

Selvord og selvmordsforsøk under innleggelse

November 2017

I 2015 og 2016 fikk Meldeordningen melding om 58 pasienter som døde av selvmord mens de var innlagt i døgnenhet i psykisk helsevern.

Pasientsikkerheten kan økes ved bedre gjennomføring og oppfølging av beskyttelsestiltak og selvmordsrisikovurdering. Nok personell med riktig kompetanse og som kjenner pasienten kan være med å bidra til rask identifikasjon av økt selvmordsrisiko.

I 2015 og 2016 mottok Meldeordningen 283 meldinger om selvmord og 595 meldinger om selvmordsforsøk fra spesialisthelsetjenesten.

HVEM OG HVOR?

Flest hendelser skjedde under innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern (n=368); 58 selvmord og 310 selvmordsforsøk (figur 1). I notatet presenterer vi kun disse hendelsene.

Fordeling mellom kjønn og selvmordsmetode og hendelsessted er vist i tabell 1. Strangulering forekom hyppigst, både ved selvmord og selvmordsforsøk. Forgiftning med legemidler var mest brukte metode blant kvinner som

gjorde selvmordsforsøk, særlig blant dem under 18 år.

Blant dem som var på permisjon eller hadde utgang (tillatelse til å forlate avdeling/institusjon), var det 24 pasienter som døde i selvmord og 52 selvmordsforsøk. Hengning i eget hjem var hyppigst brukte metode for selvmord blant disse. Blant selvmordsforsøkene anvendte åtte menn og 21 kvinner forgiftning med rus- og/eller legemidler.

METODE

Vi har anvendt kvalitativ innholdsanalyse av meldingsinnholdet og vurdert dette i forhold til Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (*Nasjonale retningslinjer*).²

FOREKOMST AV SELVMORD OG SELVMORDSFORSØK

Det har vært relativt stabile selvmordstall de siste 20 årene. I 2015 var det totalt 590 selvmord i Norge. Det finnes ikke nasjonale tall over selvmordsforsøk.¹

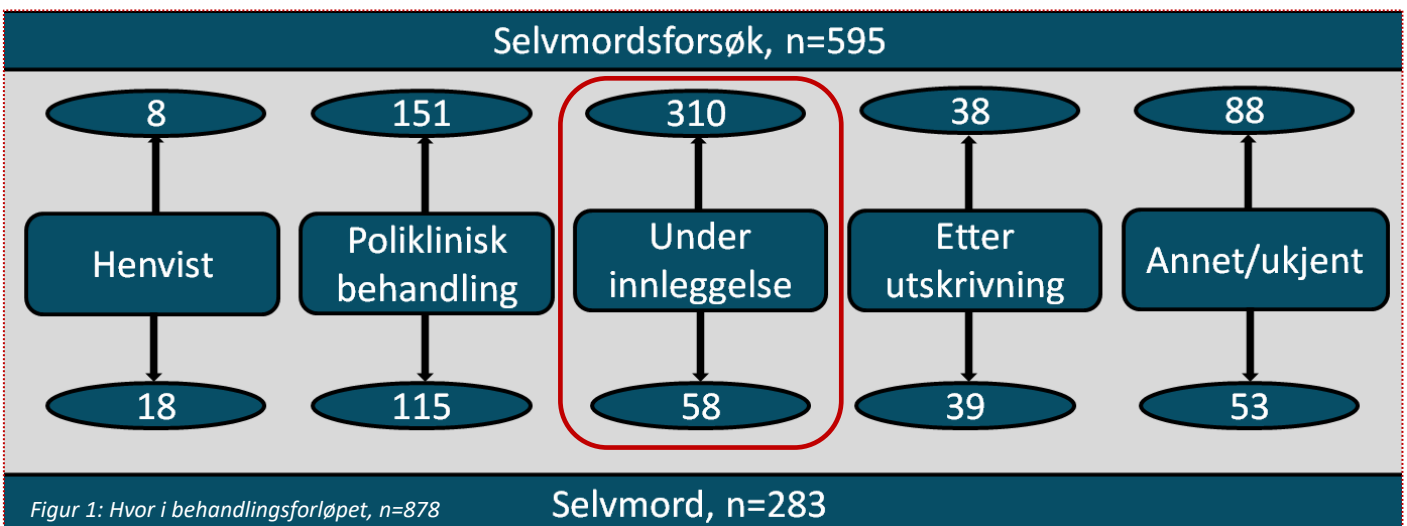
NASJONALE RETNINGSLINJER

Særlig relevant for dette notatet:

- Forebygging av selvmord i døgnenheter beskriver hvordan etablere trygge fysiske rammer som barrierer mot å gjennomføre selvmord
- Selvmordsrisikovurdering (SRV): beskrivelse av indikasjoner, hyppighet, kompetansekrav og oppfølging.

