

# Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 3/2009

FEBRUAR  
2009

Rapport fra Helsetilsynet 3/2009  
Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

Februar 2009

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

*This report is published in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision:  
[www.helsetilsynet.no/english](http://www.helsetilsynet.no/english)*

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

En av kjerneoppgavene til Helsetilsynet er overvåkning og kartlegging av områder av helsetjenesten med høy risiko for svikt, samt formidling av våre tilsynserfaringer til forvaltningen og til helsetjenestene. Hensikten med denne rapporten er å formidle våre tilsynserfaringer fra innrapporterte og innklagede saker der pasienter under behandling i psykisk helsevern har gjennomført selvmord. Vi ønsker å sette fokus på helsetjenestens rutiner og systemer for selvmordsforebygging ved å vise hvor vi har registrert svikt, og håper med dette å bidra til økt bevissthet om viktigheten av gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for selvmordstruede pasienter.

### Målgrupper:

- Virksomhetene:

I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-2 <sup>(1)</sup> heter det at helse-tjenestene som ytes eller tilbys skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet innebærer at ledelsen må etablere systemer som i størst mulig grad sikrer at menneskelig svikt ikke skjer. Ved svikt må virksomheten fange opp dette og gjennomføre tiltak for å unngå at tilsvarende feil skjer igjen. Forsvarlighetskravet understøttes av ytterligere to paragrafer i lov om spesialisthelsetjenesten:

Virksomhetene skal sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige (§ 3-2), og for at ansatt helsepersonell mottar nødvendig opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den

enkelte skal utføre sitt arbeid forsvarlig (§ 3-10).

I de siste årene har helsemyndighetene hatt stor oppmerksomhet på at virksomhetene skal etablere helhetlige og effektive systemer for å sikre god kvalitet i tjenestene. Et eksempel på dette er forskriften om internkontroll, hvor det heter at virksomhetenes aktiviteter skal planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen <sup>(2)</sup>. Ifølge internkontrollforskriften skal virksomhetene ikke bare ha utarbeidet et kvalitetssikrings-system, men de skal også sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring. Dette oppnås ved å følge med og evaluere tjenestene og effekten av ulike tiltak, og ved behov iverksette nye tiltak som kan brukes til å forbedre tjenestene. I dette forbedringsarbeidet må det bl.a. tilrettelegges for læring gjennom rapportering av feil og avvik <sup>(3)</sup>.

- Helsepersonell: Forsvarlighetskravet som gjelder for virksomhetene, må ses i sammenheng med det individuelle kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som fremgår av § 4 i helsepersonelloven <sup>(4)</sup>.

- Representanter i samfunnet som er opptatt av selvmordsforebyggende arbeid. Dette kan være bruker-, interesse- og pårørendeorganisasjoner, media, mv.

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr 1731 § 1. Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

3. Og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten. IS-1162. Sosial- og helsedirektoratet, 2005. Tilgjengelig i fulltekst på [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no) (6.1.2009)

4. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

- Tilsynsmyndighetene:  
Vi etterstreber en enhetlig tilsyns-  
behandling ved de 18 fylkeskontor-  
ene.

Kapittel 2 og noen av avsnittene i kapittel 4 i denne rapporten er i stor grad sammenfallende med en artikkel som Statens helsetilsyn, ved seniorrådgiver Unni Rønneberg, har skrevet i samarbeid med Fredrik Walby, spesialist i klinisk psykologi og forsker ved Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, UiO. Artikkelen ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 2, 2008. <sup>(5)</sup>

Kapittel 2 tar for seg antall selvmord, hvordan Helsetilsynet har blitt kjent med og behandlet sakene, og pasientens status i det psykiske helsevern (tvang/frivillig, døgn/poliklinisk m.m.).

Etter at artikkelen ble publisert, har Statens helsetilsyn arbeidet videre med datagrunnlaget og systematisert variabler som kjønn, alder, selvmordsmetode mv. Funnene er gjort rede for i kapittel 3. Statens helsetilsyn håper med dette å bidra til kunnskapsgrunnlag for det selvmordsforebyggende arbeidet som utføres av annen forvaltning, fagmiljøene, bruker- og interesseorganisasjoner, og andre.

Kapittel 4 og 5 oppsummerer resultater og drøfter funnene i samsvar med spørsmålsstillingene som var bakgrunn for oppstarten av selvmordsstudien.

Kapittel 6 henvender seg til målgruppene, med anbefalinger om hvilke resultater det kan være mest aktuelt å merke seg.

Vedlegget er ment som en støtte for tilsynsmyndighetenes håndtering av saker som omhandler selvmord og selvmordsforsøk. Sjekklisten er oppdatert i samsvar med Helsedirektoratets retningslinjer for selvmordsforebygging og er en endelig versjon av den foreløpige sjekklisten som ble sendt til Helsetilsynet i fylkene i mars 2006.

5. Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2: 180-3. Tilgjengelig i fulltekst på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>7</b>
<b>2 Selvmordsstudien 2005-2006</b>	<b>9</b>
2.1 Bakgrunn for selvmordsstudien	9
2.1.1 Hvor mange selvmord gjennomføres under behandling i psykisk helsevern? Er hendelsene meldt i henhold til lovgivningen?	9
2.1.2 Kunne selvmordene ha sammenheng med svikt i behandlingen?	9
2.1.3 Blir slike hendelser brukt til kvalitetsutvikling i virksomhetene?	9
2.1.4 Blir selvmordssaker behandlet på ensartet vis av Helsetilsynet i fylkene?	10
2.2 Metode og materiale	10
2.3 Resultater	10
2.3.1 Antall og meldingsmetode	10
2.3.2 Pasientens status i psykisk helsevern	10
2.3.3 Helsetilsynet i fylkets håndtering av sakene	11
2.3.4 Regionale forskjeller i den tilsynsmessige behandlingen	12
2.3.5 Regionale forskjeller i selvmordsraten	13
<b>3 Pasientene</b>	<b>14</b>
3.1 Hva kjennetegnet pasientene? Hvordan døde de?	14
3.2 Kjønnfordeling	14
3.3 Alder	14
3.4 Selvmordsmetode for menn og kvinner	15
3.5 Aldersgrupper relatert til metode og kjønn	16
3.6 Diagnose	17
3.7 Rus	18
3.8 Sesongvariasjon	18
<b>4 Hvor fant vi svikt?</b>	<b>19</b>
4.1 Vurdering av virksomheten	19
4.2 Vurdering av helsepersonell	19
<b>5 Oppsummering og diskusjon av resultatene</b>	<b>20</b>
5.1 Underrapportering og mørketall	20
5.2 Virksomhetens ansvar	21
5.3 Tilsynsmessige ulikheter	21
<b>6 Verdt å merke seg</b>	<b>22</b>
6.1 Hva bør virksomhetene merke seg ved denne studien?	22
6.2 Hva bør helsepersonell merke seg?	23

6.3 Hva bør pårørende, organisasjoner, media o.a. merke seg? .....	23
6.4 Hva bør Helsetilsynet i fylkene merke seg? .....	24
<b>7 Litteratur .....</b>	<b>25</b>
<b>Vedlegg</b>	
Sjekkliste for tilsynsmyndighetenes gjennomgang av saker om selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter under behandling i psykisk helsevern .....	27
<b>Čoahkkáigeassu.....</b>	<b>29</b>
<b>English summary.....</b>	<b>30</b>

## Tabellregister

Tabell 1	Hvordan Helsetilsynet i fylket ble kjent med saken.....	10
Tabell 2	Pasientens status i psykisk helsevern .....	11
Tabell 3	Helsetilsynet i fylkets avgjørelse i 61 tilsynssaker.....	12
Tabell 4	Fylkesvis fordeling tilsynssaker/ hendelser.....	12
Tabell 5	Kjønnsfordeling.....	14
Tabell 6	Aldersgrupper - menn og kvinner .....	14
Tabell 7	Selvmordsmetode begge kjønn .....	15
Tabell 8	Metode relatert til aldersgrupper (menn) .....	16
Tabell 9	Metode relatert til aldersgrupper (kvinner) .....	17
Tabell 10	Diagnosegrupper i antall og prosent.....	18

## Figurregister

Figur 1	Fylkesvis fordeling tilsynssaker/hendelser .....	13
Figur 2	Årlig selvmordsrate i hvert fylke .....	13
Figur 3	Aldersgrupper – menn og kvinner.....	15
Figur 4	Kjønn (antall) relatert til selvmordshendelse .....	16
Figur 5	Rusmiddelmisbruk (prosent) .....	18
Figur 6	Månedlig fordeling av selvmord (prosent).....	18

# 1 Innledning

## **Kort historikk om selvmordsforebygging i Norge**

På slutten av 1980-tallet hadde selvmordsraten i Norge fordoblet seg i forhold til ca. 20 år tidligere. I 1988 ble det registrert 708 selvmord i Dødsårsaksstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå. Dette utgjorde en rate på 16,8 per 100.000 innbyggere.

I 1993 utarbeidet daværende Helse- og helsedirektoratet et nasjonalt program for selvmordsforebyggende arbeid. Handlingsplanen ble vedtatt av Stortinget i 1994, og skulle opprinnelig gjelde fra 1994 til 1998. Den 1. januar 1994 ble Helsedirektoratet omorganisert til Statens helsetilsyn, med videreføring av diverse direktoratsoppgaver og med økt vekt på tilsynsoppgaver og arbeid med rettssikkerheten i helsetjenesten. Omorganiseringen forsinket oppstarten av planperioden, som ble forlenget ut år 1999. I år 2000 utga Statens helsetilsyn en sluttrapport som beskrev gjennomførte tiltak i planperioden og anbefalte videreføring av arbeidet på konkrete innsatsområder <sup>(6)</sup>.

