



Statens helsetilsyn

3-2001

Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid



**RUTINER FOR
REGISTRERING, BEHANDLING OG
OPPFØLGING AV PASIENTER
INNLAGT I NORSKE SYKEHUS
ETTER PARASUICID**

**SAMARBEID MELLOM SPESIALIST- OG
PRIMÆRHELSETJENESTEN**



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf.sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Forord

Handlingsplan mot selvmord ble avsluttet ved utgangen av 1999 etter 6 års prosjektperiode. Med bakgrunn i fortsatt uløste oppgaver, og behovet for å videreføre enkelte satsingsområder ble det etablert et nytt treårig oppfølgingsprosjekt "Tiltak mot selvmord 2000-2002".

Handlingsplan mot selvmord anvendte en betydelig andel av sine budsjettmidler for å stimulere til opprettelse av behandlingsskjedetiltak for mennesker som ble lagt inn ved landets somatiske sykehus etter selvmordsforsøk. Disse prosjektene har medvirket til at det er etablert forpliktende behandlings- og oppfølgingsrutiner i tilknytning til mange av landets sykehusområder. En landsomfattende studie utført ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging vinteren 1999/2000 understreker betydningen av et strukturert samarbeid mellom sykehus og primærkommuner for å sikre kvaliteten på oppfølgingsarbeidet rettet mot selvmordsforsøkere (Mork & Ekeid 2000). Gjennom denne studien ble det også dokumentert at et betydelig antall sykehus fortsatt ikke har etablert forpliktende behandlings- og oppfølgingsrutiner for denne pasientgruppen.

Utredningen er ment som en bistand til den utøvende helsetjenesten, både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, i deres arbeid med å utvikle rutiner tilpasset de lokale forhold. Det er en klar målsetting for oppfølgingsprosjektet "Tiltak mot selvmord" at samtlige av landets sykehus skal ha etablert behandlings- og oppfølgingsrutiner for denne pasientgruppen innen utgangen av 2002. Denne oppgaven er også omtalt i de rundskriv som ble distribuert til landets kommuner og fylkeskommuner i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse i 1999 (I-4/99 og I-24/99).

I forbindelse med den statlige satsingen på selvmordsforebyggende arbeid er det etablert ett nasjonalt kompetansesenter, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo, samt regionale ressursmiljøer i landets øvrige helseregioner. Ett arbeidsområde for disse strukturene er å bistå kommunesektoren i arbeidet med å etablere oppfølgings- og behandlingsrutiner. En kort presentasjon av de regionale ressursmiljøer, og adresseliste er vedlagt denne utredningen sammen med presentasjon av andre tiltak etablert som resultat av satsingen på selvmordsforebyggende arbeid de senere årene.

Denne utredningen ble forfattet av professor Lars Mehlum, rådgiver Wenche Haukø og psykiater Jan Øystein Berle høsten 1999. Etter dette har det skjedd en revidering for at utredningen skal være oppdatert i forhold til de nye helselovene. Vårt ønske er at denne utredningen skal være til nytte for sykehus og kommuner i deres arbeid med å tilrettelegge for rutiner som beskriver et godt helsetjenestetilbud til denne gruppen.

Juni 2001



Lars Hanssen
helsedirektør

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Innhold

1	Innledning	6
	1.1 Bakgrunn	6
	1.2 Målsetninger	6
	1.3 Definisjoner	7
2	Rutiner for systematiske selvmordsforebyggende tiltak	8
	2.1 Form og innhold	8
	2.2 Ansvars- og oppgavefordeling	9
	2.3 Regelverkskrav	10
3	Prosedyrer i sykehuset	15
	3.1 I mottakelsen	15
	3.1.1 Mottak og registrering	15
	3.1.2 Behandling og vurdering	15
	3.1.3 Innleggelse	17
	3.1.4 Utskriving	17
	3.2 I sengeavdeling	18
	3.2.1 Mottak og registrering	18
	3.2.2 Behandling og vurdering	18
	3.2.3 Utskriving	19
4	Tiltak etter utskrivning	20
	4.1 Behandling	20
	4.2 Oppfølging	20
5	Evaluering	21
	5.1 Fokus på pasienten	21
	5.2 Fokus på pårørende	21
	5.3 Fokus på helsepersonell	21
	5.4 Fokus på samarbeidet	22
	Referanser	23
	Vedlegg 1: Presentasjon av nasjonalt kompetansesenter og regionale ressursmiljøer	24
	Vedlegg 2: Presentasjon av andre tiltak under oppfølgingsprosjektet	27

I Innledning

I.1 Bakgrunn

Som det andre land i verden fikk Norge en *Handlingsplan mot selvmord* i 1994. Det overordnede målet har vært å redusere selvmordsraten i befolkningen. Handlingsplanen hadde sitt utgangspunkt i helsetjenesten og tok først og fremst sikte på å utvikle sekundærforebyggende strategier. Disse har vært rettet mot enkeltindivider innen ulike grupper av selvmordsutsatte. En av innsatsområdene i handlingsplanen har vært at det skal etableres et formelt og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer i helse- og sosialtjenesten for behandling av de som har forsøkt å ta sitt eget liv. Noe av bakgrunnen for satsningen er positive erfaringer fra denne type samarbeid i Akershus og Sør-Trøndelag (j. fr. Bærumsmodellen). For å lykkes med tverretatlige samarbeidsmodeller kreves det formelle og praktiske rutiner for registrering, vurdering, behandling og oppfølging.

Handlingsplan mot selvmord har finansiert *modellforsøk* i nesten alle fylker. Målet har vært å etablere slike samarbeidsformer som beskrevet ovenfor. I alle prosjektene er det utviklet lokale tverretatlige samarbeidsrutiner for behandling og oppfølging av selvmordsforsøkerne som har vært i kontakt med sykehus/legevakt. De tidligere eksisterende rutiner fra Bærumsmodellen og fra Region-sykehuset i Trondheim samt erfaringene fra modellforsøkene danner grunnlaget for denne utredningen.

I.2 Målsetninger

I denne utredningen gis anbefalinger for hvordan det selvmordsforebyggende arbeidet rundt parasuicidpasienter bør organiseres lokalt. Det gis videre forslag til konkrete prosedyrer for registrering, vurdering, behandling og oppfølging av selvmordsforsøkere som har vært behandlet i sykehus eller ved legevakt. Utredningen retter seg i så måte både til spesialist- og primærhelsetjenesten med tanke på samarbeid om denne pasientgruppen (Jfr. Rundskriv utgitt av Sosial- og helsedepartementet nr I-4/99 og I-24/99).

I denne sammenheng er det ikke tatt med prosedyrer for medisinsk behandling av forgiftninger. Det henvises til de til enhver tid gjeldende prosedyrer ved sykehusene for håndtering av intoksikasjoner. Det vil også falle utenfor denne utredningens ramme å beskrive detaljerte retningslinjer for oppfølging av etterlatte etter selvmord og det er heller ikke rom for en grundig gjennomgang av retningslinjer for systematisk faglig veiledning av behandlerne. Begge disse områdene er svært viktige i det selvmordsforebyggende arbeidet, og det forutsettes at det legges inn prosedyrer lokalt for tilbud til etterlatte og veiledningstilbud til behandlerne.

I utredningen presenteres en felles rutinestandard som likestiller den somatiske og den psykiatriske behandlingen som gis til denne pasientgruppen. Problemene de suicidale bringer med seg kan være svært sammensatte. Livreddende, medisinsk behandling må derfor suppleres med et bredt spekter av psykologiske, biologiske og sosiale tiltak og virkemidler. I denne sammenheng vil vi benytte *psykiatrisk behandling og oppfølging* som en samlebetegnelse på alle slike former for tiltak.

