB.

Kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har gitt ny kunnskap om personene som dør i selvmord mens de er i behandling eller innen ett år etter siste kontakt. Funnene fra årsrapport 2018 (Walby et al., 2021) viser at mange ikke bare har alvorlige lidelser, men også omfattende psykososiale belastninger. En betydelig andel hadde opplevd traumer i barndommen og var beskrevet med angst/uro eller depressivt stemningsleie ved siste kontakt. De personene som hadde siste kontakt i TSB hadde større grad av psykososiale belastninger enn i de som hadde siste kontakt i psykisk helsevern for voksne.

Oppsummert forskning viser at selvmord ikke kan predikeres (Large et al., 2018). I september 2022 publiserte National Institute for Health and Care Excellence (NICE guideline) Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Her beskrives tydelige anbefalinger om å ikke bruke kartlegging og vurdering av risikofaktorer som grunnlag for kliniske vurderinger av behov for behandling og beskyttende tiltak. Rapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord viser også at majoriteten av de som døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern eller TSB var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko (Walby et al., 2021).

Denne kunnskapen tydeliggjør behovet for ny nasjonal normering innen forebygging av selvmord. Den viktigste endringen i ny retningslinje er at fokuset snus fra risikokartlegging og -vurdering til helhetlig og individuelt tilpasset utredning og behandling. Utforskning av selvmordsatferd (tanker, planer og handlinger) inngår som en terapeutisk intervensjon og inkluderer pasientens perspektiv.

Retningslinjen bør ses i sammenheng med andre tilgrensende normerende produkter (retningslinjer, veiledere og faglige råd). Sentralt er [Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#).

# Definisjoner

- Selvmordsatferd: En samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord.
- Selvmord: En handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden.
- Selvmordsforsøk: Selvpåført forgiftning eller selvpåført skade med intensjon om å dø.
- Selvskading: Skade en person påfører seg selv, men uten intensjon om å dø.
- Virksomhetsledelsen: Den som har det overordnede ansvaret styring av virksomheten, jf. Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten %C2%A7 3
- Ledelsen: Administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå
- Nærmeste leder: Leder med personalansvar i en behandlingsenhet
- Behandlingsenhet: Klinisk enhet for pasientbehandling
- Helsepersonell: Personer som inngår i helsepersonelloven § 3.
- Behandlingsansvarlig: Helsepersonell som har overordnet behandlingsansvar for den enkelte pasient
- Miljøpersonell: Ansatte i døgnenheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Nærmeste pårørende: Den pasienten selv peker ut som nærmest. Nærmere beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

## Formål med retningslinjen

Selvmordsforebygging er et komplekst fagfelt, og oppdaterte anbefalinger har til hensikt å gi beslutningsstøtte til ledelse og ansatte innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Anbefalingene i kapittel 1 Institusjonens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord er tatt inn for å tydeliggjøre systemansvaret som skal sørge for faglig forsvarlig behandling. Anbefalingen om opplæring av ansatte og ivaretagelse av ansatte etter et selvmord beskriver også betydningen av systemansvaret.

Samhandling med fastlege og kommunale helse- og omsorgstjenester er sentralt, og anbefalingene ses i sammenheng med Veiledende materiell for kommunene og forebygging av selvmord og selvskading.

Hovedformålet er at pasientene og deres nærmeste kan få best mulig behandling og oppfølging.

## Målgruppe

Målgruppen er ledere som skal sørge for faglig forsvarlighet på systemnivå og helsepersonell i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal etterleve anbefalingene.

I tillegg vil produktet være nyttig for

- somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten som tar imot pasienter etter selvskading selvmordsforsøk
- pasienter, pårørende og andre som ønsker mer kunnskap om selvmordsatferd

Retningslinjen gir også nyttig informasjon for helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesielt gjelder dette anbefalinger som ses i sammenheng med [Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#).



# Avgrensninger

Denne retningslinjen er avgrenset til forebygging av selvmord og omfatter ikke behandling av psykiske lidelser eller ruslidelser. Helsedirektoratet har utgitt andre nasjonale faglige retningslinjer som omhandler utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av disse lidelsene.