I St.prp. nr. 1 (2000-2001) ble det besluttet å etablere et nytt treårig prosjekt, som også ble forankret i Statens helsetilsyn <sup>(7)</sup>. I 2002 ble det igjen gjennomført en omfattende omorganisering av de sentrale helsemyndighetene, og Sosial- og helsedirektoratet ble opprettet. Direktoratet fikk da ansvaret for statlige handlingsplaner og utgivelse av faglige veiledere og retningslinjer, mens Helsetilsynet ble tillagt en tydeligere tilsynsrolle. En av kjerneoppgavene til

det nye Helsetilsynet ble beskrevet som overvåkning og kartlegging av områder av helsetjenesten med høy risiko for svikt, samt formidling av tilsynserfaringene til forvaltningen og til helsetjenestene.

## **Nye nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i 2008**

I de siste årene har Sosial- og helsedirektoratet (navneskifte til Helse- og helsedirektoratet 1. april 2008) derfor vært ansvarlig for videreføringen av det statlige selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I 2004 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å bistå direktoratet i å utarbeide nasjonale retningslinjer, og i januar 2008 utkom ”Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern” <sup>(8)</sup>. Målgruppen for retningslinjene er i utgangspunktet spesialisthelsetjenesten, men anbefalingene vil være til nytte for alle som trenger kunnskap om selvmordsforebygging.

## **Helsetilsynets rolle etter omorganiseringen i 2002**

Helsetilsynet består organisasjonsmessig av Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene. Statens helsetilsyn er overordnet organ for Helsetilsynet i fylkene (tidligere Fylkeslegen) og for fylkesmennenes tilsyn med sosialtjenesten. Statens helsetilsyn behandler blant annet enkeltsaker som dreier seg om alvorlig svikt i helsetjenestene, og der det er aktuelt med reaksjoner mot helsepersonell. Statens helsetilsyn kan gi pålegg om å rette forhold der

6. Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport. IK-2720. Helsetilsynets skriftserie 2000:3. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

7. Oppfølgingsprosjekt – tiltak mot selvmord. Prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn høsten 2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. Tilgjengelig i fulltekst på <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/index.html>

8. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Sosial- og helsedirektoratet, 2008. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

helsetjenesten drives på en måte som er i strid med lover eller regler og driften kan tenkes å ha skadelige følger for pasienter. I denne forbindelse har Statens helsetilsyn også myndighet til å pålegge tvangsmulkt inntil forholdene er rettet.

Helsetilsynet i fylkene utfører planlagt tilsyn med virksomhetene, behandler saker om svikt i tjenestene eller hos helsepersonell, og behandler klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten. I tillegg mottar de meldinger om betydelig personskade eller forhold som kunne ført til betydelig personskade etter lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3 <sup>(9)</sup>.

### **Spesielt om meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ved selvmord**

I rundskriv I-54/2000 <sup>(10)</sup> fra Helse- og omsorgsdepartementet er det presisert at spesialisthelsetjenesten snarest mulig skal gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Ved selvmord eller mistanke om selvmord skal det krysses av på meldeskjemaet IK-2448, <sup>(11)</sup> for *unaturlig død*, og dødsfallet skal meldes til politiet (jf. helsepersonelloven § 36) <sup>(4)</sup>. Del 1 av skjemaet fylles ut av melder, del 2 av avdelingsledelsen (årsaksforhold, forebygging), del 3 av virksomhetens kvalitetsutvalg, og del 4 av Helsetilsynet i fylket. Alle slike meldinger samles til en nasjonal oversikt i en database (Meldesentralen) som administreres av Statens helsetilsyn.

### **Tilsynsmessig oppfølging**

Dersom opplysningene i meldingen gir grunn til å tro at det kan foreligge brudd på helselovgivningen, vil Helsetilsynet i fylket opprette tilsynssak, og innhente den informasjon som er nødvendig for tilstrekkelig opplysning av saken. Tilsynssaker vil vanligvis bli opprettet også dersom Helsetilsynet i fylket mottar en klage fra pårørende, henvendelse fra politi, Rettsmedisinsk institutt eller andre.

Tilsynssaken vurderes opp mot spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om helsepersonellens plikt til å yte forsvarlig tjeneste <sup>(1)</sup> og helsepersonelloven § 4 om forsvarlig yrkesutøvelse <sup>(4)</sup>. Annet regelverk (f.eks. forskrift om pasientjournal) <sup>(12)</sup> kan også være aktuelt som vurderingsgrunnlag. Dersom det i tilsynssaken konkluderes med pliktbrudd fra virksomheten, avsluttes saken vanligvis av Helsetilsynet i fylket ved å påpeke pliktbruddet og be virksomheten om å gjennomgå og endre sine rutiner. Dersom det enkelte helsepersonell har begått pliktbrudd i henhold til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, eventuelt i tillegg til systemsvikt, kan saken oversendes Statens helsetilsyn som vil vurdere administrativ reaksjon mot vedkommende. En slik reaksjon kan være en advarsel, tap av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvisiteringsrett, begjære offentlig påtale, m.m.

9. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 § 3 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

10. Meldeplikt til Fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldingens ordning. Rundskriv I-54/2000. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.

11. Melding til Helsetilsynet i fylket [skjema]. IK-2448. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. [http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding\\_fylkeslegen\\_betydelig\\_eller\\_fare\\_betydelig\\_personskade\\_ik-2448.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding_fylkeslegen_betydelig_eller_fare_betydelig_personskade_ik-2448.pdf) (6.1.2009)

4. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

12. Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr 1385. Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)



## 2 Selvmordsstudien 2005-2006

### 2.1 Bakgrunn for selvmordsstudien

#### 2.1.1 Hvor mange selvmord gjennomføres under behandling i psykisk helsevern? Er hendelsene meldt i henhold til lovgivningen?

Internasjonale studier viser at utilsiktede/uheldige hendelser kan skje i opptil 10 % av alle pasientopphold og medføre en dødelighet på ca. 5 %. Overført til norske forhold ville dette innebære ca. 80 000 uønskede hendelser og 4 000 unaturlige dødsfall per år <sup>(13)</sup>. Meldesentralens årsrapport for 2005 viste totalt 1 902 meldinger om utilsiktede/uheldige hendelser, herunder 191 dødsfall. Det fremgikk videre av Meldesentralens årsrapport at pr. 1.12. 2006 var det registrert 261 meldinger (14 %) som omhandlet hendelser fra 2005 innen psykisk helsevern. 165 av disse (63 %) gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, det vil si selvskading (n = 50), selvmordsforsøk (n = 51) og selvmord (n = 42), samt overdoser (n = 8) og andre forhold (n = 14) <sup>(14)</sup>.

Sammenligning av tallene fra de internasjonale studiene og Meldesentralen ga således grunn til å mistenke en generell underreportering, både av utilsiktede hendelser og av dødsfall. Det var nærliggende å mistenke en slik underreportering også når det gjaldt selvmord meldt fra psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten). Andre registreringssystemer og offentlig statistikk ga heller ikke entydige tall på hvor mange selvmord som ble begått mens pasienten var til behandling i psykisk

helsevern. Statens helsetilsyn ønsket derfor å foreta en registrering av den informasjonen vi får som tilsynsmyndighet, for å få økt kunnskap om omfanget av slike hendelser.

#### 2.1.2 Kunne selvmordene ha sammenheng med svikt i behandlingen?

Pårørende og andre nærstående til pasienten vil forvente at pasienten skal bli godt ivaretatt og beskyttet mot alvorlige selvskadende handlinger når vedkommende tas inn til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder spesielt ved innleggelse på en døgnavdeling. I vår behandling av tilsynssaker som omhandlet selvmord, hadde vi sett at mange pasienter tok sitt liv til tross for psykiatrisk behandling, og vi fant kritikkverdige forhold ved mange helseforetak. Statens helsetilsyn ønsket en nærmere oversikt over omfanget av svikt på individ- eller systemnivå, og om det var mulig å finne noen felles trekk ved slik svikt.

#### 2.1.3 Blir slike hendelser brukt til kvalitetsutvikling i virksomhetene?

Blant de forhold som tilsynsmyndighetene hadde merket seg i behandlingen av selvmordssaker forut for denne studien, var at mange virksomheter ikke hadde gode rutiner for gjennomgang av årsaksforholdene, og ikke brukte hendelsen i sitt videre selvmordsforebyggende arbeid. Vi ønsket å få en bedre oversikt over om virksomhetene iverksatte konkrete kvalitetsforbedrende

13. Hjort PE. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal, 2007.

14. Meldesentralen - årsrapport 2005. Rapport fra Helsetilsynet 1/2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.  
[http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks\\_\\_\\_8717.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___8717.aspx) (6.1.2009)

tiltak i de hendelsene som ble kjent for tilsynsmyndighetene.

#### 2.1.4 Blir selvmordssaker behandlet på ensartet vis av Helsetilsynet i fylkene?

Statens helsetilsyn skal bidra til at Helsetilsynets 18 enheter i fylkene utøver sine tilsyn så ensartet som mulig. Vi forventet at en slik studie ville avdekke eventuelle fylkesmessige ulikheter slik at vi kunne bruke dette i tilsynsmyndighetenes egen kvalitetsutvikling.

