

Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 15. april 2024

Siste faglige endring: 15. april 2024



Innhold

1. Bakgrunn, metode og prosess	3
2. Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord	12
3. Kompetanse, opplæring og veiledning	25
4. Klinisk vurdering og behandling av suicidalitet	30
5. Særskilte forhold ved døgnbehandling	42
6. Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning	54

Bakgrunn, metode og prosess

Om retningslinjen

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dekker tre fagområder:

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

Anbefalingene i retningslinjen er felles for alle tre fagområdene. Der det er behov for særskilt omtale av psykisk helsevern for barn og unge eller for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er dette beskrevet i utvidet anbefaling og under praktisk informasjon.

Retningslinjen erstatter den tidligere Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) fra 2008 og Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger fra 2014.

Oppsummert forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan predikere risiko for selvmord (Large et al., 2018 og Belsher et al., 2019). Retningslinjen fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022, anbefaler at verktøy eller skalaer til vurderinger av suicidalitet, ikke skal benyttes til å gradere pasienter i lav, moderat eller høy risiko for selvmord eller som begrunnelse av behov for behandling.

Hovedbudskapet i denne retningslinjen er derfor at utforsking av suicidalitet inngår som en terapeutisk intervensjon i en helhetlig og individuelt tilpasset utredning, behandling og oppfølging. Pasientens perspektiv vektlegges, og behandling og oppfølging har som målsetting å fremme håp og mestring.

Retningslinjen ses i sammenheng med andre tilgrensende retningslinjer, veiledere og pasientforløp:

- [Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#) framhever betydningen av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i arbeidet med forebygging av selvmord.
- Nasjonale pasientforløp beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samhandling mellom aktørene, samt ansvars plassering.
 - [Nasjonalt pasientforløp – psykiske lidelser voksne](#)
 - [Nasjonalt pasientforløp – psykiske lidelser barn og unge](#)
 - [Nasjonalt pasientforløp – rusbehandling \(TSB\)](#)
- [Pårørendeveilederen](#) omhandler involvering og støtte til pårørende, inkludert barn som pårørende. Pårørendes rettigheter, helse- og omsorgstjenestens plikter og anbefalinger om god praksis er beskrevet.
- [Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord](#)
- Andre normerende produkter (faglige retningslinjer, veiledere, faglige råd) innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og samtidig ruslidelse og psykisk lidelse som gir anbefalinger om utredning og behandling

Selvmordsforebygging i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Overdoser og dødsrisiko ved inntak av mulig dødelig rusmiddel er relevant for selvmordsforebygging i TSB. Det er likevel viktig at tiltak for forebygging av selvmord utvides ved å implementere anbefalingene i denne retningslinjen. [Prioriteringsveilederen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#) gir føringer om "tilfeller der intervensjoner eller innleggelse på institusjon for TSB ikke gir tilstrekkelige rammer til å ha kontroll på suicidale planer og impulser, må innleggelse i psykisk helsevern vurderes".

I både [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser](#) og [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) av rusmiddelproblemer og avhengighet inngår utredning av suicidalitet.

Selvmordsforebygging i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Barn og unge har generelt lav selvmordsrate, men risikoen for selvmord øker med alder og særlig etter pubertet. En stor andel av akuttproblematikk blant ungdom i PHBU gjelder selvmordsforsøk og gjentakende selvmordsatferd. Dette er ofte knyttet til relasjonsvansker, kommunikasjon av psykisk smerte eller konflikt i nære relasjoner.

Siden barn under 10 år har begrenset forståelse av selvmord og død, bør kommunikasjon, undersøkelse og vurderinger tilpasses barnets utviklingsnivå, og involvere foreldre eller andre med foreldreansvar. Selv om risikofaktorene for selvmord blant barn og unge i stor grad er de samme som for voksne, antyder studier at barn og ungdom under 15 år kan reagere med selvmordsatferd på opplevelser eller belastninger som oppleves mindre alvorlige sett fra de voksnes perspektiv.

Barn og unge har vanligvis en omsorgsbasis, og dermed er muligheten for å undersøke og følge utviklingen av selvmordsatferd via kontakt med foreldre eller andre med foreldreansvar, annerledes enn for voksne. Støtte til omsorgspersoner i å takle kriser i hjemmet, kan gi forutsetninger til å ivareta familien uten akutte sikringstiltak som for eksempel døgninnleggelse.

Bakgrunn

Årlig registreres over 600 selvmord i Norge. Kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble etablert av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i 2019. Publiserte data viser at 45 % (3121) av alle (6496) som døde i selvmord i perioden 2010 – 2020 var i kontakt med psykisk helsevern eller TSB siste år før selvmordet. 36,8 % av disse var i kontakt i løpet av siste 90 dager (Walby et al., 2023).

Funnene fra årsrapport 2019 – 2020 (Walby et al., 2023) viser at mange som dør i selvmord ikke bare har alvorlige lidelser, men også omfattende psykososiale belastninger. En betydelig andel hadde opplevd psykiske 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 de som hadde siste kontakt i psykisk helsevern for voksne.

Selvmord under og etter kontakt med TSB i perioden 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.

I perioden 2008 til og med 2020, var det 3 398 personer som døde i selvmord som hadde kontakt med psykisk helsevern eller TSB i løpet av det siste året før de døde. Selvmord med illegale rusmidler utgjorde 7,2 % av disse (Myhre et al., 2022).

Innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), viser registerdata fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret, at 73 personer (49 jenter og 24 gutter) hadde kontakt med PHBU siste år før selvmord i perioden 2008 – 2018. Tallene tilsvarer 23 % av alle barn og unge i alderen 10 – 19 år som døde i selvmord i Norge i denne perioden (Walby et al., 2022).

Formål med anbefalingene

Hovedformålet er at pasientene og deres nærmeste får best mulig behandling og oppfølging og at antall selvmord reduseres.

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

Anbefalingene i kapittelet Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord tydeliggjør systemansvaret.

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

Målgrupper

Målgrupper er ledere som skal sørge for selvordsforebygging og oppfølging etter selvmord og selvordsforsøk på systemnivå og personell i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal etterleve anbefalingene.

Retningslinjen gir også nyttig informasjon til 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](#).

I tillegg vil retningslinjen være nyttig for pasienter, pårørende, etterlatte og andre som ønsker mer kunnskap om utredning, behandling og oppfølging av pasienter med selvmordstanker og -atferd.

Omfang og avgrensning

Denne retningslinjen er avgrenset til forebygging av selvmord.

Suicidalitet er diagnoseovergripende, og forebygging av selvmord inngår parallelt med den individuelle utredningen og behandlingen av psykiske lidelser og ruslidelser. Helsedirektoratet har utgitt andre nasjonale faglige retningslinjer som omhandler utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av disse lidelsene.

Spesifikke undergrupper av pasienter er ikke omtalt da den individuelle tilnærmingen ivaretar den enkelte pasients situasjon og behov.

Definisjoner

- Suicidalitet: En samlebetegnelse for selvmordstanker, selvordsforsøk og selvmord.

- Selvmordstanker og selvmordsatferd: Brukes som begreper i stedet for suicidalitet ved omtale av pasient.
- 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.
- Overdose: Tilstand utløst av bruk av rusmidler eller legemidler som fører til alvorlig svekkelse av respirasjon, sirkulasjon og/eller bevissthetsnivå.
- Akutt selvmordsfare: Akutt krise med begrenset varighet, der pasienten opplever en uløselig situasjon med psykisk smerte og fastlåsthet, hvor selvmord oppleves som eneste utvei. Preget av innsnevret kognitivt perspektiv som kan lede til impulsive og dødelige handlinger.
- Psykotisk depresjon: en tilstand hvor selvmordsfaren kan være overhengende. Tilstanden kan være vanskelig å oppdage. Utover depressive symptomer, ses ofte sterk angst og uro (agitasjon), grubling eller depressive vrangforestillinger. Tilstanden kan variere, selv over kort tid.
- Gjentakende selvmordsatferd (kronisk suicidalitet): Hos noen få pasienter kan selvmordstanker og selvmordsplaner være mer eller mindre konstante. Disse pasientene kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading eller selvmordsforsøk.
- Virksomhetsledelsen: Den som har det overordnede ansvaret for styring av virksomheten, jf. [Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten § 3 \(lovdata\)](#).
- Ledelsen: Administrativ og faglig ansvarlig på klinikk og/eller avdelingsnivå.
- Nærmeste leder: Leder med personalansvar i en behandlingsenhet.
- Helsepersonell: Personer som inngår i [helsepersonelloven § 3 \(lovdata\)](#).
- Personell: Ansatte i en behandlingsenhet som har en rolle i pasientbehandlingen
- Miljøpersonell: Ansatte i døgnenheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Behandlingsansvarlig: Personell som har overordnet behandlingsansvar for den enkelte pasient
- Nærmeste pårørende: Den pasienten selv peker ut som nærmest. Nærmere beskrevet i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b \(lovdata\)](#).

Grad av normering

Grad av normering angis av teksten:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal» er enten innholdet regulert i lov eller forskrift eller anbefalingen så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling der ulike valg kan være riktig.

Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglige råd og pasientforløp, som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 \(lovdata\)](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 \(lovdata\)](#) og [folkehelseloven § 24 \(lovdata\)](#). Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale faglige retningslinjer, råd og veiledere er med på å gi forsvarlighetskravet et innhold, uten at anbefalingene er direkte rettslig bindende. Anbefalinger utgitt av Helsedirektoratet er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. Dersom tjenestene velger en annen praksis enn anbefalt, bør dette være basert på en konkret og begrunnet vurdering som dokumenteres, jf. [journalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata\)](#).

Anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter, blant annet om forsvarlig tjenesteyting, pasient- og brukermedvirkning, taushetsplikt og vern av personsensitive opplysninger, dokumentasjonsplikt, opplysningsplikt, samtykke for å yte helsetjenester og kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger relatert til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn m.m.

Helsedirektoratets roller, finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

[Utredningsinstruksjonen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksjonen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via Statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger på veiledende bestemmelser i Statens personalhåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Utkast til Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har vært på høring i tre måneder, som er normal høringsfrist jf. Utredningsinstruksjonen. Høringen var åpen for alle via Helsedirektoratets nettside. Informasjon om høringen ble i tillegg sendt til antatte interessenter. Alle høringssvarene ble gjennomgått i Helsedirektoratet før publisering. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming ([Helsedirektoratet, 2012](#)). Det 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 kunnskapsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

Den kunnskapsbaserte kunnskapen er basert på systematiske oversiktsartikler identifisert ved hjelp av systematiske litteratursøk der det finnes. Den er supplert med studier identifisert etter søk eller innspill fra deltakere i prosjektet. Ved hver anbefaling beskrives hvilken forskningsdokumentasjon den bygger på, og hvilke vurderinger som er gjort. I desember 2023 ble det gjort oppdaterte søk basert på de samme søkestrategiene som i 2020 og 2021.

Arbeidsform og deltakere

Helsedirektoratet har ledet arbeidet og fått innspill fra en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Representanter fra arbeidsgruppen har deltatt i en redaksjonsgruppe som har bidratt inn i arbeidet før ekstern høring og i gjennomgang av høringsinnspill og ferdigstilling av retningslinjen.

Prosjektgruppe

- Karin Irene Gravbrøt, seniorrådgiver/prosjektleder, avdeling spesialisthelsetjenester
- Tone Kaldestad, seniorrådgiver/spesialist i psykiatri, avdeling spesialisthelsetjenester
- Wenche Øiestad, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus
- Liv Grethe Myklebust, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus til og med 2022
- Frank Nohr, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus i 2023
- Mikael Julius Sømhovd, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus fra januar 2024

Prosjekt har hatt juridisk støtte samt støtte for metode, litteratursøk, kunnskapsoppsummeringer, samt digital utforming

- Bibliotek for helseforvaltningen, FHI, har bidratt med systematiske litteratursøk.
- Avdeling retningslinjer og fagutvikling, Helsedirektoratet, har gitt metodestøtte.
- Avdeling Helserett og rettsaker og avdeling Helserett og bioteknologi i Helsedirektoratet, har gitt juridisk bistand.
- Seksjon innholdsproduksjon i Helsedirektoratet har bidratt i digitalisering og publisering av produktet.

