		Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp		Generelt dokument
Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side 1 av 3
Dokument ID: II.KPH.2.1.2-4	Tilknyttet:	Godkjent dato: 25.03.2025	Revisjon 8.00	

Hensikt

- Sikre bruk av entydige begrep og fremgangsmåte for observasjon og beskyttelsestiltak ved selvmordsfare
- Avklare ansvarsforhold

Omfang

Ansvar for implementering ligger hos avdelingssjef.

Den enkelte arbeidstaker har selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer.

Definisjoner

Ansvarlig behandler – pasientansvarlig lege eller psykolog

Faglig ansvarlig for vedtak - Lege eller psykolog med godkjenning i relevant spesialitet

Ansvarsforhold

Ansvarlig behandler tar beslutningen om å iverksette og/eller endre observasjonsstatus, i samråd med faglig ansvarlig for vedtak (2).

Miljøpersonalet har ansvar for:

- Å observere pasienten med henblikk på selvmordsfare
- Å dokumentere observasjonsgraden i behandlingsplan i DIPS Arena
- 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.

Handling

Observasjon i døgnenheter

Behandlingsansvarlig bør vurdere bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord

Utarbeidet av: Martin Rafoss/Selvmondsforebyggende nettverk	Fagansvarlig: Legergruppen KPH	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	
--	-----------------------------------	---	--

	Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side: 2
					Av: 3
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-4	Utarbeidet av: Martin Rafoss/Selvmondsforebyggende nettverk	Fagansvarlig: Legergruppen KPH	Godkjent dato: 25.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 8.00

Beslutningen om bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon tas av kvalifisert helsepersonell som et ledd i å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Opphevelse av observasjonstiltaket bør involvere relevant spesialist, og treffes etter en helhetlig vurdering av pasientens tilstand.

Det er to nivåer av observasjon:

- 1) Kontinuerlig observasjon
- 2) Intervallobservasjon

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

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 hen. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskaade eller selvmord kan avverges. Pasienten skal ikke forlate enheten. 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.

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

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.

Det påpekes faren ved intervallobservasjon med maksimale tidsrammer lengre enn få minutter (f.eks. 0-3 minutter) ikke gir en absolutt sikring mot alvorlige konsekvenser ved strangulasjon. Dette fordi hjerneskade inntreffer etter få minutter. Videre er det trolig en relativt stor andel pasienter hvor det går kort tid (<5-10 minutter) fra beslutning til selvmordsforsøk (se 1,2).


(1) [The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? - PubMed](#)

(2) [From decision to action: Suicidal history and time between decision to die and actual suicide attempt - PubMed](#)

Dokumentasjon

Pågående gjennomføring av tiltaket skal **alltid** dokumenteres i DIPS av miljøpersonalet ved vaktens slutt. Og endringer underveis i tiltaket skal dokumenteres fortløpende, som for eksempel:

- Observasjoner som avviker fra vurdering ved oppstart intervallobservasjon og da spesifikt med hensyn til:
 - Er pasienten preget av agitasjon (uro, stress, rastløshet)?
 - Markert håpløshet?
 - Er pasienten apatisk, nedstemt, mentalt fraværende, engstelig, desorganisert?
 - Er pasienten påvirket av rusmidler?
 - Har pasienten abstinenssymptomer?
 - Pasientens kontaktevne og evne til å samarbeide

	Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnopphold.				Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.KPH.2.1.2-4	Utarbeidet av: Martin Rafoss/Slevmondsforebyggende nettverk	Fagansvarlig: Legergruppen KPH	Godkjent dato: 25.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Seie Danielsen	Revisjon: 8.00

- Rommets tilstand
- Avslutning av tiltak (begrunnes av spesialist/kvalifisert helsepersonell)

Annen form for parallell dokumentasjon av tiltaket er ikke hensiktsmessig, som f.eks. sjekkliste.

Intervallobservasjon på natt:

Mens pasienten sover skal det ved hvert tilsyn bekreftes at pasienten har normal respirasjon.

Kryssreferanser

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

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

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

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

[II.KPH.2.6.3-4](#)

[Kriseplan for pasienter i KPH](#)

[II.KPH.5.5-19](#)

[Kompetanse og opplæring selvmordsforebygging KPH](#)

[II.KPH.5.5-33](#)

[Gjennomgang av pasientens rom og eiendeler samt kroppsvitasjon ved fare for suicid](#)

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](#)