### 2.2 Metode og materiale

Statens helsetilsyn utarbeidet i 2005 et eget skjema der Helsetilsynet i fylkene skulle registrere alle selvmord de ble kjent med, og som var begått mens pasienten var under behandling i psykisk helsevern. Vi ba også om kopi av avslutningsbrev for hver selvmordssak som ble avsluttet hos Helsetilsynet i fylkene i 2005 og 2006. Materialet omfatter derfor saker som er *avsluttet* hos tilsynsmyndighetene i løpet av disse to årene, uavhengig av når selvmordet skjedde eller når det ble rapportert til tilsynsmyndighetene.

Registreringsskjemaet besto av fire hovedpunkter: hvordan selvmordet ble meldt, pasientens status innen psykisk helsevern, den tilsynsmessige behandlingen av saken (herunder om institusjonen hadde foretatt kvalitetsforbedrende tiltak etter hendelsen) og den tilsynsmessige avgjørelsen i saken. Vi definerte «selvmord under behandling i psykisk helsevern» som selvmord utført i løpet av institusjonsbehandling (frivillig, tvungen, under permisjon), under behandling poliklinisk/ved distriktspsykiatrisk senter (DPS), inntil to uker etter utskrivning fra døgnopphold eller poliklinisk behandling, samt pasienter på venteliste til behandling. Det ble ikke skilt mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri på registreringsskjemaet.

Underveis i registreringen ble det avdekket til dels store ulikheter ved tilsynsmyndighetenes håndtering av sakene på fylkesnivå. I 2006 oversendte

derfor Statens helsetilsyn en foreløpig sjekkliste for hva tilsynsmyndighetene bør vurdere i slike saker. Sjekklisten ble utarbeidet i samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo. Den foreløpige sjekklisten omhandlet hvordan virksomheten skal sørge for forsvarlige selvmordsrisikovurderinger, kompetansekrav til de som foretar vurderingene, krav om systemer og rutiner for journalføring, gradert overvåking og beskyttelse/sikring, opplæringskrav, rutiner for ivaretagelse av etterlatte, meldeplikt, kvalitetsutviklingsarbeid m.m.

### 2.3 Resultater

#### 2.3.1 Antall og meldingsmetode

Helsetilsynet i fylkene avsluttet 176 innmeldte eller innklagede hendelser om selvmord i 2005 og 2006 (tabell 1). Det ble funnet mer enn én kilde til rapportering i 22 av hendelsene (12,5 %). I 33 saker (nesten 20 %) som ble kjent for tilsynsmyndighetene, hadde ikke virksomhetene meldt hendelsen i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 («§ 3-3 meldinger»). Kategorien «andre» inneholder for en stor del informasjon som ble gitt fra helsetjenesten til Helsetilsynet i fylket, men hvor det ikke ble sendt inn melding etter § 3-3. Dette kunne for eksempel være brev fra virksomheten om hendelsen, ofte lang tid etter dødsfallet.

Tabell 1  
Hvordan Helsetilsynet i fylket ble kjent med saken

	n	%
Melding iht § 3-3	143	81,3
Politi	7	4,0
Klage fra pårørende	23	13,1
Rettsmedisinsk institutt	17	9,7
Andre	8	4,5
<b>Totalt</b>	<b>198</b>	<b>112,6</b>

#### 2.3.2 Pasientens status i psykisk helsevern

Syttiseks selvmord (43,2 %) fant sted blant pasienter som var innlagt til

døgnbehandling. Tjuetre av disse var i permisjon fra avdelingen. Ytterligere 15 personer gjennomførte selvmord i løpet av de to første ukene etter utskrivning fra psykisk helsevern, og alle disse var utskrevet fra døgnopphold. Totalt skjedd 51,7 % av selvmordene under

eller rett etter behandling på døgnavdeling. Tolv av pasientene som var innlagt i døgnavdelinger var på tvungent vern, mens majoriteten av selvmordene relatert til poliklinisk behandling ble begått av pasienter under frivillig pågående behandling.

Tabell 2  
Pasientens status i psykisk helsevern

	n	%	Sum %
Døgnavdeling; tvang	12	6,8	51,7
Døgnavdeling; frivillig	41	23,3	
Permisjon fra døgnavdeling	23	13,1	
Innen to uker etter utskrivelse fra døgnavdeling	15	8,5	
Poliklinisk; tvang	3	1,7	39,8
Poliklinisk; frivillig	67	38,1	
På venteliste	7	4,0	4,0
Ukjent /annet	8	4,5	4,5
<b>Totalt</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	

### 2.3.3 Helsetilsynet i fylkets håndtering av sakene

Helsetilsynet i fylket fant grunnlag for å opprette tilsynssak i 61 innrapporterte eller innklagede selvmordstilfeller. I ca. halvparten av disse ba de om å få tilsendt informasjon om virksomhetens rutiner og prosedyrer. I fire saker ble det brukt eksternt sakkyndig for å vurdere om pasienten var tilbudt forsvarlig oppfølging forut for selvmordet.

Den tilsynsmessige avgjørelsen fremkommer av tabell 3. Det ble gitt råd eller veiledning til helsepersonell i fire saker, og påvist brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven <sup>(4)</sup> i ytterligere fire saker.

Når det gjaldt virksomhetene (såkalte systemsaker), ble det gitt råd eller veiledning i fire saker, mens det ble påvist brudd på § 2-2 i

spesialisthelsetjenesteloven <sup>(1)</sup> i 19 saker. Data var tilgjengelige for 18 av disse 19 sakene. Hovedtyngden av sakene ble avsluttet hos Helsetilsynet i fylkene, mens seks saker ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell. To av disse sakene dreide seg om pliktbrudd innenfor primærhelsetjenesten i forbindelse med selvmord, og var ikke direkte relatert til behandling mottatt innen psykisk helsevern.

Også i de 61 tilsynssakene utgjorde selvmord under innleggelse eller i løpet av de to første ukene etter utskrivning hoveddelen av sakene. Kun fire saker gjaldt pliktbrudd i forbindelse med selvmord under poliklinisk behandling. Ca. en tredel av selvmordene ble begått under permisjon fra døgnavdeling.

4. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Tabell 3  
Helsetilsynet i fylkets avgjørelse i 61 tilsynssaker

<i>Tilsynsmessig avgjørelse virksomhet</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ingen bemerkninger helsepersonell eller virksomhet	24	39,3
Gitt råd / veiledning helsepersonell	4	6,6
Gitt råd / veiledning virksomhet	4	6,6
Påvist pliktbrudd helsepersonell	4	6,6
Påvist pliktbrudd virksomhet	19	31,1
Oversendt Statens helsetilsyn	6	9,8
<b>Sum</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

### 2.3.4 Regionale forskjeller i den tilsynsmessige behandlingen

Det var stor variasjon mellom fylkene i hvor stor andel av de meldte sakene som resulterte i tilsynssak. I noen fylker

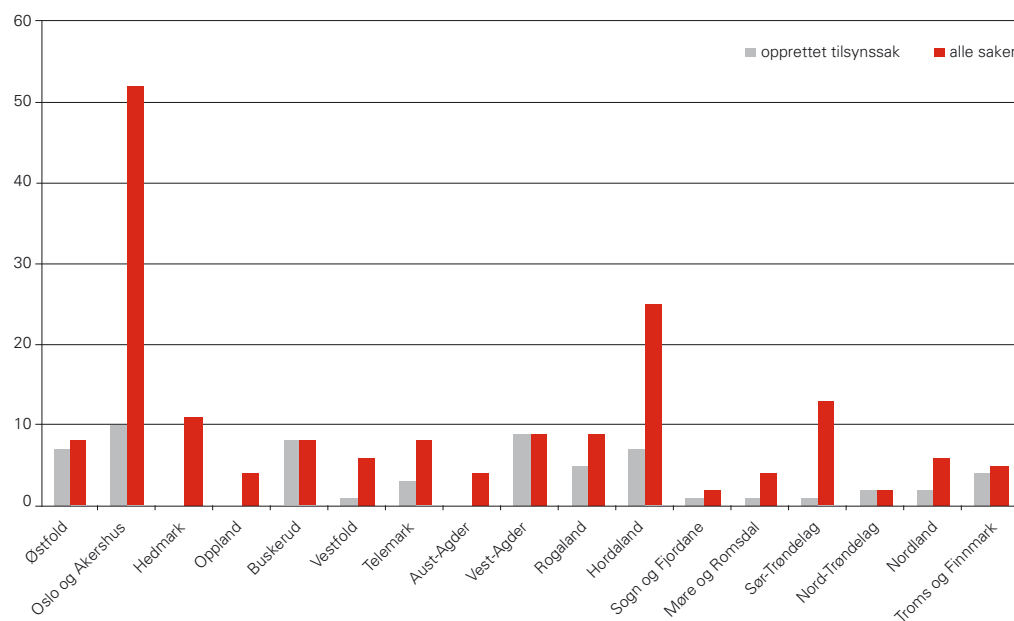
ble det ikke åpnet tilsynssaker overhodet, mens andre fylker gjorde dette rutinemessig ved alle meldinger eller klager om selvmord i psykisk helsevern.

Tabell 4  
Fylkesvis fordeling tilsynssaker/ hendelser

<i>Fylke</i>	<i>Saker</i>		<i>Tilsynssaker / hendelser</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	
Østfold	8	4,5	7/8
Oslo og Akershus	52	29,5	10/52
Hedmark	11	6,3	0/11
Oppland	4	2,3	0/4
Buskerud	8	4,5	8/8
Vestfold	6	3,4	1/6
Telemark	8	4,5	3/8
Aust-Agder	4	2,3	0/4
Vest-Agder	9	5,1	9/9
Rogaland	9	5,1	5/9
Hordaland	25	14,2	7/25
Sogn og Fjordane	2	1,1	1/2
Møre og Romsdal	4	2,3	1/4
Sør-Trøndelag	13	7,4	1/13
Nord-Trøndelag	2	1,1	2/2
Nordland	6	3,4	2/6
Troms	5	2,8	4/5
Finnmark	0	0	-
<b>Sum</b>	<b>176</b>	<b>99,8</b>	<b>61/176</b>

Figur 1 er en grafisk fremstilling av alle innrapporterte og innklagede selvmord, relatert fylkesvis til antall tilsynssaker som ble opprettet.

