

Mål

Omfang

Ansvar

Opplæring og
veiledning

Gjennomføring

Dokumentasjon

Alvorlige forsøk

Dødsfall

Oppfølging

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Selvmondsforebygging i AFR og DPH
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Psykisk helse	Gyldig fra/til: 10.03.2025/10.03.2027
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter AFR og DPH	Versjon: 4.00
Godkjenner: Løberg, Else-Marie	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Divisjonsledelsen DPH og avdelingsledelsen AFR	Dok.id: D66698

1. Innledning

Hovedmålet med den nasjonale retningslinjen [Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#) er å sikre at vurdering av suicidalitet inngår som en del av 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.

Den nasjonale retningslinjen poengterer at:

- Behandling og tiltak for å forebygge selvmord baseres på kliniske vurderinger av pasientens helhetlige tilstand og psykososiale situasjon.
- Behandlingskvalitet og sammenhengende pasientforløp er av særlig betydning for forebygging av selvmord.
- Forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan predikere risiko for selvmord på individnivå.
- 45 % av alle som døde i selvmord i Norge, var i kontakt med Psykisk helsevern eller TSB siste året før selvmord. Derfor poengteres gode overganger mellom ulike behandlingsnivå og behandlingsinstitusjoner som særs viktig.
- Pårørende er en viktig ressurs som et ledd i kartlegging, vurdering og behandling av den enkelte pasient.

2. Mål

Målet med Avdeling for rusmedisin (AFR) og Divisjon psykisk helsevern (DPH) sitt styringsdokument er å forebygge selvmord gjennom å følge [nasjonal retningslinje for selvmord](#). Den nasjonale retningslinjen bør leses i sin helhet, og senere benyttes som et oppslagsverk.

Styringsdokumentet er utformet for å være direkte knyttet opp mot den nasjonale retningslinjen, samt med lokal operasjonaliseringer. Den skal i tillegg gi ansatte samlet og praktisk informasjon relatert til selvmordsproblematikk- og oppfølging i Avdeling for rusmedisin (AFR) og Divisjon psykisk helsevern (DPH).

3. Omfang

I førstesamtale ved AFR og DPH skal alle pasienter over 10 år kartlegges av helsepersonell med behandlingsansvar.

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.

4. Ansvar

Under beskrives ansvarsfordeling. Først lenkes det til den nasjonale retningslinjen, deretter eventuelle lokale spesifiseringer.

4.1. Virksomhetens ansvar og oppgaver innen forebygging av selvmord

4.1.1. [I styringssystem for kvalitetsforbedring, bør selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging etter selvmord inngå](#)

AFR og DPH skiller mellom hvilke helsepersonell som har ansvar for klinisk vurdering og behandling og kartlegging av suicidalitet.

Helsepersonell:

- Personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49 i [Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)
- Personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp
- Elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp

Helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar:

- Klinisk vurdering og behandling av suicidalitet gjøres av kvalifisert personell med opplæring i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.
- Hovedregel lege og psykolog
 - I særlige tilfeller de som har **delegert myndighet** fra leder og vurdert til å ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring med vurderinger av suicidalitet
 - Medisinerstudenter med lisens alltid skal konsultere lege eller psykolog ifm. klinisk vurdering av suicidalitet. Medisinerstudenter med lisens skal ikke ta avgjørelser om behandlingstiltak som observasjons- eller andre tiltak knyttet til selvmordsfare på selvstendig grunnlag.
 - LIS1 bør som hovedregel ikke ta avgjørelser vedrørende klinisk vurdering av suicidalitet alene, men konsultere helsepersonell med behandlingsansvar.

Miljøpersonell:

- Kartlegging av suicidalitet kan gjøres av alt kvalifisert personell med opplæring i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.
- Gjelder for sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider, hjelpepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom.

Andre medarbeidere med pasientkontakt

- Skal ha tilstrekkelig kunnskap om selvmordsproblematikk til å kunne videreformidle sin bekymring.
- Gjelder for studenter, assistenter og erfaringskonsulenter i tillegg til andre yrkesgrupper som har pasientkontakt.

4.2. [Årlig systematisk gjennomgang av lokalene](#)

- Se lokal rutine: [Fysisk sikring av døgnenheter i forhold til forebygging av selvmord i AFR og DPH](#)

4.3. [Nærmeste leder bør sørge for at etterlatte kontaktes etter et selvmord](#)

- Se [Dødsfall](#)

- Se retningslinje: [Ny guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)
- Se lokal rutine: [Unaturlig dødsfall i AFR og DPH](#)

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

- Se: [Dødsfall](#)
- Se retningslinje: [Ny guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)
- Se lokal rutine: [Unaturlig dødsfall i AFR og DPH](#)

5. Kompetanse, opplæring og veiledning

Den enkelte klinikk har ansvar for å tilby opplæring i tråd med [årsplan for opplæring og vedlikehold av ansattes kompetanse innen selvmordsforebygging](#). I dette inngår undervisning, ferdighetstrening med tilbakemelding, veiledning, mester-svenn-læring og etisk refleksjon. Opplæringen bør foregå i tilknytning til det kliniske arbeidet og en bør sikre ansatte tilstrekkelig erfaring med pasientgrupper der vurdering av suicidalitet og akutt selvmordsfare står sentralt.

