

## ARTIKKEL 8

### Kontinuitet i tilsynsmessig oppfølging av varsler om selvmord hos Fylkesmannen i Vest-Agder

***Fylkesmannen i Vest-Agder er blitt bedt om å skrive om sin tilsynsmessige oppfølging av varsler om selvmord hos pasienter under behandling i psykisk helsevern. Assisterende fylkeslege Toril Hagerup-Jenssen har skrevet denne artikkelen som gir et tilbakeblikk på Fylkesmannens flerårige engasjement i oppfølging av selvmord og alvorlige selvmordsforsøk. Erfaringer etter innføring av varselsordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a blir også beskrevet.***

Selvmord er noe av det mest dramatiske som kan skje. Det å ta sitt eget liv er uttrykk for menneskets dypeste fortvilelse. Handlingen rammer pårørende langt mer komplekst enn en ikke-selvalgt død eller ulykke. Det å oppleve at pasienter tar sitt eget liv er også en stor påkjenning for involverte behandlere.

Som tilsynsmyndighet engasjerte Fylkesmannen i Vest-Agder seg tidlig i dette temaet. Fra våren 2003 til sensommeren 2004 mottok vi til sammen ni meldinger om selvmord eller svært alvorlige selvmordsforsøk, noe som fikk oss til å stille spørsmål ved sykehusets håndtering av problematikken. Vi ba professor i psykiatri Lars Mehlum om å gjennomgå sakene og gi en tilbakemelding på sykehusets systematiske behandlingstilbud ved risiko for selv-

mord. Hans tilbakemelding den gang var:

*Sykehuset hadde ikke etablert et system som sikret at dokumentering, diagnostisering, behandling og oppfølging for selvmordstruede pasienter og deres pårørende skjer faglig forsvarlig og i samsvar med regelverkets krav. Sykehuset har ikke systematisk utnyttet erfaringer fra selvmordshendelser i sitt kvalitetsarbeid.*

Etter dette ga sykehuset tilbakemelding til Fylkesmannen om at de ville arbeide med områdene hvor det ble påpekt systematisk svikt. I tidsrommet fra sommeren 2005 til sommeren 2006 mottok Fylkesmannen ti nye meldinger om selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk hos pasienter som mottok psykiatrisk behandling. Med utgangspunkt i de meldte tilfellene ble det fra vår side gjort en ny tilsynsmessig vurdering av sykehusets systematiske behandlingstilbud ved risiko for selvmord. Vår konklusjon var den samme som ved gjennomgangen ved professor Mehlum et par år tidligere. Vi påpekte også at sykehuset ikke ivaretok kravene i internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten, ved at Kvalitetsrådet ikke hadde gjennomført systematiske vurderinger av de meldte hendelsene. I møte med sykehuset diskuterte vi nødvendigheten av å gjøre systematiske

selvmordsvurderinger og å implementere tiltak for kompetanseheving innen de aktuelle områdene.

I perioden 2009–2010 mottok vi melding fra Klinik for psykiatri og avhengighetsbehandling (KPA) om 16 selvmord og 12 alvorlige selvmordsforsøk.

Etter etablering av varselsordningen har Fylkesmannen fra januar 2011 frem til desember 2013 blitt kontaktet av Statens helsetilsyn om i alt 25 varsler som dreier seg om selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk. Ni av tilfellene dreier seg om alvorlige selvmordsforsøk. Tre av sakene er pr. d.d. ikke ferdigbehandlet.

Sakene omhandler pasienter som enten er innlagt i psykisk helsevern, eller som er utskrevet svært kort tid før hendelsen. Foruten disse varselsakene har Fylkesmannen i dette tidsrommet også mottatt meldinger om slike hendelser direkte fra KPA, som ikke har vært vurdert til å være varslingspliktige til Statens helsetilsyn. Totalt har det i perioden fra 2009 vært registrert 41 selvmord og 25 alvorlige forsøk hos pasienter med psykiske lidelser i Vest-Agder. Dette er sørgelig høye tall. Et tilsvarende antall dødsulykker i trafikken her i vårt fylke, hadde mobilisert bred samfunnsinnsats på forebygging.