## Hva betyr sterke anbefalinger?

Retningslinjen består av anbefalinger som er merket som sterke. Styrken på anbefalingene vises også ut fra ordlyden i anbefalingsteksten.

**Sterk anbefaling:** I en sterk anbefaling veier fordelene ved å etterleve anbefalingen klart opp for ulempene. Pasienter og helse- og omsorgspersonell vil, i de fleste situasjoner, mene at det er riktig å etterleve anbefalingen. Ved sterke anbefalinger for et tiltak brukes begrepene «... bør» og «det anbefales». Dersom begrepene "må" eller "skal" brukes, er anbefalingen forankret i lov eller forskrift eller hvis det i de fleste situasjoner vil være faglig uforsvarlig å gjøre noe annet enn anbefalt.

## Anbefalingenes rettslige betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 \(lovdata.no\)](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale faglige retningslinjer inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres, jf. [journalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata.no\)](#). En bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

## Kunnskapsbasert tilnærming

Innholdet i en retningslinje skal baseres på et oppdatert, tydelig fremstilt, systematisk gjennomarbeidet og dokumentert kunnskapsgrunnlag. En kunnskapsbasert tilnærming innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

Den forskningsbaserte kunnskapen er basert på systematiske oversiktsartikler identifisert ved hjelp av systematiske litteratursøk der det finnes. Den er også supplert med primærstudier identifisert etter søk eller innspill fra deltakere i prosjektet. Ved hver anbefaling beskriver vi hvilken forskningsdokumentasjon den bygger på, og hvilke vurderinger som er gjort.

## Tilstøtende normerende publikasjoner

- Nasjonale faglige retningslinjer innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og samtidig ruslidelse og psykisk lidelser

- Nasjonale pasientforløp innen psykisk helse og rus
- [Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord](#)

## Arbeidsform

Arbeidet med ny retningslinje startet med et innsiktsarbeid høsten 2019. Helsedirektoratet arrangerte et innspillmøte i desember 2019 der de inviterte foredragsholderne i hovedsak var personer som hadde kommet med innspill om behov for revisjon av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511). I etterkant av dette møtet ble ni av deltakerne invitert til å bidra med innspill til problemstillinger som skulle danne grunnlaget for bestilling av søk etter forskningsbasert litteratur. Disse ni personene representerte forskningsmiljø, klinikere, bruker- og etterlatteorganisasjoner.

Våren 2020 ble framdriften påvirket av nedstenging og pandemi. Arbeidsgruppen ble etablert høsten 2020 og hadde første møte 8. desember 2020. Fire deltakere fra arbeidsgruppen, Christine Bull Bringager, Fredrik Walby, Julia Hagen og Tone Bovim, utgjorde en redaksjonsgruppe som samarbeidet med Helsedirektoratet i sluttfasen av arbeidet.

Det har også vært avholdt to egne møter med etterlatteorganisasjonene, ett høsten 2021 (LEVE og Unge LEVE) og ett våren 2022 (LEVE, Unge LEVE og Elpis).

I november 2022 ble det avholdt ett eget møte med deltakere fra arbeidsgruppen som representerte psykisk helsevern for barn og unge og ett for deltakere fra arbeidsgruppen som representerte tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Vi mottok også flere innspill fra andre deltakere i arbeidsgruppen.

Redaksjonsgruppen har bistått i vurdering av disse innspillene. I perioden for ekstern høring skal det avholdes et møte med arbeidsgruppen for å drøfte mulige implementeringstiltak.

