

# Statens helsetilsyns arbeid med selvmord

Ewa Ness

Spesialist i psykiatri

seniorrådgiver

Avd for varsler og stedlig tilsyn

# Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern



# Varselordningen

- Innført i 2010, § 3-3 a i SHTL:
- *For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.*
- *Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.*

# Varselordningen

- Ca. halvparten av varslene kommer fra PHV/TSB
- Ca. halvparten av varslene avsluttes etter innledende undersøkelser
  - Fylkesmannen
  - Stedlig tilsyn

# Varselordningen

- De fleste varsler gjelder selvmord
- Vanskelig å påvise sammenheng mellom funnene og hendelsen

April 2018

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

# Informasjonsskriv for varsling av hendelser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

---

Statens helsetilsyns målsetning er at tilsyn skal være virkningsfullt, og føre til bedre tjenester. I november 2014 publiserte daværende Kunnskapssenteret notatet: «God håndtering av alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten», og i 2017 ble det utarbeidet en egen veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS 2620). Formålet med den nevnte forskriften er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Plikten til å planlegge, evaluere og korrigere er nedfelt for alle virksomheter. Avvik og uønskede hendelser skal gjennomgås, slik at lignende forhold kan forebygges. Spesialisthelsetjenesten skal varsle myndighetene om alvorlige hendelser med faktisk, eller mulig, pasientskade. Bestemmelser om de ulike meldeordningene finnes i flere loybestemmelser og forskrifter, se vedlegg.

# Egenvurdering

- Virksomhetens egen vurdering av hendelsesforløpet
- Iverksatte tiltak
- Besvares innen 10 dager
- Ledelsesinvolvering

# Hva skal ikke varsles?

- Hendelsen som ikke har med helsehjelpen å gjøre
- Pasient funnet død der det mest sannsynlig er somatisk årsak og det ikke foreligger informasjon om svikt i helsehjelpen
- Dødsannonser



# Erfaringer fra landsomfattende tilsyn

2006: Tilsyn med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

2008-2009: Spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser – DPS

2013-2014: Psykisk helsevern til barn og unge

2017-2018: Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse

# Funn

- Mangel på kompetanse
- Tilstedeværelse av kompetanse blir ikke ledet og styrt. Mange er kjent med **at** det er faglige retningslinjer, men disse er i varierende grad forstått. Ofte ikke brukt. Ledelsen følger ikke med på dette.
- Samhandling. Ulike enheter finner ikke hverandre. Svikt i overganger.
- Svikt i overordnet ledelse og oppfølging
- Sviktende evne og vilje til å lære av uheldige hendelser

# Funn fra landsomfattende tilsyn 2017-2018

- «Flere DPS manglet en systematisk framstilling i journalene av hvilke behandlingsformer pasienter med alvorlig depresjon ble tilbudt. Det forelå heller ikke noen omforent praksis for behandlingsopplegget for disse pasientene.»
- «I mange av poliklinikkene var det for mye opp til den enkelte behandler å vurdere hvordan arbeidet skulle gjennomføres, og med hvilken fremdrift.»

# Selv mord på døgnavdelinger

En gjennomgang av varsler fra 2016, 2017 og 2018

# FUNN

- Totalt ant varsler mottatt: 462
- Selvmord under innleggelse på døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten: 72 (16 %)
- Selvmord inne på avdelingen: 28 (38 %)
- Selvmord på tvangsinnlagt pas inne på avdelingen: 8
- Stedlig tilsyn på denne målgruppen: 2

# FUNN

- Manglende sikkerhet i akuttavdelingen: 9
- Sykehuset har ikke fanget opp at pasienten var alvorlig deprimert: 9

# Normering - kartlegging og vurdering av selvmordsproblematikk

- Tone ned fokus på SRV, fokusere mer på diagnostikk og behandling
- Har vedkommende som har gjort kartlegging og vurdering tilstrekkelig kompetanse? Formelt og reelt?

# Hva skal være med i journalen?

- Bakgrunn:
  - Tidligere selvmordsforsøk – beskrevet i detalj slik at alvorlighetsgrad, intensjon kommer fram
  - Alvorlighetsgrad: somatisk behandling= alvorlig
  - Rusproblemer: alkohol er ofte ikke kartlagt
- Aktuelt: Brudd/konflikt i relasjon- hva utløste dette?
- Status: spørsmål om selvmordstanker/planer og forberedelser



## Hva skal med?

- Vurdering: Fokus på hva som feiler pasienten og hvilken behandling som er iverksatt
  - Tok utredningen rimelig tid?
  - Er behandlingstiltakene adekvate?

## Hva skal man ikke gjøre?

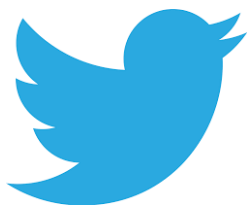
- Gradere risiko: lav- moderat – høy
- Angi beskyttende faktorer
- Beskrive at pasienten ikke er suicidal i avdelingen



## Her finner du oss:



[www.facebook.com/Statens-helsetilsyn](https://www.facebook.com/Statens-helsetilsyn)



[twitter.com/Helsetilsynet](https://twitter.com/Helsetilsynet)



[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)