#### **Hva fant vi?**

Hos Fylkesmannen i Vest-Agder har vi derfor – med noen få unntak – opprettet tilsynssak ved alle meldinger om selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk. Vi bruker nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ved våre vurderinger av hva som er god faglig praksis på området.

I våre 23 ferdigbehandlede tilsynssaker fant vi i elleve av sakene at vurderingene ved sykehuset hadde gjort forut for selvmord/selvmordsforsøk hadde tilfredsstillende systematikk, innhold og struktur i tråd med nasjonale retningslinjer. I ni av sakene fant vi at det ikke var reflektert over selvmordsrisiko, og i tre av sakene fant vi at det var et markert forbedringspotensiale. I de

elleve sakene hvor vi fant tilfredsstillende selvmordsrisikovurdering, fant vi også gjennomgående god kvalitet på journalføring og et faglig forsvarlig behandlingstilbud; noe som ikke var tilfelle med flere av de andre sakene. Pasientene var jevnt fordelt kjønnsmessig med tolv kvinner og tretten menn. Aldersspennet var mellom 16 og 76 år.

I løpet av de årene hvor vi som tilsynsmyndighet har fulgt disse sakene systematisk, har sykehuset blitt mer systematiske i sin tilnærming til selvmordsrisiko. Det er imidlertid en stykke igjen. At det i ni av 23 saker ikke er gjort tilfredsstillende pasientvurdering/-oppfølging er ikke godt nok etter vår vurdering. Vi ser imidlertid at disse sakene nå får en meget grundig behandling i kvalitetsrådet ved KPA. Som regel er det samsvar mellom kvalitetsrådets vurdering og våre konklusjoner i sakene.

#### **Hva gjør vi videre?**

Forbedringsarbeid må være en kontinuerlig prosess. Vi kontaktet sykehuset og spurte hvordan de bruker erfaringer fra tilsynssaker i sitt systematiske kvalitetsforbedringsarbeid. I begynnelsen av 2014 inviterte Kvalitetsrådet oss til møte. KPA la fram en rapport med en gjennomgang de selv hadde gjort av alle selvmord. De er i ferd med å etablere tiltak for å bedre praksis når de møter pasienter der det kan være fare for selvmord. Vi drøftet i møtet hvordan erfaringene fra en systematisk gjennomgang kan brukes i sykehusets kvalitetsforbedring i forebygging av selvmord i det psykiske helsevern her i Vest-Agder. Statens helsetilsyn ved Undersøkelsenheten deltok også på møtet.

Antall meldinger er i statistisk forstand et relativt lite tall, og man skal vokte seg for å tolke årlige variasjoner som indikatorer på stabile endringer. Ser vi på meldte saker fra tidlig på 2000-tallet og fram til nå, ser vi en tydelig økning i antallet. Vi har likevel ingen indikasjon på annet enn at det dreier seg om økning i antall meldinger og ikke en reell økning i antall selvmord eller

alvorlige selvmordsforsøk hos denne pasientgruppen. Økningen er med andre ord et uttrykk for bedre melde- og varslingspraksis i psykisk helsevern, noe som kan tyde på oppmerksomhet på temaet.

Vi har registrert at etter innføring av varselordningen kommer det færre meldinger direkte til Fylkesmannen. Varselordningen har etter vår vurdering bidratt til å bevisstgjøre sykehuset i forhold til meldinger. Vi opplever telefondialogen Fylkesmannen har med Statens helsetilsyn i disse sakene både som nyttig og lærerik. Den gir et godt utgangspunkt for fokus og struktur på oppstart av tilsynssakene. Det er videre vår erfaring at varselsordningen bidrar til raskere informasjonsinnhenting enn før, og derved en bedre saksfremstilling.

Det etablerte samarbeid mellom Statens helsetilsyn og Fylkesmannen som varslingsordningen forutsetter, bidrar slik vi opplever det til å styrke vår tilsynsrolle overfor sykehuset.

Det er ikke mulig å forutsi sikkert hvorvidt pasienter kommer til ta sitt eget liv, men pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, har krav på faglig forsvarlig utredning og behandling. Dette kan bidra til å redusere selvmordsfaren. Målsettingen med vårt tilsynsarbeid er å bidra til kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Vi har tro på at vi ved tilsynsmessig oppfølging av disse tragiske hendelsene kan være pådriver for et slikt forbedringsarbeid.