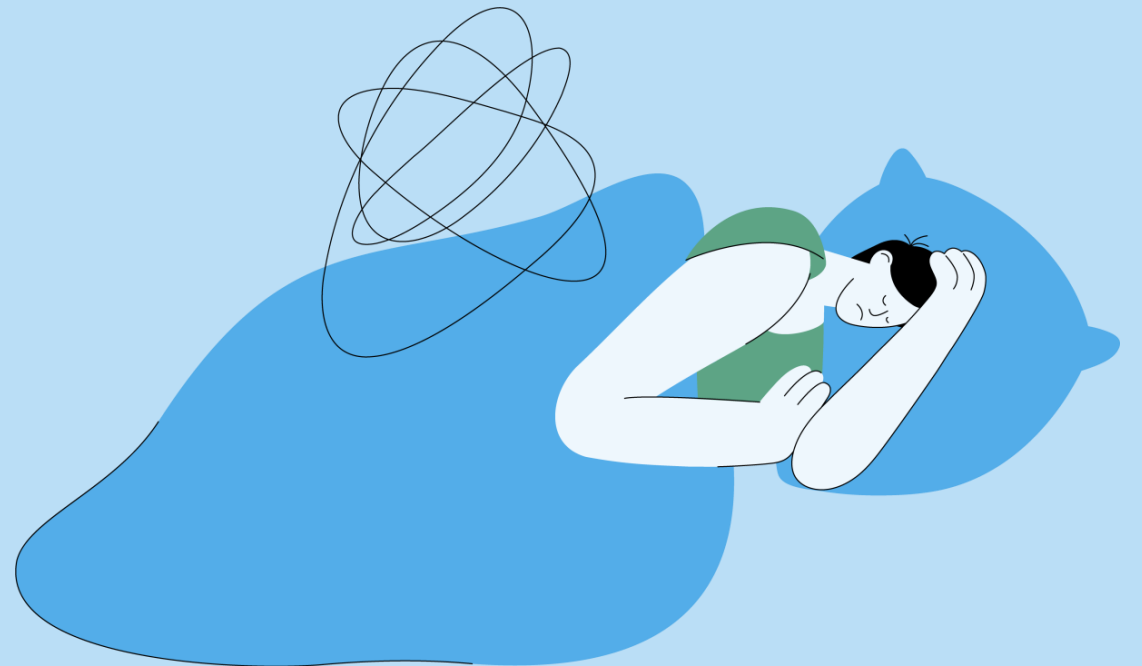


Ivaretagelse av pasienter i somatiske enheter etter selvskading og selvmordsforsøk

Regional veileder

Versjon 1 | August 2024



Forord

Regional veileder for ivaretagelse av pasienter i somatiske enheter etter selvmordsforsøk eller selvskading er utarbeidet etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

Målgruppen for veilederen er alle som møter disse pasientene i våre helseforetak og sykehus. Veilederen er ment som utgangspunkt for utvikling av lokale prosedyrer og veiledning til klinisk praksis. Innholdet er basert på aktuell kunnskap og forskning.

Selvpåførte skader og selvmordsforsøk kan vekke reaksjoner som irritasjon, avmakt og unnvikelse hos helsepersonell. Pasienter som behandles for selvskade og selvmordsforsøk kan være særlig vare for andres reaksjoner. Skam og skyldfølelse hos pasientene kan medføre ytterligere skade og reinnleggelser. Ved å møte pasientene på en respektfull måte, gi riktig behandling og samordnede helsetjenester med kontinuitet, kan vi forebygge skader og død.

Veilederen gir anbefalinger til hvordan pasientene kan ivaretas i den akutte fasen i et somatisk akuttmottak, intensiv/overvåkning eller sengepost. Anbefalingene må tilpasses helseforetakenes organisering og rutiner.

Vi ønsker at veilederen skal oppleves som nyttig. Den vil bli løpende oppdatert etter behov.

Vi er interessert i alle forslag til forbedringer. Innspill sendes postmottak@helse-sorost.no

Lykke til!

Vennlig hilsen

Ulrich Spreng,

Direktør medisin og helsefag,
Helse Sør-Øst RHF

Forekomst

- Selvmord er blant de viktigste årsakene til død for innbyggere i Norge under 50 år (1,2). Hvert år dør ca 650 mennesker i selvmord.
- Tidligere selvmordsforsøk er en sentral risikofaktor for senere selvmord/selvmordsforsøk.
- I Norge har vi mangelfulle tall på hvor mange som behandles i somatiske sykehus etter selvskadende handlinger og selvmordsforsøk (3). På verdensbasis anslås det at det skjer 20 selvmordsforsøk per selvmord (4).

Selvmordsforsøk er en risikofaktor for selvmord

*Selv mord er et alvorlig
folkehelseproblem som kan
forebygges*

Hvorfor en regional veileder?

- Det foreligger retningslinjer og faglige råd for ivaretagelse av pasienter etter selvskading og selvmordsforsøk i psykisk helsevern og rusbehandling. Det har ikke vært tilsvarende råd og retningslinjer for denne pasientgruppen i somatiske enheter.
- I tillegg til å behandle og ivareta pasientene i den akutte situasjonen, er det viktig å gjøre tiltak for å forebygge ytterligere tilfeller av selvskade, selvmordsforsøk og selvmord.
- Forebyggende tiltak må gjøres i samarbeid med pasientene selv, pårørende og psykisk helsevern (PHV)/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunehelsetjenesten.
- Anbefalingene i denne veilederen samsvarer med nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2024) (5, 6).



