

		<b>Klinikknivå</b>			<b>Retningslinje</b>
<b>Selvmondsrisiko i KPH - kartlegging og vurdering</b>					Side 1 av 4
Dokumentplassering: <b>II.KPH.2.1.2-2</b>	Godkjent dato: <b>13.03.2024</b>	Gyldig til: <b>13.03.2026</b>	Sist endret: <b>13.03.2024</b>	Revisjon: <b>12.00</b>	

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Akuttprosedyrer/Selvmondsforsøk - Selvmord  
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Oppdatert 13.03.24, oversikt "Selvmordsforebygging", Ewa Ness

### Formål:

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

### Myndighetskrav:

Prosedyren er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. og Helsepersonelloven § 4 som begge omhandler forsvarlighet i yrkesutøvelsen på hhv virksomhetsnivå og individnivå. Prosedyrens innhold samsvarer med Nasjonale Retningslinjer for Selvmordsforebyggende arbeid fra 2008.

### Ansvar:

Lege eller psykolog er ansvarlige for vurdering av selvmordsrisiko.

Kartlegging av selvmordsfare kan gjøres av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til å foreta en slik kartlegging.

Helsepersonell har ansvar for å kontakte lege eller psykolog dersom det er nødvendig å gjøre en selvmordsrisikovurdering.

Det er avdelingsleder sitt ansvar å sørge for at prosedyren implementeres.

### Oppgaver:

**Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om iverksettelse av evt. behandlingstiltak omfatter både person, situasjon og tidsperiode.**


**Psykisk status:** forut for en kartlegging eller vurdering av selvmordsfare må en ta stilling til om pasientens tilstand er slik at vedkommende kan gi relevante opplysninger og forstå konsekvenser av egne handlinger (eks alvorlige forvirringstilstander, psykose med tydelig grad av realitetsbrist og eller depressivt innhold). En må også ta stilling til hvorvidt tilstanden er ustabil på kort sikt. **Aktuell psykisk status vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker eller planer.**

Vurdering av selvmordfare baserer seg på et klinisk intervju, kunnskap om risikofaktorer og en diagnostisk utredning. Vi skiller mellom kartlegging av selvmordsfare og en grundigere vurdering av selvmordsrisiko.

#### Følgende forhold skal inngå i en kartlegging av selvmordsfare:

- Tidligere og aktuelle selvmordstanker
- Tidligere og aktuelle selvmordsplaner
- Tidligere selvmordsforsøk

**Alle pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern, skal kartlegges for selvmordsfare. Dersom man etter kartleggingen av selvmordsfare mener det kan være en aktuell risiko for selvmord hos pasienten, skal man foreta en grundigere selvmordsrisikovurdering.**

Utarbeidet av: <b>Hilde Thomassen</b>	Fagansvarlig: <b>Vegard Ø. Haaland</b>	Verifisert av: 	Godkjent av: <b>Ingeborg Sele Danielsen</b>	Dok.nr: <b>D20230</b>
--	---	---	--	--------------------------

		<b>Selvordsrisiko i KPH - kartlegging og vurdering</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-2	Utarbeidet av: Hilde Thomassen	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 12.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Akuttprosedyrer/Selvordsforsøk - Selvmord

## **Følgende forhold skal inngå i selvmordsrisikovurderinger:**

### **1) Risikofaktorer:**

- Alvorlig psykisk lidelse
  - Spesielt depresjon
  - Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Tidligere selvmordsforsøk
  - Antall
  - Metode
  - Fysisk skadeomfang
  - Intensjon
  - omstendighet
- Bruk av rusmidler
  - Særlig alkohol
  - Kartlegg omfang
- Livskrise
  - Brudd i relasjon? (inkl. utskrivning fra sengepost)
  - Alvorlig somatisk sykdom?
  - Annen livskrise?
- Selvmord i familien/nære venner
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelses (media)

### **2) Hva er status:**

- Selvmordstanker?
  - Når oppsto de?
  - Hvor ofte? (Hele tiden/av og til? Kontroll over tankene?)
  - Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Planer? Hvor konkrete er disse?
  - Gjort forberedelser?
  - Valg av metode?
  - Tilgang på metode? (tilgang på våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?)
- Har pasienten familie/venner som står han/henne nær?

### **3) Diagnose – tiltak**

- Depresjon: psykoterapi, medisiner vurdere innleggelse
- Ustabilitet: samtale, henviser
- Rus: Rusbehandling
- Livskrise: Samtale

## **Vurdering og dokumentasjon.**

Selvordsrisikovurderingen skal alltid dokumenteres i journal. Se [Selvordsrisiko og -vurdering - Dokumentasjon](#). Dokumentasjonen skal inneholde et klart *raisonnement* hvor en viser at en har gjort en avveining av faktorer som kan påvirke risiko for selvmord og hvorvidt faktorer som kan endres. *Raisonnementet* skal kunne ut i en *konklusjon* som følger opp av *tiltak*. Tiltaket skal være en konsekvens av vurderingen. Ved poliklinisk behandling kan tiltaket f.eks. være endring av omsorgsnivå (innleggelse i døgnhet), hyppigere kontakt, avtaler med pasienten om hva han/hun skal gjøre om kontrollen over selvmordstankene svekkes, avtale om hva behandler skal gjøre om pasienten ikke møter, medisiner eller mobilisering av nettverk. Under innleggelse kan tiltakene f.eks. være endring av tilsynsgrad, samtaler for å dempe psykisk smerte eller medisiner.