Kvalitativ analysemetode tilsier lite oppmerksomhet mot antall, bortsett fra informasjon om kjønn og hendelsesmetode (tabell 1).

Tekst i kursiv er utdrag fra meldinger slik de var beskrevet av melder eller lokal leder/saksbehandler.

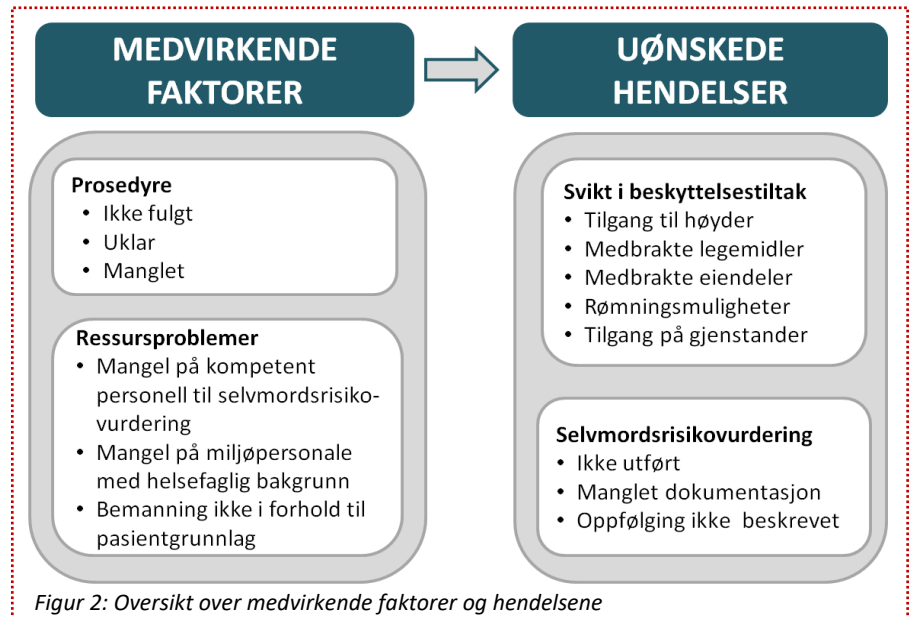


DILEMMAER I KOMPLEKSE SITUASJONER

Mange meldinger beskrev pasienter med alvorlig psykisk sykdom der det ifølge melder var iverksatt gode behandlingsopplegg. Lokal hendelsesanalyse konkluderte med at pasienten hadde fått adekvat behandling, selvmordrisikovurdering (SRV) var utført og retningslinjer fulgt – uten at dette var tilstrekkelig til å forhindre selvmord. Eksempelet under illustrerer et slikt dilemma:

” BALANSE MELLOM ANSVAR OG IVARETAGELSE

Pasienten samtykket til utskrivelse og ville hjem. Hun hadde fått utlevert alle sine medisiner for en uke. Pasienten skulle med bistand fra sin sønn, levere medisinene til hjemmesykepleien samme dag. Pasienten intoksikerte seg med alle medisinene hun hadde fått på rommet sitt i avdelingen kort tid etter at hun hadde fått dem. Hendelsen antas oppstått som en konsekvens av pasientens personlighetsstruktur og medfølgende impulsive adferd i situasjoner hvor hun opplever sterkt ubehag/stress. I dette tilfelle utskrivelse til hjemmet. Det å imøtekomme pasienters ønske om ivaretagelse blir en avveining i forhold til den terapeutiske effekten av behandlingen. I et langsiktig perspektiv vil pasienten ha nytte av en terapeutisk tilnærming som stimulerer til å ta mest mulig ansvar for seg selv og sitt liv. Det å finne den riktige middelvei må prøves ut. Denne utprøving innebærer i seg selv en viss risiko. Denne risiko anser jeg som nødvendig å leve med, og det er vanskelig å si at noe helt konkret bør gjøres annerledes. Selv om balansepunktet i dette tilfelle var plassert feil, var dette ikke noe som kunne forventes forutsett.



Figur 2: Oversikt over medvirkende faktorer og hendelsene

HVA SKJEDDE OG HVORFOR?

Det var to hovedområder for uønskede hendelser (figur 2). Dette gjaldt forhold rundt:

- Beskyttelsestiltak – fysiske rammer og tilgang på legemidler
- Selvmordsrisikovurdering

Faktorer som medvirket til hendelsene var knyttet til:

- Prosedyrer
- Kompetanse
- Ressurser

Her presenterer vi dette nærmere.