Selvmordsforsøk

- De som overlever selvmordsforsøk har økt fare for senere selvmord (4).
- Forebygging av selvmord fordrer samarbeid mellom helsepersonell på tvers av klinikker og på tvers av første- og andrelinjen.
- Årsakene til selvmordsforsøk er sammensatte og komplekse. Ikke bare psykisk sykdom, men også rus, livskriser, smertetilstander og tap av funksjon/relasjon kan medføre selvmordsforsøk.
- Antall dødsfall ved selvmord er nesten tre ganger så høy for menn som for kvinner, men kvinner har langt høyere forekomst av selvmordsforsøk enn menn (2).
- Pasientens psykiske tilstand bør vurderes. Det bør samtidig skje en vurdering av behov for behandling, oppfølging og beskyttelse, både umiddelbart og på lengre sikt. Slike vurderinger fordrer kunnskap om kompleksitet i suicidalitet og innsikt i den enkeltes situasjon (8).

menn

tar livet av seg nesten tre ganger oftere som kvinner

kvinner

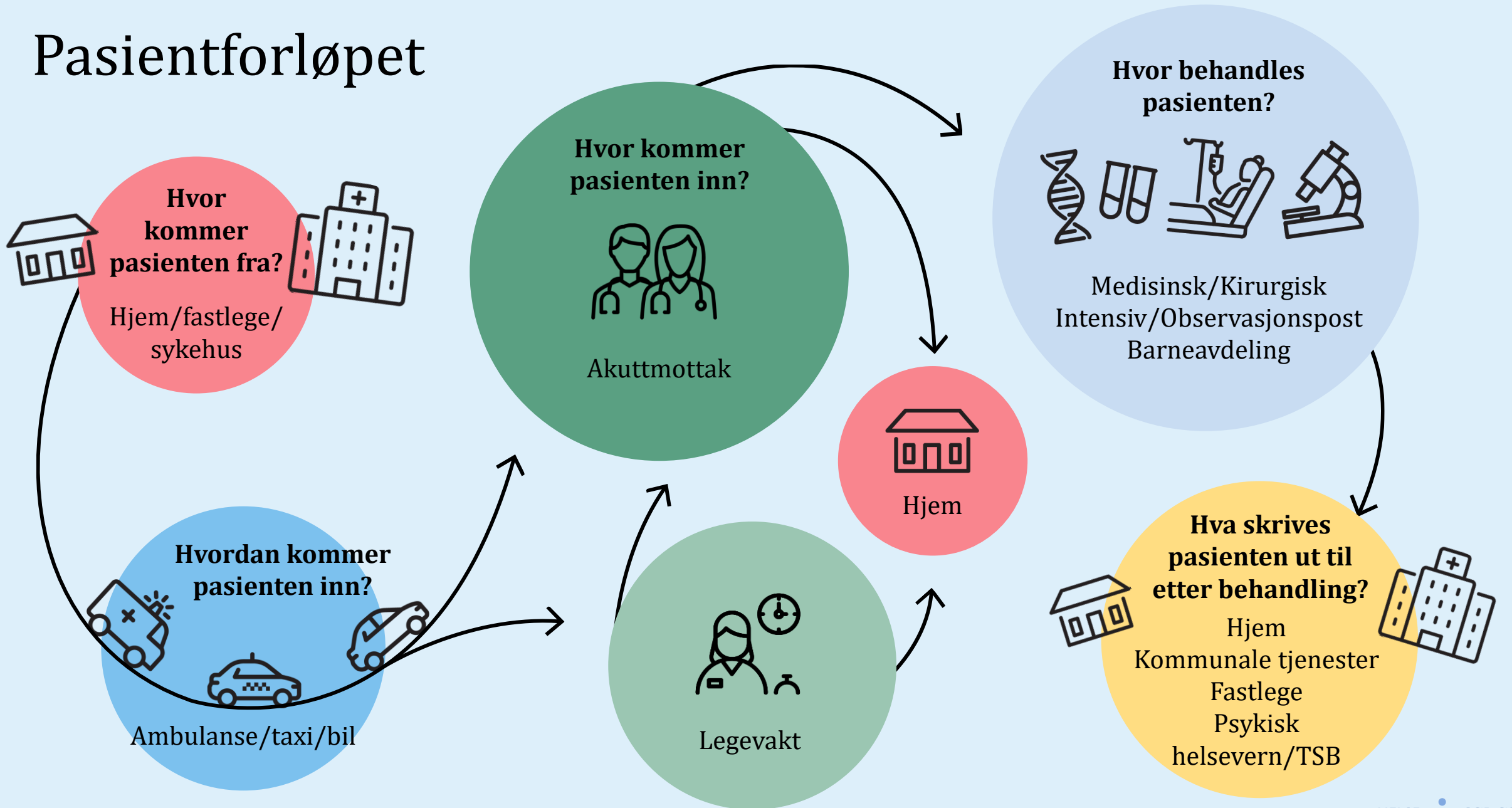
har langt høyere forekomst av selvmordsforsøk enn menn

Selvskading

- Behandlingstrengende selvpåført skade kan inkludere både kutt, slag, forbrenningsskader, intoksikasjon, svelging av gjenstander o.l.
- Selvskading har psykologiske årsaker, og er motivert av et behov for å regulere sterke følelser, utløse smertedempende endorfiner, ta kontroll, forflytte følelsesmessig smerte til mer håndterbar fysisk smerte, formidle fortvilelse eller motta omsorg (7).
- **Livstruende skader kan være påført uten intensjon om selvmord. Bak mindre alvorlige skader kan det være intensjon om å ta sitt eget liv. Noen ganger kan intensjonen bak atferden være uklar også for den som påfører seg skaden.**
- Helseforetakene erfarer at et begrenset antall pasienter etter hvert utvikler en stadig mer alvorlig og hyppig forekommende selvskading med gjentatt behov for behandling i medisinske enheter. Helsepersonell kan oppleve seg maktesløse ved at deres innsats tilsynelatende ikke har effekt.