5.1. Kompetanseplaner

Som en del av dette tildeler ledere alle ansatte med pasientkontakt i AFR og DPH følgende kompetanseplaner basert på medarbeiderens ansvarsområde.

5.1.1. Nyansatte:

1. Simple Modul 1, *digital del*, gjennomføres av alle innen tre måneder.

5.1.2. Helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar (tidligere

«vurderingsansvar»):

- a) erfaringsbasert læring
- b) Selvmordsretningslinje og gjeldende EK-prosedyre
- c) Simple Modul 1-3, *digital del*. Leder kan også basert på lokale behov og organisering vurdere bruk av Simple Modul 1-2, *workshops*.

5.1.3. Miljøpersonell (tidl. «kartleggingsansvar»):

- a) Selvmordsretningslinjen og gjeldende EK-prosedyre
- b) Simple Modul 1-3, *digital del*. Leder kan også basert på lokale behov og organisering vurdere bruk av Simple Modul 1-2, *workshops*.

5.1.4. Andre medarbeidere med pasientkontakt:

- a) Simple Modul 1, *digital del*. Leder kan basert på lokale behov og organisering vurdere bruk av Simple Modul 1, *workshop*.
- b) Selvmordsretningslinjen og gjeldende EK-prosedyre

Simple Modul 3, workshops, Modul 4 og kompetansetest vil kunne bli integrert i kompetanseplanene for 2. og 3. når disse blir publisert.

6. Gjennomføring

- 6.1. **Klinisk vurdering og behandling av suicidalitet**
- 6.2. Behandler skal vurdere suicidalitet og akutt selvmordsfare som en del av en helhetlig klinisk vurdering og behandling av pasienten
- 6.3. Behandler bør tilby en sikkerhetsplan til pasienter i døgntilpasset behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Planer for ulike risikoområder, som for eksempel vold, rus, selvmord bør integreres til en felles sikkerhets- eller kriseplan.

- Se [sikkerhetsplan](#)
- Benytt dokumenttypen «kriseplan» i DIPS, tilpass innhold til aktuell problemstilling

- 6.4. **Særskilte forhold med døgntilpasset behandling**
- 6.5. Miljøpersonell ved døgnhenter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TBS) bør planlegge og iverksette tiltak som kan fremme håp og mestring for pasienter med selvmordstanker og -atferd
- 6.6. Behandler bør vurdere bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord
- 6.7. Behandler bør vurdere om døgninnlagte pasienter i psykisk helsevern bør ha begrenset tilgang til personlige eiendeler som et ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord
- 6.8. **Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning**
- 6.9. Planlegging av utskrivning og overganger mellom ulike behandlingssenheter, bør starte tidlig i forløpet

Behandler skal sørge for forsvarlig utskrivning med en plan for videre behandling og oppfølging. Behandler kan delegere planlegging av utskrivning og oppfølging etter utskrivning til annet kompetent personell.

- Etabler tidlig kontakt med oppfølgende instans
- Planlegg tidspunkt for første kontakt etter utskrivning med oppfølgende instans.
- Involver pårørende i planlegging av utskrivning, samt gi informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp. Se også: "Helsepersonells opplysningsrett til pårørende i særlige tilfeller" [her](#)
- Observasjoner av pasienten under døgnoppholdet er vesentlig informasjon ved planlegging av utskrivning.
- Oppdater pasientens sikkerhetsplan eller kriseplan før utskrivning.
- Ferdigstill epikrise før utskrivelse med oppdatert, relevant informasjon
- Gi samtykkekompetente pasienter, som sier nei til videre oppfølging, kontaktinformasjon til den instans eller person som kan kontaktes ved behov for akutt helsehjelp.

- Spør 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 oppfølgingstid eller unnlater å svare på telefon.
- Spesielt ved utskrivning fra psykisk helsevern for voksne: Pasienter med selvmordstanker og/eller -atferd bør følges opp med en samtale i løpet av de første 72 timene etter utskrivning. Enkelpasienter uten konkrete selvmordstanker eller atferd bør tilbys samtale innen 72 timer dersom dette etter en individuell vurdering av pasientens tilstand vurderes hensiktsmessig som selvmordsforebyggende tiltak. Gjennomføring av oppfølgingstiltakene her må tilpasses og operasjonaliseres av den enkelte enhet.
- Pasienten ønsker å forlate posten:
Forsøk så langt som mulig å avklare pasientens begrunnelse for utskrivning. Pasienten oppfordres til å vente med å forlate posten til ansatte med vurderingsansvar kan gjennomføre en forsvarlig utskrivning. Dersom pasienten ikke ønsker å vente og vil forlate posten, drøfter ansatt med bakvakt/ ansvarlig behandler om det er behov for beskyttelsestiltak. Der det er relevant gjør pasienten oppmerksom på at toleransen for rusmidler er redusert på grunn av behandlingen.
- Pasienten har forlatt posten uten å si ifra:
Politiet skal kontaktes dersom pasienten rømmer og er til umiddelbar fare for seg selv eller andre. Psykisk helsevern følger [Prosedyre ved rømming - Divisjon psykisk helsevern](#).
Avdeling for rusmedisin følger punkt A i samme prosedyre, med unntak av Tvangsposten som følger [Rømming/uteblivelse fra Tvangsposten AFR](#)

7. Dokumentasjon

Arbeid med pasientens [sikkerhetsplan/kriseplan](#) og behandlingsplan bør utarbeides i tidlig fase av behandlingen, oppdateres underveis i forløpet og før utskrivning. Epikrise bør være ferdig ved tidspunkt for utskrivelse.