Prosjektet opprettet en redaksjonsgruppe i juni 2022. Medlemmene, som også hadde vært med i arbeidsgruppen, har bistått med gjennomgang av kunnskapsgrunnlag og høringsinnspill, samt utforming av anbefalingene og øvrig innhold i retningslinjen

- 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
- Julia Hagen, sykepleier, ph.d, Forsker 2, avdeling psykisk helsearbeid, NTNU Samfunnsforskning AS (tidligere rådgiver RVTS Midt og representant fra Institutt for psykisk helse, NTNU)
- Tone Bovim, psykologspesialist, Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Etter ekstern høring ble gruppen utvidet med:

- Guri Spilhaug, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og seksjonsleder Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Oslo Universitetssykehus HF
- Lars Ravn Øhickers, psykologspesialist, psykologfaglig rådgiver Psykisk helsevern barn og unge – Helse Vest RHF (Stavanger Universitetssykehus HF)
- Aase Grebstad, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling Helse Midt-Norge RHF (Ålesund sjukehus) deltok i sluttfasen av arbeidet

Arbeidsgruppe

- Anna Cecilie Jentoft, pårørenderepresentant, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)

- Catharina Heide Amundsen, kommunikasjonskonsulent, Unge LEVE – landsforeningen for etterlatte ved selvmord til og med 2021
- 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, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, Psykisk helsevern barn og unge – Helse Vest RHF (Stavanger Universitetssykehus HF) til og med 2021
- Jill Arild, brukerrepresentant, Mental helse
- Julia Hagen, sykepleier, ph.d, Forsker 2, avdeling psykisk helsearbeid, NTNU Samfunnsforskning AS (tidligere rådgiver RVTS Midt og representant fra 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
- Lars Ravn Øhlckers, psykologspesialist, psykologfaglig rådgiver Psykisk helsevern barn og unge – Helse Vest RHF (Stavanger Universitetssykehus HF) fra 2022
- 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
- Tommy Sjøfjell, bruker- og pårørenderepresentant, A-larm
- Torkil Myhre, spesialutdannet sosionom, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – Helse Sør-Øst RHF (Sykehuset i Vestfold HF) til og med 2021
- Aase Grebstad, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling Helse Midt-Norge RHF (Ålesund sjukehus)

I tillegg bidro:

- I 2020: Siv Hilde Berg, psykolog, ph.d, Førstemanuensis 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.
- I 2021: Terje Torgersen, spesialist i psykiatri/overlege ved St. Olavs hospital og førstemanuensis ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i arbeidet med kvalitetsvurdering av utvalgte studier.

Habilitet

Arbeidsgruppedeltakere har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er vurdert. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet ble identifisert.

Det er sjelden deltakere ekskluderes fra Helsedirektoratets retningslinjeutvikling på grunn av inhabilitet. Helsedirektoratet ønsker bidragsyttere med ulike ståsted inn i arbeidet for diskusjoner som kan bidra til fagutvikling. Det etterstrebes faglig enighet, men det foretas ingen avstemninger i arbeidsgruppene. Eventuell dissens omtales her i metode- og prosesskapitlet. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Referanser

Belsher, B., Smolenski, D., Pruitt, L., Bush, N., Beech, E., Workman, D., Morgan, R., Evatt, D., Tucker, J. & Skopp, N. (2019) Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):642-651.

Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (IS-1870). ISBN-nr. 978-82-8081-225-4. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer.pdf>

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.

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., 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/selv_mord_tsb_2009_2017_digital_rapport.pdf

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2022). Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – 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/bup_rapport_web.pdf

Myhre, M.Ø, Astrup, H. & Walby, F.A. (2022). Selvmord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/aktuelt/2022/selv_mord_illegale_rusmidler_2022.pdf

Walby, F.A., Astrup, H., Giil, E & Myhre, M.Ø. (2023). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord

Anbefaling

I virksomhetens styringssystem for kvalitetsforbedring, bør selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging etter selvmord inngå

Virksomhetsledelsen bør:

- sørge for at virksomhetens rutiner har tydelig ansvars-, rolle- og oppgavefordeling mellom ansatte for å sikre god kvalitet innen selvmordsforebyggende utredning og behandling
- etablere forebyggende tiltak som evalueres løpende
- sørge for at rutinene også tydeliggjør oppfølging etter alvorlige hendelser som selvmord og selvmordsforsøk.

Virksomheten kan benytte hendelsesanalyser etter selvmord for å gjennomgå hendelsen og identifisere eventuelle behov for kvalitetsforbedringstiltak.

Praktisk informasjon

I virksomhetenes kvalitetssystemer og rutinebeskrivelser inngår beskrivelse av:

- ulike kliniske ansvarsroller som regulerer hvilke faggrupper eller fagpersoner som har ansvar for hva knyttet til forebygging av selvmord
- [opplæring og veiledning av ansatte i selvmordsforebyggende arbeid](#)
- [sikkerhetsplan og kriseplan](#)
- [kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon](#)
- [forsvarlig utskrivning](#)
- rutiner for samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved inntak, overganger og utskrivning av pasienter
- hva som skal gjøres etter et selvmord eller selvmordsforsøk i døgnhet
- hva som skal gjøres etter et selvmord eller selvmordsforsøk i poliklinisk eller ambulans behandling
- [ivaretagelse og oppfølging av etterlatte](#)
- [ivaretagelse og oppfølging av ansatte](#)
- ivaretagelse og oppfølging av medpasienter (døgnopphold)
- gjennomføring av pålagte melderutiner

Melderutiner

Selvmord 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 undersøkelseskommissjon \(ukom.no\)](#). Meldeplikten er regulert i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a \(lovdata.no\)](#)

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 \(uio.no/nssf\)](https://uio.no/nssf).

Bruk av meldingene til å avklare årsaksforhold og forebygge lignende hendelser inngår i avdelingens kvalitetsforbedringsarbeid, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring \(lovdata.no\)](https://lovdata.no). Veilederen [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](https://lovdata.no) er et hjelpemiddel i arbeidet.

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](https://lovdata.no) 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.

Begrunnelse

Ledere på hvert nivå har ansvar for at avdelingen arbeider systematisk med å evaluere og korrigere egen praksis jf. [Nasjonal veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](https://lovdata.no). Dette er en kontinuerlig prosess for å sikre faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

I følge Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hadde 45 % av alle i Norge som døde i selvmord i perioden 2010–2020 kontakt med tjenestene siste året før selvmordet. 36,8 % var i kontakt de siste 90 dagene (Walby et al., 2023). Helsedirektoratet vurderer derfor at det er et potensiale for å forebygge selvmord blant pasienter som er i kontakt med disse fagområdene.

Lover og forskrifter som 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 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) og [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](https://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 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no)

Referanser

Helsetilsynet (29. februar 2024). *Varsel om svært alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenesten*. [nettdokument]. Oslo: Helsetilsynet. Hentet 4. april 2024 fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlighendelser/oversikt/>

Norsk helsenett (2024). *Meld om uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten*. [nettsted]. Oslo: Norsk helsenett. Hentet 4. april 2024 fra <https://melde.no/>

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) (2024). *Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*. [nettsted]. Stavanger: Ukom. Hentet 4. april 2024 fra <https://ukom.no/>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

Anbefaling

Virksomhetsledelsen ved institusjoner som har døgnenheter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør sørge for en årlig systematisk gjennomgang av lokalene

Ved gjennomgang av bygningsmessige forhold og interiør, bør det vurderes hvilket sikkerhetsnivå som er nødvendig for hvert fagområde, type døgnenhet og konsekvenser for behandlingsmiljøet.

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

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

Avdelingenes interiør bør ha en utforming som både ivaretar sikkerhet og bidrar til å underbygge et godt behandlingsmiljø.

Praktisk informasjon

Trivsel og trygghet er vesentlig for et godt behandlingsmiljø, og ulike pasientgrupper trenger ulike fysiske miljøer. Lokaler og interiør tilpasses sikkerhetsnivået i den enkelte døgnenhet.

Etter at virksomhetsledelsen har besluttet å iverksette en gjennomgang, delegeres ansvaret for gjennomføringen til personell med relevant kompetanse, både faglig og teknisk.

Under gjennomgangen vurderes følgende avhengig av hvilket sikkerhetsnivå døgnenheten har:

- Har lokalene interiørdetaljer, utstyr eller gjenstander som kan brukes til å ta sitt eget liv?
- Er vinduer og utganger sikret for å unngå at pasienter forlater behandlingseenheten uten at det er avtalt?
- Har lokalene trapper, balkonger eller annen innretning som det kan hoppes fra?
- Finnes bygningsmessige festepunkter som muliggjør henging? Eksempler på sjekkpunkter:
 - Armatur til dusj og servant
 - Vannrør
 - Dørkarmen og -hengslene
 - Gardinbrett

- Dørhåndtak
- Sykehusseng (hev/senk)
- Ledninger
- Knagger

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 \(sykehusbygg.no. PDF\)](#).

Begrunnelse

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).

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

Ved planlegging av nybygg, er det sentralt at fokus på pasientsikkerhet inngår fra start.

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

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk 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 2020 \(PDF\)](#)

Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023 \(PDF\)](#)

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/mulige 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 til 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.

Referanser

Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, C., Hunt, I. M., ... Appleby, L. (2016). Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 526-34.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) (4. mai 2021). *Tips til gjennomgang av pasientrom*. [nettdokument]. Stavanger: Ukom. Hentet 4. april 2024 fra <https://ukom.no/rapporter/festepunkter-pa-pasientrom-i-psykisk%20helsevern/tips-til-gjennomgang-av-pasientrom>

Sykehusbygg HF (2018). *Robusthetsmatrise. Bygg for psykiske helse og rus (MASTER)*. Trondheim: Sykehusbygg HF. Hentet fra <https://www.sykehusbygg.no/siteassets/documents/2Robusthetsmatrise-Bbygg-for-psykisk-helse-og-rus.pdf>

Watts, B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Mills, P. D. (2017). Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatric Services, 68*(4), 405-407.

Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry, 69*(6), 588-92.

Anbefaling

Nærmeste leder bør sørge for at etterlatte kontaktes etter et selvmord

Nærmeste leder ved den behandlingsenheten avdød pasient var innskrevet i på tidspunktet for selvmordet, bør vurdere hvem av de ansatte som formidler hendelsen. Også når selvmordet er formidlet til etterlatte av noen utenfor behandlingsenheten, bør nærmeste etterlatte kontaktes.

Nærmeste leder bør sørge for:

- at den ansatte som skal ha samtaler med etterlatte, får avsatt tilstrekkelig tid til dette
- at etterlatte kontaktes på nytt innen tre uker for å undersøke om de har mottatt nødvendig støtte.

Dersom behandlingsenheten blir kontaktet om en tidligere pasients selvmord, bør etterlatte tilbys en samtale.

Praktisk informasjon

Nærmeste etterlatte er den som pasienten tidligere har utpekt som nærmeste pårørende, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 \(lovdata\)](#). Ivaretagelse av barn som etterlatte er omtalt i [kapittel 5.6 i Pårørendeveilederen](#). Her omtales helsepersonells ansvar for å avklare barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og ansvaret for å tilby informasjon og veiledning. Hva som skal til for å dekke barnets behov er individuelt og avhenger av omsorgspersonenes evne til å gi oppfølging.