Ved etablering av tverrfaglig og tverretatlig pasientrettet samarbeid, stilles det både faglige og formelle krav. Standardisering av rutinene har til hensikt å sikre at pasientene og deres nærmeste får en faglig kompetent vurdering, behandling og oppfølging. Gjeldende lover og forskrifters formelle krav til undersøkelse,

behandling og samarbeid må være oppfylt, slik at pasientenes rettssikkerhet blir ivaretatt. I denne utredningen er det spesielt fokusert på håndteringen av bestemmelsene om taushetsplikten.

I.3 Definisjoner

Selv mord

En vanlig definisjon av selvmord lyder:

Selv mord er en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden.

Mer komplisert, men også mer stringent er definisjonen av selvmord som er fastsatt av

Verdens Helseorganisasjon (WHO):

Selv mord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer.

Selv mordsforsøk og parasuicid

Selv mordsforsøk, parasuicid, selvpåførte skader og villet egenskade er noen av de begrepene som brukes for å beskrive suicidal atferd som ikke ender med døden. WHO definerer parasuicid slik:

Et forsøk på egenskade som ikke ender med døden. Individet har med vilje utført en ikke vanemessig handling som uten hjelp eller intervensjon fra andre ville skadet ham eller henne, eller med vilje tatt et stoff i mengder utover det som er foreskrevet eller ellers er vanlig anerkjent terapeutisk dose, hvor målet er å oppnå forandringer som han eller hun ønsket å oppnå ved hjelp av de forventede fysiske konsekvenser.

Parasuicidbegrepet foretrekkes av mange fordi det inkluderer suicidal atferd både med og uten selvmordsintensjon, altså både reelle selvmordsforsøk og selvpåførte skader og forgiftninger med andre intensjoner enn det å ta sitt eget liv.

I dagligtalen brukes ofte begrepene parasuicid og selvmordsforsøk om hverandre, i dette dokumentet vil vi også benytte begge begreper.

Villet egenskade

Det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 benytter betegnelsen *villet egenskade* kategorisert som diagnosegruppe X6n. Dette kan igjen inndeles i henhold til anvendt metode. Betegnelsen sier noe om at intensjonen var å skade seg selv, og at det fant sted en selvdestruktiv handling. Det er behov for nærmere presisering både når det gjelder handling og intensjon.

2 Rutiner for systematisk selvmordsforebyggende tiltak

2.1 Form og innhold

Iverksetting av systematisk selvmordsforebyggende tiltak forutsetter skriftlige rutiner og prosedyrer for arbeidet. Muntlige avtaler blir i denne sammenheng for diffuse, uforpliktende og lar seg dessuten ikke evaluere. Enkelte sykehus har allerede integrert kortfattede prosedyrer for behandling og vurdering av parasuicidpasienter inn i sykehusets *kvalitetssystem*. Det anbefales tilsvarende ordninger ved alle landets sykehus. I løpet av handlingplanperioden har også mange kommuner utarbeidet prosedyrer for oppfølging av selvmordsforsøkere og deres pårørende.

Skriftlige rutiner bør definere mål for arbeidet, beskrive målgruppen og organiseringen av internt og eksternt samarbeid. Dessuten bør det angis hvem som har veilednings- og opplæringsansvar overfor de ulike medarbeiderne. Rutinene vil kunne fungere som en avtale mellom de samarbeidende parter i spesialist- og primærhelsetjenesten. Fylkeskommunen, representert ved det enkelte sykehus, bør tillegges ansvar for samordning av dette arbeidet.

Målgruppe

Målgruppen for dette samarbeidet kan defineres som alle personer som kommer til sykehus eller legevakt med en selvpåført forgiftning eller skade som er uttrykk for selvmordsforsøk eller parasuicid.

Målsetning

Målet er å sikre at alle i målgruppen får adekvat behandling, såvel under sykehusoppholdet som etter utskrivning. For å oppnå dette bør alle parasuicidpasienter som kommer til sykehusets akuttmottak legges inn i sykehuset. Alle skal henvises til grundig psykiatrisk vurdering. På denne måten gis det en mulighet for å differensiere mellom selvmordsforsøk og aksidentelle forgiftninger og/eller skader. Den psykiatriske vurderingen av parasuicidpasienter skal inngå som en fast del av behandlingsprosedyrene i sykehuset.

Kommunehelsetjenestens øvrige selvmordsforebyggende arbeid må også romme primærforebyggende tiltak og inkludere alle selvmordstruede personer.

Internt samarbeid i sykehuset

For å oppnå målsetningen om at alle parasuicidpasientene skal få en adekvat vurdering og behandling, bør det internt i sykehuset etableres avdelingsovergripende samarbeid. Akuttmottaket vil ha en særdeles viktig funksjon i å få registrert alle pasienter som kommer inn etter selvmordsforsøk. En avdelingsovergripende funksjon bør sørge for driften av arbeidet, og påse at alle disse pasientene får den behandling og oppfølging de skal ha, uavhengig av ved hvilken sengeavdeling vedkommende innlegges. Det bør etableres samarbeid mellom sykehusets somatiske og psykiatriske enheter, der sistnevnte finnes.

Eksternt samarbeid

Sykehusets somatiske og psykiatriske avdelinger bør etablere et gjensidig og forpliktende samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten og med førstelinjetjenesten om videre behandling og oppfølging av parasuicidpasientene. Samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten kan ha ulik lokal utforming. Enkelte steder har man etablert jevnlig samarbeidsmøter mellom

ansvarlige behandlere i sykehuset og ansvarlige i de kommunale oppfølgingsteamene. Andre har valgt å arrangere tverretatlige seminarer en til to ganger per år.

Opplæring og veiledning

Det anses som helt nødvendig med faglig, systematisk veiledning og kontinuerlig etterutdanning i dette arbeidet. Veiledningen er å anse som en del av de ansattes kvalifisering. Den er et middel til å styrke behandlingskompetansen og til å motvirke slitasje og utmattelse. Kontinuerlig etterutdanning skal sikre at behandlerne blir tilført nye kunnskaper. Opplærings- og veiledningstiltakenes form, innhold og hyppighet bør omtales i de skriftlige rutinene, samt hvem som skal være faglig, økonomisk og administrativt ansvarlig for disse tiltakene.

2.2 Ansvars- og oppgavefordeling

De skriftlige rutiner må beskrive hvordan pasientenes rettssikkerhet skal ivaretas. Formelle forhold som ansvars- og oppgavefordelingen må presiseres og de prosedyrer som etableres for registrering, journalføring, statistikkføring og henvisning mellom forvaltningsnivåene må være i samsvar med gjeldene rett. Her må det tilrettelegges for korrekt håndtering av bestemmelsene om taushetsplikten.

Administrativ forankring

Det enkelte sykehus bør sørge for at det selvmordsforebyggende arbeidet gis entydig administrativ forankring i en av sykehusets driftsenheter eller avdelinger. Sykehusene har hittil valgt litt forskjellige løsninger på dette. Erfaringer fra sykehusene som har drevet lengst med dette arbeidet tilsier at det er nødvendig med en person eller med en avdelingsovergripende funksjon som har ansvaret for den daglige driften av det selvmordsforebyggende arbeidet. Det innebærer en pådriverfunksjon. En oppgave for den ansvarlige blir å påse at rutinene fungerer etter intensjonen i alle ledd. Konkret betyr det å se til at alle selvmordsforsøkere som kommer til sykehuset får tilbud om adekvat behandling og oppfølging. I denne funksjonen kan man også legge ansvar for å tilrettelegge opplæring, veiledning, ivareta samarbeidet internt og eksternt og initiere evalueringer. Oppgaven med å føre pålitelige statistikker over virksomheten bør også komme inn under vedkommendes ansvarsområde.

I Oppland har fylkeskommunen ansatt en konsulent som har dette ansvaret rettet mot Gjøvik sykehus og de samarbeidende kommuner. Ved Bærum sykehus (fra 1979) og ved Sentralsykehuset i Akershus er dette arbeidet ivaretatt av sjefsosionomene ved de somatiske avdelinger. Ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal har en psykiatrisk sykepleier (25 % stilling) fra sykehusets psykiatriske avdeling ansvaret for å påse at driften av det selvmordsforebyggende arbeidet fungerer. Det anbefales at dette ansvaret tillegges en fast definert funksjon.

I alle landets kommuner bør det finnes bestemte personer som har et definert ansvar for å følge opp pasienter og pårørende etter selvmordshandlinger. Det vil gjelde enten pasienten har vært innlagt i sykehus, behandlet ved legevakt eller hos fastlege. Det er gjort gode erfaringer med at medlemmer i eksisterende kommunale "krisegrupper" ivaretar dette arbeidet. Disse gruppene er organisert

og satt sammen litt forskjellig, avhengig av lokale behov og tilgjengelige ressurser. Kommunens ledelse har et særskilt ansvar for at formaliserte strukturer etableres. Kommunene må forplikte seg på et samarbeid med sykehusene ved at det for eksempel oppnevnes *kontaktpersoner* i kommunen, slik at pasienter, pårørende og samarbeidspartnere vet hvem de skal henvende seg til når det er behov for oppfølging i hjemkommunen. I større kommuner kan det være behov for egne selvmordsforebyggende team, ellers anbefales ikke etablering av en særomsorg for denne pasientgruppen.

Spesialisthelsetjenesten bør forplikte seg til å informere de innlagte pasientene om tilbudet fra de kommunale oppfølgingsteamene, å henvise så raskt som mulig og ikke minst på å yte veiledning til de ansatte i de kommunale teamene. Det vises til lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4, der det heter:

Helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Det vises forøvrig til Rundskriv I- 24/99 til fylkeskommunene og Rundskriv I-4/99 til landets kommuner fra Sosial- og helsedepartementet vedrørende etablering av systematiske rutiner for samarbeid og oppfølging av mennesker i selvmordskriser.

Faglig vurderings- og behandlingsansvar

Fylkeskommunen ved sykehusene og kommunene bør ha et behandlingstilbud for ovennevnte pasientgruppe. Det bør fremgå av institusjonens skriftlige rutiner hvem som har ansvaret for oppfølging av pasientgruppen.

2.3 Regelverkskrav

Relevante lovbestemmelser for det selvmordforebyggende arbeidet finnes i

- helsepersonelloven
- spesialisthelstjenesteloven
- psykisk helsevernloven
- kommunehelstjenesteloven
- pasientrettighetsloven.

I det følgende vil det bli redegjort for enkelte relevante regelverksbestemmelser med særlig fokus på dokumentasjonsplikt og taushetsplikt. Videre vil det bli gitt noen kommentarer til særlige problemstillinger som man bør være oppmerksomme på i arbeidet med oppfølging av pasienter innlagt i sykehus etter parasuicid.

Forsvarlig yrkesutøvelse

Et grunnleggende krav til all helsetjenestevirksomhet er at tjenestene som tilbys skal være forsvarlig, jf. spesialisthelstjenesteloven § 2-3 og helsepersonelloven § 4.

Samtykke til behandling

Pasientrettighetsloven § 4-1 lovfester det generelle krav til informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. Pasientens samtykke er bare gyldig der-

som pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om tiltaket. Det følger av pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd at samtykke- kompetansen kan falle bort helt eller delvis dersom pasienten på grunn av psykiske forstyrrelser åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. For at pasienten skal bli fratatt sin samtykkekompetanse kreves det at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen og hva samtykket omfatter. Det fremgår av lovens § 4-6 andre ledd at dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan samtykke fra pasientens nærmeste pårørende legges til grunn som uttrykk for pasientens eget ønske. Det følger videre at annen helsehjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Helsepersonells og pårørendes kompetanse til å representere pasienten er imidlertid begrenset av at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, jf. lovens § 4-6 tredje ledd.

Tiltak som pasienten motsetter seg krever hjemmel i lov. Nødrettsreglene kan hjemle adgang til å gripe inn med medisinsk behandling overfor personer uten samtykkekompetanse. Nødrettsprinsippet er hjemlet i helsepersonelloven § 7.

Avgjørende for om legen kan iverksette behandling mot pasientens vilje, er om hjelpen er ”**påtrengende nødvendig**” etter helsepersonelloven § 7 første ledd. Utgangspunktet etter lovens § 7 er at helsepersonell har hjelpeplikt i såkalte øyeblikkelig –hjelp situasjoner, selv om samtykke ikke foreligger og selv om det er nødvendig å bruke tvang.

Det vil også være aktuelt å vurdere bruk av tvang etter Lov om psykisk helsevern overfor suicidale pasienter, jf. §§ 2-1, 2-2 og 3-3.

Journalføring

Den som yter helsehjelp har journalføringsplikt, jf. helsepersonelloven § 39 første ledd som lyder:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

Dette innebærer at alle som selvstendig yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt, uavhengig av hvilken profesjonsgruppe den enkelte tilhører.

Når det gjelder hvordan pasientjournalen skal føres, vises det til helsepersonelloven § 40 der det blant annet fremgår at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Mer utfyllende bestemmelser om krav til journalføring m.v. er gitt i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 og kan hentes fra Helsetilsynets hjemmeside på Internett der adressen er: www.helsetilsynet.no.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 pålegges helseinstitusjoner en plikt til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer.

Ved å gi bestemmelser om taushetsplikt for helsepersonell har lovgiver ønsket å verne pasientenes integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for personer som kommer

til behandling på grunn av selvpåført forgiftning eller skade stiller særskilte problemstillinger i forhold til taushetsplikten. Hovedregelen om taushetsplikt følger av helsepersonelloven § 21 som lyder:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikt gjelder for alt helsepersonell og for deres medhjelpere. Pasientene skal føle seg trygge på at opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen ikke nyttes i andre sammenhenger. Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at pasienter unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp. Hensynet til pasientenes personvern tilsier at taushetsplikten skal gjelde uavhengig av hvem som får slik informasjon.

Pasientene kan samtykke til at opplysninger om dem gis til andre. Helsepersonelloven § 22 første ledd lyder:

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For at et samtykke skal være gyldig, forutsetter det at den som samtykker har fått informasjon om og forstått hvilke opplysninger som skal utleveres, hvordan disse skal anvendes og eventuelle konsekvenser av dette, såkalt informert samtykke.

Pasientens samtykke skal nedtegnes i journalen.

I den utstrekning pasientene bes om å samtykke skriftlig til opphevelse av taushetsplikten, legges et eksemplar(kopi) av samtykkeerklæringen i journalen. Ovennevnte innebærer at en selvmordsforsøker som hovedregel ikke kan henvises til de kommunale oppfølgingsteamene uten at taushetsplikten er opphevet. Det må ikke etableres noen form for automatiske melderutiner fra sykehus og legevakt, til for eksempel psykiatrisk sykepleier, helsesøster eller sosionom i kommunehelsetjenesten, om hvem som har vært til behandling etter selvmordsforsøk. Slike rutiner vil innebære brudd på bestemmelsene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 25 første ledd, som lyder:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig hjelp.

Pasienter skal altså som hovedregel være kjent med at det utleveres opplysninger om dem i behandlingsøyemed. Pasientene kan på et hvilket som helst tidspunkt motsette seg utlevering eller videreutlevering av opplysninger.

Erfaringsmessig vil pasienter noen ganger forlate sykehuset uten at fortsatt selvmordsrisiko eller behandlingsbehov er vurdert, og uten at vedkommende har samtykket til utlevering av informasjon til det kommunale hjelpeapparat. I slike situasjoner synes det naturlig at helsepersonellet forsøker å få tak i pasienten for å be om samtykke til utlevering. Dette reiser ikke særlige problemstillinger i forhold til taushetsplikten.

Reglene om taushetsplikt vil også gjelde for pasienter underlagt tvunget

psykisk helsevern. Dette innebærer at et eventuelt ønske fra pasienten om ikke å utlevere informasjon må aksepteres, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45. Det kan imidlertid i forhold til pasienter under tvungent psykisk helsevern tenkes at utlevering bør skje selv om pasienten motsetter seg det. Det vil være av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling. I slike tilfeller vil man kunne bygge på rettstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23, som vil kunne åpne for at informasjon gis til tross for at pasienten har motsatt seg det, dersom det er av særlig stor betydning for helsehjelpen.

Særlige problemstillinger som man bør være oppmerksomme på

Barn og taushetsplikt

Når barn blir innlagt i institusjon på grunn av selvmordsforsøk, oppstår særlige problemstillinger i forhold til taushetsplikt. Hovedregelen er at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten er under 16 år. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor foreldre når det gjelder barn som er 16 år eller over, med mindre barnet samtykker til at opplysninger gis, jf. pasientrettighetsloven § 3-4 første ledd. I annet ledd er det oppstilt et unntak fra hovedregelen. Når pasienten er mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

For å unngå motstrid mellom hovedreglen og foreldres omsorgs- og foreldreansvar etter barneloven, er det bestemt i regelens fjerde ledd at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret likevel skal gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år. Forhold som omfattes av denne bestemmelsen kan bl.a. være opplysninger om selvmordsfare. Foreldrene kan i dette tilfellet også informeres om hvor ungdommen befinner seg.

Utteksling av opplysninger i behandlingsoyemed skal skje med utgangspunkt i pasientens medvirkning og samtykke. Hovedregelen er at barn mellom 12 og 16 år kan gi samtykke til å gi informasjon sammen med den eller de som har omsorgen, jf. helsepersonelloven § 22 andre ledd og pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4. Bestemmelsen er en videreføring av prinsipper om medbestemmelse i barneloven og barnevernloven.

Barn og samtykke til helsehjelp

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år, jf. pasientrettighetsloven § 4-4. Barn mellom 12 og 16 år har i utgangspunktet delt samtykkekompetanse med sine foreldre. Hvis det er uenighet mellom foreldre og barn, skal i utgangspunktet foreldrenes syn legges til grunn. Avgjørelse om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret, slik at foreldre som ikke har foreldreansvar heller ikke har myndighet til å samtykke på vegne av barnet.

Dersom barnet har et behov for helsetjenester og foreldre ikke sikrer at barnets behov tilgodeses, kan det være grunnlag for å treffe vedtak etter barnevernloven §§ 4-8 og 4-12 (omsorgsovertakelse). Da blir det barnevernet som må gi samtykke til behandling.

Meldeplikt

Helsepersonell er forpliktet til av eget tiltak eller etter pålegg å informere barnevernet om forhold som kan begrunne vedtak om omsorgsovertakelse, se helsepersonelloven § 33. Opplysningsplikten medfører også at det skal gis

melding til barnevernet hvis en voksen selvmordforsøker har barn, og disse blir uten omsorg og tilsyn på grunn av foreldrenes helsetilstand. Helsepersonell er forpliktet av eget tiltak eller etter pålegg å gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helsepersonelloven § 32. Helsepersonell bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger videreformidles. Samtykke bør normalt forsøkes innhentet, forutsatt at dette ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsene.

Pårørende

Pasientens pårørende og nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Er pasienten ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst mulig grad har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i lovens § 1-3 bokstav b som lyder:

”ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge”.

Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og plikter mht. informasjon, samtykke og journalinnsyn. Pasientrettighetsloven § 3-3 regulerer den nærmeste pårørendes rett til informasjon. Gir pasienten samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand. Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser f. eks. på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelse, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon. Det vil ofte være grunn til å journalføre hvilke informasjon som er gitt til pårørende. Nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp på vegne av pasienten. Tiltak som pasienten motsetter seg kan ikke iverksettes på bakgrunn av pårørendes samtykke, jf. pasientrettighetsloven § 4-6 tredje ledd. Nødrettsreglene kan hjemle adgang til å gripe inn med medisinsk behandling ovenfor personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg behandling, jf. helsepersonelloven § 7.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal som tilsvarer den informasjonsretten de vil ha etter pasientrettighetsloven § 3-3 jf. § 5-1. De med foreldreansvar har innsynsrett som tilsvarer informasjonsretten etter lovens § 3-4, jf. tidligere avsnitt ovenfor vedrørende barn og taushetsplikt.

3 Prosedyrer i sykehuset

3.1 I mottagelsen

3.1.1 Mottak og registrering

I utgangspunktet bør alle pasienter som kommer til akuttmottaket med selvpåførte forgiftninger og skader innlegges i sykehuset. Ved ankomst til avdelingen skal pasientens somatiske og psykiske status omgående vurderes med henblikk på behov for livreddende behandling. Mottakende lege avgjør hvilken akutt behandling som skal gis, og legger en plan for videre diagnostikk og behandling. Prøvetaking, eventuell ventrikkelaspirasjon og generell og spesifikk behandling for ulike toksiske syndromer skal følge de retningslinjer og prosedyrer som til enhver tid gjelder ved sykehuset.

Det bør innføres rutiner i det pasientadministrative system for å benytte diagnosen "Villet egenskade" etter ICD-10 kriterier. Det må anføres om pasienten er innlagt i sykehuset, overført til annet sykehus eller er reist hjem.

Etablering av kontakt med pasienten

Dersom pasienten ikke er komatøs ved innleggelsen, vil det viktige arbeidet med å etablere en respektfull relasjon, starte allerede fra første øyeblikk. Mange selvmordsforsøkere sliter med svært lav selvfølelse og selvforakt når de er i en slik krise. Selvmordsforsøkeren vil, ikke sjelden, kjenne på følelser av skam og skyld. Dels kan vedkommende være redd for å fremstå som hjelpeløs og liten, dels for å utløse ubehag hos andre og for å være til unødig bry. Følsomheten for avvísning kan være ekstra sterk i en slik situasjon. Dette er et kritisk punkt hos selvmordsforsøkeren, som det er meget lett for travle hjelpere å overse. Skal god kommunikasjon og konstruktiv kontakt etableres, må behandlerne komme selvmordsforsøkeren i møte og vise at de ønsker å forstå og bry seg.

En adekvat klinisk evaluering av selvmordsrisiko er avhengig av flere forhold. For det første må det avsettes tilstrekkelig med tid, og de fysiske forholdene må være lagt til rette for en fortrolig samtale med pasienten. Behandler må enten gjennom sin utdanning eller gjennom særskilte opplæringstiltak ha tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre en klinisk evaluering av selvmordsrisiko.

Behandlerens egne holdninger til selvmord og selvmordsforsøk vil influere på intervjuet og på den type informasjon som pasienten er villig til å gi. Aktivisering av sterk angst (for tap av kontroll) eller av negative og fordømmende holdninger er ikke uvanlig hos hjelpere i møte med selvmordsforsøkere. Det kan også forstyrre kontakten hvis pasienten tidligere har hatt en eller flere sterkt negative erfaringer med medisinsk fagpersonale eller andre hjelpere. Det gjelder å overkomme disse hindringene ved å nærme seg pasienten med en aksepterende, åpen og støttende holdning.

3.1.2 Behandling og vurdering

Klinisk vurdering

Pasienter som er selvmordsnære bør undersøkes så snart som mulig. Det er i dag bred enighet om at *alle som har gjort et selvmordsforsøk* har krav på psykiatrisk undersøkelse og behandling. Undersøkelsen utføres av psykiater, psykolog eller av annet personale med særskilt erfaring eller tilleggskompetanse. I sistnevnte tilfelle er det nødvendig at personalet har tilgang på veiledning fra psykiater. Selvmordsforsøkere under 18 år bør, så fremt det er praktisk mulig, vurderes av behandlere fra BUP. Denne ordningen er allerede etablert ved flere sykehus.

Selvmoordsforsøkeren bør vurderes så fort han eller hun er i stand til å forholde seg til undersøkelsesintervjuet. Det er viktig av to grunner. For det første for å få klarlagt risikoforholdene så raskt som mulig og dernest for å komme i gang med nødvendige hjelpe- og behandlingstiltak.

Gjøres intervjuet flere dager etter selvmordsforsøket, kan pasientens motivasjon for å gå inn i problemene og for å gi en åpen og realistisk fremstilling av hva som skjedde, være betydelig redusert. På den annen side er det viktig at et slikt intervju først gjøres når det er medisinsk forsvarlig og når de akutte somatiske utfordringene er overkommet.

Den kliniske vurderingen må gjøres systematisk, men man må likevel ikke være for skjematisk og stivbeint. De fleste pasienter er i en nokså medtatt, ubalansert eller kaotisk tilstand like etter et selvmordsforsøk. De er derfor avhengige av at behandlerne opptrer på en fleksibel måte og tilpasser intervjuet etter forholdene. Intervjuet med pasienten er i seg selv et kraftig terapeutisk virkemiddel, og bør bidra til at vedkommende føler seg sett, møtt og akseptert.

Evalueringssamtalen tilstreber å gi svar på følgende spørsmål:

Hvorfor gjorde pasienten selvmordsforsøk?
(forståelse av bakenforliggende årsaker, aktuelle utløsere og motiver).

Hvor alvorlig ment var selvmordshandlingen? (suicidal hensikt).
Selvmordshandlinger som var planlagt en tid i forveien, der det var gjort forberedelser til selvmordet, og der det var tatt forholdsregler mot å bli oppdaget og hindret, taler for høy grad av suicidal hensikt. Det samme gjør valg av raske, voldsomme og svært farlige selvskademetoder.

Er pasienten **fortsatt suicidal**? (fare for gjentakelse)

Faren for gjentatt suicidal atferd er ikke mulig å kategorisere entydig i enten tilstedeværende eller fraværende. Det dreier seg om et kontinuerlig spektrum mellom ekstreme ytterpunkter.

Her skal vi summere opp en del forhold som tilsier høy grad av suicidalrisiko:

Pasienten

- har gjort et selvmordsforsøk med høy grad av suicidal hensikt
- har tidligere gjort selvmordsforsøk
- dødsønsker, selvmordstanker, selvmordsplaner
- har en alvorlig depresjon eller annen alvorlig psykisk lidelse
- misbruker rusmidler
- er sosialt isolert eller ensom (f.eks. bor alene, er arbeidsløs, enkemann etc.)
- har en alvorlig somatisk lidelse (kroniske smerter, tap av funksjoner etc.)
- har nylig opplevd tap av en viktig relasjon (dødsfall (især ved selvmord), skilsmisse etc.)
- mangler "sperrer" mot selvmord i form av tabuer, bindinger til mennesker eller idealer
- har et mønster av manglende evne til å mestre belastninger; særlig tapsopplevelser eller konflikter som gir opphav til følelse av forlatthet, selvforakt eller morderisk raseri

- **Hvilke problemer**, både akutte og kroniske sliter pasienten med? Fungerte disse problemene som **utløsere** for selvmordsforsøket?
- Har pasienten en **psykisk lidelse**, og hvilke forbindelse har denne med selvmordsforsøket?
- Hvilke **hjelpetiltak** er adekvate og hvor motivert er pasienten for en slik hjelp? Hvilke ressurser har pasienten, i seg selv og i sitt nettverk til å overkomme krisen?

Behandling

Utover den rent medisinske behandling for å overkomme skader eller forgiftninger, vil behandlingen basere seg på resultatet fra den klinisk psykiatriske vurderingen. Denne vurderingen fremlegges av psykiatrisk konsulent, eller den som har foretatt vurderingen, for behandlende lege, med anbefalinger om behandlingssmessige straktiltak, og om hvilke tiltak som kan være aktuelle etter utskrivning fra sykehuset (overflytning til psykiatrisk avdeling, henvisning til psykiatrisk poliklinikk eller kommunalt oppfølgingsteam der dette er etablert etc.). De nevnte vurderinger føres inn i pasientens journal.

3.1.3 Innleggelse

I de fleste tilfeller vil pasienten legges inn i sykehuset til observasjon 1-2 døgn etter den initiale akuttvurdering og eventuelle toksikologiske behandling. Dersom pasienten ikke trenger medisinsk behandling utover dette, men vurderes fortsatt som alvorlig selvmordstruet, bør pasienten innlegges i psykiatrisk avdeling eller psykiatrisk sykehus. En slik innleggelse bør i utgangspunktet skje frivillig dersom pasienten selv er i stand til å ta stilling til spørsmålet om innleggelse. Innleggelsen kan også skje uten pasientens samtykke.

3.1.4 Utskrivning

Det er i regelen nødvendig å beholde pasienten i minimum 24 timer i sykehuset, selv ved lettere tilfeller av forgiftning og ved mindre skader som ikke fordrer avanserte medisinske behandlingstiltak. I løpet av denne tiden skal somatisk og psykiatrisk diagnostikk gjennomføres, videre behandling planlegges og kontakt etableres med oppfølgende ledd utenfor sykehuset. Dersom pasienten innlegges i helg eller under høytid og vanlige prosedyrer må forventes å ta lengre tid, bør observasjonstiden forlenges i takt med dette, slik at pasienten ikke forlater sykehuset før psykiatrisk vurdering er foretatt. Dersom personalet i mottakelsesavdelingen vurderer at den umiddelbare selvmordsfaren er liten, og at pasienten har god tilgang på støtte i sitt nettverk, kan pasienten utskrives med avtale om å komme tilbake til sykehuset første virkedag for psykiatrisk undersøkelse.

Pasienter som nekter innleggelse, eller som skriver seg ut fra mottakelsesavdelingen mot legens råd, kan ikke nektes dette, såfremt selvmordsfaren ikke vurderes som stor og så sant pasienten ikke har en alvorlig sinnslidelse. Hvis det siste er tilfellet må sykehuset vurdere innleggelse i psykiatrisk sykehus uten pasientens samtykke. Under alle omstendigheter skal den kliniske vurderingen og sykehusets konklusjon og tilråding journalføres sammen med pasientens eventuelle avslag på tilbudet om behandling. Behandlende lege skal informere pasienten skriftlig og muntlig om alternative behandlingstilbud og om eventuelle tilbud i kommunalt oppfølgingsteam for selvmordsforsøkere der dette finnes. At slik informasjon er gitt, skal journalføres sammen med opplysninger om at pasienten samtykker til eller motsetter seg at personale fra

det kommunale oppfølgingsteamet tar kontakt med pasienten etter utskrivning. Her kan man benytte samtykkeerklæring.

Ved flere sykehus er slike samtykkeerklæringer formulert som et informasjonsskriv til selvmordsforsøkerne. Informasjonsskrivet bør gi en tydelig redegjørelse for hensikten med det selvmordsforebyggende arbeidet. Det bør gå fram at det er etablert samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og at dette medfører informasjonsflyt begge veier. I skrevet bør det stå noe om hvem som er involvert i dette arbeidet og at underskriften tjener som samtykke til opphevelse av taushetsplikten. Pasienten beholder originalen av den signerte samtykkeerklæringen og en kopi legges i journalen.

3.2 I sengeavdeling

3.2.1 Mottak og registrering

Overflytning av pasienten til sengepost skal skje på en rolig og ivaretagende måte. Vitale kliniske parametre registreres umiddelbart og noteres ned (CNS status, respirasjon, sirkulasjon, psykisk status og generell status). Ved alvorlige skader eller intoksikasjoner skal pasienten fortrinnsvis behandles ved overvåkningsavdeling hvor behandlingen følger fastsatte prosedyrer. Overflytning til sengepost medfører ofte en fase av ny kontaktetablering mellom pasient og behandlingspersonale. Her spiller behandlende lege en stor rolle for pasientens opplevelse av kontinuitet og smidig overgang.

3.2.2 Behandling og vurdering

Klinisk vurdering

Den medisinske tilstanden, inklusive selvmordsrisiko, revurderes i sengepost og funnene fra den umiddelbare vurderingen sammenholdes med rapporten fra mottagelsen. Behandlingen som er skissert fra mottakende lege følges opp i sengeavdeling. Tilstanden kan endre seg og behandlingsopplegget må derfor evalueres fortløpende av personale som er vant til å vurdere og behandle denne pasientgruppen.

Ved noen sykehus, som ikke har observasjonspost i mottakelsen, vil en grundig klinisk (psykiatrisk) vurderingen først bli gjort i sengeavdelingen, eller ved medisinsk henholdsvis kirurgisk intensivavdeling, når pasienten er i stand til det.

Behandling

Den medisinske behandlingen av skader og forgiftninger følger prinsipper fastlagt i egne prosedyrer. Vitale kliniske parametre (CNS status, respirasjon, sirkulasjon, psykisk status og generell status) registreres minst en gang hvert vaktskift.

Pasienten skal behandles på en respektfull og empatisk måte (se ovenfor om pasient/behandler relasjonen). Pasienten bør få anledning til å samtale med behandler om det som har hendt og om tilknyttede problemer. I mange tilfeller er alminnelig menneskelig kontakt og varme fra behandler side tilstrekkelig til å gi pasienten tillit til, og nytt håp om, at han/hun kan få hjelp til bearbeiding og problemløsning. Dersom det foreligger en alvorlig psykisk lidelse kan det være påkrevet med akuttpsykiatrisk behandling. Det er særlig viktig å være oppmerksom på alvorlig depresjon og psykose. Behandling av agiterte, melankoliforme eller psykotiske tilstander iverksettes som regel etter råd fra psykiater og følger vanlige akuttpsykiatriske behandlingsprinsipper.

Når det gjelder behandling av barn under 16 år, er det i utgangspunktet kun den eller de som har foreldremyndigheten som har rett til å ta slike avgjørelser om behandling (foreldre, verge eller barnevernet). Dette er naturligvis gjenstand for vurderinger, foreldrenes avgjørelsesmyndighet er ikke uinnskrenket. En må vurdere den unges alder, modenhetsgrad og hvilke problemer vedkommende har beskrevet (se kap. 2.3, s. 13). En bør likevel være varsom med å inngå allianser med den unge som medfører at fastlåste konflikter i familien eller på skolen forblir fastlåste, eller at selvmordsforsøket blir en hemmelighet. Det bør tilstrebes åpenhet. Sykehuspersonalet kan hjelpe den unge og foreldrene med den første, vanskelige samtalen etter selvmordsforsøket, og umiddelbart innhente tillatelse til å få behandlere fra BUP til vurdere den unge, der dette er praktisk mulig.

3.2.3 Utskrivning

Allerede under sykehusoppholdet starter arbeidet med å planlegge og tilrettelegge den oppfølging og behandling pasienten har behov for etter utskrivning. Som i andre tilfeller, samarbeides det med hjelpeinstanser utenfor sykehuset; primær- og spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten, barnevernet, skolehelsetjenesten, rusomsorgen, familievern, frivillige organisasjoner m.v.

I enkelte tilfeller kan det i tillegg være behov for å formidle kontakt med arbeidskontor, trygdekontor eller for eksempel AKAN ved pasientens arbeidsplass. Den som er ansvarlig for det selvmordsforebyggende arbeidet i sykehuset sørger for, i nært samarbeid med behandlende lege, å få henvist eller meldt pasienten videre. En bør bestrebe seg på å få til en ordning der noen kan følge opp pasient og pårørende etter utskrivning. Det er viktig at de som er ansvarlig for dette arbeidet i sykehuset, har gode kunnskaper om og oversikt over det lokale hjelpeapparatet. Behandlerne i sykehuset skal informere alle selvmordsforsøkene og pårørende om aktuelle, tilgjengelig behandlings-, hjelpe- og oppfølgingstilbud. Dette er å anse som en del av sykehusets generelle informasjonsplikt.

Spesielt viktig blir det å informere om de kommunale oppfølgingsteam (krisegrupper), der det finnes. For å spare tid, kan meldingen til det kommunale oppfølgingsteamet skje telefonisk før det sendes skriftlig beskjed. Hvis pasienten allerede har en poliklinisk behandlingskontakt og ikke selv føler behov for kontakt med teamet, bør det informeres om at tilbudet også gjelder de pårørende. Epikrise sendes pasientens fastlege.

4 Tiltak etter utskriving

4.1 Behandling

I spesialisthelsetjenesten

Smidige samarbeidsrutiner mellom sykehuset og den øvrige spesialisthelsetjenesten bør sikre at pasienten og familien kan få time umiddelbart etter utskriving fra sykehuset. Vi anbefaler derfor at de ulike behandlingsinstanser prioriterer disse pasientene og etablerer beredskap for å ta imot dem etter sykehussoppholdet. Bakgrunn for anbefalingen er at man vet at tidligere selvmordsforsøk medfører økt risiko for senere fatale selvmordshandlinger. Det er da viktig at sykehuset kan dokumentere hvor mange (eller få) pasienter det kan dreie seg om i løpet av ett år. Slike formelle avtaler med den øvrige spesialisthelsetjenesten bør nedfelles i rutinene. Hvilke behandlingsinstitusjoner, poliklinikker, DPS og lignende det skal samarbeides med, vil variere i de forskjellige helseregioner.

I primærhelsetjenesten

Viderebehandling i primærhelsetjenesten må ivaretas av lege eller andre med selvstendig behandlingsansvar (for eksempel psykolog), eller av den eller de som legen delegerer behandlingsansvar til. Det er uansett av betydning at det for alle parasuicidpasienter blir definert en medisinsk-faglig ansvarlig lege (fastlege). Behandling i førstelinjetjenesten vil være aktuelt der hvor tilbudene fra andrelinjetjenesten er lite utbygd, eller hvor store geografiske avstander hindrer tilgang til slike tilbud.

4.2 Oppfølging

I primærhelsetjenesten

De selvmordsforsøkerne som ikke går direkte fra sykehuset eller psykiatrisk avdeling over i et behandlingsopplegg, enten i primær- eller spesialisthelsetjenesten, må sikres oppfølging fra kommunale oppfølgingsteam, eller fagpersoner som har fått dette ansvaret delegert. Det gjelder også å sikre at de pasientene som har forlatt sykehuset uten vurdering, blir kontaktet og får tilbud om videre hjelp og støtte. Det kan også være et behov for å følge opp pasienten og familien mens de venter på behandlingstid eller motivere for videre behandling. For enkelte familier vil det være tilstrekkelig med oppfølging fra teamene (kontaktpersonene) i kommunene.

I enkelte deler av landet er det etablert ordninger med at alle selvmordsforsøkerne og deres pårørende tilbys oppfølging fra kommunale team. Oppgavefordeling mellom det kommunal oppfølging og pasientens behandler, ved for eksempel en psykiatrisk poliklinikk, må da avtales i hvert enkelt tilfelle.

5 Evaluering

Evaluering kan gjøres på flere måter og på forskjellig nivå. Det finnes forskjellige kvalitetsmål som kan benyttes til evalueringer for å få konkretisert hvor godt eller dårlig rutiner og samarbeid fungerer. Mer omfattende evalueringer, eller etterundersøkelser av hvordan rutiner og tiltak fungerer, vil ofte ha en mer forskningsmessig karakter og må da følge de regler som gjelder for slike undersøkelser.

Det er viktig å understreke at det ikke behøver å være prinsipielle forskjeller eller noe motsetningsforhold, mellom den systematiske kliniske evaluering, som en er pålagt å gjøre, og det som har karakter av vitenskapelig studie. Det er mer snakk om en gradforskjell mellom disse. Den vitenskapelige studien er mer omfattende og dyptpløyende, den setter spesielle krav til presisjon og bruker ofte mer omfattende instrumenter enn den systematiske kliniske evalueringen. Resultatet av slike studier vil ofte være godt egnet til, med stor presisjon, å beskrive pasientene samt si noe om hvor godt eller dårlig behandlings- og oppfølgingstilbudet fungerer.

5.1 Fokus på pasienten

Den sentrale person i det selvmordsforebyggende arbeidet er pasienten. Det er den selvmordstruede man søker å ivareta, på en best mulig måte. Derfor er det viktig å få informasjon fra pasientene.

Det kan gjøres ved for eksempel etterundersøkelser. Pasientens opplevelse av ivaretagelse og oppfølging samt de tilbud som ble gitt bør kartlegges. I analysen bør begge forhold vektlegges. Noen ganger vil det være diskrepans mellom pasientens opplevelse og de tilbud som rent faktisk ble gitt. Likevel er det av stor betydning å få fram pasientens personlige opplevelse av hvordan vedkommende hadde det like etter et selvmordsforsøk.

Det fins en rekke tilgjengelige instrumenter som kan brukes for å vurdere tilbudets kvalitet.

5.2 Fokus på pårørende

Pårørendes oppfatning av hvor godt den aktuelle pasienten og de selv som pårørende er blitt ivaretatt, informert og fulgt opp, vil være verdifull informasjon for videreutviklingen av dette arbeidet. En kan evaluere hvilke tiltak og rutiner som ivaretar de pårørende, både som kriserammede og som ressurs for pasienten. Det er samtidig viktig å påpeke at denne form for evaluering ikke er ukomplisert. En slik tilnærming vil reise spørsmål både av juridisk og forskningsetisk karakter.

5.3 Fokus på helsepersonell

Profesjonell kontakt med mennesker som har gjort selvmordsforsøk representerer store faglige utfordringer, men også ekstraordinære emosjonelle belastninger. En bør derfor ikke undervurdere den personlige slitasje slikt arbeid fører med seg for den enkelte behandler.

Helsepersonell vil kunne gi informasjon om hvordan den emosjonelle belastningen påvirker dem. De vil også være de beste til å beskrive hvordan rutiner for opplæring og veiledning fungerer.

I situasjoner der varslings- eller oppfølgingsrutiner ikke har fungert, og hvor det har skjedd et selvmord, er det viktig å gjennomgå hendelsen med henblikk på læring. Det er viktig å understreke at en slik gjennomgang ikke har som mål å “plassere skyld” eller finne “syndebukker”, men å skaffe nyttig kunnskap med tanke på forbedringer.

5.4 Fokus på samarbeidet

Informasjon om hva som fremmer og hva som hemmer samarbeidet om den selvmordsnære pasienten kan være nyttig for flere formål. For det første for å måle hvor godt prosedyrer, rutiner og retningslinjer fungerer i det enkelte område, og dernest for å gjøre sammenlikninger og dra lærdom av erfaringer fra de ulike Helseregioner.

Til hjelp i dette evalueringsarbeidet kan det utvikles og benyttes standardiserte kvalitetsmål. Et slikt kvalitetsmål kan være å se på hvor mange selvmordsforsøkere som umiddelbart etter utskrivelse fra sykehuset får kontakt med hjelpeapparatet, hvor mange har fortsatt oppfølging etter 6 måneder og hvor mange etter ett år.

Det vil være nyttig og viktig å finne ut om noen pasientgrupper systematisk “faller ut”.

Et annet mål på om samarbeidet fungerer eller ikke, kan være kontakthyp-pigheten mellom samarbeidspartnerne i primær- og spesialisthelsetjenesten. Likeledes vil samarbeidspartnerne vurderinger av hverandres tilgjengelighet kunne si noe om samarbeidsklima.

De skisserte rutiner for det selvmordsforebyggende arbeidet med parasuicid-pasienter er ikke ment som grunnlag for statiske, men dynamiske samarbeidsformer. Evalueringer kan peke på hvilke tiltak og samarbeidsformer som fungerer best for pasient og pårørende. Kontinuerlige evalueringer vil dermed kunne gi grunnlag for å korrigere kursen i riktig retning.

Referanser

”Selvmordsforebyggende arbeid – Bærumsmodellen”
Utredningsserie 4-94. Oslo, Statens helsetilsyn, 1994

”Bærumsmodellen” 1984 – 1994. Skriftserie I-96. Oslo, Statens helsetilsyn, 1995

Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994 – 1998. Skriftserie 4-95. Oslo, Statens helsetilsyn, 1995

Handlingsplan mot selvmord. Sluttrapport. Skriftserie 3-2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000

Oppfølgingsprosjekt ”Tiltak mot selvmord”: Prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn. Suicidologi 2000; 5 (Supplement)

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av fylkeskommunale tiltak. Rundskriv I-24/99. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1999

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak. Rundskriv I-4/99. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1999

Retterstøl N. Selvmord. Oslo. Universitetsforlaget, 1995

Mehlum L., ”Tilbake til livet” Oslo, Høgskoleforlaget, 1999

Mork E., m.fl. ”Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge”. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr.9/01. 2001;121:1038-43

VEDLEGG I

Presentasjon av nasjonalt kompetansesenter og regionalressursmiljøer

I forbindelse med den statlige satsingen på selvmordsforebyggende arbeid er det etablert ett nasjonalt kompetansesenter, og regionale ressursmiljøer knyttet til landets helseregioner. Gjennom denne framstillingen presenteres de nasjonale og regionale strukturer som er etablert for oppfølgingsprosjektet "Tiltak mot selvmord 2000-2002".

NASJONALT KOMPETANSESENTER

Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo (SSFF)

SSFF ble etablert 1. januar 1996, og dekker funksjonen som nasjonalt kompetansesenter innenfor selvmordsforskning og forebygging. Senteret har ti ansatte og ledes av professor i suicidologi dr. med Lars Mehlum. Kompetansesenterets fremste oppgave er:

- Igangsette og gjennomføre relevant selvmordsforskning i henhold til avdekkede behov (herunder evaluering av igangsatte forebyggende tiltak), samt koordinere, stimulere og veilede forskningsprosjekter utført ved andre regionale ressursmiljøer.
- Etablere og vedlikeholde databaser for forskningsbasert suicidologisk kunnskap og spre slike kunnskaper gjennom publikasjonsvirksomhet, undervisning og annen informasjonsvirksomhet.
- Gi råd til fagmiljøer og fagpersoner, organisasjoner og institusjoner som driver selvmordsforskning og forebyggende arbeid.
- Etablere og drifte videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid.
- Være regionalt ressursmiljø for helseregionene Sør og Øst.

Adresse:

Seksjon for selvmordsforskning og forebygging
Sognsvannsveien 21, Bygning 20
0320 OSLO

Telefon: 22 92 34 73

Faks: 22 92 39 58

e.post: lars.mehlum@psykiatri.uio.no (leder)
mette.ystgaard@psykiatri.uio.no (forsker, nestleder)
trine.jensen@psykiatri.uio.no (sekretær)

REGIONALE RESSURSMILJØER

Som en del av oppfølgingsprosjektet "Tiltak mot selvmord 2000-2002" er det etablert regionale ressursmiljøer knyttet til landets helseregioner. Den organisatoriske forankringen for disse sentrene er ulik, og de besitter til dels ulik kompetanse. Det er en målsetning at de samlede ressurser skal nyttes på tvers av regionale grenser og knyttes sammen i et nasjonalt nettverk. De regionale ressursmiljøers fremste oppgaver er:

- Bidra til utvikling av ny suicidologisk kunnskap.
- Kunnskapsformidling
- Gi råd og veiledning til kliniske fagmiljøer.
- Bistå kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å få etablert systematiske behandlings- og oppfølgingsrutiner for mennesker som er i selvmordskriser.
- Arrangere nettverkssamlinger og tilrettelegge for regionale veiledningsordninger for fagpersoner som er involvert i selvmordsforebyggende arbeid, prosjekter osv.