- [Klinisk vurdering og behandling av suicidalitet - Helsedirektoratet](#)
- [Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning - Helsedirektoratet](#)

8. Alvorlig forsøk

Akutfase	Ansvarlig
• Gi førstehjelp • Ring: ○ Utenfor Haukelandsområdet: AMK 113 ○ Haukelandsområdet, Glassblokkene: Stansteam ved pustestopp/hjertestans: internt tlf: (55) 973333 • Gi tydelig beskrivelse hvor pasienten befinner seg: post, bygg, etasje, enkleste kjørerute, inngang til bygget og om mulig gå dem i møte. • Gi beskjed om seksjonen har: akuttkoffert, hjertestarter og oksygenkolbe. Annet nødvendig utstyr må medbringes • Kontakt lege AFR/ DPH	Den/de som kommer først på plass skal varsle ansvarshavende miljøterapeut

9. Dødsfall

Selv mord definieres som et unaturlig dødsfall. Følg prosedyre: [Unaturlig dødsfall i AFR og DPH](#)

							Ikke startet
							Startet
							Ferdig
Tidslinje	Punkt	Aksjon	Ansvar	Status	Status dato	Merknad	
Første fase		Steng av rom					
		Ring politi 55 55 63 00, informer om unaturlig dødsfall Forsikre seg om at politiet formidler dødsbudskap til pårørende					
		Kontakt lege					
		Planlegge transport av avdøde					
		Sikre ivaretagelse av informasjon til øvrige pasienter og ansatte					
		Dokumenter observasjoner rundt dødsfallet i DIPS					
Videre oppfølging		Bruk: Sjekkliste etter alvorlige hendelser					
		For utfyllende informasjon spesifikt for AFR og DPH, se: Unaturlig dødsfall i AFR og DPH					

Viktige instanser

Instans	Telefonnummer	E-post / nettsider
AMK	113	
Medisinsk Nødtelefon HUS	973333	
AMK sentralen HUS	64896400	
Sentralbordet Haukeland	975000	
Politi Nød Sentralbord	112 02800	Finn din nærmeste politistasjon
Giftinformasjonen	22 59 13 00	https://helsenorge.no/Giftinformasjon
Prestetjeneste	958 90 400	sykehusprest@helse-bergen.no
Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord		registrering av selvmord

Forankring

Styringsdokumentet er forankret i Divisjon psykisk helsevern og Avdeling for rusmedisin.

Referanser

Interne referanser

1.1.8.4-01	Varslingsplikt til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten
1.1.8.4-03	Ivaretagelse og oppfølging av pasient, bruker og pårørende etter alvorlige hendelser
1.1.9-4.2-01	Sjekkliste etter alvorlige hendelser
1.1.9-4.2-02	Ivaretagelse av medarbeidere etter alvorlige hendelser
1.1.9-4.2-03	Ivaretagelse av medarbeidere etter svært alvorlige, pasientrelaterte hendelser
1.1.9-4.2-04	Krisestøtte til ledere ved svært alvorlige, pasientrelaterte hendelser
1.1.9-4.2-05	Samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud ved svært alvorlige pasientrelaterte hendelser
4.1.3-01	Internkriseteam AFR
4.2.4.3-02	Utskrivning fra døgnbehandling AFR
4.8.3.2-02	Rømning/uteblivelse fra Tvangsposten AFR
19.1.2.1-02	Avslutning av utredning og behandling ved ikke møtt i poliklinikk
19.1.2.1-06	Oppfølging av pasienter som ikke møter til innleggelse/avtale
19.1.2.4-02	Prosedyre ved rømning - Divisjon psykisk helsevern
19.1.5.2-01	Internkriseteamet i Divisjon psykisk helsevern
19.1.5.2-03	Internkriseteamet, medlemmer
19.2.2.3-01	Selvmordsforebygging: Prosedyrer ved innleggelse i Psykiatrisk klinikk
27.2.1.2-01	Selvmordsforebygging i AFR og DPH
27.2.1.2-02	Unaturlig dødsfall i AFR og DPH
27.2.1.2-03	Fysisk sikring av døgneheter i forhold til forebygging av selvmord i AFR og DPH

Eksterne referanser

- [1.9.1 Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)
- [1.19.5 Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

[Når en pasient dør](#)

Endringer siden forrige versjon

10.03: Større revisjon, er nå tilpasset nasjonal retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB.