		Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp		Generelt dokument
Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side 1 av 4
Dokument ID: II.KPH.2.1.2-4	Tilknyttet:	Godkjent dato: 13.03.2024	Revisjon 6.00	

Hensikt

- Sikre pasientens liv og helse.
- Sikre bruk av entydige begreper for observasjon og beskyttelsestiltak.
- Sikre at misforståelser mellom de ulike profesjonene unngås.

Omfang

Ansvaret for at denne retningslinje implementeres påhviler avdelingsleder. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Beslutning om observasjon og tiltak overfor pasienter med økt selvmordsrisiko - ulike personellgruppers ansvar

Lege/ psykolog har ansvar for:

- Å beslutte og dokumentere oppfølgingsgraden med begrunnelse i pasientens tekstjournal.
- Å beslutte evt. innskrenket bevegelsesfrihet – i samråd med miljøpersonalet.

Spesialist i psykiatri/ psykologi har ansvar for:

- Å beslutte hvorvidt pasienten kan bevege seg utenfor enheten når vedkommende er under kontinuerlig observasjon.
- Å avgjøre om tiltaket kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon skal avsluttes.


Miljøpersonalet har ansvar for:

- Å observere pasienten med henblikk på selvmordsrisiko
- Å dokumentere observasjonsgraden i behandlingsplan i DIPS.
- Å følge opp den observasjonsgraden som er bestemt
- Å rapportere og dokumentere endringer i pasientens tilstand som er relevant for selvmordsrisiko til ansvarshavende og behandler eller vakthavende lege.

Ansvarsvakt for miljøpersonalet på enheten er ansvarlig for:

- At tiltakene følges opp
- Å umiddelbart endre oppfølgingen dersom pasienten ut i fra klinisk vurdering trenger tettere oppfølging, og rapportere dette til behandler/ vakthavende lege snarest. Ansvarshavende skal aldri ta bort eller trappe ned oppfølgingen uten at det er gjort en ny vurdering av behandler/ vakthavende lege. Alle vurderinger bør gjøres i fellesskap, f. eks. på enhetens behandlingsmøte/ gruppegjennomgang/ teammøte.

Utarbeidet av: Hilde Thomassen/Vegard Ø.Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	
----------------------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------------	--

	Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-4	Utarbeidet av: Hilde Thomassen/Vegard Ø.Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Handling

Observasjon i døgnheter

Det er to nivåer av observasjon av pasienter ved selvmordsrisiko:

- 1) Kontinuerlig observasjon
- 2) Intervallobservasjon

Observasjonen skal inneholde vurdering av:

- Vitale tegn
- Stemningsleie
- Kontakt
- Endring i atferd
- Kroppsspråk
- Rommets tilstand

Å være en god miljøterapeut innebærer å kunne være direkte og personlig utspørrende uten å være invaderende med hensyn til observasjon av suicidalitet. Gjennom anerkjennende perspektiv vise aksept og respekt for pasientens egen forståelse av seg selv og sin situasjon.

Kontinuerlig observasjon

Kontinuerlig observasjon brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Pasienten skal ikke forlate enheten uten at dette er utrykkelig tatt stilling til av spesialist. Pasienten skal ikke være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet. Det samme gjelder om natten. Nattlys bør være på. Det forutsettes at rettslig grunnlag for tiltakene er til stede.

Beslutning om iverksettelse av kontinuerlig observasjon må foretas av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette, jf. kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som er nærmere beskrevet i kap. 1 i retningslinjene. Det er direktoratets anbefaling at beslutningen treffes av kvalifisert spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri. Loven åpner imidlertid for at beslutning om iverksettelse også kan foretas av annet kvalifisert personale som vurderer det som nødvendig for å forebygge selvmord i en gitt situasjon. I den grad det anses nødvendig i forhold til forsvarlighetskravet, må da bedre kvalifisert personale, ofte spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri, trekkes inn for en grundigere vurdering på et senere tidspunkt. Direktoratets anbefaling er videre at avslutning av et slikt tiltak besluttes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Intervallobservasjon

Intervallobservasjon brukes når en pasient med forhøyet selvmordsrisiko ikke trenger kontinuerlig observasjon. Personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Tidsintervall mellom observasjoner kan for eksempel være 5, 10, 15 eller 30 minutter og bør være angitt med et maksimum, slik at personalet kan observere pasienten hyppigere for ikke å etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan utnytte til å skade seg selv. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid. Tidsintervallene defineres av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette. Som nevnt vil kompetent spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri ofte være godt egnet. Ved vurdert behov bør man observere hyppigere enn angitt, men aldri sjeldnere. Direktoratets anbefaling er videre at avslutning av et slikt tiltak besluttes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri som er kvalifisert for dette i henhold til forsvarlighetskravet. Også

	Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnoophold.				Side: 3 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-4	Utarbeidet av: Hilde Thomassen/Vegard Ø.Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

slik beslutning kan rettslig sett treffes av annet kvalifisert helsepersonell, men for å være på den sikre siden anbefales en praksis hvor avslutning kun bestemmes av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri.