Pasientforløpet



Er tvang nødvendig?

I noen tilfeller kan tvang være nødvendig for å ivareta pasienten og gi nødvendig helsehjelp

Det er 3 situasjoner hvor tvangstiltak er hjemlet i lov og kan vurderes

1. Ved overhengende fare for liv og helse, kan helsepersonell gripe inn i akutte situasjoner.
2. Kjent alvorlig sinnslidelse kan være grunnlag for innleggelse til tvungen behandling i psykisk helsevern. Ved *mistanke* om at pasienten lider av alvorlig sinnslidelse, kan innleggelse til tvungen observasjon i psykiatrisk avdeling være aktuelt. Selvmordsforsøk er ikke alene tilstrekkelig til tvangsinnleggelse.
3. Hvis pasienten åpenbart ikke er samtykkekompetent for somatisk behandling, kan tvangsinngrep anvendes for å hindre at pasienten lider alvorlig somatisk helseskade.

Hvis pasienten ikke er fylt 16 år, gjelder annet lovverk for situasjon 2 og 3.

Følgende lovhjemler er aktuelle ved bruk av tvang

Helsepersonellovens § 7 (øyeblikkelig hjelp) eller straffelovens §17 (nødrett) eller §18 (nødverge)

Psykisk helsevernlovens § 3

Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A

Helsepersonellovens § 7 (øyeblikkelig hjelp) og § 33 (meldeplikt til barnevernet) Psykisk helsevernlovens §2-1 (regler om samtykke) Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4-4 (samtykke på vegne av barn)

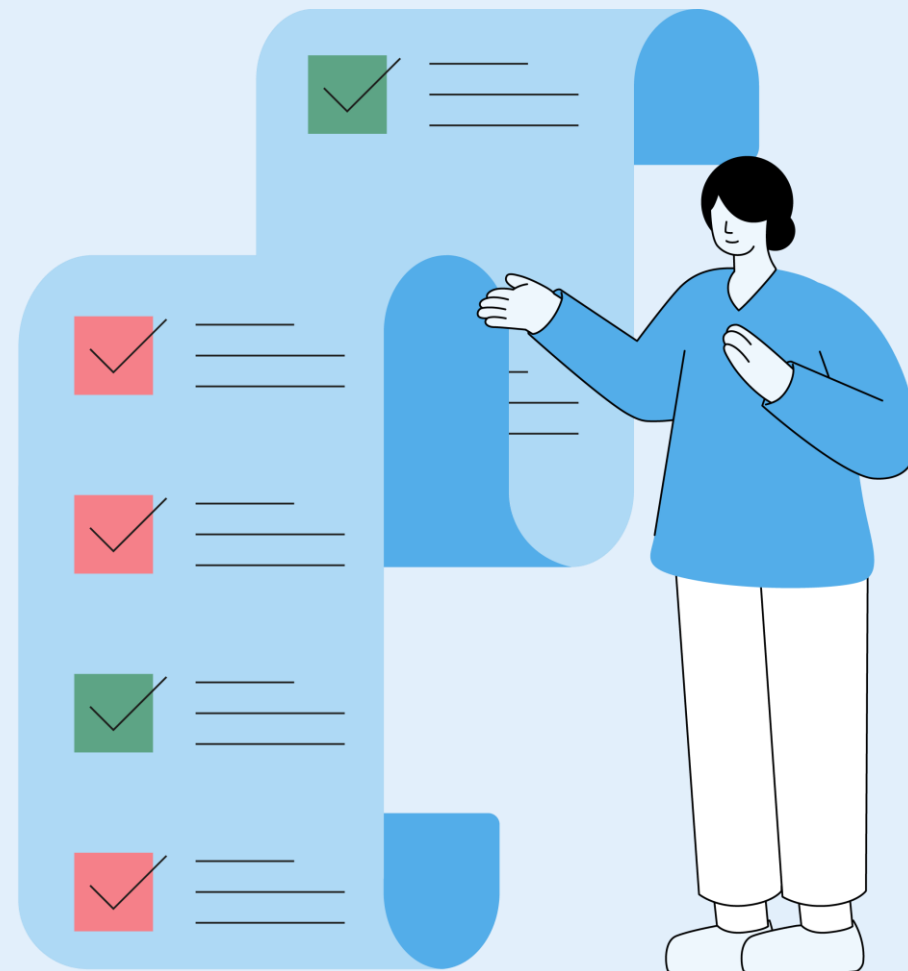
Anbefalte tiltak

Kliniske

1. Møte pasienten med omsorg og respekt
2. Vurderingssamtale
3. Samarbeid med pårørende
4. Utarbeide sikkerhetsplan med pasienten
5. «Time i hånden»
6. Tverrfaglig behandling av pasienter med gjentakende, alvorlig selvskaade