SVIKT I BESKYTTELSESTILTAK

Trygge fysiske rammer er avgjørende for å forebygge selvmord. Blant hendelsene som skjedde på institusjonen var det mange meldinger som omhandlet at bygnings- og interiørmessige forhold ikke ga tilstrekkelig beskyttelse.

Strangulering ved bruk av egne klær, skolisser, sengeklær, ladeledning til mobiltelefon, dusjforheng og gardiner var hyppig beskrevet.

Sprang fra vindu eller veranda skjedde når pasienter kom seg alene ut på usikret høyde, ofte fordi sikkerhetsmekanismene på vinduer, trapper eller avsatser manglet eller ikke fungerte.

Forgiftning med medbrakte legemidler var beskrevet hos 92 pasienter. Det var beskrevet at legemidler ikke var kontrollert ved innleggelse der dette var indisert i henhold til gjeldende prosedyre.

Fellestrekk ved hendelsene som gjaldt tilgang på legemidler og farlige gjenstander, var at prosedyre for gjennomgang av personlige eiendeler ikke var fulgt ved innleggelse eller etter tilbakekomst fra permisjon/utgang. Mange beskrev at de i konkrete situasjoner var i tvil om bruk av tvungen gjennomgang av personlige eiendeler. Tvilen var begrunnet med at de var usikre på fortolkning av aktuelt lovverk som skal ivareta pasientens integritet og samtidig kunne gi tilstrekkelig beskyttelse.



SELMORDSRISIKOVURDERING

Tidspunkt/hypighet

I mange meldinger var det beskrevet at selvmordsrisikoen ikke var vurdert før permisjon og utskrivelse.

Kompetanse

Fravær av lege-/psykologkompetanse var pekt på som kritisk mangel, spesielt i forbindelse med å vurdere pasienter før permisjoner.

Noen meldinger beskrev at det var tvil om hvem som kunne eller skulle foreta SRV. Denne usikkerheten bidro til at vurderingen ikke ble utført i henhold til retningslinjene.

HVEM SKAL VURDERE SELMORDSRISIKOEN?

Det kan tyde på at det har vært mangelfull opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, videre at personell kan ha gått ut over sitt kompetansenivå. Prosedyren på avdelingsnivå må endres for å tydeliggjøre at høyskoleutdannede kun skal kartlegge og at lege/psykolog skal gjøre vurderingen.

Oppfølging og informasjon

Flere meldinger beskrev mangler ved oppfølgingen etter at selvmordsrisikoen var vurdert. Mangelfull eller manglende dokumentasjon av resultatet av SRV i pasientjournal var et gjennomgående trekk. Miljøpersonalet ble således ikke gjort oppmerksom på pasienters behov for adekvat observasjon og oppfølging.

Det var også beskrevet manglende informasjonsoverføring når selvmordsutsatte pasienter ble flyttet til annen enhet eller det var vaktskifte. Standardisert dokumentflyt ved inntak og å sikre

klare ansvarsforhold for oppfølging var foreslåtte forbedringstiltak.

OPPFØLGING

” Tydelige rutiner må følges, særlig er det helt essensielt at forordninger som gjøres omkring selvmordsvurderinger følges opp i behandling og tilsyn. Bakvakt må kontaktes. Enhetene har rutiner for dette. Vaktlaget får og må få kontinuerlig opplæring og veiledning.

RESSURSPROBLEMER

Mangel på lege/psykolog var beskrevet som årsak til at SRV ikke var mulig å utføre i henhold til retningslinjene. Dette kan være et ressursproblem eller det kan være knyttet til organisering og ledelse av driften.

For liten bemanning av fast personale med helsefaglig utdanning var hyppigst beskrevet på kveld, natt og i helger og høytider. Ferieavvikling med mange ufaglærte, unge vikarer var risikoelementer.

Mangel på personale som kjenner pasienten, var beskrevet som en tilleggsbelastning for sårbare pasienter.

Mange etterlyste bedre planlegging av bemanning i forhold til antall pasienter og deres behov. Mangel på personale medvirket til økt sikkerhetsrisiko for pasientene, særlig i perioder med overbelegg.

Flere meldinger beskrev avvik mellom planlagt observasjonsgrad og faktisk gjennomføring, enten på grunn av svikt i kommunikasjon mellom ansatte eller mangel på personell til å kunne gjennomføre så tett observasjon som var beskrevet.