## Deltagere fra Helsedirektoratet

- Karin Irene Gravbrøt(prosjektleder), avdeling spesialisthelsetjenester
- Tone Kaldestad, avdeling spesialisthelsetjenester
- Wenche Øiestad, avdeling psykisk helse og rus
- Liv Grethe Myklebust, avdeling psykisk helse og rus
- Karin Stubberud Stey, avdeling helserett og rettssaker
- Kjersti Skjold Rønningen, avdeling retningslinje og fagutvikling
- Mona Svanteson, avdeling retningslinje og fagutvikling
- Henny-Kristine Korsmo-Haugen, innleid metodiker, avdeling retningslinje og fagutvikling

## Deltagere i arbeidsgruppen (alfabetisk etter fornavn)

- Anna Cecilie Jentoft, pårørenderepresentant, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)
- Catharina Heide Amundsen, kommunikasjonskonsulent, Unge LEVE – landsforeningen for etterlatte ved selvmord
- Christine Bull Bringager, spesialist i psykiatri og seksjonsleder allmennpoliklinikk, Nydalen DPS, Psykisk helsevern voksne – Helse Sør-Øst RHF (Oslo universitetssykehus HF)
- Fredrik Walby, psykologspesialist og forsker, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Universitetet i Oslo, Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Guri Spilhaug, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og seksjonsleder Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Oslo Universitetssykehus HF
- Hedda Beate Soløy-Nilsen, spesialist i psykiatri, Psykisk helsevern voksne – Helse Nord RHF (Nordlandssykehuset HF)
- Ingeborg Ulltveit-Moe Eikenæs, spesialist i psykiatri, Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), Oslo universitetssykehus HF
- Ingrid Camilla Heggland, psykologspesialist, Psykisk helsevern voksne – Helse Vest RHF (Helse Fonna HF)
- Jan Skandsen (t.o.m 2021) / Lars Ravn Øhlckers (fra 2022), henholdsvis spesialist i barne- og ungdomspsykiatri / psykologspesialist, Psykisk helsevern barn og unge – Helse Vest RHF (Stavanger Universitetssykehus HF)
- Jill Arild, brukerrepresentant, Mental helse
- Julia Hagen, rådgiver, PhD, RVTS Midt, Forsker 2, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Samfunnsforskning (tidligere Institutt for psykisk helse, (NTNU)
- Karin Wang Holmen, spesialist i psykiatri, Psykisk helsevern – Helse Midt-Norge RHF (Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger)
- Lars Mehlum, professor dr. med og senterleder, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Universitetet i Oslo
- Lena-Maria Haugerud, brukerrepresentant, Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS)
- Monica Smith, leder i LEVE Oslo, etterlatt, LEVE – Landsforeningen for etterlatte etter selvmord
- Nina Holmner, psykologspesialist, Psykisk helsevern barn og unge – Helse Nord RHF (Helgelandssykehuset HF)
- Ola Homb, psykologspesialist / psykologfaglig rådgiver, Psykisk helsevern barn og unge – Helse Sør-Øst RHF (Sykehuset Innlandet HF)
- Ragnhild Marken Seth, psykologspesialist, Psykisk helsevern barn og unge – Helse Midt-Norge RHF (Ålesund sjukehus)
- Sanne Bach Skorpen, psykologspesialist, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Helse Vest RHF (Helse Bergen HF)
- Tone Bovim, psykologspesialist, Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, RVTS Øst
- Tommy Sjøfjell, bruker- og pårørenderepresentant, A-larm
- Torkil Myhre, spesialutdannet sosionom, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – Helse Sør-Øst RHF (Sykehuset i Vestfold HF)
- Aase Grebstad, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling Helse Midt-Norge RHF (Ålesund sjukehus)

I tillegg bidro:

- Terje Torgersen, spesialist i psykiatri/overlege ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i arbeidet med kvalitetsvurdering av utvalgte studier.
- Siv Hilde Berg, psykolog, Ph.D. Førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger i arbeidet med gjennomgang av resultater av systematisk søk etter forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Hun ga også veiledning i utvikling av søkestrategier og kvalitetsvurdering av utvalgte studier.

## Referanser

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. *Psychological Medicine*, 48(7), 1119-1127. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002537>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline [NG225] Published: 7. September 2022. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2021). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/aarsrapport2018>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/nssf\\_kartlegg](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/nssf_kartlegg)

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/selvmord\\_tsb](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/selvmord_tsb)