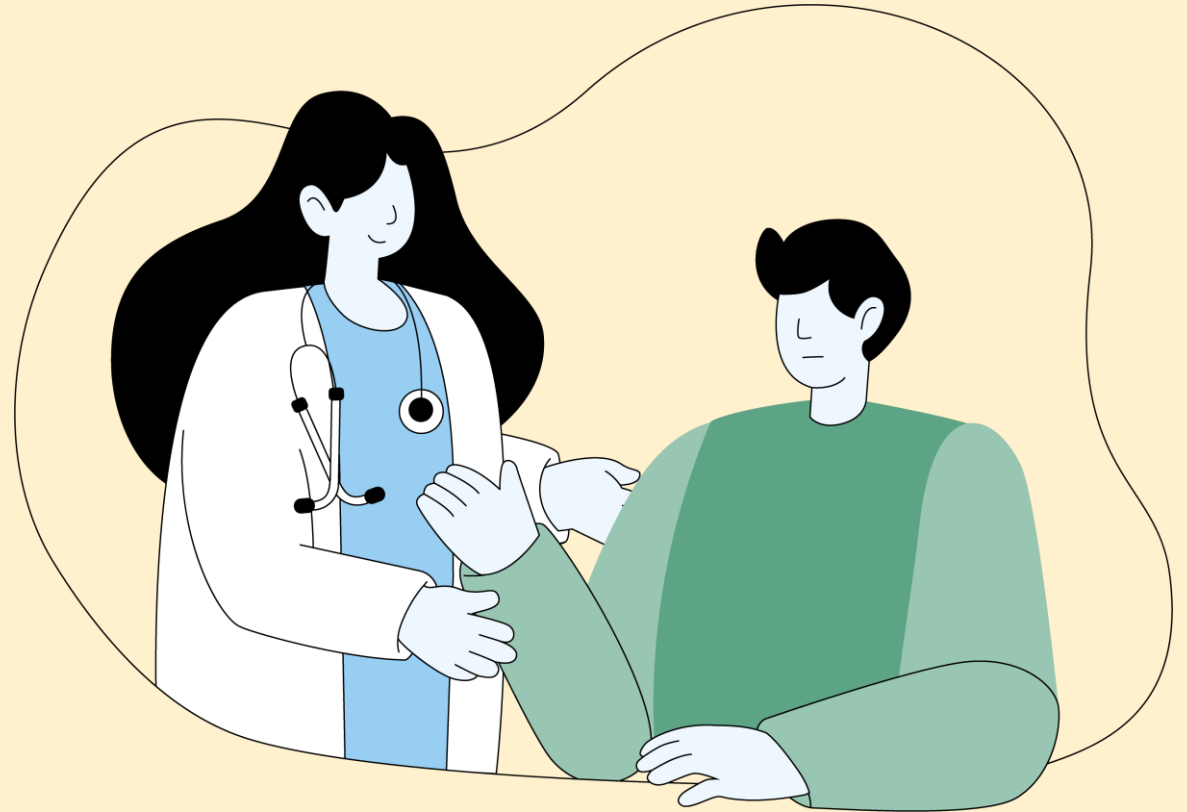
Organisatoriske

1. Kode villet egenskade
2. Bygge kompetanse
3. Organisering av behandling
4. Organisering av behandlingstilbudet ved gjentakende, alvorlig selvskaade
5. Samarbeid



1. Møte pasienten med omsorg og respekt

- Pasienter med selvskade og selvmordsforsøk kjenner ofte skam over egen atferd (11).
- Mangel på respektfull behandling kan bidra til å øke selvbekreidelse og føre til ytterligere selvskade (12).
- For mennesker i livskrise kan en samtale med et forståelsesfull samtalepartner gi håp og nye perspektiver.



2. Vurderingssamtale

- Pasienter som er innlagt for behandling av selvskaade eller selvmordsforsøk bør vurderes med hensyn til akutt selvmordsfare, underliggende problemer og behov for videre behandling og eventuelt beskyttelsestiltak (eks. forsvarlighet av medisiner).
- Den første vurderingen gjøres av behandlende enhet (vanligvis akuttmottak), som vurderer om det er behov for tilsyn fra psykisk helsevern, ev. en akutt-time («time i hånden»).
- Ved tilsyn/vurderingssamtale fra psykisk helsevern kan det være nyttig at personal fra somatikken deltar.
- Det er svært vanskelig å forutsi selvmord/selvmordsforsøk. En vurdering av suicidalitet er ikke en vurdering av *hvorvidt* pasienten vil kunne komme til å skade seg på ny, men en vurdering av hva som bidrar til å øke versus dempe selvmordstanker, selvskaading og destruktiv atferd for nettopp denne pasienten, og inkluderer vurdering av hensiktsmessige behandlingstiltak.
- Samtalen bør ha fokus på pasientens egen opplevelse av situasjonen og på hvilke tiltak som kan ha en beskyttende effekt på kort og noe lengre sikt.
- Det bør etterstrebes å kontakte pårørende. Slik kontakt er viktig for å innhente nødvendige komparentopplysninger og som grunnlag for vurdering.



Én samtale om pasientens opplevelse av egen livssituasjon og behov kan bidra til å redusere forekomst av selvmordstanker, selvskaade og behov for reinnleggelse