Figur 1  
Fylkesvis fordeling tilsynssaker/hendelser

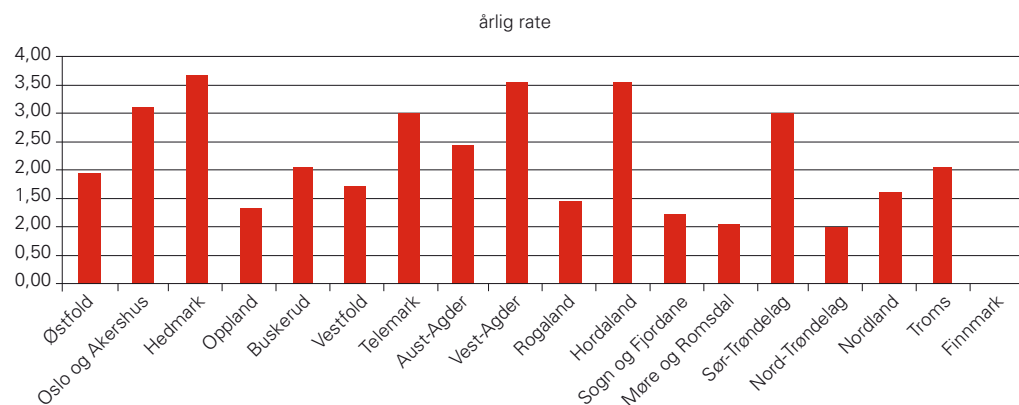


### 2.3.5 Regionale forskjeller i selvmordsraten

Basert på befolkningstall >18 år i hvert fylke, finner vi følgende

gjennomsnittlige årlige selvmordsrate (pr. 100.000 innbyggere i hvert fylke) for 2005 og 2006 hos pasienter behandlet i psykisk helsevern:

Figur 2 Årlig selvmordsrate i hvert fylke



Det er viktig å være oppmerksomme på at raten ikke nødvendigvis er uttrykk for det reelle omfanget av selvmord i det aktuelle fylket. Svært mange faktorer vil kunne innvirke: ulik meldekultur ved de forskjellige virksomhetene, geografisk lokalisering av polikliniske og døgnbaserte virksomheter, godkjenning for å kunne utøve tvungent vern, m.m. Ett eksempel er Finnmark, som må sende de pasientene som trenger tvungent vern til Troms.

Vi viser også til oppsummeringen og diskusjonen av resultatene i kapittel 5, der vi drøfter både påvist og antatt underrapportering.

## 3 Pasientene

### 3.1 Hva kjennetegnet pasientene? Hvordan døde de?

Etter at de første resultatene ble publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening<sup>(5)</sup>, har vi mottatt opplysninger om at to av sakene ikke var selvmord, men naturlig død. Disse to sakene er tatt ut av datagrunnlaget. Det totale antall selvmord er i det følgende 174 (for årene 2005 og 2006).

Statens helsetilsyn har gjennomgått hver enkelt melding og tilleggsopplysninger der disse har vært tilgjengelige. Dessverre har det ikke vært mulig å hente ut alle parametrene vi ønsket å kartlegge, og tallene i kategoriene ”ikke oppgitt”, ”ukjent” eller tilsvarende har blitt relativt store for noen av variablene. Tallene kan likevel gi inntrykk av hva som kjennetegner pasienter som har tatt sitt liv, og hvilke selvmordsmetoder som ble benyttet.

### 3.2 Kjønnfordeling

I dødsårsaksstatistikken for 2006 ble det, ifølge SSB, registrert 391 menn og

141 kvinner som hadde begått selvmord, totalt 532<sup>(15)</sup>. Mennene utgjorde 73,5 % og kvinnene 26,5 % av det totale antall dødsfall. I vårt materiale ser vi at andelen kvinner er vesentlig høyere. Av de totalt 174 selvmords-sakene, er 91 menn (52,3 %) og 68 (39,1 %) kvinner. Kjønn er ikke oppgitt i 15 saker (8,6 %).

Tabell 5  
Kjønnfordeling

	<i>n</i>	<i>%</i>
Mann	91	52,3
Kvinne	68	39,1
Ikke oppgitt	15	8,6
<b>Sum</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

### 3.3 Alder

Tabellen inkluderer én person i aldersgruppen 28-37 år som står med kjønn ”ikke oppgitt”, da det av navn og tekst ikke fremkom om det var kvinne eller mann. Øvrige data på personen er kjent. I 14 saker med ukjent kjønn var heller ikke aldersgruppen kjent.

Tabell 6  
Aldersgrupper - menn og kvinner

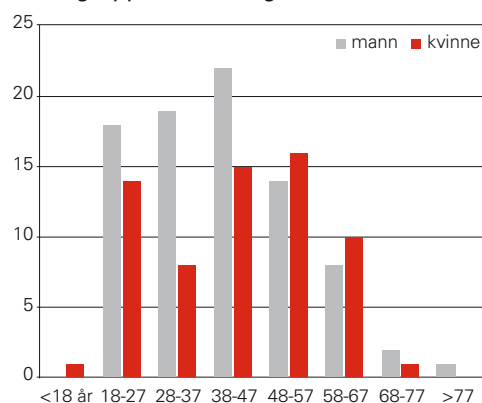
	< 18	18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68-77	>77	ukjent	sum
Mann	0	18	19	22	14	8	2	1	7	91
Kvinne	1	14	8	15	16	10	1	0	3	68
Ukjent	-	-	1	-	-	-	-	-	14	15
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

5. Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2: 180-3. Tilgjengelig i fulltekst på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

15. Statistisk sentralbyrå. Selvmord etter dødsårsak, 1976-2006 [tabell]. Tilgjengelig i fulltekst på [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

I figur 3 er 10-årige aldersgrupper relatert til kjønn. Kategoriene ikke kjent/ikke oppgitt er fjernet fra variablene kjønn og alder for å lette oversikten. Det fremgår av tabellen at det i denne undersøkelsen er langt færre kvinner i aldersgruppen 28-37 år som har begått selvmord enn i gruppene med yngre og eldre kvinner.

Figur 3  
Aldersgrupper – menn og kvinner



### 3.4 Selvmordsmetode for menn og kvinner

Selvmordsmetoden var ikke oppgitt eller ikke kjent i over en tredjedel av sakene. Virksomhetene oppga ofte ”ble funnet død”, ”hadde tatt sitt liv”, mv. på meldeskjemaene uten å gå nærmere inn på selvmordsmetoden.

Hengning er den vanligste selvmordsmetoden i studien. Det er brukt sengetøy, belter, klesplagg, ledninger, mv., bundet på dusjinnretninger, håndtak, sengehester, gardinstenger m.v. Kvelning refererer til noen få tilfeller der pasienten hadde dekket hodet med plastposer, tape e.l.

I kategorien ”annet” er det bl.a. registrert død etter giftige avgasser og bruk av eksplosiver.

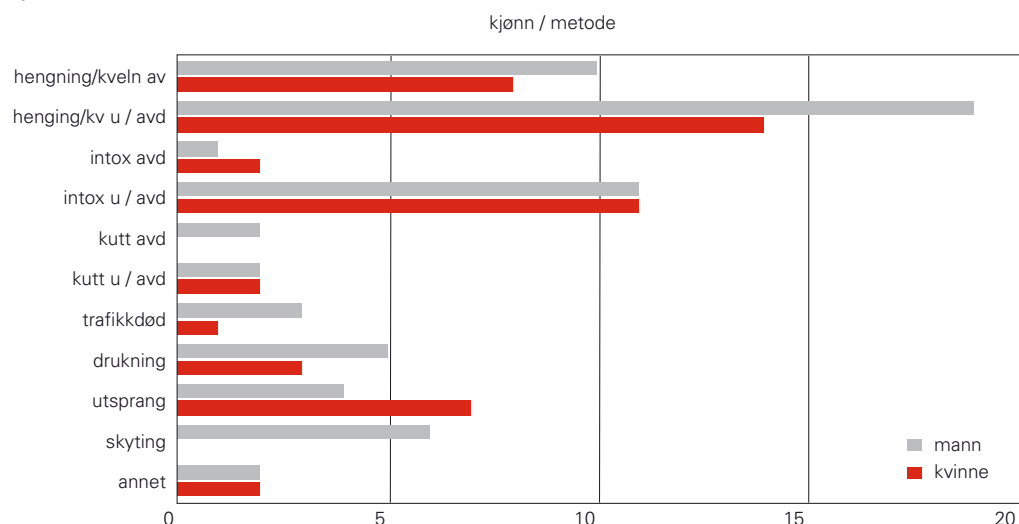
Tabell 7  
Selvmordsmetode begge kjønn

Metode	Antall	%	Sum %
Hengning eller kvelning på avdeling	18	10,3	29,3
Hengning eller kvelning utenfor avdeling	33	19,0	
Intox på avdeling	3	1,7	14,3
Intox utenfor avdeling	22	12,6	
Kuttskader på avdeling	2	1,1	3,4
Kuttskader utenfor avdeling	4	2,3	
Trafikkdød	4	2,3	2,3
Drukning	8	4,6	4,6
Utsprang	11	6,3	6,3
Skyting	6	3,4	3,4
Annet	4	2,3	2,3
Ikke oppgitt / ikke kjent	59	33,9	33,9

I figur 4 er ukjent kjønn og ukjent metode fjernet for å få frem en kryss-tabell med bare kjente variabler. Tabellen inkluderer 91 menn og 68 kvinner. Figuren skiller, i likhet med tabell 7, mellom hengning/kvelning begått inne på døgnavdelingen og utenfor avdelingen. Bare ett av

tilfellene av utsprang (hoppe ut fra høyder) skjedde fra institusjon. Ingen kvinner brukte skyting som selvmordsmetode. Det var heller ingen kvinner som døde av kuttskader under innleggelse på avdeling eller i poliklinisk behandling.