Gjennomgang av pasientens eiendeler:

Hvis pasienten er vurdert som selvmordstruet, må det vurderes om bagasjen skal gjennomgås ved innleggelse og etter permisjoner med tanke på å fjerne gjenstander som pasienten kan skade seg med. Dette vedtak om ransaking vurderes. Pasienten skal så langt det lar seg gjøre få anledning til å være til stede under gjennomgangen av bagasjen.

Ved vurdering av høy risiko for selvmord kan det være aktuelt å foreta gjennomgang av pasientrommet. Dette krever også vedtak og foretas av to miljøpersonale. Pasienten skal så langt det lar seg gjøre få anledning til å være til stede under gjennomgangen av rommet.

Andre sikkerhetstiltak:

Tilgang til selvmordsmetode utenfor enheten må tas med i vurderingen når vi behandler selvmordstruede pasienter, og vi må for eksempel da ta stilling til:

- Hvorvidt pasienten bør kunne kjøre bil/ oppbevare bilnøkler og sertifikat selv?
- Har pasienten medikamenter/rusmidler som kan være skadelige hjemme?
- Har pasienten tilgang til skytevåpen?

Dersom pasienten har tilgang til skytevåpen (også lovlig skytevåpen) og vi vurderer at pasienten er i selvmordsfare, skal vi kontakte politiet evt. politivakta utenfor kontortid. For politiet er det en prioritert oppgave å rykke ut for raskt å inndra våpen i slike tilfeller. Behandler/vakthavende lege inngår en dialog med politiet om hvordan dette skal gjennomføres praktisk og sender en skriftlig begrunnelse til politiets våpenkontor.

Forberedelse til utskriving og videre behandling:

Kriseplan

Før utskriving skal behovet for opprettelse av en kriseplan vurderes. Det skal dokumenteres dersom en velger å ikke opprette kriseplan. Dokumentet som heter "kriseplan" i DIPS skal benyttes, dersom pasienten ikke har eksisterende kriseplan, eksempelvis i kommunen.

Time i hånden (Time i hånda skrives sammen med utskrivingsbrevet)

Ved utskriving skal det vurderes om pasienten har behov for en time for oppfølging, eksempelvis ved Ambulant akutteam, poliklinikk eller i kommunehelsetjenesten. Det kan også være ettervernssamtale.

Tidspunkt for ny time skal dokumenteres i DIPS og i utskrivelsesbrev. Dersom det ikke er behov for noen oppfølgingstime eller pasienten ikke ønsker dette, skal det dokumenteres.

Utskrivelsesbrev

Ved utskriving skal utskrivelsesbrev foreligge. Mal i DIPS skal brukes. Utskrivelsesbrevet skal minimum inneholde informasjon om aktuelle medisiner, neste time for oppfølging der det er aktuelt, samt henvisning til evt. foreliggende kriseplan.

	Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side: 4 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-4	Utarbeidet av: Hilde Thomassen/Vegard Ø.Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 13.03.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Samarbeid med pårørende

Forut for permisjoner og forut for utskrivelse skal det vurderes om pårørende skal involveres. Der hvor det fortsatt eksisterer en forhøyet selvmordsrisiko skal det dokumenteres hvorfor en ikke involverer pårørende, dersom det ikke er aktuelt.

Et samarbeid med pårørende kan inneholde følgende elementer:

- Innhente komparentopplysninger
- Avlaste pårørende, konkretisere samarbeid og ansvar
- Dersom pasienten har barn, vurdere deres behov for oppfølging og iverksette tiltak
- Informasjon: vurder informasjonsbehov og imøtekomme dette dersom det er hensiktsmessig for behandlingen og innenfor rammene av taushetsplikten.
- I regelen bør pårørende motta informasjon om generelle risikofaktorer og om plan for behandling for pasienten. Det skal vurderes om pårørende skal informeres om endringer i behandlingsopplegget.
- Pårørendes bekymring rundt pasientens utsagn med hensyn til suicidalitet bør tillegges vekt.

Kryssreferanser

[II.KPH.2.1.2-2](#)

[Selvmordsrisiko i KPH - kartlegging og vurdering](#)

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

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

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

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

Eksterne referanser

[4.8 Pasienter som innehar våpen - Helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand](#)