3. Samarbeid med pårørende

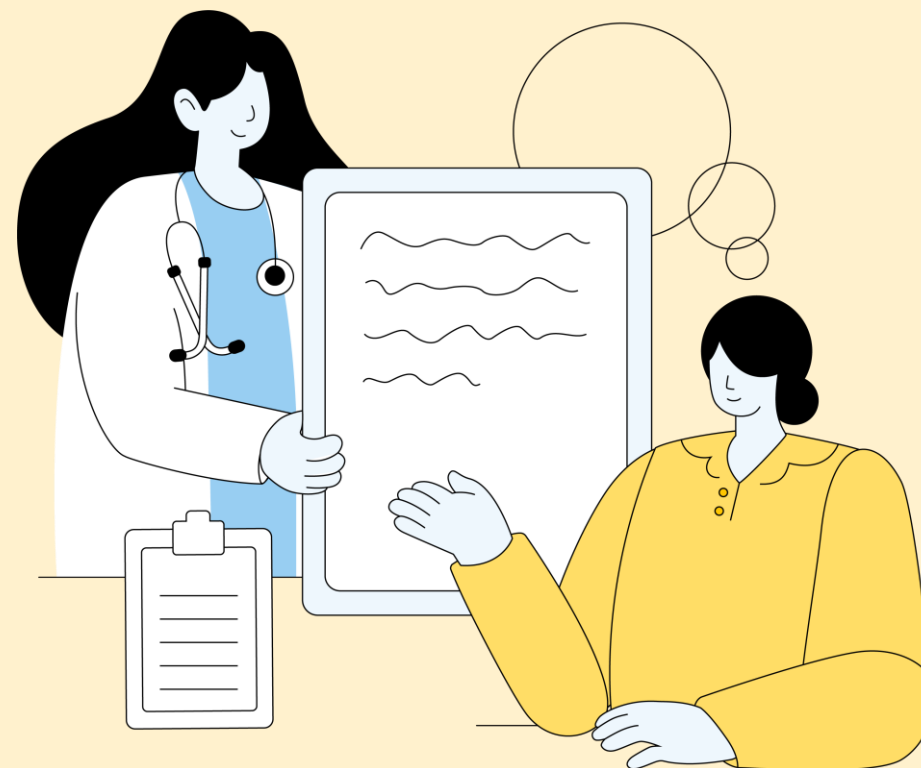
- Kontakt med pårørende er viktig i planlegging av videre behandling og oppfølging. Dersom pasienten samtykker, skal pasientens nærmeste pårørende få informasjon (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3). Uten samtykke fra pasienten kan helsepersonell likevel gi informasjon til pårørende når det er tungtveiende grunner til det, [\(jf. Helsepersonelloven § 23 nr. 4\)](#).
- Helsepersonell plikter å bidra til at barn ivaretas dersom barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (Helsepersonelloven §10A). Selvskade og selvmordsforsøk hos foreldre, søsken og andre nære er potensielt traumatiserende for et barn.
- Konkret, alderstilpasset informasjon fra trygge voksne kan bidra til å forebygge feiltolkning og skyld, og skape mening. Informasjonen kan komme fra voksne i familien, men helsepersonell kan bistå med nyttig informasjon og veiledning. Alle sykehus har barneansvarlig personell.
- Mindreårige barn har et særlig behov for støtte, og tilstrekkelig kommunikasjon og samhandling mellom involverte parter (13).



Pårørende kan være en ressurs og støtte for pasienten utover innleggelsen, og bør informeres og involveres så langt det er mulig

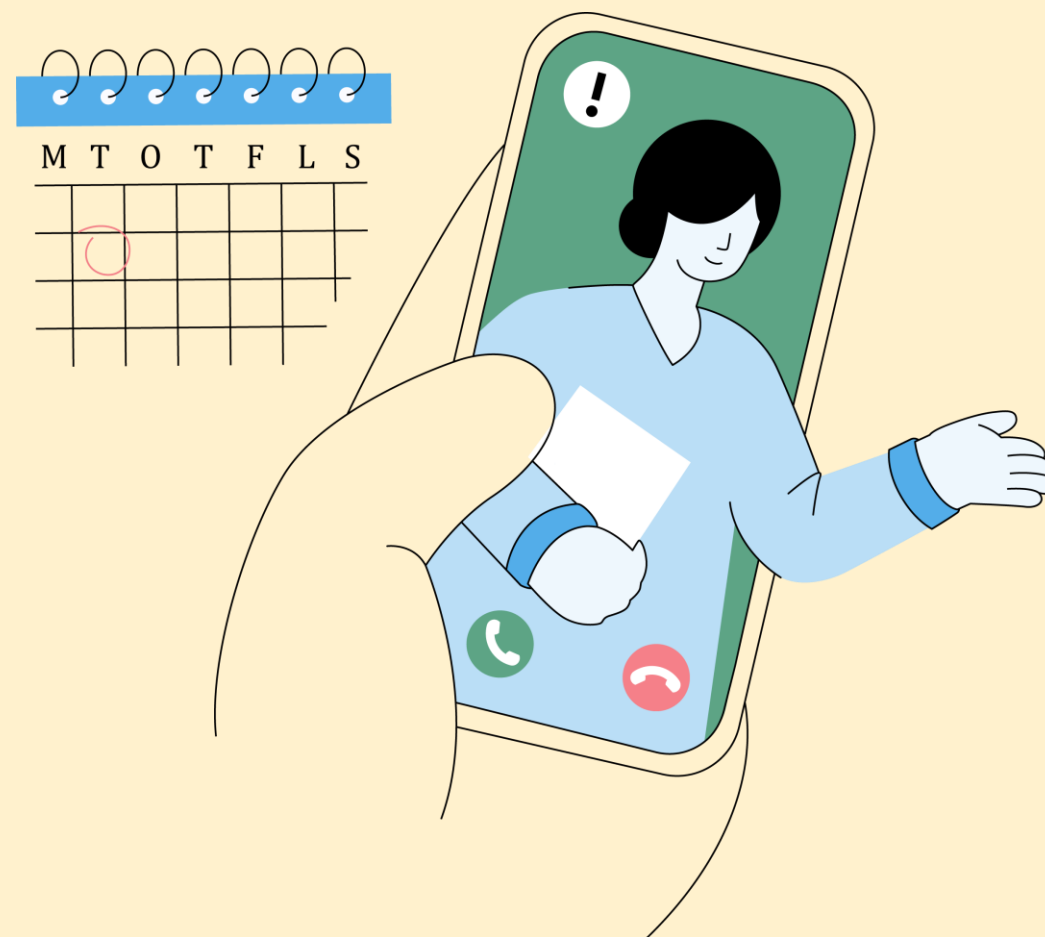
4. Utarbeide sikkerhetsplan sammen med pasienten