Figur 4  
Kjønn (antall) relaterte til selvmordshendelse



### 3.5 Aldersgrupper relatert til metode og kjønn

I tabellene 8 og 9 er aldersgruppene for hvert kjønn relatert til selvmordsmetode. Det ble ikke rapportert om menn under 18 år som begikk selvmord i tidsperioden. En mann over 78 år

begikk selvmord ved drukning. Kategorien hengning på eller utenfor avdeling inkluderer også enkelte tilfeller av kvelning. Trafikkdød er de tilfellene der pasienten på forhånd hadde snakket om å kjøre i fjellvegg eller vogntog, hoppe foran trikk/tog e.l., og dødsårsaken stemte med uttalelsene.

Tabell 8  
Metode relatert til aldersgrupper (menn)

Metode	Menn – aldersgrupper								Sum
	18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68-77	>78	Ukjent	
Hengning på avdeling	2	3	1	0	2	1	0	1	10
Hengning utenfor avdeling	3	2	8	4	2	0	0	0	19
Intox avdeling	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Intox utenfor avdeling	4	4	0	0	1	0	0	2	11
Kutt avdeling	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Kutt utenfor avdeling	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Trafikkdød	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Drukning	2	0	0	0	1	1	1	0	5
Utsprang	0	1	2	0	1	0	0	0	4
Skyting	0	2	1	2	1	0	0	0	6
Annet	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Ukjent	6	6	5	6	0	0	0	3	26
<b>Sum</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>91</b>



Tabell 9  
Metode relatert til aldersgrupper (kvinner)

Metode	Kvinner – aldersgrupper								Sum
	<18	18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68-77	Ukjent	
Hengning på avdeling	1	3	0	1	2	1	0	0	8
Hengning utenfor avdeling	0	4	3	1	3	3	0	0	14
Intox avdeling	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Intox utenfor avdeling	0	3	2	1	4	1	0	0	11
Kutt utenfor avdeling	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Trafikkdød	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Drukning	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Utsprang	0	1	1	2	2	1	0	0	7
Annet	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Ukjent	0	1	1	8	3	2	1	2	18
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>68</b>

### 3.6 Diagnose

Statens helsetilsyn har brukt grupperingene i diagnosesystemet ICD-10 for å klassifisere de diagnosene som fremkommer i materialet. Kategoriene F00-F09 (organiske lidelser) og F70-F79 (psykisk utviklingshemming) er utelatt, da ingen av pasientene hadde fått en slik diagnose.

Diagnosekategoriene er følgende:

- F10-F19 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
- F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide lidelser
- F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser)
- F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser

F50-F59 Adferdssyndromer med fysiologiske/fysiske faktorer (eks. spiseforstyrrelse)

F60-F69 Personlighets- og adferdsforstyrrelser hos voksne

F80-F89 Utviklingsforstyrrelser (f.eks. autisme, Aspergers syndrom)

Diagnose var ikke satt, eller fremkom ikke i datamaterialet, i 37,9 % av tilfellene. Der hvor det forekom depresjonssymptomer som del av en annen mer omfattende lidelse, for eksempel schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, er det sistnevnte lidelser som er registrert i tabellen.

Som det fremkommer av tabell 10, er stemningslidelser den mest diagnostiserte kategorien. Depresjonsdiagnosene var i flertall. Ni av tilfellene registrert i kategorien stemningslidelser hadde diagnosen bipolar (manisk depressiv) lidelse.

Tabell 10  
Diagnosegrupper i antall og prosent

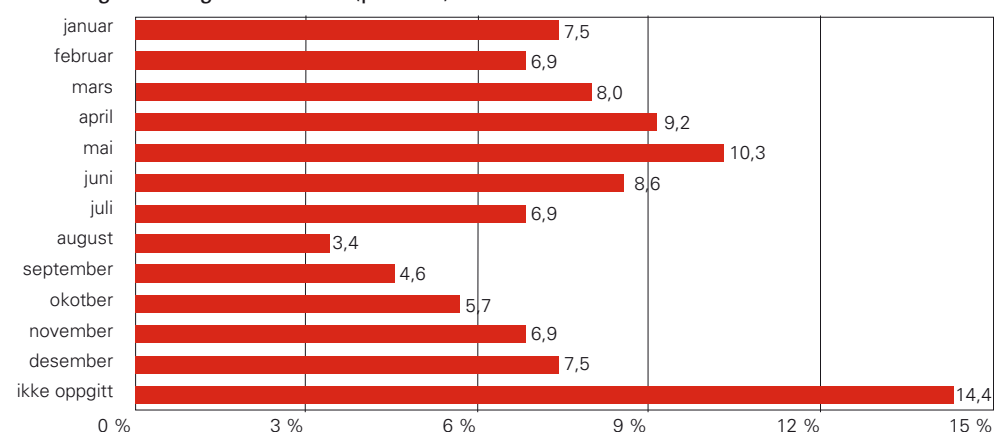
Diagnosegruppe	n	%
F10- F19	9	5,2
F20-F29	23	13,2
F30-F39	59	33,9
F40-F49	3	1,7
F50-F59	1	0,6
F60-F69	11	6,3
F80-F89	2	1,1
Ikke oppgitt	66	37,9
<b>Sum</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

### 3.7 Rus

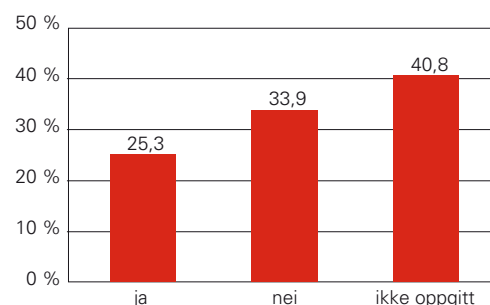
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, er tatt med som egen diagnosekategori F10-F19 i forrige avsnitt. I dette avsnittet er alle tilfeller av rusbruk inkludert, uansett om det er oppført som hoveddiagnose eller er nevnt i skjemaer eller journalnotater. Kategorien "ikke oppgitt" er brukt der det ikke fremkommer særskilte opplysninger om rusmiddelbruk. Kategorien "nei" er bare brukt der det var mulig å lese ut fra opplysningene at pasienten ikke brukte alkohol, piller eller narkotika.

Rusmiddelbruk var i 44 tilfeller oppgitt til å være et problem, mens det i 59 tilfeller ikke forelå bruk/misbruk. I de resterende 71 tilfelle var det intet grunnlag for å fastslå om det forelå bruk av rusmidler eller ei.

Figur 6  
Månedlig fordeling av selvmord (prosent)



Figur 5  
Rusmiddelmissbruk (prosent)



### 3.8 Sesongvariasjon

I registreringen av sesongvariasjon har vi brukt hendelsesdatoen som fremgår av meldeskjemaet eller av opplysninger i tilsynssaken. I figur 6 er det august og september som har lavest selvmordsfrekvens, mens vårmånedene ligger en del høyere. Flere har hevdet at bruk av sommervikarer og generelt dårligere bemanning i sommerferie kan tenkes å ha en innflytelse på kvaliteten av den behandling som tilbys, og med dette gi høyere antall selvmord. Våre funn støtter ikke denne antagelsen. Flere faktorer kan imidlertid virke inn på tallene. Vi kan ikke utelukke at nettopp dårlig bemanning og vikarer som ikke er kjent med systemet kan være medvirkende til at selvmord ikke rapporteres i samme grad som ellers.

Av selvmordene med kjent hendelsesdato, ble 21,9 % utført i vintermånedene desember, januar og februar, 27,5 % i vårmånedene mars, april og mai, 18,9 % i sommermånedene juni, juli og august og 17,2 % i høstmånedene september, oktober og november.

## 4 Hvor fant vi svikt?

### 4.1 Vurdering av virksomheten

I åtte av de 18 tilsynssakene som endte med kritikk mot virksomheten, var det ikke utført en forsvarlig selvmordsrisikovurdering ved behandlingsstart.

Åtte saker manglet revurdering av selvmordsfaren ved sårbare overgangsfaser (overføring fra tvungent til frivillig vern, før permisjoner, ved overflytninger, utskrivninger m.m.). Mangelfull journalføring ble påpekt i seks av de 18 sakene. I tillegg fant vi manglende beskyttelse eller sikring (for eksempel ved transport, overføring mellom avdelinger eller sikring av farlige gjenstander) i fire saker. Oppfølging av pårørende/etterlatte var meget god i to saker, i fire saker ble det påpekt svikt, og i de resterende 12 saker ble oppfølgingen av pårørende ikke nevnt særskilt. I to saker ble vurdering av selvmordsfare gjort av personell med klart sviktende kompetanse (medisinstudent, høyskoleutdannet personell) uten at det ble tatt kontakt med mer kvalifisert helsepersonell. Vi fant en gjennomgående mangel på systemer for opplæring av helsepersonellet og utilstrekkelig informasjon til nyansatte om prosedyrer/retningslinjer.