Selvmord er en sjelden hendelse i behandlingslokalene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og oftest oppdages et selvmord blant pasienter av andre enn behandlingsenheters personell. [Melding til etterlatte om dødsfall utenfor hjem eller helseinstitusjon er et politiansvar](#), men formidling av dødsbudskapet kan politiet delegere til andre, oftest til kirke, eventuelt andre tros- og livssynssamfunn.

Så snart selvmordet er kjent i behandlingsenheten som pasienten var innskrevet i, iverksettes tiltak for å ivareta nærmeste etterlatte.

I møte med etterlatte settes det av god tid til å informere, støtte og svare på spørsmål. Før samtalen informeres nærmeste etterlatte om at andre nærstående kan inviteres med i den grad de selv ønsker det.

Første samtale med etterlatte tilpasses deres behov

Sentral informasjon kan være:

- behandlingstilbudet avdøde har mottatt i behandlingssenheten
- tilbud til etterlatte om samtale, gjerne med behandlingsansvarlig lege eller psykolog og eventuelt annet personell som har vært i kontakt med pasienten
- rett til innsyn i journal, jf. [helsepersonelloven § 24 \(lovdata.no\)](#)
- rutiner om at selvmord alltid meldes, jf. [Virksomhetens styringssystem for kvalitetsforbedring, bør selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging etter selvmord inngå](#)
- tilbud om bistand til å kontakte kommunal oppfølgingsinstans som kan ivareta etterlattes behov for psykososial oppfølging 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 \(lovdata.no\)](#)
- etterlatte gis telefonnummer til behandlingssenheten 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 eller dele ut.

Ved senere samtaler informeres også om:

- kommunal oppfølgingsinstans som kan ivareta etterlattes behov for psykososial oppfølging og støtte (muntlig og skriftlig informasjon). I [Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#) omtales tiltak i den psykososiale oppfølgingen.
- I [Pårørendeveilederen kapittel 6.2](#) omtales støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser. Tiltakene om oppfølging i akutte kriser og oppfølging etter krisen kan også benyttes i arbeidet med ivaretagelse av etterlatte.
- støtte-/sorggrupper
- Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, [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 \(npe.no\)](#)

Oppfølgende samtale innen tre uker

Hvis psykisk helsevern eller TSB ikke er kjent med om etterlatte har tilstrekkelig oppfølging, tas det telefonkontakt for å etterspørre:

- hvordan de klarer å håndtere egen hverdag
- om de har flere spørsmål til omstendigheter rundt og tiden etter selvmordet
- om de har nødvendig hjelp og støtte
- om de trenger mer informasjon om mulige hjelpetilbud og bistand til å ta kontakt
- om de har andre spørsmål

Etterlattes behov for umiddelbar, proaktiv og gjentatt hjelp omtales i [Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord](#) punkt 4.4.

Begrunnelse

Selvbebreidelse og skyldfølelse er ikke uvanlig hos etterlatte etter selvmord, og det rapporteres om økt risiko for posttraumatiske stressreaksjoner og egne selvmordstanker. Sjokk og skam kan være et hinder for å takke ja til hjelp umiddelbart etter selvmordet. Erfaringer blant etterlatte har vist at de trenger proaktivt og gjentatt tilbud om hjelp. Den initiale oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten har som formål å gi best mulig forklaring på spørsmål som den etterlatte kan sitte igjen med. Det kan igjen bidra til at de(n) etterlatte er åpne for kontakt med kommunal helse- og omsorgstjeneste for hjelp og støtte.

Det er lite dokumentasjon på om spesifikke metoder og standardiserte oppfølgingstiltak for etterlatte og/eller 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 kunne vise forskjell hos etterlatte som hadde fått systematisk oppfølging.

Det endrer ikke behovet for en tydelig anbefaling som sikrer etterlatte etter selvmord umiddelbar og gjentatt støtte fra spesialisthelsetjenesten. I denne oppfølgingen kan også fokus på hvordan de håndterer hverdagen, bidra til å fremme deres ressurser og mestring av situasjonen. På bakgrunn av erfaringer fra etterlatte, er det særlig viktig at de blir kontaktet på nytt en tid etter at selvmordet skjedde, også om de har takket nei ved første forespørsel. Videre oppfølging i kommunal helse og omsorgstjeneste er derfor vesentlig.

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 møter ledet av opplært personell.

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/jobb, sosial deltakelse

Beskrivelse av inkluderte studier

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk etter systematiske oversikter basert på problemstillingen overfor. Helsedirektoratet identifiserte én systematisk oversikt. Resultatene presenteres under.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2022 \(PDF\)](#).

Andriessen et al. (2019) undersøkte effekt av intervensjonsbehandling hos etterlatte etter selvmord. De inkluderte 11 kontrollerte studier, publisert mellom 1984 og 2018, som sammenliknet etterlatte som fikk systematiske informasjons- og støttetiltak med etterlatte som ikke fikk systematisk oppfølging. De rapporterte på sorg, psykososiale og selvmordsrelaterte utfall. Blant de 11 studiene var det seks randomiserte og kontrollerte studier og en case-kontroll-studie med totalt 553 deltakere som omtalte problemstillingen og fire av utfallene i dette søket.

Ifølge forfatterne var kvaliteten på studiene samlet sett svak, og de påpeker behovet for flere metodisk bedre utførte studier. Grunnet stor variasjon mellom studiene både mht. type intervensjon,

studiepopulasjon og kontrollgruppe, samt hvordan sorg, psykososiale og selvmordsrelaterte utfall ble målt, er resultatene presentert deskriptivt.

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 med et åtte ukers støttegruppe-program ledet av helsepersonell og trenede frivillige, fant større reduksjon av sorgopplevelsen hos intervensjonsgruppen enn hos den passive kontrollgruppen. Seks studier med aktiv kontrollgruppe 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. En større påfølgende studie klarte imidlertid ikke å vise effekt.

Komplisert sorg

I en studie ble det utført familiebasert psykoterapi for etterlatte fire ganger, og forekomst av komplisert sorg ble sammenliknet med kontroller som ikke fikk systematisk oppfølging. Det ble ikke funnet forskjell i komplisert sorgopplevelse mellom gruppene, men det var tendens til reduksjon i skamfullhet når det gjaldt selvmordet. I en annen studie der det ble benyttet kognitiv atferdsterapi og psykologisk opplæring, ble det funnet 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. En annen studie viste at 10 uker i gruppeterapi hos psykologspesialist for barn reduserte forekomst av angst og depresjon, men ikke posttraumatisk stress eller sosial tilpasning 12 uker etter avsluttet terapi.

Selvmodstanker og -atferd

Ingen studier rapporterte om ikke-fatal selvmordsatferd eller selvmord hos etterlatte, men tre studier rapporterte om selvmodstanker. En av studiene fant ikke statistisk signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontroll gruppe når det gjaldt selvmodstanker rett etter fullført intervensjon eller åtte måneder etterpå. En annen studie som sammenlignet familiebasert psykoterapi med usystematisk oppfølging, fant ingen forskjell når det gjaldt selvmodstanker hos de etterlatte.

Referanser

Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry, 19*(1), 49.

LEVE - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (2020). *Til deg som har mistet noen ved selvmord* Oslo: LEVE - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Hentet fra <https://leve.no/wp-content/uploads/2020/10/norsk-til-deg-som-har-mistet-noen-ved-selv-mord-ok.pdf>

LEVE - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (2024). *Leve*. [nettsted]. Oslo: LEVE - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Hentet 4. april 2024 fra <https://leve.no/>

Norsk Pasientskadeerstatning (26. april 2021). *Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade?*. [nettdokument]. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning. Hentet 4. april 2024 fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-aa-faa-erstatning-pasientskade/>

Anbefaling

Ledelsen bør følge opp berørte ansatte når en pasient har tatt sitt eget liv

Virksomhetsledelsen bør sørge for at det er etablert rutiner for oppfølging av ansatte etter et selvmord.

Nærmeste leder bør:

- tydeliggjøre systemansvaret, og sørge for at ansatte ikke påføres et personlig ansvar etter et selvmord, og
- sørge for at ansatte er godt kjent med rutineene som skal følges i etterkant av et selvmord.

Ansatte bør ikke være alene i samtaler med etterlatte, og de bør få tilbud om samtale med nærmeste leder eller en kollega både før og etter samtaler med etterlatte.

Praktisk informasjon

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.

Vesentlig er:

- tiltak for å motvirke skyldfølelse
- aksept for at situasjonen kan oppleves forskjellig blant ansatte
- tilrettelegging for ivaretagelse av ulike behov

Relevante tiltak:

- tilbud om veiledning, rådgivning og støtte over tid
- tiltak for å motvirke rykter og ufordelaktig prat
- avklaring av arbeidsoppgaver i den første tiden etter selvmordet
- tilbud om støtte fra annen medarbeider i nye vanskelige vurderinger
- kollegastøtte
- samtaler med nærmeste leder
- samtaler med bedriftshelsetjenesten
- kollegastøtteordning via fagforening

Begrunnelse

Forskning viser at det å være forberedt på at selvmord kan skje, og kjenne rutiner for hva som da skal gjøres i etterkant av et selvmord, gir større grad av trygghet og mestring i situasjonen (Leaune et al., 2019; Sandford et al., 2021).

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 motta psykososial støtte, legges det til rette for en hensiktsmessig bearbeiding og håndtering av belastninger som følger av en slik alvorlig hendelse.

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

Hendelsesanalyser med søkelys 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 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

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).

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

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte et systematisk søk etter forskningsartikler basert på problemstillingen fra 2020. 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.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2020 \(PDF\)](#). Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023 \(PDF\)](#).

Resultatene presenteres under.

Leaune et al. (2019) er en systematisk oversikt med hensikt å evaluere hvilke konsekvenser en pasients selvmord kan få for leger under spesialisering. Oversikten inkluderer til sammen 22 kvalitative og kvantitative studier (13 tverrsnittsstudier, seks kasuistikker og tre intervensjonsstudier).

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 forbindelse med en pasients selvmord, men også å 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, men et pasientselvord kan også få konsekvenser for helsepersonells 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). Henvisning til behandling skjer oftere, og forskrivning av antidepressiva øker etter opplevd pasientselvord. 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 fikk opplæring i prosedyrer for håndtering av alvorlige hendelser. Mange synes ikke å være godt nok forberedt på at selvmord kan skje, verken praktisk eller emosjonelt (Leaune et al., 2019)

Oppfølging etter selvmord og rutiner for dette oppleves som en viktig faktor. Utilfredsstillende oppfølging gir en generell økning av de negative konsekvensene av en pasients selvmord (Leaune et al., 2019). Uformell støtte fra kollegaer, familie og venner ble rapportert som mest betydningsfullt, men strukturert oppfølging viste mer blandede resultater. Gjennomgang av hendelsen med søkelys på felles læring (ikke individuelt ansvar) som blir gjennomført med sensitivitet overfor de mest berørte av helsepersonell, ble rapportert som hensiktsmessig (Leaune et al., 2019; Sandford et al., 2021).

Referanser

Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N., & Terra, J. L. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(3), 141-149.

Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2021). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 261-294.

Kompetanse, opplæring og veiledning

Anbefaling

Virksomhetsledelsen bør sørge for at virksomheten har en årsplan for opplæring og vedlikehold av ansattes kompetanse innen selvmordsforebygging

Undervisningen bør tilpasses den ansattes fagområde, tjenestested, rolle og funksjon. I tillegg bør opplæringstilbudet gjøres godt kjent for de ansatte.

Nyansatte som mangler grunnleggende kunnskap om selvmordsforebygging, bør få undervisning i løpet av de første tre månedene. Dersom forsvarlighetskravet tilsier det, må opplæring skje tidligere.

Ansatte som blir ansvarlig for øyeblikkelig-hjelp, inngår i vaktordninger eller får ansvar for pasienter i akutte kriser, bør ha kompetanse om selvmordsforebygging før de får slikt ansvar.