- Det bør utarbeides en enkel plan *sammen med* pasienten for hvordan pasienten kan håndtere fremtidige kriser (14).
- Mange pasienter fra psykisk helsevern har allerede en kriseplan/sikkerhetsplan i journal. Man bør spørre pasienten om hen har en slik plan, og i så fall oppdatere den før utskrivelse.
- Mal for kriseplan/sikkerhetsplan finnes ofte tilgjengelig som frase i elektronisk pasientjournal.
- Planen bør inneholde faresignaler pasient og pårørende bør være oppmerksomme på, mestringsstrategier, kontaktpersoner og aktuelle hjelpeinstanser.
- Planen kan være svært enkel, og er ment som en huskeliste til pasienten om hvordan hen skal håndtere fremtidige utfordringer/kriser.
- Alle med behandlingsansvar kan lage en slik plan. Det er den som skriver ut pasienten som har ansvar for å sikre at pasienten har en plan.
- Kriseplan/sikkerhetsplan kan gjøres tilgjengelig gjennom «*Kritisk informasjon*» i journal og bør legges ved epikrise til fastlege. Den bør legges i pasientens kjernejournal. Planen bør oppdateres ved endret situasjon (8).



5. «Time i hånden»

- Ved utskriving bør pasienten ha en konkret timeavtale for oppfølging i kommunehelsetjeneste eller poliklinikk PHV/TSB.
- Helsedirektoratet anbefaler at timeavtalen er innen 72 timer etter utskrivelse (8).
- Helseforetakene bør etablere en samarbeids-avtale mellom somatiske enheter og lokale DPS/BUP/TSB-enheter og/eller kommunehelsetjeneste som sikrer at det kan gis timeavtaler kveld/helg/fridager for påfølgende virkedag.
- I de tilfeller hvor pasienter motsetter seg oppfølgende timeavtale kan utskrivende enhet med fordel avtale en oppfølgende telefonsamtale.
- Hvis pasienten ikke ønsker oppfølging etter utskrivelse bør man tilby informasjon om hvem man kan kontakte hvis man ombestemmer seg.



6. Tverrfaglig behandling av pasienter med gjentakende, alvorlig selvskade

- For denne pasientgruppen er det særlig viktig å raskt få på plass et samarbeid på tvers av fagområder og etater, med en felles overordnet behandlingsplan og felles samarbeidsmøter.
- Behandlingsplanen bør inkludere en kriseplan/sikkerhetsplan og utarbeides sammen med pasient og pårørende. Planene bør legges under "*Kritisk informasjon*" og i kjernejournal.
- Kjernejournal bør inneholde relevant og nødvendig informasjon for andre berørte aktører.
- Man må sikre riktig diagnose og virksom behandling mot grunnlidelsen. Lengre døgninnlegger i psykisk helsevern er ofte ikke hensiktsmessig behandling for denne pasientgruppen (9). Pasienter med gjentatte episoder med selvskading har vanligvis behov for poliklinisk behandling i psykisk helsevern over tid, med tilpasset behandling, kontinuitet og forutsigbarhet (8, 10).



1. Kode villet egenskade

Hvorfor kode?

- Gir viktig informasjon til oppfølgende instanser.
- Gir bedre oversikt over forekomst og omfang.
- Gir grunnlag for å dimensjonere og tilrettelegge tilbudet til pasientene (3).

Aktuelle ICD 10 koder

«X6n Villet egenskade» angir at skaden er påført med vilje. Koden rommer selvskade uten dødsønske og selvmordsforsøk.

«X6n Villet egenskade» kodes sammen med type skade, f.eks T4n Intoksikasjon samt andre relevante diagnoser.