I kun tre av sakene der virksomheten ble kritisert, ble det på registreringskjemaet krysset av for at virksomheten hadde forbedret sine styringssystemer etter hendelsen. To av sakene gjaldt forbedring av rutiner for transport av pasienter og raskere utsendelse av epikrise. I ett tilfelle gjorde virksomheten en omfattende revidering og forbedring

av sine selvmordsforebyggende prosedyrer og retningslinjer.

### 4.2 Vurdering av helsepersonell

I fire saker som gjaldt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble det konstatert brudd på § 4 (forsvarlighetskravet) i helsepersonelloven, og sakene ble sendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Utfallet av disse sakene var at Statens helsetilsyn fant at det ikke var grunnlag for å gi helsepersonellet en administrativ reaksjon, da virksomhetene ikke hadde sørget for forsvarlige rutiner og systemer i sitt selvmordsforebyggende arbeid. To andre saker som ble oversendt Statens helsetilsyn dreide seg om behandlere i primærhelsetjenesten, og var således ikke direkte relatert til behandling mottatt innen psykisk helsevern.

## 5 Oppsummering og diskusjon av resultatene

### 5.1 Underrapportering og mørketall

I løpet av den aktuelle toårsperioden avsluttet tilsynsmyndighetene noen få saker med hendelsesår 2003, men hovedtyngden av klagesakene/meldingene hadde hendelsesår 2004, 2005 og 2006. Saker som kom til Helsetilsynet i fylket mot slutten av 2006 var ikke ferdigbehandlet da undersøkelsesperioden var over og har således ikke kommet med i datagrunnlaget. Tallene fra Meldesentralen har imidlertid vist et nokså stabilt antall meldinger fra psykiatrien de siste årene, og vi kan derfor legge til grunn at etterlepet fra 2004 vil veie opp for sakene som ikke var ferdigbehandlet ved studiens avslutning i desember 2006. Helsetilsynet ble altså kjent med 85-90 selvmord pr. år av pasienter til behandling i psykisk helsevern.

Ca. ett av fem selvmord som tilsynsmyndighetene ble kjent med i denne perioden, ble ikke rapportert i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Disse ble kjent for tilsynsmyndighetene gjennom klager fra pårørende, meldinger fra offentlige myndigheter, media, mv. Ifølge Statistisk sentralbyrå begås det i Norge rundt 500 selvmord pr. år <sup>(15)</sup>. Enkelte forskere hevder at mer enn 90 % av de som tar sitt eget liv, har en diagnostiserbar psykisk lidelse <sup>(16)</sup>. Overført til norske forhold, ville det dreie seg om 450 personer med en psykisk lidelse. Hvis vi trekker fra de 85 til 90 personene som vi med sikkerhet vet tok livet sitt under psykiatrisk

behandling, gjenstår det ca 350 tilfelle som vi ikke vet noe om. Walby og medarbeidere fant i en undersøkelse av alle selvmord i Oslo under innleggelse og i de tre første årene etter utskrivning, at 20 % av selvmordene fant sted mens pasienten var formelt innlagt, og de resterende 80 % i løpet av de neste årene, med en klar hovedvekt på det første året etter utskrivning <sup>(17)</sup>. Selv om ikke alle disse pasientene nødvendigvis var i aktiv behandling, var det en betydelig overvekt av selvmord begått utenfor institusjon. I vår studie kommer 76 av meldingene, tilsvarende 43,2 %, fra døgnavdelinger. Dette kan tyde på at meldekulturen er bedre ved døgninstitusjonene enn ved polikliniske enheter, selv om begge er definert som spesialisthelsetjeneste og med dette lovmessig pålagt å melde selvmord. Det gir oss også grunn til å tro at det totale antall selvmord innen det psykiske helsevern er vesentlig høyere enn det som fremkommer i vårt materiale.

Vi har med studien påvist en underrapportering, der ca 20 % av selvmordene ikke ble rapportert som de skulle, og som kom til oss gjennom andre kanaler enn meldesystemet. Men vi har også en antatt underrapportering, som fremkommer ved sammenligning med andre selvmordsstudier, og som antakelig kan relateres til manglende rapportering fra poliklinikker/DPSer. Dersom 90 % av de ca. 500 pasientene som årlig begår selvmord i Norge har en psykisk lidelse, kan det være grunn til å stille spørsmål ved om alle disse fikk den behandling og oppfølging de burde hatt.

15. Statistisk sentralbyrå. Selvmord etter dødsårsak. 1976-2006 [tabell]. Tilgjengelig i fulltekst på [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

16. Cavanagh J-TO, Carson A, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.

17. Walby FA, Odegaard E, Mehlum L. Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *J Affect Dis* 2006; 92: 253-60.

Når det gjelder de fylkesvise ulikhetene som fremkommer i figur 2, må vi være svært forsiktige i tolkningen av resultatene. Ulikhetene kan tyde på at meldekulturen varierer i ulike deler av landet, og vi vet at enkelte institusjoner er ”flinke” til å rapportere. Det aktuelle fylket vil da fremstå med høyere selvmordsrate. Mange andre faktorer, som for eksempel den geografiske plasseringen av store behandlingssenheter, godkjenning for tvungent vern, sosioøkonomiske forhold, m.v., vil kunne påvirke resultatene.

## 5.2 Virksomhetens ansvar

Tilsynsmyndighetene har i sin vurdering av selvmordssaker valgt å legge vekt på virksomhetenes ansvar for å sørge for forsvarlig opplæring i å identifisere og behandle selvmordstruede pasienter, forsvarlige beskyttelsesrutiner, samhandlingsrutiner, journalføringsrutiner, mv.

Den gjennomførte toårsstudien viste at svært få virksomheter brukte den enkelte hendelse til kvalitetsforbedrende tiltak, og det ble avdekket til dels store mangler ved deres selvmordsforebyggende arbeid. Virksomhetene må være bevisste på den store selvmordsrisikoen hos mange av pasientene i psykisk helsevern. De har plikt til å etablere gode prosedyrer for å fange opp signaler på selvmordsfare og innrette forholdene rundt behandlingen i henhold til selvmordsrisikoen. Det foreligger omfattende og tilgjengelig informasjon om hvordan slikt forebyggende arbeid bør organiseres, sist oppsummert i de nasjonale retningslinjene som ble utgitt av Helse- og helsedirektoratet i 2008 <sup>(8)</sup>.

Etter at vår studie ble avsluttet, har noen av virksomhetene gitt tilbakemeldinger på at de har endret sine rutiner eller opprettet nødvendige rutiner og systemer i sitt selvmordsforebyggende arbeid. Dessverre mottar Helsetilsynet jevnlig nye tilsynssaker som viser at det mange steder i Norge fortsatt finnes betydelige mangler ved virksomhetenes rutiner på dette området.

## 5.3 Tilsynsmessige ulikheter

Helsetilsynet i de enkelte fylkene har ikke en felles oppfatning av hvordan selvmordsmeldingene skal følges opp tilsynsmessig. Avgjørelsene om å åpne tilsynssak og de tilsynsmessige vurderingene som foretas i sakene er basert på skjønn i det enkelte fylket, og hos den enkelte saksbehandler. Etter å ha oppsummert første års datagrunnlag, utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig sjekkliste over hvilke forhold som tilsynsmyndighetene bør ha med i sitt vurderingsgrunnlag. En endelig sjekkliste er nå utarbeidet og utgis sammen med denne rapporten.

8. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## 6 Verdt å merke seg

### 6.1 Hva bør virksomhetene merke seg ved denne studien?

#### *Forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2*

Statens helsetilsyn viser til avsnittet om våre funn ved vurdering av virksomhetene (pkt. 4.1.). Vi fant svikt i selvmordsrisikovurderingen, mangelfull journalføring, manglende sikring/beskyttelse av pasienten, dårlig oppfølging av de nærmeste gjenlevende, m.v. Mange virksomheter manglet prosedyrer eller hadde ikke implementert disse gjennom tilstrekkelig informasjon og opplæring.

Sentrale spørsmål for tilsynsmyndighetene er selvmordsrisikovurderingen (hvem utfører, når?), beskyttelsestiltak (hvem fjerner farlige gjenstander?), hvem skal fatte og oppheve beslutninger om intervallbasert tilsyn/føtølging, hvem har ansvar for de fysiske forholdene på avdelingen (jf. hengning som viktigste metode). Journalføringsrutiner, samhandlingsrutiner osv. må være på plass. De etterlatte må ivaretas på en god måte, og man må ikke glemme deres rett til innsyn i avdødes journal, samt informasjon om deres klagerett til ulike instanser.

#### *Meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3*

Hensikten med meldeplikten er ikke å bebreide den enkelte helsearbeider involvert i saken, men å sikre at virksomhetene bruker utilsiktede hendelser og unaturlige dødsfall i sitt interne kvalitetsutviklende arbeid. Dersom

saken innrapporteres til Helsetilsynet i fylket ved hjelp av brev, kopi av journalnotater e.l., vil riktignok rapporteringsplikten være oppfylt, men saken vil ikke kunne registreres i Meldesentralen. Meldingen skal derfor oversendes til Helsetilsynet i fylket på rett skjema, IK - 2448 <sup>(11)</sup>. Journalnotater og andre opplysninger som er nødvendige for ytterligere opplysning av saken sendes som vedlegg til skjemaet.