Nærmeste leder bør, i samarbeid med den enkelte ansatte, sørge for at kompetansen knyttet til selvmordsforebygging kartlegges, og at de ansatte får tid til opplæring, øving på ferdigheter, etisk refleksjon og klinisk veiledning om selvmordsforebygging.

Praktisk informasjon

Formålet med opplæring er å gi gode kunnskaper og ferdigheter i å vurdere pasienters tilstand for å kunne gi tilpasset og forsvarlig behandling av pasienter med selvmordstanker og – atferd. Vurderingen har altså som mål å identifisere behovet for behandling, oppfølging og beskyttelse umiddelbart og på lengre sikt, ikke å forutsi om pasienten kommer til å ta sitt liv.

Slike vurderinger fordrer at ansatte har kompetanse om kompleksiteten ved suicidalitet og innsikt i den enkelte pasients situasjon. Vurderingen inkluderer en forståelse av pasienten sett i lys av hva selvmordsatferden handler om for den enkelte.

Opplæringen består av:

- undervisning
- ferdighetstrening med tilbakemelding
- veiledning
- etisk refleksjon

Opplæring om forebygging av selvmord tilpasses type fagområde, behandlingsenhet og arbeidsoppgaver og har som formål at ansatte får forståelse og kunnskap om:

Suicidalitet

- suicidalitet og kompleksiteten i prosessen fra selvmordstanker til -planer og handling

- selvskading: kartlegging av funksjon, forekomst og intensjon. Når og hvordan selvskade medfører økt risiko for selvmord
- statiske risikofaktorer og beskyttende faktorer

Pasienters tilstand

- sammenheng mellom rusmiddelbruk og suicidalitet
- observasjon og vurdering av pasientens atferd med tanke på følelsesmessige svingninger, rastløshet, anspenhet, angst, uro, kontaktevne, apati eller andre tegn
- kunnskap om forholdet mellom utviklingsnivå og selvmordsatferd
- kunnskap om skillet mellom akutt suicidalitet og gjentakende selvmordsatferd (kronisk suicidalitet)
- kunnskap om psykotisk depresjon og andre alvorlige depresjoner

Kommunikasjon med pasienter

- hvordan etablere trygg dialog med pasienten om selvmordstanker og -atferd
- hvordan identifisere individuelle aktuelle vanskeligheter som medvirker til fare for selvmord
- hvordan utforske pasientens tidligere erfaringer og opplevelse av nåværende krise
- hvordan inkludere pasientens styrke, ressurser, omsorgspersoner og nettverk

Tilpassede tiltak

- forebyggende tiltak som kan inngi håp, opplevelse av mening og fellesskap
- hvordan innhente opplysninger fra og involvere foreldre eller andre med foreldreansvar, pårørende eller andre nærstående
- hvordan ivareta barn av pasienter med selvmordstanker og -atferd (barn som pårørende)
- hvordan utarbeide en sikkerhetsplan eller utvide innholdet i en kriseplan slik at forebygging av selvmord inngår
- hvordan gjennomføre intervall- og kontinuerlig observasjon
- prosedyrer etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk

Ivaretagelse av kollegaer

- Hva gjør det med helsepersonell å jobbe med selvmordstruede pasienter?
- Hvordan kan man ivareta seg selv og andre i en krevende arbeidssituasjon?

Ferdighetstrening

Ferdighetstrening er et egnet pedagogisk virkemiddel, og kan blant annet involvere simuleringstrening. En pedagogisk komponent i ferdighetstrening er å få tilbakemelding og veiledning på innsatsen.

Veiledning

Selvmordsforebygging er et krevende fagområde som utfordrer klinikere. Også erfarne spesialister kan ha utbytte av veiledning knyttet til forebygging av selvmord. Veiledning kan skje både individuelt og i gruppe.

Veiledningen, inkludert journalføring, kan med fordel ta form av mester-svenn-læring, der en uerfaren ansatt kan jobbe sammen med en mer erfaren kollega.

Etisk refleksjon

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 \(uio.no\)](#). Ressurshftet beskriver hvordan etikkrefleksjon kan gjøres i praksis. Alle helseforetak har en klinisk etikk-komité som kan kontaktes for drøfting av etiske problemstillinger.

Begrunnelse

Trygge ansatte er grunnlaget for etablering av en terapeutisk relasjon og for å kunne tilby kunnskapsbasert behandling av pasienter med selvmordstanker- og atferd. Erfaring tilsier at trygghet skapes gjennom opplæring, ferdighetstrening og veiledning.

Sandford et al. (2021) og Leaune et al. (2019) viser at helsepersonell som har fått forutgående opplæring og kompetanse knyttet til håndtering av alvorlige hendelser, rapporterte mindre grad av negative konsekvenser for personlig eller faglig fungering etter et pasientselv mord.

Det er essensielt at behandling og tiltak for å forebygge selvmord baseres på kliniske vurderinger av pasientens helhetlige tilstand og psykososiale situasjon. Oppsummert forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan brukes til å predikere risiko for selvmord (Large et al., 2018, Belsher et al., 2019).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022, gir anbefalinger om ikke å bruke verktøy eller skalaer til vurderinger av risiko for selvmord og heller ikke bruke statistiske risikofaktorer for selvmord som begrunnelse for behandlingsbehov eller til å gradere i lav, moderat eller høy risiko selvmord. 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., 2023).

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

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte et systematisk søk etter forskningsartikler basert på problemstillingen fra 2020. 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.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2020 \(PDF\)](#). Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023 \(PDF\)](#).

Resultatene presenteres under.

Leaune et al. (2019) er en systematisk oversikt med hensikt å evaluere hvilke konsekvenser en pasients selvmord kan få for leger under spesialisering. Oversikten inkluderer til sammen 22 kvalitative og kvantitative studier (13 tverrsnittsstudier, seks kasuistikker og tre intervensjonsstudier).

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 forbindelse med en pasients selvmord, men også å 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, men et pasientselvord kan også få konsekvenser for helsepersonells 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). Henvisning til behandling skjer oftere, og forskrivning av antidepressiva øker etter opplevd pasientselvord. 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 fikk opplæring i prosedyrer for håndtering av alvorlige hendelser. Mange synes ikke å være godt nok forberedt på at selvmord kan skje, verken praktisk eller emosjonelt (Leaune et al., 2019)

Oppfølging etter selvmord og rutiner for dette oppleves som en viktig faktor. Utilfredsstillende oppfølging gir en generell økning av de negative konsekvensene av en pasients selvmord (Leaune et al., 2019). Uformell støtte fra kollegaer, familie og venner ble rapportert som mest betydningsfullt, men strukturert oppfølging viste mer blandede resultater. Gjennomgang av hendelsen med søkelys på felles læring (ikke individuelt ansvar) som blir gjennomført med sensitivitet overfor de mest berørte av helsepersonell, ble rapportert som hensiktsmessig (Leaune et al., 2019; Sandford et al., 2021).

Referanser

Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., ... Skopp, N. A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry, 76*(6), 642-651.

Hem, M. H., Molewijk, B., Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell. Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern* Oslo: Universitetet i Oslo - Senter for medisinsk etikk. Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/systematisk-etikkrefleksjon/ressurshefte-systematisk-etikkrefleksjon120517.pdf>

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.

Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N., & Terra, J. L. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, *27*(3), 141-149.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. (NICE guideline NG225). Manchester: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/resources/selfharm-assessment-management-and-preventing-recurrence-pdf-66143837346757>

Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2021). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(2), 261-294.

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

Klinisk vurdering og behandling av suicidalitet

Anbefaling

Behandlingsansvarlig skal vurdere suicidalitet og akutt selvmordsfare som en del av en helhetlig klinisk vurdering og behandling av pasienten

I psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør undersøkelse av suicidalitet vektlegge pasientens perspektiv og preferanser.

I første samtale skal behandlingsansvarlig, eller den behandleren som tar imot pasienten, undersøke om pasienten har selvmordstanker og -planer og om pasienten tidligere har forsøkt å ta sitt eget liv eller skadet seg selv. Ved bekymring begrunnet i suicidalitet eller symptomer på alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse, skal det gjøres en vurdering av behov for beskyttelsestiltak. I dette inngår om det er behov for døgninnleggelse i egnet institusjon.

Eventuelle selvmordsforebyggende tiltak bør starte samtidig med utredning og behandling. Dette innebærer for eksempel:

- samtaler med mål om å initiere håp og skape større trygghet for pasienten
- å få innsikt i pasientens emosjonelle smerte, opplevde ensomhet, håpløshet, utenforskap eller manglende mestring
- å avdekke behov for behandlingstiltak rettet mot søvnproblemer, angst, agitasjon, depressive symptomer eller psykosesymptomer
- å avdekke behov for tiltak rettet mot utløsende faktorer

Alle pasienter over 10 år bør spørres om de har selvmordstanker og -planer. For yngre barn bør primært foreldre eller andre omsorgspersoner spørres, men disse barna bør også spørres direkte og eventuelt vurderes for suicidalitet dersom det fremkommer indikasjoner for det.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør suicidalitet og risiko for overdoser vurderes samlet, og forebyggende tiltak ses i sammenheng.

Som et ledd i vurderingen av den enkelte pasient, bør det innhentes nødvendige opplysninger fra nærmeste pårørende, enten det er familie, venner eller andre.

Hvor omfattende en videre utredning av suicidalitet bør være, baseres på pasientens tilstand og livssituasjon. Vurderingen bør gjentas ved vesentlige endringer i tilstand, situasjon eller i behandlingsforløpet. Se også [Særskilte forhold ved døgnbehandling](#).

Ved psykotisk depresjon, eller mistanke om dette, bør terskelen være lav for innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern, bruk av beskyttelsestiltak og rask oppstart av intensiv behandling.

Praktisk informasjon

Det forutsettes at personell som vurderer suicidalitet innehar kompetanse til å kunne iverksette øyeblikkelige behandlingstiltak, for eksempel intensivert poliklinisk behandling eller innleggelse i egnet døgnenhet. Se også [Virksomhetens styringssystem for kvalitetsforbedring, bør selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging etter selvmord inngå](#).

For barn og unge gjøres vurderingen av tilstand og tiltak i samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar. Hvis barnevernet har overtatt omsorgen, involveres de som har den daglige omsorgen. Se nærmere beskrivelser i [Nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser – barn og unge, kapittel 5](#).

[Nasjonale pasientforløp for voksne med psykiske lidelser](#) og for [rusbehandling](#) beskriver samarbeid med pårørende og oppfølgende instanser gjennom forløpet fra henvisning til avslutning og videre oppfølging.

Hvis pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt. Dette følger av [helsepersonelloven § 10a \(lovdata.no\)](#), og er omtalt i [helsepersonelloven med kommentarer](#) og [pårørendeveilederen](#).

Vurdering av suicidalitet

Klinisk vurdering av suicidalitet er komplekst. Det er ikke funnet modeller som kan benyttes til å predikere selvmord (Large et al., 2018; Belsher et al., 2019). Målsettingen er derfor 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 pasientens tilstand eller i behandlingstiltakene, gjøres en ny klinisk vurdering.

Suicidalitet og selvskading er komplekse fenomener, og det er ofte vanskelig å avklare om en handling best kan forstås som selvmordsforsøk eller selvskading. Det gjelder også om pasienten er i akutt selvmordsfare eller problemene forstås som gjentakende selvmordsatferd (kronisk suicidalitet). Slike avklaringer er vesentlige for å tilpasse behandlingen til pasientens behov. Her er innsikt i pasientens oppfatning av egen situasjon nødvendig. Informasjon fra nærmeste pårørende, enten de er familie, venner eller andre, kan utfylle behandlerens forståelse av pasienten.

Identifisering av de viktigste risiko- og belastningsfaktorer i pasientens tilværelse er sentralt i vurderingen. Det samme gjelder kartlegging av individuelle beskyttende faktorer og tiltak som kan gi håp. Vurderingen baseres ikke bare på hva pasienten verbalt gir uttrykk for, men også informasjon fra pasientens nettverk og observasjon av pasienten.