		<b>Selvmondsrisiko i KPH - kartlegging og vurdering</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-2	Utarbeidet av: Hilde Thomassen	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 12.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Akuttprosedyrer/Selvmondsforsøk - Selvmord

## **Når skal vurdering av selvmordsfare gjennomføres?**

Kartlegging av selvmordsfare skal foretas når pasienten kommer i kontakt med Klinikk for psykisk helse (se kartlegging over). Dette gjelder ved all oppstart av behandling og vurdering, både etter ekstern henvisning og intern overføring. Ved intern overføring skal også den mottakende enhet gjøre en egen kartlegging. Dersom resultatet av en slik kartlegging, gir grunn til mistanke om en selvmordsrisiko, tilsier kravet til forsvarlighet at det blir foretatt en mer omfattende selvmordsrisikovurdering.

### **Ved innleggelse:**

Ved innleggelse skal mottakende lege/psykolog sikre at selvmordsfare blir kartlagt, og at en evt. selvmordsrisikovurdering gjennomføres.

Alle pasienter som vurderes å ha høy selvmordsrisiko, skal undersøkes av faglig ansvarlig overlege/psykologspesialist innen 24 timer etter innkomst.

Ved høy selvmordsrisiko skal behandler vurdere pasientens tilstand og de iverksatte tiltak én gang i døgnet. Dette skal gjøres gjennom direkte kontakt og/ eller indirekte ved dialog med miljøpersonalet. Vurderingen skal dokumenteres i pasientens journal.

Ny selvmordsrisikovurdering skal gjennomføres før en *slipper opp igangsatte tiltak*, for eksempel:

- Reduserer observasjonsintervall
- Endrer utgangsstatus
- Når pasienten begynner med permisjoner
- Ved overgang til dagstatus
- Iverksetting av nye tiltak skal dokumenteres.
- Det skal videre foretas selvmordsrisikovurdering når det skjer vesentlige *endringer*
- I pasientens tilstand (for eksempel opplevelse av håp eller psykisk smerte)
- I behandlingsmiljøet i enheten
- I pasientens livssituasjon

### **Fornyede selvmordsrisikovurderinger ved overflyttinger eller permisjoner**

Forut for overflytting mellom enheter internt i avdeling eller mellom avdelinger, og ved utskrivelse til oppfølging i kommunehelsetjenesten skal det gjennomføres en fornyet selvmordsrisikovurdering. Dette skal også skje forut for permisjoner. Den fornyede risikovurdering skal dokumenteres i DIPS og beskrive hvordan eventuelle risikofaktorer er håndtert.

### **Poliklinikk:**

Ved første samtale på ABUP, DPS og ARA skal behandler kartlegge mulig selvmordsfare og evt. gå videre med en selvmordsrisikovurdering.

### **Ved utskrivning og avsluttet behandling.**

Ved utskrivning og avslutning av poliklinisk behandling, skal selvmordsrisiko kartlegges og eventuelt vurderes ved behov for dette. Det er gitt egne retningslinjer for oppfølging av pasienter som skrives ut etter å ha vært selvmordstruet ved innleggelse eller under oppholdet.

Utover dette bør selvmordsfare vurderes ved endringer i pasientens tilstand, ved endringer i pasientens livssituasjon eller ved vesentlige endringer i behandlingsopplegget. Særlig viktig er det å vurdere selvmordsfare

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Selvmondsrisiko i KPH - kartlegging og vurdering</b>			<b>Side: 4</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-2	Utarbeidet av: Hilde Thomassen	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 12.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Akuttprosedyrer/Selvmondsforsøk - Selvmord

ved endringer som kan oppleves som tap, som ved avslutninger eller dersom behandler slutter eller blir syk. Også tap i pasientens liv bør utløse en vurdering av endret selvmordsfare.

Dersom pasienten ikke møter til avtale, skal selvmordsfare og evt. tiltak vurderes.

#### Kryssreferanser

[II.KPH.2.1.2-3](#)

[Uventet dødsfall \(selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk, ulykker, overdose etc.\) - melding og oppfølging](#)

[II.KPH.2.1.2-4](#)

[Selvmordsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.](#)

[II.KPH.2.1.2-5](#)

[Selvmordsrisiko i poliklinisk behandling - oppfølging ved økt risiko](#)

[II.KPH.2.3.8-7](#)

[Selvmordsrisiko og -vurdering - Dokumentasjon](#)

#### Eksterne referanser