#### *Kvalitetsarbeid*

Statens helsetilsyn forventer at virksomhetene innen psykisk helsevern benytter disse tragiske og uønskede hendelsene i sitt selvmordsforebyggende arbeid. Hensikten er ikke å peke ut syndebukker, men evaluere de eksisterende rutineene, og om nødvendig oppdatere og forbedre disse. Virksomheten må gjøre alt som er mulig for å unngå at slike hendelser skjer igjen. Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten <sup>(2)</sup> og Helsedirektoratets veileder IS-1183 "Hvordan holde orden i eget hus" <sup>(18)</sup> gir tydelig uttrykk for virksomhetens plikt til bl.a. å utnytte arbeidstakernes erfaringer, identifisere områder med fare for svikt og drive kontinuerlig forbedringsarbeid.

I kapittel 2 fremgikk det at selvmordsmetoden ikke var oppført eller kjent i 33,9 % av hendelsene. Dersom dødsårsaken ikke er fastslått ved meldetidspunktet, bør dette fremkomme av skjemaet, ellers bør metoden oppgis. I dette ligger nettopp en del av læringspotensialet ved slike hendelser. Ett eksempel kan være at pasienten tar sitt

11. Melding til Helsetilsynet i fylket [skjema]. IK-2448. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. [http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding\\_fylkeslegen\\_betydelig\\_eller\\_fare\\_betydelig\\_personskade\\_ik-2448.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding_fylkeslegen_betydelig_eller_fare_betydelig_personskade_ik-2448.pdf) (6.1.2009)

2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr 1731 § 1. Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

18. Hvordan holde orden i eget hus. IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

liv ved å skyte seg i hjemmet. Behandlende instans og kvalitetsutvalget ved institusjonen bør da vurdere om de hadde tilstrekkelige rutiner/prosedyrer for å spørre pasienten om vedkommende hadde våpen i hjemmet, hvorvidt politiet burde vært varslet, mv. Ved intoksikasjoner med farlige medisiner bør det også foretas en gjennomgang av hendelsen og en vurdering av rutiner for medisin håndtering: burde medisinene vært oppbevart av virksomheten, delt ut på annen måte, mv.

## 6.2 Hva bør helsepersonell merke seg?

Ovenfor har vi understreket ansvaret som påhviler ledelsen for at alle rutiner er på plass og at helsepersonellet har fått tilstrekkelig opplæring i selvmordsforebyggende arbeid. Helsepersonellet må imidlertid ikke glemme at de har et selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse, jf. § 4 i helsepersonelloven <sup>(4)</sup>. De skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og være bevisste på egen kompetanse. Dersom denne ikke strekker til, må de ha lav terskel for å søke råd hos kollegaer, bakvakt eller andre. Helsepersonellet skal bl.a. kjenne regelverket om pasientjournal og sørge for god dokumentasjon av vurderinger, iverksatt behandling, informasjon til samarbeidende eller etterfølgende behandlere, osv. Dersom de ikke journalfører en selvmordsrisikovurdering, vil Helsetilsynet legge til grunn at slik vurdering ikke har funnet sted.

Helsepersonellet har plikt til å gjøre seg kjent med og følge avdelingens fastlagte prosedyrer og retningslinjer. Helsepersonellet må sørge for å holde seg faglig oppdatert. Når det gjelder selvmordsforebygging, bør de bl.a. kjenne Helsedirektoratets nye retningslinjer og følge disse. En av direktoratets nye anbefalinger er at *alle* pasienter som tas inn i psykisk helsevern bør spørres om selvmordstanker/-planer.

## 6.3 Hva bør pårørende, organisasjoner, media o.a. merke seg?

I flere av våre tilsynssaker har vi sett at

pårørende har sørget for innleggelse ved døgnavdeling, og gitt uttrykk for alvorlig bekymring med hensyn til pasientens selvmordsrisiko. I ettertid har imidlertid deres uttalelser ikke vært tilstrekkelig vektlagt, de viktige komparentopplysningene er ikke journalført, pasienten sendes hjem på permisjon uten at pårørende er varslet, m.v.

Etter at selvmordet hadde funnet sted, fant vi også svikt i avdelingens oppfølging av pasientens nærmeste pårørende. I fire av de 18 omtalte tilsynssakene mot virksomheter, påpekte Helsetilsynet i fylket at de pårørende ble dårlig ivaretatt. Tallet er riktignok ikke høyt, kun ca 2 % av det samlede antall saker. Våre samlede tilsynserfaringer gir oss likevel grunn til å tro at mange pårørende ikke ivaretas på forsvarlig vis etter selvmord, og at tallet kunne vært betydelig høyere. Vi vet at mange kvier seg for, eller ikke orker, å klage til helsetjenesten, til Helsetilsynet eller andre klageinstanser. Det å håndtere pårørendes reaksjoner kan være en utfordring for det involverte helsepersonellet, som kanskje selv har behov for å bearbeide hendelsen. Det er imidlertid helsepersonellens ansvar, som profesjonelle tjenestetilbydere, å sørge for en best mulig dialog og oppfølging. Dersom de pårørende ønsker innsyn i journal, har de med få unntak rett til dette, og de har rett til å få opplysninger om klageinstanser, støtteorganisasjoner, m.v. Helsedirektoratet har i oktober 2008 utgitt veilederen "Pårørende - en ressurs". Veilederen har som mål å stimulere til at virksomhetene etablerer gode rutiner som sikrer at pårørendes rettigheter, ønsker og behov ivaretas på en god måte <sup>(19)</sup>.

Helsetilsynet har i enkelte tilfelle blitt kjent med selvmordene og åpnet tilsynssak på bakgrunn av oppslag i media. Media har en viktig rolle og et stort ansvar ved slike oppslag. "Vær Varsom" – plakaten anbefaler nøktern informasjon, og media synes generelt å respektere dette. Men til tider finner vi dramatiske overskrifter om svikt i psykiatrien, uten at det er gitt tid til at saken er godt nok opplyst. Dette er verken pasienter, ansatte eller pårørende/nærmeste tjent med. I våre 174

4. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

19. Pårørende – en ressurs. IS-1512. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

saker gjennom to år ble det bare påvist pliktbrudd på virksomhetsnivå i 19 saker og på individnivå i 4 saker. De lave tallene illustrerer at selv om rutiner og prosedyrer er på plass og helsepersonellet ikke har opptrådt kritikkverdig, kan det være vanskelig å unngå enkelte av disse hendelsene.

#### **6.4 Hva bør Helsetilsynet i fylkene merke seg?**

Statens helsetilsyn har merket seg de store ulikhetene mellom fylkene både når det gjelder vurderingen av grunnlaget for å opprette tilsynssak på bakgrunn av en § 3-3-melding, og i håndteringen og vurderingen av sakene etter at tilsynssak er opprettet. Statens helsetilsyn har et overordnet ansvar for at Helsetilsynet i fylkene utøver en mest mulig ensartet praksis. Vi vil derfor anbefale Helsetilsynet i fylket at informasjonen som fremkommer i § 3-3-meldingen vurderes meget nøye. Meldingen skal være sendt på skjema IK-2448 slik at den kan føres korrekt inn i Meldesentralen. Opplysningene på meldeskjemaet vil i mange tilfelle ikke utgjøre et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om pasienten har fått forsvarlig behandling og at det er gjort en korrekt avvikshåndtering. Det må da innhentes ytterligere informasjon om virksomhetens selvmordsforebyggende arbeid. Vedlegget til denne rapporten kan brukes til å vise kvalitetsutvalget hvilke rutiner og prosedyrer vi forventer at de skal ha på plass. Vedlegget er videre ment som en hjelp til en systematisk og ensartet praksis i gjennomgangen av tilsynssaker som omhandler selvmord og alvorlige selvmordsforsøk.



## 7 Litteratur

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr 1731 § 1. Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
3. Og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. IS-1162. Sosial- og helsedirektoratet, 2005. Tilgjengelig i fulltekst på [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no) (6.1.2009)
4. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
5. Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2: 180-3. Tilgjengelig i fulltekst på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)
6. Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport. IK-2720. Helsetilsynets skriftserie 2000:3. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
7. Oppfølgingsprosjekt - tiltak mot selvmord. Prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn høsten 2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. Tilgjengelig i fulltekst på <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/index.html>
8. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
9. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 § 3 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
10. Meldeplikt til Fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen. Rundskriv I-54/2000. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.
11. Melding til Helsetilsynet i fylket [skjema]. IK-2448. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. [http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding\\_fylkeslegen\\_betydelig\\_eller\\_fare\\_betydelig\\_personskade\\_ik-2448.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/meldesentralen/melding_fylkeslegen_betydelig_eller_fare_betydelig_personskade_ik-2448.pdf) (6.1.2009)
12. Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr 1385. Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
13. Hjort PE. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal, 2007.
14. Meldesentralen - årsrapport 2005. Rapport fra Helsetilsynet 1/2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.

[http://www.helsetilsynet.no/  
templates/  
ArticleWithLinks\\_\\_\\_\\_\\_8717.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_____8717.aspx)  
(6.1.2009)

15. Statistisk sentralbyrå. Selvmord etter døds måte. 1976-2006 [tabell]. Tilgjengelig i fulltekst på [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
16. Cavanagh J-TO, Carson A, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.
17. Walby FA, Odegaard E, Mehlum L. Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *J Affect Dis* 2006; 92: 253-60.
18. Hvordan holde orden i eget hus. IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
19. Pårørende – en ressurs. IS-1512. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. Tilgjengelig i fulltekst på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

# Sjekkliste for tilsynsmyndighetenes gjennomgang av saker om selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter under behandling i psykisk helsevern\*

## 1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

**Kartlegging:** Helsedirektoratet anbefaler <sup>(1)</sup> at **alle** pasienter som tas imot i psykisk helsevern bør spørres om selvmordstanker, selvmordsplaner og tidligere selvmordsforsøk. Dersom pasienten svarer positivt på noen av spørsmålene, må virksomheten ha rutiner på at pasienten følges nærmere opp med **vurdering** av selvmordsrisikoen, se under.