Første samtale

Følgende avklares:

- pasientens aktuelle tilstand
- om pasienten har selvmordstanker og -planer
- 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, planlegge 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?

- pasientens beskrivelse av egen situasjon
- opplysninger fra nærmeste pårørende, eksempelvis:
 - om endringer i pasientens tanker, følelser og atferd
 - om deres bekymring
- nylige alvorlige belastninger, eksempelvis tapsopplevelser, relasjonsbrudd, andre personlige kriser?
- nylig brått funksjonsfall

Videre:

- Har pasienten selvmordstanker nå?
 - Hvis ja, avklar intensitet og innhold i tankene 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 seg selv tidligere?
 - Hvis ja, utdyp og avklar intensjonen samt alvorlighetsgrad og pasientens daværende situasjon.
- Har noen i familien eller andre nærstående tatt sitt eget liv?
- Foreligger det:
 - uttalt håpløshet, dødsønske og/eller alvorlig depresjon, herunder psykotisk depresjon og tilstander preget av agitasjon og impulsivitet
 - psykosetilstander, særlig i debutfasen, herunder befalende stemmer om å ta sitt eget liv
 - endringer i bruk av alkohol eller andre rusmidler
- Har pasienten håp om endring og bedring av sin situasjon?

Observasjoner som gjøres i samtaler eller i behandlingsmiljøet i en døgnet, inkluderes i vurderingen, eksempelvis:

Er pasienten

- preget av agitasjon (uro, stress, rastløshet) og håpløshet?
- apatisk, nedstemt, mentalt fraværende, engstelig, desorganisert?
- påvirket av rusmidler?

Hvordan er pasientens

- søvnmønster og døgnrytme?
- matlyst?
- kontaktevne og evne til å samarbeide?

Spesielt for psykisk helsevern for barn og unge

Samtale og vurdering tilpasses barnets utviklingsnivå, og barn og ungdom gis anledning til å snakke uten at foreldre eller andre omsorgsperson er til stede. Etablering av tillit for å oppnå åpenhet er sentralt, og samtaler med barn og ungdom gjennomføres i tråd med [barnekonvensjonen \(regjeringen.no\)](http://barnekonvensjonen.regjeringen.no) som blant annet innebærer å sikre rett til privatliv, medvirkning og informasjon.

Dette betyr at det for eksempel kan være nødvendig å:

- tilpasse hvilke familiemedlemmer og fagpersoner som deltar i samtaler

- tilpasse situasjonen og stedet for vurderingen

Spesielt for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Blant de som døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med TSB, var den mest brukte metoden henging, strangulering eller kvelning (Walby et al. 2021).

Det kan være vanskelig å skille mellom suicidalitet og overdoseproblematikk. Avdekk derfor om pasienten har:

- brukt rusmidler med likegyldighet til dosering og dødsfare
- hatt planlagte overdoser med intensjon om å dø
- endringer i bruksmønster og metode (hurtig økt forbruk eller overgang fra andre inntaksmåter til injeksjon, eventuelt til rusmidler med høyere overdoserisiko)

[Kapittel 4 i Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling beskriver oppfølging i TSB etter rusmiddeloverdoser.](#)

Selvmondsforebyggende behandling og tiltak

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 \(lovdata.no\)](#), gjelder [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 første til femte ledd \(lovdata.no\)](#) tilsvarende for barnevernstjenesten. Hvis barnevernet har overtatt omsorgen, inkluderes de som har den daglige omsorgen (for eksempel fosterforeldre) inn i samarbeidet.

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 og behandling som kan dempe fortvilelse, søvnproblemer, angst, agitasjon og håpløshet samt depressive symptomer og psykosesymptomer
- kontakt med foreldre eller andre med foreldreansvar, alternativt pårørende eller andre nærstående som pasienten har tillit til
- sikringstiltak som reduserer tilgang til metoder for selvmord
- beskyttelsestiltak som for eksempel innleggelse i døgnavdeling. I noen tilfeller er det nødvendig å etablere tvungent psykisk helsevern.

Videre forløp

- kunnskapsbasert behandling av psykisk lidelse og/eller ruslidelse
- identifikasjon av hvilke faktorer som er beskyttende for den enkelte pasient og problemløsning rettet mot utløsende faktorer for aktuell situasjon
- [utarbeiding av sikkerhetsplan eller kriseplan](#)

Psykotisk depresjon

Psykotisk depresjon eller alvorlig depresjon med psykose er en tilstand hvor selvmordsfaren kan være overhengende. Tilstanden kan samtidig være vanskelig å oppdage. Utover depressive symptomer ses ofte sterk angst og uro (agitasjon), grubling eller depressive vrangforestillinger. Tilstanden kan variere, selv over kort tid.

Ifølge National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022, viser personer med psykotisk depresjon alvorligere psykomotorisk forstyrrelse og større psykososial svekkelse enn de med depresjon uten psykose. [Videre dokumenteres at psykotisk depresjon ofte ikke blir diagnostisert nøyaktig, fordi psykosen kan være subtil, intermitterende eller skjult, og følgelig blir den ofte utilstrekkelig behandlet \(NICE, 2022\).](#)

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.

Involvering av pårørende kan gi utfyllende innsikt i vurdering av tilstanden.

Gjentakende selvmordsatferd (kronisk suicidalitet)

Hos noen pasienter kan selvmordstanker og -planer i perioder være mer eller mindre konstante. Disse pasientene kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading og /eller selvmordsforsøk. Ofte har voksne pasienter i denne gruppen diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Samtidig rusmiddelmisbruk eller tidlig traumatisering er også vanlig.

En utfordring i behandling av pasienter med repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, er at selvmordsrisikoen er forhøyet over en lengre periode. Stadige suicidalvurderinger kan forstyrre den pågående psykoterapeutiske behandlingen. Når suicidalvurderinger ikke er hensiktsmessig, dokumenteres det i journal. Det gjøres samtidig en avklaring av hvilke situasjoner som gjør det nødvendig med ny suicidalvurdering. Det er krevende, men nødvendig for både pasient, pårørende og involvert helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for selvmordsatferd for denne pasientgruppen sammenliknet med pasienter som har mer tidsavgrenset selvmordsatferd. Det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen. Pårørende, og særlig barn som pårørende, er i en utsatt situasjon, og i slike tilfeller er involvering i arbeidet med behandlingsplanen spesielt viktig. Dette gjøres i tråd med gjeldende regelverk.

Pasientene i denne gruppen har grunnleggende problemer som er langvarige. Det er derfor viktig å etablere en langsiktig og målrettet behandlingsplan, i samarbeid med pasienten, for å oppnå behandlingsallianse og en positiv endringsprosess over tid. Dette kan bidra til økt mestring og reduksjon av selvskading og risiko for selvmord. Pasienten har behov for en fast behandler som er ansvarlig for den psykoterapeutiske behandlingen. I perioder der andre tiltak er nødvendig, planlegges og gjennomføres de med formål om å støtte opp under pågående behandlingen. Samarbeid mellom involverte behandlere og behandlingsinstanser struktureres slik at pasientene mottar sammenhengende behandling over tid. Raske og/eller krisebaserte endringer i behandlingen er uheldig (NICE, 2009).

I akutte og overveldende emosjonelle kriser kan innleggelse være nødvendig for å hindre selvmord og håndtere den konkrete situasjonen. Innleggelsen benyttes til å fremme mestring hos pasienten gjennom strukturerte planer, målrettede tiltak og forventningsavklaringer.

Evaluering av igangsatte tiltak

Behandlingsplanen evalueres regelmessig i tråd med nasjonale pasientforløp [Psykiske lidelser – voksne](#) / [Psykiske 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. Utforskning av pasientens forståelse av egen situasjon, kan gi innsikt i hvilke faktorer som fører til selvmordstanker og -atferd, og hvilke faktorer som gir pasienten håp om bedring.

Ifølge Helsetilsynet inngår innhenting av opplysninger fra pasientens nærmeste pårørende, enten det er familie, venner eller andre, i kravet til faglig forsvarlighet ([Statens helsetilsyn, 2023](#)). De har i mange tilfelle informasjon som er nyttig i vurderingen av pasientens tilstand og selvmordsfare, og er oftest en god støtte for pasienten. I tillegg er det kjent at pasientene kan være tildekkende og skjule sine tanker og sin reelle tilstand. Det pårørende forteller og det pasienten sier, kan derfor være forskjellig.

Rapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord viser 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 og 2023). National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022), gir anbefalinger om ikke å bruke verktøy eller skalaer til vurderinger av risiko for selvmord og heller ikke kategorisering i lav, moderat eller høy risiko. Oppsummert forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan brukes til å predikere risiko for selvmord (Large et al., 2018; Belsher et al., 2019).

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

Ifølge Walby et al. (2021) var henging, strangulering eller kvelning den mest brukte metoden blant de 568 personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009 – 2018, noe som tilsvarer 44,9 %. Selvmord ved forgiftning utgjorde 27,8 %. Dette er omtrent det samme som for personer i kontakt med psykisk helsevern siste år, henholdsvis 44,7 % og 21,2 %.

Pasienter oppgir positiv opplevelse av å bli vurdert for selvmordsfare dersom dette skjer i naturlig dialog og med en individuell tilnærming (Berg et al., 2020b). I følge Hagen et al. (2018) er pasientenes opplevelse av å bli forstått og verdsatt, samtidig som deres lidelse blir tatt på alvor og at de får individuell behandling, vesentlig for bedringsprosessen.

Berg et al. (2020a) viser helsepersonell tilpasser seg utfordringer knyttet til pasienters suicidalitet ved at det finnes rutiner som sikrer kollegial tillitt og støtte, samt arenaer som fremmer felles forståelse og situasjonsbevissthet når en pasient er i akutt selvmordsfare.

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 ble gjort litteratursøk i Oria, Google Scholar og PubMed etter erfaringsstudier fra Norge våren 2020. Hensikten var å få innsikt i erfaringene etter at Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) ble publisert i 2008. I 2023 ble en ny studie inkludert.

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 innleggelse i psykisk helsevern. Semistrukturert intervju ble benyttet, og data ble analysert ved tematisk og induktiv innholdsanalyse.

Hagen et al. (2018) er en kvalitativ studie der fem tidligere innlagte pasienter med selvmordsatferd (fire kvinner og en mann) ble intervjuet om deres opplevelse av behandling og omsorg ved en døgninnleggelse i psykisk helsevern. Individuelle semistrukturerte intervju ble benyttet, og materialet ble analysert ved interpretativ fenomenologisk analyse (IPA).

Hagen et al. (2020) er en kvalitativ studie der 11 kvinner med selvmordsadferd som var frivillig innlagt ved en akuttpsykiatrisk døgnenhet ble intervjuet om hvordan de opplever sin suicidalitet og det å være pasient. Foruten semistrukturerte intervjuer ble data samlet inn gjennom samtaler og deltakende observasjon. Materialet ble analysert ved Systematisk tekstkondensering, etterfulgt av en deduktiv prosess hvor dataene og de foreløpige funnene ble tolket i lys av teorien om liminalitet (dvs. befinne seg i en overgangsfase som kan innebære krise, usikkerhet og endret status).

Helsepersonells erfaring med kartlegging og vurdering av risiko for selvmord

Hagen et al. (2017b) undersøkte behandleres og psykiatriske sykepleieres erfaringer med behandling og omsorg for pasienter med selvmordsatferd i lys av etiske perspektiver (omsorgsetikk og rettferdighets-/pliktetikk). Studien er kvalitativ der psykiatriske sykepleiere (n=8), psykiatere (n=4) og psykologer (n=4) ble intervjuet, og data ble analysert ved Systematisk tekstkondensering og prinsipper fra en mer teoribasert tilnærming.

Berg et al. (2020a) intervjuet sju leger, seks psykologer og 22 sykepleiere innen psykisk helsevern for å få innsikt i hvordan de håndterte akutt selvmordsfare hos inneliggende pasienter. Målet med studien var å få innsikt i helsepersonells evne til å tilpasse seg endringer og utfordringer i slike situasjoner.

Resultater oppsummert

Pasienters erfaringer

Berg et al. (2020b) fant at pasienter opplevde det positivt å bli vurdert for selvmordsfare dersom dette skjedde naturlig i en dialog, og helsepersonellet hadde en individuell tilnærming til samtalen.

Hagen et al. (2018) viser at pasientenes opplevelse av å bli forstått og verdsatt, samtidig som deres lidelse blir tatt på alvor, og at de får individuell behandling, er vesentlig for bedring.

Hagen et al. (2020) fant at pasientenes opplevelser av suicidalitet og det å være innlagt ved en lukket akuttpsykiatrisk døgnenhet innebar opplevelser av intens psykisk smerte, håpløshet, usikkerhet, mindre myndighet og svekket følelse av å være seg selv eller en verdsatt person. Det å bli møtt og anerkjent som et unikt individ er et viktig aspekt ved omsorgen de mottar.

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

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

Helsedirektoratet mottok i 2020 en systematisk oversikt, Large et al. (2018), fra Folkehelseinstituttet basert på litteratursøk som ble gjort ved innhenting av kunnskapsgrunnlag for Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020 – 2025). En systematisk oversiktsartikkel med tilsvarende tema, Belsher et al., 2019, ble levert av et arbeidsgruppemedlem desember 2023. Begge oversiktsartiklene omhandler modeller for å predikere selvmord. Large et al. (2018) er ikke inkludert i Belsher et al. (2019), muligens på grunn av forsinkelse i indeksering i databasene.

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.

Belsher et al. (2019) er en systematisk oversikt med 17 kohortstudier som til sammen hadde 64 unike modeller for å predikere selvmord, brukt på tvers av fem land, og med flere enn 14 millioner deltakere. Hensikten var å undersøke om den positive prediktive validiteten til selvmords-prediksjonsmodeller er tilstrekkelig til å anvendes. Første trinn var å identifisere, vurdere og sammenligne den prediktive validiteten av publiserte modeller. Deretter, ved å bruke simuleringsmodeller, å utforske den potensielle effekten av å implementere en slik modell i et større helsesystem. Resultatene viste at dagens selvmordsprediksjonsmodeller produserer nøyaktige generelle klassifiseringsmodeller (0,80 i de fleste modellene), men nøyaktigheten i å forutsi et fremtidig selvmord/selvmoedsforsøk er nær 0. Forfatterne konkluderer også med at flere kritiske aspekter gjenstår å bli løst før slike modeller kan få klinisk anvendelse på tvers av helsesystemer.

Referanser

Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., ... Skopp, N. A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 642-651.

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 316.

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088.

Fredriksen, K. J., Schaufel, M. A., Johannessen, J. O., Walby, F. A., Davidson, L., & Schoeyen, H. K. (2020). Preventing Suicide among Psychiatric Inpatients with Psychotic Depression. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 223-236.

Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 99-106.

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 13(1), 1461514.

Hagen, J., Loa Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2020). " ... I felt completely stranded": liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1731995.

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.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management* (NICE guideline CG78). Manchester: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. (NICE guideline NG225). Manchester: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/resources/selfharm-assessment-management-and-preventing-recurrence-pdf-66143837346757>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). *Depression in adults: [G] Psychotic depression* (NICE guideline NG222). Manchester: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/g-psychotic-depression-pdf-11131004420>

Statens helsetilsyn (2023). *Tilsyn med selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne: veileder for landsomfattende tilsyn i 2023 og 2024* (Internserien 2/2023). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/internserien/2023/tilsyn-med-selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-for-voksne/#>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

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* Oslo: 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_interaktiv_web.pdf

Anbefaling

Behandlingsansvarlig bør tilby en sikkerhetsplan til pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dersom pasienten allerede har en kriseplan, inngår tiltak med mål om å hjelpe pasienten å håndtere selvmordstanker i samme plan, og det avtales samarbeid med allerede involverte parter.

Polikliniske pasienter bør tilbys sikkerhetsplan dersom behandlingsansvarlig vurderer at det er et behov.

Sikkerhetsplanen (eller oppdatering av kriseplanen)

- bør utarbeides i samarbeid mellom pasienten og behandlingsansvarlig eller den ansatte som ansvaret er delegert til.
- bør utarbeides i tidlig fase av behandlingen, oppdateres underveis i forløpet og før utskrivning.

Foreldre eller andre med foreldreansvar for pasienter under 18 år involveres i tråd med gjeldende regelverk. [Se nasjonalt pasientforløp for barn og unge, kapittel 5](#). For voksne pasienter, bør pårørende eller andre nærstående som pasienten ønsker med, involveres i samarbeidet. Se [Pårørendeveilederen, kapittel 4](#).

Planen bør minimum inneholde navn og kontaktinformasjon på personer som pasienten og foreldre, andre med foreldreansvar eller daglig omsorg og pårørende kan kontakte ved økende selvmordstanker.

Praktisk informasjon

Utarbeidelse og oppdatering av sikkerhetsplanen inngår i den individuelle, helhetlige utredningen og behandlingen av pasienter med selvmordstanker og -atferd. Planer for barn og unge tilpasses alder, familieforhold og omsorgssituasjon, og kan også inneholde strategier for foreldre eller omsorgspersoner der dette er hensiktsmessig.

Innhold:

- 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 få hjelp til å løse kriser, dele tanker og følelser med, og få hjelp til å avlede selvmordstanker
- kontaktinformasjon til tjenesteutøvere eller instanser som kan kontaktes når en krise oppstår, eksempelvis:
 - behandler i psykisk helsevern eller TSB
 - fastlege
 - legevakt
 - annen akutt-tjeneste eller krisetelefon
 - kommunale helse- og omsorgstjenester
- hvordan omgivelsene kan gjøres sikrere, eksempelvis ved fjerning av våpen eller legemidler som kan brukes til forgiftning

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

[I veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord](#) finnes informasjon om hvordan pasienten kan følges opp av kommunens psykiske helsetjeneste dersom ansvarlig behandler i spesialisthelsetjenesten har vurdert dette som tilstrekkelig oppfølging.

Begrunnelse

Walby et al. (2023) viser 28 % av pasientene som døde i selvmord i perioden 2010 - 2020 ikke hadde fått utarbeidet en kriseplan. Andelen er den samme for psykisk helsevern for voksne og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Både bruker- og klinisk erfaring tilsier at en sikkerhetsplan er et enkelt og lite ressurskrevende tiltak som kan bidra til mestring og forebygging av selvmord, og som oppleves som et godt utgangspunkt for samarbeid og dialog mellom pasient og behandler.

Det er sentralt at pasient og behandlingsansvarlig, eller annen utpekt ansvarlig fagperson, samarbeider med pasienten om å utarbeide en sikkerhetsplan som kan hjelpe pasienten og familien til å rette oppmerksomheten mot hva som konkret kan gjøres for å håndtere påtrengende selvmordstanker. Her inngår faresignaler personen selv og/eller familien bør være oppmerksom på, mestringsstrategier og hvem av nære personer eller profesjonelle som kan kontaktes ved behov. Voksne personer som brukte sikkerhetsplan hadde 43 % redusert risiko for selvmord og selvmordsforsøk sammenliknet med dem som ikke brukte sikkerhetsplan (Nuij et al., 2021).

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)

Selvmord. Selvmordsforsøk. Selvmordstanker eller -planer

Beskrivelse av inkluderte studier

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk søk etter forskningsartikler basert på problemstillingen i 2020, og med oppdatert søk i 2023. I oppdatert søk i 2023, ble det funnet en oversiktsartikkel vurdert til å være av god kvalitet, Nuij et al., 2021, som inkluderte artikkelen identifisert i 2020.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#), [dokumentasjonsark 2020 \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2023](#).

Nuij et al. (2021) er en metaanalyse av seks studier med til sammen 3536 deltakere som evaluerte hvor effektive sikkerhetsplaner er til å redusere selvmord og selvmordsforsøk (suicidal behaviour), samt selvmordstanker og -planer (suicidal ideation). De inkluderte studiene var publisert mellom 2013 og 2018 og utført i hhv. USA (n=3), Taiwan (n=2) og Sveits (n=1). Fire av studiene var randomiserte og kontrollerte, en var ikke-randomisert kontrollert og en studie hadde et avbrutt tidsseriedesign.

Forfatterne påpeker at metodiske begrensninger i studiene, klinisk heterogenitet og publikasjonsskjevhet kan ha påvirket resultatene, som bør tolkes med forsiktighet.

Resultater oppsummert per utfall

Selv mord og selvmordsforsøk (primært endepunkt): Den relative risikoen for selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter som fikk en sikkerhetsplan sammenlignet med pasienter som ikke fikk, var 0,570 (95 % KI 0,408–0,795, $P = 0,001$; antall nødvendig å behandle for å forbygge ett selvmord og selvmordsforsøk var 16).

Selv mordstanker eller – planer (sekundært endepunkt): Ingen statistisk signifikante effekter ble funnet for selvmordstanker eller -planer. Dette var ikke uventet ettersom en sikkerhetsplan er et hjelpemiddel til å håndtere påtrengende selvmordstanker, og som kjent fluktuere de over tid.

Referanser

Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., ... Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419-426.

Universitetet i Oslo (22. november 2022). *Demonstrasjonsfilm om sikkerhetsplan*. [nettressurs]. Oslo: UiO - Det medisinske fakultet. Hentet 15. februar 2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-selvordsrisikovurdering/demonstrasjonsfilm-om-sikkerhetsplan/index.html>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

Særskilte forhold ved døgnbehandling

Anbefaling

Miljøpersonalet ved døgnenheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) bør planlegge og iverksette tiltak som kan fremme håp og mestring for pasienter med selvmordstanker og -atferd

Miljøterapeutiske tiltak bør inngå som en del av en helhetlig behandling av pasienter med selvmordstanker og -atferd, og bygge på kunnskap om selvmordsforebygging.

Støttesamtaler, planlegging og gjennomføring av tiltak bør utføres med oppmerksomhet rettet mot pasientens forståelse av egen situasjon, og miljøpersonalet bør legge til rette for samvær og tiltak som fremmer håp og mestring.

Miljøpersonalet bør være tilgjengelig for å kunne gi foreldre, andre med foreldreansvar og pårørende støtte og informasjon, og bidra til at de kan involveres i planlegging av utskrivning.

Praktisk informasjon

Miljøterapeutiske tiltak ses i sammenheng med behandlingen og inngår i pasientens behandlingsplan. Her inngår også involvering og samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar og nærmeste pårørende.

Felles for alle som utøver miljøterapi er behov for [kunnskap om selvmordsforebygging](#) sett i en helhetlig forståelse av pasientens tilstand og livssituasjon.

I samhandlingen med pasienten søkes å oppnå en tillitsfull relasjon, eksempelvis ved å:

- skaffe seg oversikt over belastningene i pasientens livssituasjon, og tilstrebe å iverksette tiltak for å redusere disse
- bidra til at pasienten kan reflektere over sin egen situasjon, og få innsikt i hva som kan øke mestring og redusere selvmordstanker og -atferd
- bidra til at pasienten får innflytelse og medvirkning i valg av aktiviteter
- tilrettelegge for aktiviteter tilpasset pasientens ønsker og tilstand
- bidra til, etter avtale med pasienten eller foreldre eller andre med foreldreansvar, at familie og nettverk involveres og kommer på besøk
- [bidra til ivaretagelse av barn som pårørende](#)

Dersom miljøpersonalet anser det nødvendig med utvidet vurdering av selvmordsfare, tas det kontakt med behandlingsansvarlig eller vakthavende lege for tverrfaglig samarbeid om å beskytte og ivareta pasienten.