2. Bygge kompetanse

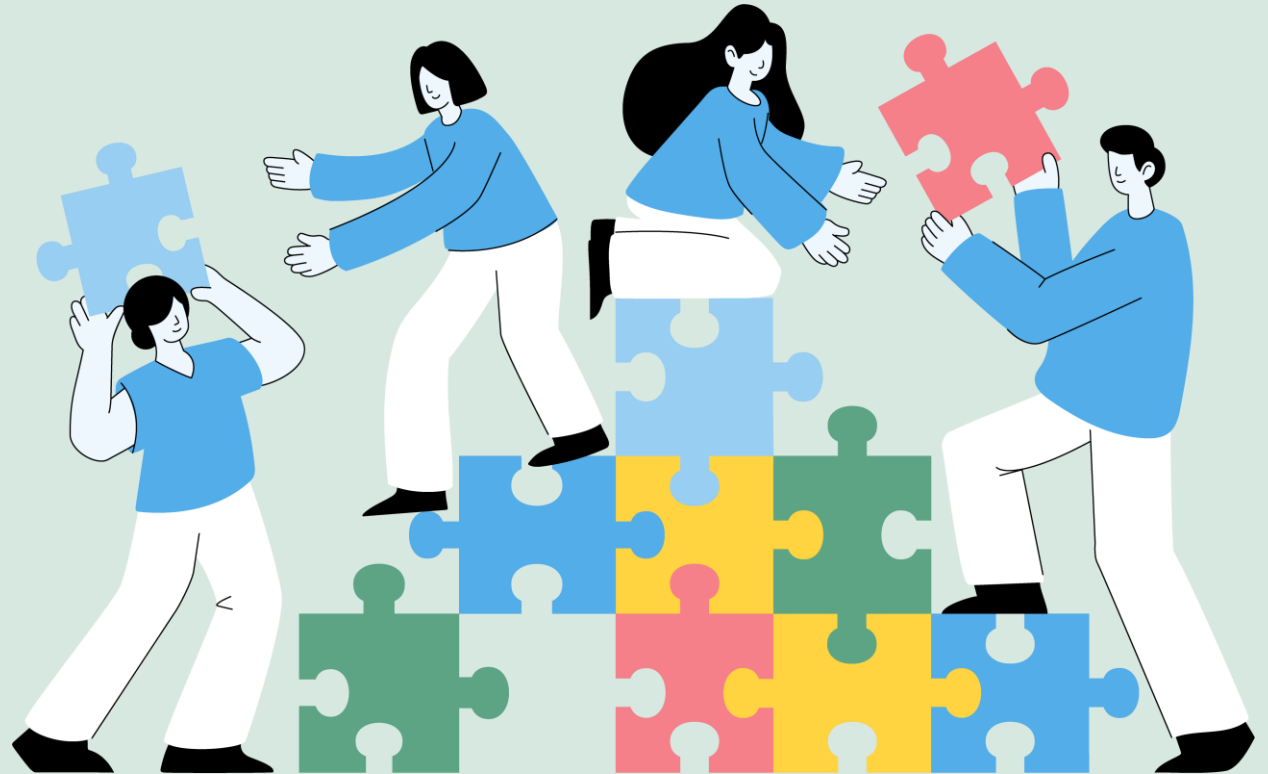
- Virksomhetsleder har ansvar for å sikre at ansatte har grunnleggende kunnskap om og ferdigheter i forebygging av selvskaade og selvmord.
- Den digitale plattformen SIMPLE gir mulighet for grunnleggende kunnskap og ferdighetstrening i forebygging av selvskaade og selvmord (www.simple.no).
- Nettsiden [Snakk om selvmord](#) kan være en nyttig ressurs.
- Virksomme metoder for opplæring kan være
 - ✓ Interne kurs i sykehus og kommune
 - ✓ simulering
 - ✓ hospitering
 - ✓ veiledning



3. Organisering av behandling

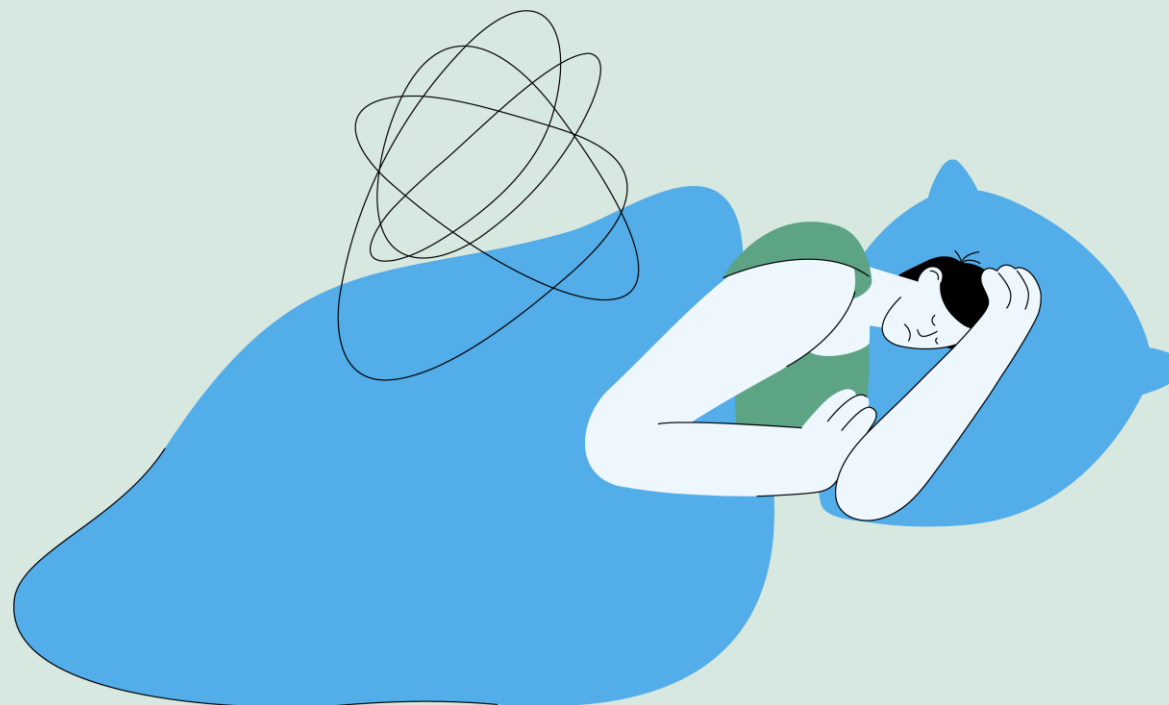
Behandlingstilbudet til pasienter med selvskaade og selvmordsforsøk er i dag organisert på ulike måter i ulike helseforetak

- Det er viktig med en felles tilnærming til pasienter med selvskaade og selvmordsforsøk, uavhengig av hvor pasienten innlegges. Om mulig anbefales det å ha faste somatiske enheter som ivaretar disse pasientene. Dette bidrar til økt kompetanse i vurdering og oppfølging av pasientene, og bedre oversikt over alternativer for videre oppfølging og behandling.
- Etter noen typer skader kan pasienter fortsatt være fortvilet og forvirret i en tidlig fase, og noen kan trenge fastvakt til situasjonen er avklart.
- Noen pasienter kan ha uforutsigbar oppførsel og/eller være utagerende, og dette er krevende for helsepersonell og medpasienter. Opplæring i håndtering av utagering og rask tilgang til erfarent personell er viktig for å unngå skade og for at helsepersonell og medpasienter kan føle seg trygge.



4. Organisering av behandlingstilbudet ved gjentakende, alvorlig selvskade

- Det anbefales å raskt etablere en arbeidsgruppe med personer fra involverte instanser og avdelinger som har beslutningsmyndighet. Den/de enheter som har pasienten i behandling bør ta initiativ.
- Det bør avholdes faste samarbeidsmøter og etableres en felles behandlingsplan på tvers av klinikker og behandlingsnivå. Tydelig ledelsesforankring av behandlingsplan er vesentlig for å lykkes. (*)
- Samarbeidet kan involvere fastlege, annen kommunehelsetjeneste, legevakt, politi, AMK, bolig etc.



5. Samarbeid

- Samarbeidet mellom psykisk helsevern og somatiske avdelinger kan ofte være utfordrende for denne pasientgruppen. Erfaring viser at det er behov for tydelige retningslinjer/prosedyrer for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp.
- Det bør etableres faste rutiner for tilsyn fra helsepersonell i psykisk helsevern, for eksempel ved akutt-team eller konsultasjons- og liaisontjeneste (CL-tjeneste) (3,15). Det sikrer faglig vurderinger fra helsepersonell med relevant kompetanse, og med mengdetrening i krevende kliniske vurderinger og kommunikasjon. Akutt-team/CL-tjenesten kan også bistå i å utarbeide en plan for videre oppfølging, sammen med pasienten (6,16).
- Godt samarbeid og informasjonsutveksling med fastlegen og andre deler av kommunehelsetjenesten er svært viktig. Fastlegen har et koordineringsansvar (ref).

Lokale prosedyrer og rutiner er nødvendig for å sikre godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, psykisk helsevern og somatiske avdelinger



Systematisk forbedringsarbeid

- Alle helseforetaket i Helse Sør-Øst skal jobbe systematisk med å forbedre tilbudet til pasientgruppene som er omtalt i denne veilederen.
- Det etableres en implementeringsplan og det anbefales å jobbe i henhold til denne. Kvalitetsavdelingene i helseforetakene er kjent med planen og vil veilede lokale forbedringsgrupper.
- Pasienterfaringer bør legges til grunn og brukerrepresentanter/pasienter bør involveres i forbedringsarbeidet.



Forbedringsguiden gir god veiledning til hvordan sette i gang og drive et forbedringsarbeid

Her kan du laste ned Forbedringsguiden
- [Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](http://Itryggehender.itryggehender24-7.no)

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Selvmord tar flest unge liv i Norden FHI [Internett]. [oppdatert 9. mars 2016; hentet 8. juni 2023]. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/nyheter/2016/selv-mord-tar-flest-unge-liv-i-norde/>
2. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret - statistikkbank [Internett]. [oppdatert 9. juni, 2022; hentet 6. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://statistikkbank.fhi.no/dar/> D1, D10a, D10b.
3. Qin P, Stanley B, Melle I, Mehlum L. Association of Psychiatric Services Referral and Attendance Following Treatment for Deliberate Self-harm With Prospective Mortality in Norwegian Patients. *JAMA Psychiatry* [Internett]. 2022;79(7):651–8. [hentet 12. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1124>
4. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* [Internett]. 2020;382(3):266–74. [hentet 9. juni 2023] Tilgjengelig fra: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1902944>
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens handlingsplan mot selvmord 2020-2025 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. [hentet 9. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>
6. Helsedirektoratet. Selvskading og selvmord [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. [hentet 12. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selv-mord>
7. Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry* [Internett]. 2016;7:108. [hentet 12. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913233/>
8. Helsedirektoratet. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. [Hentet 12. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/selv-mordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
9. Ward-Ciesielski E F, Rizvi S L. The potential iatrogenic effects of psychiatric hospitalization for suicidal behavior: A critical review and recommendations for research. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internett]. 2021;28(1), 60–71 [Hentet 29. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12332>
10. Das A, Singh P, Bruckner T. Continuity of Mental Health Care at Community Health Centers and Reduced Emergency Department Visits for Suicidal Ideation/Self-Harm. *Community MentHealth J* [Internett]. 2021;57, 1142–1150 [Hentet 29. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00745-x>
11. Pilkington P, Younan R, Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *J Affect Disord Rep* [Internett]. 2021;3:100051 [Hentet 29. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100051>
12. Xanthopoulou P, Ryan M, Lomas M, McCabe R. Psychosocial assessment in the emergency department: The experiences of people presenting with self-harm and suicidality. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev*. 2022;43:299–306. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000786>
13. Brent D A, Melhem N M, Oquendo M, Burke A, Birmaher B, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry* [internett]. 2015;Feb;72(2):160-8 [Hentet 29. august 2023]. Tilgjengelig fra: doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2141
14. Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: : Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* [Internett]. 2021;219(2):419–426. [hentet 29. august 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
15. Weisser KH, Diseth TH, Boye B, Faerden A, Ekeberg Ø. Examining the organization and quality of the psychiatric consultative service in Norway. *Nord J Psychiatry* [Internett]. 2019;73(1):9–. [hentet 9. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1525426>
16. Roelands M, Deschepper R, Bilsen J. Psychiatric consultation and referral of persons who have attempted suicide: The perspective of heads of emergency and psychiatry departments. *J Crisis Interv Suicide Prev* [Internett]. 2017;38(4):261–268. [Hentet 12. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000445>

HELSE  SØR-ØST