### Vurdering:

Selvmordsrisikovurderingen bør være grundig og systematisk. Den aktuelle psykiske status vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker/-planer. Selvmordsrisikovurderingen bør være en reell faglig vurdering som konkluderer med antatt risiko for selvmord (høy, middels, lav).

**1.1 Kompetansekrav:** *alle* yrkesgrupper bør forhøre seg om selvmordstanker, selvmordsplaner og tidligere selvmordsforsøk (*kartlegging*) når de kommer i kontakt med en ny pasient i psykisk helsevern. Selve selvmordsrisikovurderingen bør fortrinnsvis utføres av lege eller psykolog, men kan også utføres av annet helsepersonell med tilstrekkelige faglige kvalifikasjoner til å utføre vurderingen og treffe nødvendige tiltak. Virksomheten må ha rutiner for hvem som skal kontaktes dersom helsepersonellet som tilser pasienten ikke har tilstrekkelig kompetanse.

### 1.2 Forhold som skal inngå i selvmordsrisikovurderingen:

Virksomheten må ha prosedyrer, gjerne ved hjelp av sjekklister, på:

1.2.1 at alle sårbarhets- og risikofaktorer blir klarlagt (alvorlig psykisk lidelse, tidligere selvmordsforsøk, rusbruk, overgrepshistorikk, nylig

tap av nærstående/brudd i viktig relasjon, sosiale problemer, tidligere selvmord i familien, tap av funksjoner, tap av ferdigheter eller håp mv.)

1.2.2 at relevante komparentopplysninger/pårørendeinformasjon innhentes om mulig

1.2.3 at det spørres om pasientens tilgang på våpen og farlige medikamenter

1.2.4 at det foreligger en konklusjon på graden av selvmordsfare.

### 1.3 Når risikovurdering skal gjentas:

Virksomheten må ha rutiner for hvor ofte risikovurderingen skal gjentas når en pasient er selvmordstruet og for å gjenta vurderingen ved endringer i tilstanden, sårbare overgangsfaser i behandlingen (permisjoner, overflytting til annen avdeling/post, bytte av behandler, ved utskrivning, m.v.).

### 1.4 Journalføring av selvmordsrisikovurderingen:

Virksomheten må ha rutiner som sikrer at andre behandlere eller instanser mottar nødvendig og nøyaktig informasjon.

**1.5 Opplæringstiltak:** Virksomheten må ha rutiner på opplæring i selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende tiltak, og på at nyansatte mottar tilstrekkelig informasjon.

## 2. Behandling

Det bør foreligge en korrekt diagnose så snart som mulig og igangsettes behandling som tar utgangspunkt i kunnskapsstatus for den enkelte lidelse (psykoterapi, medisiner, ECT osv).

\* Erstatte den foreløpige sjekklisten fra 28. mars 2006

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig i fulltekst på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Virksomheten bør sørge for tilstrekkelig liggetid til at det kan foretas en forsvarlig vurdering av tilstanden.

### 3. Forebygging i døgnenheter

Virksomheten må ha rutiner for:

#### 1.1 Entydig system for gradert overvåkning/beskyttelse av selvmordsnære pasienter:

innebærer definisjon av de vanligste begreper: fotfølging/kontinuerlig observasjon, intervallobservasjon (hvor ofte dag/natt), og skal være kjent for alle. Må være konsistent med grad av selvmordsrisiko. Helsedirektoratet anbefaler spesialistkompetanse hos den som skal beslutte/iverksette og oppheve sikringstiltakene.

**1.2 Fysiske beskyttelsestiltak:** Har virksomheten regelmessig (minst årlig) kontroll av de fysiske forholdene ved sengepostene for å sikre identifisering av fysiske farer og iverksettelse av nødvendige beskyttelsestiltak (sikre mot hengning, utsprang og liknende (opphengspunkter, låsbare vinduer, dører m.v.). Har døgnenheten rutiner for fjerning av farlige gjenstander som kan brukes til hengning, kvelning, kutt, m.v.

**1.3 Vurdering av utgangstatus, permisjon, overflytting** (dokumentert i journal).

### 4. Forebygging etter utskrivelse fra døgnenheter

#### 4.1 Selvmordsrisikoen vurderes og dokumenteres ved utskrivelse

**4.2 Forsvarlig utskrivelse:** innebærer individuell plan/behandlingsplan, fortrinnsvis timeavtale med oppfølgende instans, rask epikrise, følge til neste behandler, evt. ambulant team, opplysninger om hvor pasienten skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp, m.v. Helsedirektoratet anbefaler oppfølging innen én uke etter utskrivelse.

### 5. Kronisk suicidalitet

Helsedirektoratet anbefaler langsiktig behandlingsplan, og at det tilstrebes god behandlingsallianse og godt samarbeid med andre aktører. Grunnlidelsen og eventuelle komorbide tilstander må diagnostiseres, og utløsende faktorer for selvmordsadferden bør kartlegges.

### 6. Pårørende og etterlatte

**6.1 Medvirkning til helsehjelpen:** viktig at de er blitt hørt, fått den informasjonen de har rett på, osv, i samsvar med regelverket.

**6.2 Ivaretagelse av etterlatte:** rutiner for sorgstøtte, informasjon om aktuelle brukerorganisasjoner, om innsynsrett i journal, om mulighet til å søke erstatning gjennom NPE ved behandlingssvikt, om mulighet for å anmode tilsynsmyndighetene om å vurdere helsehjelpen.

### 7. Rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk

**7.1 Meldeplikt:** rutiner for meldeplikt ved gjennomført selvmord og hendelser som kunne ført til betydelig personskade

**7.2 Gjennomgang og læring av hendelsen** (kvalitetsutviklingsarbeid). Har virksomheten rutiner for selvmordsgjennomgang med henblikk på læring og forebygging? I de nasjonale retningslinjene (s. 28) heter det: *”Det enkelte helseforetak bør føre oversikt over antall meldte selvmord og alvorlige selvmordsforsøk, og hvorvidt foretaket fikk kritikk av Helsetilsynet eller ikke. Helsetilsynets tilbakemeldinger bør gjøres kjent for alle behandlere i læringsøyemed”*.

# Čoahkkáigeassu - guovtti jagi iskkadeami iešsorbmenáššiid hárrái psykalaš dearvvašvuodadivššus

Čoahkkáigeassu Dearvvašvuodageahču Raportta 3/2009 čoahkkáigeassu

Jagiin 2005 ja 2006 registrerii Stáhta dearvvašvuodageahčču systemáhtalaččat iešsorbmemiid maid dahke olbmot geat ledje čálihuuvon psykalaš dearvvašvuodasuodjalussii ja maid Fylkkaid dearvvašvuodageahčut ožžo diehtevassii. Mii gávnaheimmet ahte doaimmahagat eai doallan iežaset láhkageatnegahttojuvvon diedihangeatnegasvuoda geahččoeiseválddiide goasii juohke vidát dáhpáhusas, ja dáhpáhusat adnojuvvojedje unnán ávkin kvalitehta buorideami barggus. Doaimmahagat eai dahkan dan maid livčče galgan das ahte ráhkadit vuogádagaid/prosedyraid eastadit iešsorbmemiid, oahpahit bargiidasaset, journálačállima hárrái ja fuolahit iešsorbmejeaddji lagamusaid jna. Mii gávnaheimmet maiddái ahte leat stuora erohusat das movt Fylkkaid dearvvašvuodageahčut fuolahit iešsorbmenáššiid.

# Summary of a two-year study of suicides in the mental health service

**Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 3/2009**

*This report is published in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no/english](http://www.helsetilsynet.no/english)*

During 2005 and 2006, the Norwegian Board of Health Supervision conducted a systematic registration of suicides committed by patients registered in the mental health care service and that were brought to the notice of the county branches of the Board of Health Supervision.

We found that the health enterprises did not comply with their statutory obligation to report to the supervisory authorities in nearly one of five cases, and that the events were only to a small extent used for quality improvement work. The health enterprises failed in preparing routines/procedures for suicide prevention work, in training their employees, in keeping records and in taking care of the bereaved, etc. We also found great differences in how the county branches of the Board of Health Supervision handled suicide cases.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2008

**1/2008** Meldesentralen – årsrapport 2006

**2/2008** ”Mens vi venter ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

**3/2008** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

**4/2008** Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven

**5/2008** Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007

**6/2008** Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeidstilsynet

**7/2008** Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Utgivelser 2009

**1/2009** Hans Petter Schjøsby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

**2/2009** Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

**3/2009** Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

**4/2009** DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

**5/2009** Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

**6/2009** ”Sikker som banken...” – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften.

## Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2009

### **Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern**

I årene 2005 og 2006 foretok Statens helsetilsyn en systematisk registrering av selvmord som ble begått av pasienter innskrevet i psykisk helsevern og som ble kjent for Helsetilsynet i fylkene.

Vi fant at virksomhetene ikke overholdt sin lovpålagte meldeplikt til tilsynsmyndighetene i nesten en av fem tilfeller, og hendelsene ble i liten grad brukt til kvalitetsforbedrende arbeid. Virksomhetene sviktet i å utarbeide rutiner/prosedyrer for selvmordsforebyggende arbeid, opplæring av sine ansatte, journalføring og i å ivareta etterlatte mv. Vi fant videre store ulikheter i Helsetilsynet i fylkenes håndtering av selvmordssaker.