Generell observasjon

Observasjon av suicidalitet inngår i miljøterapeutiske tiltak, og miljøpersonalets kompetanse er vesentlig for å kunne observere, vurdere endringer og eventuell forverring hos pasienter som kan være i selvmordsfare. Dette krever opplæring og veiledning.

Tettere oppfølging for å forhindre selvmordsatferd – intervall eller kontinuerlig observasjon

Noen ganger er det nødvendig med en tettere oppfølging av pasienten for å forhindre selvmordsatferd. [Vurderingen av om det er nødvendig å iverksette intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon](#), er beskrevet i egen anbefaling. Dette er inngripende tiltak, og derfor er det viktig at miljøpersonalet gjennomfører observasjonen på en omsorgsfull måte.

Observasjoner av pasienten under døgnoppholdet er vesentlig informasjon ved [planlegging av utskrivning](#).

Begrunnelse

Pasienter som har hatt selvmordstanker og -planer har uttrykt at det har vært viktig for dem å føle seg sett, hørt og forstått. Noe av det aller viktigste er opplevelsen av å føle seg anerkjent og bekreftet som likeverdige og verdifulle mennesker (Hagen et al., 2018, 2020; Berg et al. 2020b).

Pasienter som har selvmordstanker og -planer, har trolig et større behov for bekreftelse på at de er verdifulle enn andre. Dette med tanke på deres sterke fortvilelse og følelse av håpløshet, deres usikkerhet og negative selvoppfatning, og det at de kan være i en prosess der de kobler seg fra andre.

Pasientenes opplevelse av trygghet avhenger av en relasjon preget av tillit, og personell som ivaretar deres behov, beskytter dem fra selvmordsimpulser og som bidrar til å gjenopprette følelsen av kontroll (Berg et al., 2020b). Gode møter med behandlere og miljøpersonale har en positiv innvirkning på pasientene, og kan bidra til redusert håpløshet og suicidalitet (Hagen et al., 2018, 2020).

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 ble gjort litteratursøk i Oria, Google Scholar og PubMed etter erfaringsstudier fra Norge våren 2020. Hensikten var å få innsikt i erfaringene etter at Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) ble publisert i 2008. I 2023 ble en ny studie inkludert.

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 innleggelse i psykisk helsevern. Semistrukturert intervju ble benyttet, og data ble analysert ved tematisk og induktiv innholdsanalyse.

Hagen et al. (2018) er en kvalitativ studie der fem tidligere innlagte pasienter med selvmordsatferd (fire kvinner og en mann) ble intervjuet om deres opplevelse av behandling og omsorg ved en døgninnleggelse i psykisk helsevern. Individuelle semistrukturerte intervju ble benyttet, og materialet ble analysert ved interpretativ fenomenologisk analyse (IPA).

Hagen et al. (2020) er en kvalitativ studie der 11 kvinner med selvmordsadferd som var frivillig innlagt ved en akuttpsykiatrisk døgnenhet ble intervjuet om hvordan de opplever sin suicidalitet og det å være pasient. Foruten semistrukturerte intervjuer ble data samlet inn gjennom samtaler og deltakende observasjon. Materialet ble analysert ved Systematisk tekstkondensering, etterfulgt av en deduktiv prosess hvor dataene og de foreløpige funnene ble tolket i lys av teorien om liminalitet (dvs. befinne seg i en overgangsfase som kan innebære krise, usikkerhet og endret status).

Helsepersonells erfaring med kartlegging og vurdering av risiko for selvmord

Hagen et al. (2017b) undersøkte behandleres og psykiatriske sykepleieres erfaringer med behandling og omsorg for pasienter med selvmordsatferd i lys av etiske perspektiver (omsorgsetikk og rettferdighets-/pliktetikk). Studien er kvalitativ der psykiatriske sykepleiere (n=8), psykiatere (n=4) og psykologer (n=4) ble intervjuet, og data ble analysert ved Systematisk tekstkondensering og prinsipper fra en mer teoribasert tilnærming.

Berg et al. (2020a) intervjuet sju leger, seks psykologer og 22 sykepleiere innen psykisk helsevern for å få innsikt i hvordan de håndterte akutt selvmordsfare hos inneliggende pasienter. Målet med studien var å få innsikt i helsepersonells evne til å tilpasse seg endringer og utfordringer i slike situasjoner.

Resultater oppsummert

Pasienters erfaringer

Berg et al. (2020b) fant at pasienter opplevde det positivt å bli vurdert for selvmordsfare dersom dette skjedde naturlig i en dialog, og helsepersonellet hadde en individuell tilnærming til samtalen.

Hagen et al. (2018) viser at pasientenes opplevelse av å bli forstått og verdsatt, samtidig som deres lidelse blir tatt på alvor, og at de får individuell behandling, er vesentlig for bedring.

Hagen et al. (2020) fant at pasientenes opplevelser av suicidalitet og det å være innlagt ved en lukket akuttpsykiatrisk døgnenhet innebar opplevelser av intens psykisk smerte, håpløshet, usikkerhet, mindre myndighet og svekket følelse av å være seg selv eller en verdsatt person. Det å bli møtt og anerkjent som et unikt individ er et viktig aspekt ved omsorgen de mottar.

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

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

Helsedirektoratet mottok i 2020 en systematisk oversikt, Large et al. (2018), fra Folkehelseinstituttet basert på litteratursøk som ble gjort ved innhenting av kunnskapsgrunnlag for Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020 – 2025). En systematisk oversiktsartikkel med tilsvarende tema, Belsher et al., 2019, ble levert av et arbeidsgruppemedlem desember 2023. Begge oversiktsartiklene omhandler modeller for å predikere selvmord. Large et al. (2018) er ikke inkludert i Belsher et al. (2019), muligens på grunn av forsinkelse i indeksering i databasene.

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.

Belsher et al. (2019) er en systematisk oversikt med 17 kohortstudier som til sammen hadde 64 unike modeller for å predikere selvmord, brukt på tvers av fem land, og med flere enn 14 millioner deltakere. Hensikten var å undersøke om den positive prediktive validiteten til selvmords-prediksjonsmodeller er tilstrekkelig til å anvendes. Første trinn var å identifisere, vurdere og sammenligne den prediktive validiteten av publiserte modeller. Deretter, ved å bruke simuleringsmodeller, å utforske den potensielle effekten av å implementere en slik modell i et større helsesystem. Resultatene viste at dagens selvmordsprediksjonsmodeller produserer nøyaktige generelle klassifiseringsmodeller (0,80 i de fleste modellene), men nøyaktigheten i å forutsi et fremtidig selvmord/selvmordsforsøk er nær 0. Forfatterne konkluderer også med at flere kritiske aspekter gjenstår å bli løst før slike modeller kan få klinisk anvendelse på tvers av helsesystemer.

Referanser

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 20*(1), 316.

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open, 10* (11), e040088.

Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 38* (2), 99-106.

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 13*(1), 1461514.

Hagen, J., Loa Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2020). " ... I felt completely stranded": liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 15*(1), 1731995.

Anbefaling

Behandlingsansvarlig bør vurdere bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon for innlagte

pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord

Beslutningen om bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon tas av kvalifisert helsepersonell som et ledd i å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Endring eller opphevelse av observasjonstiltaket bør involvere spesialist i psykiatri, rus- og avhengighetsmedisin eller psykologi, og treffes etter en helhetlig vurdering av pasientens tilstand.

Pasienter i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som har beskyttelsesbehov som ikke kan ivaretas ved behandlingseenheten, bør vurderes overført til psykisk helsevern.

Pasienten bør 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. Foreldre eller andre med foreldreansvar og eventuelt pårørende bør få informasjon om beslutningen, og de bør involveres i planlegging av tiltaket i tråd med gjeldende regelverk.

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

Praktisk informasjon

Kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon er inngripende tiltak, men er av og til nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Måten tiltakene gjennomføres på påvirker hvordan pasienten opplever tiltaket, se [egen anbefaling om miljøterapi](#).

For barn og unge, involveres foreldre eller andre med foreldreansvar, og gjennomføring avtales i samarbeid med dem og pasienten.

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

Kontinuerlig observasjon i seg selv anses ikke som skjerming og krever dermed ikke et vedtak, jf. [psykisk helsevernloven § 4-3 første ledd \(lovdata.no\)](#).

- 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, selvskaade eller selvmord avverges.
- Pasienten forlater ikke avdelingen og er ikke alene i noen situasjoner, heller ikke på toalett eller bad. Det samme gjelder om natten.

Intervallobservasjon

Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon.

- Miljøpersonalet er i størst mulig grad sammen med pasienten, og vet hele tiden hvor pasienten er.
- Ved økt bekymring for pasienten, iverksettes kontinuerlig observasjon.

Ved behandling i TSB vurderes overføring til egnet døgninstitusjon.

Begrunnelse

Observasjonstiltak iverksettes som et tidsavgrenset pasientsikkerhetstiltak i døgnenheter for pasienter som er i akutt fare for å ta sitt eget liv. Helsepersonell som foretar vurderinger av behov for observasjonstiltak, skal ha tilstrekkelig kompetanse til dette, jf. kravet til forsvarlighet i [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 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.

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser at 81 pasienter døde under døgnopphold i psykisk helsevern for voksne i perioden 2018 – 2020 (Walby et al. 2023). Av disse døde 30 (37 %) inne på avdelingen og 24 (80 %) av disse som følge av henging eller kvelning enten på enerom (79 %) eller WC/bad (21 %).

Helsepersonell som foretar vurderinger av behov for observasjonstiltak, beslutter om observasjon bør være kontinuerlig eller intervallbetinget ut ifra sin og behandlingenshetens kjennskap til pasienten.

Helsedirektoratet har ikke funnet tilstrekkelig kunnskap til å anbefale gitte tider for intervaller av observasjon. Andre faktorer enn akkurat tiden spiller inn, som at observasjonen gjennomføres som planlagt, og utføres av personell med erfaring og kjennskap til pasienten. I følge Flynn et al. (2017) skjedde 91 % av selvmordene i døgnenheter under intervallobservasjon, og 60 % av selvmordene når observasjonen ikke ble gjennomført som planlagt. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) fra 2015 fant at halvparten av dødsfallene skjedde når observasjonen var utført av mindre erfarne ansatte eller ansatte som sannsynligvis ikke var kjent med pasienten.

Det er vesentlig at personell som gjennomfører tiltaket har kompetanse til å benytte samværet til å etterstrebe kontakt med pasienten og unngå en passiv, observerende rolle. Samtaler og observasjoner rettet mot pasientens opplevelse og forståelse av egen situasjon, kan gi pasienten nytt håp og identifisere konkrete tiltak som kan redusere belastende faktorer (Hagen et al, 2017b). Ifølge litteratur kan pasienter oppleve observasjon nedverdiggende, det kan forsterke mistillit til helsepersonellet, være søvnforstyrrende (Veale et al., 2020) og kan i noen tilfeller medvirke til at selvskadende atferd opprettholdes (Reen et al., 2020). Pasientens opplevelse avhenger av hvordan observasjonen gjennomføres og hvem som utfører den (Reen et al., 2020).

Kontinuerlig observasjon i seg selv anses ikke som skjerming og krever dermed ikke et vedtak, jf. [psykisk helsevernloven § 4-3 første ledd \(lovdata.no\)](#). I kommentaren til psykisk helsevernloven §18 står dette: "Kontinuerlig observasjon – at helsepersonell ved institusjonen til enhver tid har visuell kontakt med pasienten – vil ikke i seg selv anses som skjerming. Kontinuerlig observasjon 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."

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

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk etter systematiske oversikter og primærstudier som svarte til problemstillingen overfor. Helsedirektoratet identifiserte fire studier som ble kvalitetsvurdert til middels kvalitet.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2020 \(PDF\)](#). Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023 \(PDF\)](#).