FORBEDRINGSOMRÅDER

Det er vanlig å anta at «det er ca ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord.»² Overrepresentasjon av selvmord i forhold til selvmordsforsøk i dette materialet er sannsynligvis uttrykk for at døgnenheter melder mer enn andre behandlingssteder.

Fordelingen er sannsynligvis heller ikke representativ for totalt antall hendelser, da det kun er de *alvorlige* selvmordsforsøkene som er meldepliktige til politiet, HelseDirektoratet og til Helsetilsynet i fylket. Alle selvmord skal meldes til disse nevnte stedene.²

Til tross for at meldingene ikke utgjør et fullstendig bilde av alle selvmord og selvmordsforsøk på nasjonalt nivå, mener vi at vi gjennom analyse av dette materialet har identifisert områder der kvalitetsforbedring kan være mulig. De meldte hendelsene tilsier at det er behov for bedre implementering av nasjonale retningslinjer.

Vi foreslår **lokal** gjennomgang av:

- **Enhetens fysiske forhold** for å trygge pasientenes fysiske rammer slik at mulighetene til å utføre selvmordsforsøk mens de er på institusjonen reduseres. Systematisk og regelmessig gjennomgang av bygnings- og interiørmessige forhold kan bidra til bedre beskyttelse for disse pasientene. Virksomhetene har ansvar for at dette gjøres årlig eller oftere.²
- **Lovverk og retningslinjer** for å skape felles forståelse og korrekt anvendelse ved:
 - Gjennomgang av pasienters eiendeler.
 - Vurdering og kartlegging av selvmordsrisiko.



Selvordsrisikoen bør vurderes når pasienten kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten og bør revurderes ved behov, for eksempel ved endring i status, tilstand eller livssituasjon.²

- **Rutiner for informasjonsflyt** for å ivareta kontinuitet i oppfølgingen.
- **Tilgang på kompetent helsepersonell** slik at
 - SRV kan gjøres av kompetent helsepersonell²
 - bemanning står i forhold til pasientbelegget. Klinisk skjønn hos miljøpersonale som kjenner pasienten,

kan være et viktig supplement til standardisert SRV for å fange opp og hjelpe selvmordstruede pasienter.

Å implementere nasjonale retningslinjer i lokale rutiner er en del av virksomhetens plikt til internkontroll. Implementering handler både om å oppdatere virksomhetens egne rutiner og å sikre at praksisen i virksomheten faktisk endres.

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke gir anbefalinger for å øke sikkerheten for pasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.³

I tillegg til disse anbefalingene foreslår vi redskaps-katalog fra det danske prosjektet *Sikker Psykiatri*.⁴

Gjennomføring av disse tiltakene kan bidra til at selvmordstruede mennesker får best mulig observasjon, behandling og sikkerhet under innleggelse i psykisk helsevern. «Det er dessverre ikke mulig å forhindre alle selvmord og selvmordsforsøk. Målet må være å sikre forsvarlig helsehjelp for å redusere omfanget i størst mulig grad.»²

Tabell 1: Selvmord og selvmordsforsøk – metode anvendt og hendelsessted fordelt på kjønn, n=368

	Selvmord		Selvmordsforsøk**		Totalt – selvmord og selvmordsforsøk		Totalt
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Selvmord	Selvmordsforsøk	
Metode							
Strangulering	19	8	30	92	28	122	150
Forgiftning	*	*	16	73	1	91	92
Sprang fra høyt sted	*	*	14	16	5	30	35
Kutting/skjæring	*	*	7	18	2	25	27
Annet (skyting, gass, i bil-/togtrafikk)	9	12	17	25	22	42	64
Hendelsessted							
Pasientrom (bad, seng, garderobeskap, annet)	*	*	29	129	9	148	157
Institusjon utenom pasientrom	*	*	23	62	11	86	97
I offentlig rom	7	6	11	19	13	30	43
Privat hjem	11	8	15	17	19	33	52
Annet	2	2	6	7	6	13	19
Totalt	34	22	84	234	58	310	368

* Fem eller færre

**Opplysninger om kjønn manglet i 4 meldinger

REFERANSER (LESEDATO FOR ALLE REFERANSENE 12.9.2017):

1. Fakta om selvmord og selvmordsforsøk. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok--fakta/>
2. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasional-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>
3. Tiltakspakke for Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Helsedirektoratet. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-selvord>
4. Sikker Psykiatri. Redskapskatalog for selvmordsforebyggelse. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, TrykFonden, Det Obelske Familie og Danske Regioner. http://www.sikkerpsykiatri.dk/media/2733/selvord_redskapskatalog.pdf