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 i det nasjonale registeret (NCISH) (n=113). I tillegg er data fra Skottland og Nord-Irland inkludert. Spørreskjema ble sendt ut til ansvarlige behandlere og rapporter om uønskede hendelser ble studert.

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) report (2015) inkluderer data over selvmord i England mellom 2006 og 2012. 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 seks 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 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

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. Helsepersonellet som 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 tværfaglig 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. Selvmordsforsøk. Pasientens opplevelse

Beskrivelse av inkluderte studier

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk søk etter forskningsartikler basert på problemstillingen over. Helsedirektoratet identifiserte én studie som svarte på problemstillingen og som ble kvalitetsvurdert.

Se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark 2021 \(PDF\)](#). Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023](#).

Veale et al. (2020) er en kvalitativ studie med hensikt å gi bedre innsikt i hvordan intervallobservasjon om natten oppleves for innlagte pasienter. 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 og selvmordsforsøk

Ikke rapportert

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.

Referanser

Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S. G., Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., ... Shaw, J. (2017). Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychological Medicine*, 47(13), 2238-2245.

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2015). *In-patient Suicide Under Observation* Manchester: University of Manchester. Hentet fra <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=37570>

Reen, G. K., Bailey, J., Maughan, D. L., & Vincent, C. (2020). Systematic review of interventions to improve constant observation on adult inpatient psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 372-386.

Veale, D., Ali, S., Papageorgiou, A., & Gournay, K. (2020). The psychiatric ward environment and nursing observations at night: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 342-351.

Anbefaling

Behandlingsansvarlig bør vurdere om døgninnlagte pasienter i psykisk helsevern bør ha begrenset tilgang til personlige eiendeler som et ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord

Hvis vurdering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) medfører behov for å iverksette begrensning av tilgang til personlige eiendeler, bør pasienten vurderes overført til psykisk helsevern.

Etter at det er besluttet å begrense pasientens tilgang til personlige eiendeler, bør pasienten informeres om begrunnelsen. Foreldre eller andre med foreldreansvar og eventuelt pårørende bør få informasjon om beslutningen, og de bør involveres i planlegging av tiltaket i tråd med gjeldende regelverk.

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

Hvis pasienten ikke samtykker og samarbeider om begrensingen av personlige eiendeler, skal behandlingsansvarlig vurdere behov for å fatte vedtak eller om pasienten skal henvises til en behandlingssenhets med høyere sikkerhetsnivå.

Praktisk informasjon

Begrensning i pasientens tilgang til personlige eiendeler omhandler det som er strengt nødvendig for å ivareta pasientens trygghet og sikkerhet.

Vurderingen av pasientens tilstand, og behov for beskyttelse gjøres i henhold til anbefalingen [Behandlingsansvarlig skal vurdere suicidalitet og akutt selvmordsfare som del av en helhetlig klinisk vurdering og behandling av pasienten.](#)

Behandlingsansvarlig har ansvaret for å iverksette og avslutte tiltak som begrenser pasienters tilgang til personlige eiendeler. Beslutningene tas i samarbeid med miljøpersonalet, og ses i sammenheng med andre beskyttende tiltak.

Gjennomføring

Iverksettelse av tiltaket gjøres, så langt mulig, i samarbeid med pasienten og foreldre eller andre med foreldreansvar, eventuelt pårørende. Det avklares hvilke eiendeler pasienten kun kan ha tilgjengelig i samvær med personalet.

I tilfeller der pasienten ikke samtykker og samarbeider om begrensningen i tilgang til personlige eiendeler, fattes vedtak i henhold til psykisk helsevernloven § [4-2](#), [4-6](#) og [4-7 \(lovdata.no\)](#).

Oppfølging av tiltaket

- Løpende 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 miljøpersonalet, 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 (Kapur et al., 2016; Watts et al., 2012; Watts et al., 2017). Selv om forskningen omhandler utforming av fysiske lokaler, benyttes studiene i denne anbefalingen fordi tilgjengelige personlige gjenstander som slips, belter, PC-kabler o.l. også kan benyttes til henging.

Pasienterfaringer viser at sikring av lokaler, interiør og gjenstander som kan benyttes til selvmord kan oppleves som trygt. Klinisk erfaring støtter opp om dette. 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 nærmeste pårørende for de voksne, kan bidra til bedre gjennomføring, eksempelvis ved at de tar med seg eiendelene hjem.

[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).

Den som er faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift, jf. [psykisk helsevernloven § 1-4](#) (lovdata).

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

Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk 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 2020 \(PDF\)](#)

Det ble gjort et oppdatert søk i desember 2023, men det resulterte ikke i inklusjon av flere studier. Se [dokumentasjonsark 2023 \(PDF\)](#)

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/mulige 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 til 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

Selv mord: 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.

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

Referanser

Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, C., Hunt, I. M., ... Appleby, L. (2016). Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 526-34.

Watts, B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Mills, P. D. (2017). Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatric Services*, 68(4), 405-407.

Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 588-92.

Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning

Anbefaling

Planlegging av utskrivning og overganger mellom ulike behandlingseenheter, bør starte tidlig i forløpet

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 planlegges med hensyn til at første uke og første måned etter utskrivelse er en særlig sårbar tidsperiode for selvmord. Epikrise bør være ferdig ved tidspunkt for utskrivelse.

Pasienter med selvmordstanker og -atferd bør følges opp med en samtale i løpet av de første 72 timene etter utskrivning fra døgnhet i psykisk helsevern for voksne. Kontakten bør tas fra utskrivende behandlingseenhet hvis det ikke er etablert avtale med oppfølgende instans.

Pårørende til voksne pasienter og foreldre eller andre med foreldreansvar eller daglig omsorg for barn og unge skal, i tråd med gjeldende regelverk, involveres i planlegging av utskrivning, samt få informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp.

Praktisk informasjon

Planlegging av utskrivning og oppfølging etter utskrivning kan delegeres fra behandlingsansvarlig til annet kompetent personell. Ved døgninnleggelse kontaktes oppfølgende instans i starten oppholdet.

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

Avslutning av behandlingstilbudet gjøres i tråd med nasjonale pasientforløp [psykiske lidelser barn og unge](#), [psykiske lidelser for voksne](#) eller [rusbehandling \(TSB\)](#).

Utskrivning fra poliklinisk behandling

Utskrivning av pasienter fra poliklinisk behandling planlegges i god tid og på en måte som gjør at pasienten og familien er bedre i stand til å mestre sin livssituasjon. For barn og unge skjer dette i samråd med foreldre eller andre med foreldreansvar. Ved behov for videre oppfølging, gis en konkret timeavtale hos oppfølgende instans før utskrivning.

Utskrivning fra døgnbehandling

[Pasientens sikkerhetsplan eller kriseplan](#), oppdateres før utskrivning.

Før avslutning av døgnoppholdet spørres pasienten om hva oppfølgende instans gjør ved uteblivelse fra avtaler. Dette gjøres kjent for oppfølgende personell, og det avklares hvem de kan kontakte hvis pasienten ikke møter til oppfølgingstime eller unnlater å svare på telefon.

Spesielt for barn og unge under 18 år

For barn og unge avtales tidspunkt for oppfølgingssamtale etter utskrivning i samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar, og tilpasses deres behov. Se nærmere omtale i [Nasjonalt pasientforløp psykisk lidelser barn og unge](#).

Ved døgnopphold har utskrivende behandlingssenhets plikt til å etablere kontakt med det kommunale hjelpeapparatet i god tid før utskrivning dersom barnet har behov for videre oppfølging, jf. [Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 15 \(lovdata.no\)](#).

Spesielt om oppfølging etter døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne

Pasienten får ved utskrivning med seg informasjon om en planlagt avtale innen 72 timer med konkret tidspunkt for samtale med navngitt fagperson i oppfølgende instans, enten behandler i poliklinikk eller kontaktperson i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hvis kontaktpersonen er i kommunen, gis telefonnummer til utskrivende enhet som kommunalt ansatt kan konsultere ved behov. Oppfølgingssamtaler tilbys minimum de første 30 dagene etter utskrivning. Hyppighet og form avtales ut fra den enkelte pasients behov.

Hvis avtalen ikke er inngått, gjøres det avtale om at utskrivende behandlingssenhets kontakter pasienten per telefon innen 72 timer etter utskrivning. Kontakten kan gjennomføres av tilgjengelig personell ved døgnenheten.

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 akutt helsehjelp.

Helsepersonells opplysningsrett til pårørende i særlige tilfeller

Dersom pasienten samtykker eller forholdene tilsier det, 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 \(lovdata.no\)](#). Nærmere informasjon om denne vurderingen er beskrevet i [Pårørendeveilederen, kapittel 3.4 Vurdering av om pårørende har rett til informasjon uavhengig av samtykke](#).

Begrunnelse

For mange pasienter er utskrivning fra døgnbehandling en stor overgang ved at de vender tilbake til en vanskelig livssituasjon. Reduksjon av belastningene som medvirket til selvmordstanker- og atferd, økt mestringsevne og redusert symptomtrykk er vesentlig for forebygging av selvmord. Involvering og samarbeid med foreldre, andre med foreldreansvar eller daglig omsorg og eventuelt pårørende kan bidra til at pasienten får mer støtte og bistand til å takle sin situasjon.

I følge Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Walby et al., 2023) hadde 2987 personer (45 %) av alle i Norge som døde i selvmord i perioden 2010–2020 (n= 6496) kontakt med tjenestene siste året før selvmordet. 36,8 % var i kontakt de siste 90 dagene.

Totalt 994 (38,6 %) hadde pågående poliklinisk kontakt og 604 (23,4 %) avsluttet poliklinisk kontakt som behandlingsstatus ved siste kontakt. I denne perioden (2010-2020) døde 274 personer (10,6 %) under døgnopphold og 706 (27,4 %) hadde utskrivelse fra døgnopphold som siste kontakt. Det var ingen tydelige endringer i løpet av hele perioden, men det var en del svingninger fra år til år.

I psykisk helsevern for voksne skjer selvmord ofte kort tid etter utskrivning fra døgnopphold. Hele 21 % av totalt 1394 personer som hadde hatt minst et døgnopphold siste år i perioden 2010 – 2020, døde innen én uke etter siste utskrivning. Dette tilsier at det er et potensiale for å forebygge selvmord ved å sørge for 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 (Walby et al., 2022) viser at 73 personer (49 jenter og 24 gutter) hadde kontakt med PHBU i perioden 2008 – 2018 det siste året før selvmordet. Blant jentene døde 26 (53,1 %) innen én uke etter siste kontakt, sammenlignet med 7 (29,2 %) av guttene. I underkant av 60 % av guttene døde senere enn 30 dager etter siste kontakt

Psykisk helsevern for voksne

Kartleggingssystemet for selvmord (Walby et al., 2023) viser at gjennomsnittlig 21 % døde i selvmord innen én uke etter utskrivning fra siste døgnopphold i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 – 2020 (n = 1394). De kunne hatt poliklinisk kontakt i etterkant. I samme periode døde i overkant av 40 % de første 30 dagene.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Blant personer som utelukkende hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009 – 2017, hadde 12,8 % mottatt døgnbehandling de siste 90 dagene og 38,4 % hadde mottatt døgnbehandling det siste året før de døde i selvmord. 61 % hadde poliklinisk kontakt de siste 90 dagene og 93,3 % hadde hatt poliklinisk kontakt siste året før selvmord.

Halvparten av alle selvmordene (n= 164) blant personer som kun hadde kontakt med TSB, skjedde i løpet av de første 54 dagene etter siste kontakt (Walby et al., 2020).

Referanser

Folkehelseinstituttet (2022). *Dødsårsaksregisteret - statistikkbank*. [nettressurs]. Oslo: FHI. Hentet 10. november 2022 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/arsrapport_2019-2020_pdf_final.pdf

Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T. (2022). *Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 - en nasjonal registerstudie* Oslo: 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/bup_rapport_web.pdf

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* Oslo: 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_ts