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge

Senteret er forankret ved Regionsykehuset i Tromsø, psykiatrisk avdeling. Leder er psykiater Kirsti Silvola som har vært ansatt siden senteret ble startet opp i desember 1996. Ved siden av regionale oppgaver som beskrevet ovenfor er senteret ansvarlig for igangsettelse og gjennomføring av undervisningsprogrammet VIVAT i Norge, dette tiltaket presenteres i vedlegg 2.

Adresse:

Regionsykehuset i Tromsø
Psykiatrisk avdeling
Senter for forebygging av selvmord
9291 TROMSØ

Telefon: 77 62 78 19/22/23

Telefaks: 77 62 75 30

e.post: kirsti.silvola@rito.no
hans.lander@rito.no (prosjektmedarbeider)
harriet.johansen@rito.no (sekretær)

Ressurssenter for selvmordsforskning og forebygging i Helseregion Midt-Norge

Senteret ble opprettet i januar 1997, er forankret ved NTNU, Psykiatrisk Institutt, og ledes av dr. polit. Heidi Hjelmeland. Ved senteret har de lang erfaring med utvikling og gjennomføring av kompetansehevende tiltak og selvmordsforebyggende strategier. Senterets medarbeidere er også involvert i flere forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt.

Adresse:

Ressurssenter for selvmordsforskning og forebygging i Helseregion Midt-Norge
Psykiatrisk Institutt
Postboks 3008, Lade
7041 TRONDHEIM

Telefon: 73 86 46 07

Telefaks: 73 86 49 10

e.post: heidi.hjelmeland@svt.ntnu.no
wenche.hauko@medisin.ntnu.no (klinisk sosionom)
arne.opdahl@medisin.ntnu.no (rådgiver)

Regionalt ressursmiljø for Helseregion Vest

I Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland er ressursmiljøet organisert som et nettverk bestående av fylkesvise prosjektledere, samt representant fra fylkeslegen i hvert av fylkene.

Det er ansatt prosjektledere i alle tre fylker, Mona Holmefjord (50% i Sogn og Fjordane), Målfrid Litlere (100% i Hordaland), og Torild Ånestad (50% i Rogaland).

Adresser:

Sogn og Fjordane

Prosjektleder Mona Holmefjord
Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane
Psykiatrisk klinikk
6800 FØRDE

Telefon: 57 83 94 70
e.post: mona-hol@frisurf.no

Hordaland

Prosjektleder Målfrid Litlere
BUPA; Psykiatridivisjonen
Haukeland sykehus
5021 BERGEN

Telefon: 55 97 33 83 / 55 97 45 00
e.post: litl@haukeland.no

Rogaland

Prosjektleder Torild Ånestad
Rogaland fylkeskommune
Helse og sosialavdelingen, Pb. 1130
4001 STAVANGER

Telefon: 51 51 67 02
e.post: tota@rfk.rogaland-f.kommune.no

VEDLEGG 2

Presentasjon av andre tiltak under oppfølgingsprosjektet

Undervisningsprosjektet VIVAT

Gjennom dette opplæringsprogrammet utdannes fagfolk med ulik yrkesbakgrunn til å bli kursledere for kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare". Dette er et standardisert kursopplegg som går over to dager, og retter seg mot alle som i sitt virke møter selvmordsnære mennesker, og som trenger kunnskap og ferdigheter om intervensjon i akutte selvmordskriser. Det er så langt utdannet ca. 100 kursledere, og mer enn 3000 personer gjennomført kurset. Kurset er evaluert på en positiv måte gjennom den eksterne evalueringen av Handlingsplan mot selvmord, og det legges opp til en landsomfattende spredning i løpet av de kommende år.

Mer informasjon på Internet: www.med.uio.no/ipsy/ssff/ eller vivat@rito.no

Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, 20 vekttall. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

Utdanningens målsetning er at kandidatene som gjennomfører studiet skal ha kompetanse til å planlegge, iverksette, koordinere og evaluere selvmordsforebyggende virksomhet både lokalt, regionalt. Dette studiet er det første utdanningstilbud som gir en full gjennomgang av hele fagfeltet, og er et videreutdanningstilbud til leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og andre personer som har fullført høyere helse- og/eller sosialfaglig utdanning av minimum 3 års varighet. Andre søkere som arbeider med selvmordsproblematikk, og som har relevant utdanning, kan også vurderes for opptak.

Studiet er organisert som et deltidsstudium med 20 vekttall fordelt over 2 år. Studiestart for første kull er våsemesteret 2002, og søknadsfrist for opptak 15.september 2001.

For ytterligere informasjon kontakt:

Undervisningskonsulent Dag Willy Tallaksen, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, telefon 22 92 34 73, faks 22 92 39 58,
e.post: d.w.tallaksen@psykiatri.uio.no

Studieplanen finnes på Seksjonens hjemmeside:
<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/studieplan.htm>

LEVE

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord ble stiftet i desember 1999, og har siden den tid avholdt to landsmøter: Hovedarbeidsområdene for LEVE er:

1. Omsorg – å sikre aktiv hjelp og støtte til familier, pårørende og eventuelt andre berørte som mister noen av sine nærmeste ved selvmord.
2. Informasjon – å drive opplysningsvirksomhet og spre informasjon om selvmord og etterlattes situasjon i befolkningen og blant helsepersonell.
3. Forskning – å arbeide aktivt for å skaffe midler til forskningsformål, for å forebygge selvmord og bedre omsorgen for dem som er rammet.

Foreningen er fortsatt i en tidlig fase når det organisasjonsoppbygging, men mye har skjedd siden starten i 1999. Det er nå fylkeslag i totalt 13 fylker, og det er en klar målsetning at fylkeslag skal være etablert i hvert av Norges fylker innen utgangen av 2001. LEVE distribuerer et eget nyhetsbrev til alle sine medlemmer i tillegg til at foreningen har utviklet en egen hjemmeside på Internet.

Adresse:

LEVE
Postboks 27 Smestad
0309 OSLO

Telefon/telefaks: 22 52 30 05
e.post: leve.no@online.no
Internetadresse: www.levenorge.no

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider.....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692	(100)
3-2000	Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707	(100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?.....	IK-2712	(100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten	IK-2714	(100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2719	(100)
9-2000	Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling.....	IK-2726	(100)
10-2000	Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk	IK-2727	(100)
11-2000	De psykiatriske ungdomsteamene	IK-2728	(100)
1- 2001	Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter . . .	IK-2736	(100)
2- 2001	Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker	IK-2739	(100)
3- 2001	Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter i norske sykehus etter parasuicid	IK-2743	(100)
4- 2001	Kompetansebehov i psykisk helsevern	IK-2740	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrierende nevrologiske sykdommer	IK-2716	(100)
5-2000	Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring	IK-2723	(100)
1-2001	Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsformer	IK-2738	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriutredning 1994-99..	IK-2699	(100)
3-2000	Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport	IK-2720	(100)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.

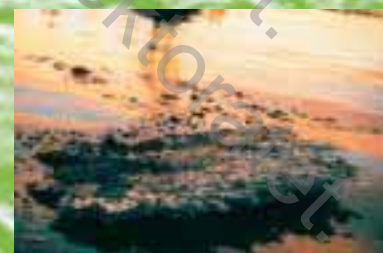
I forbindelse med oppfølgingen av Handlingsplan mot selvmord viser det seg at mange av landets sykehus ikke har etablert forpliktende behandlings- og oppfølgingsrutiner for mennesker som legges inn etter selvmordsforsøk. Dette utgjorde mye av bakgrunnen for at det ble etablert et nytt treårig statlig oppfølgingsprosjekt "Tiltak mot selvmord 2000-2002".



Det er en klar målsetning at samtlige av landets sykehus skal ha etablert forpliktende behandlings- og oppfølgingsrutiner for denne pasientgruppen, seneste ved utgangen av 2002. Denne utredningen er ment som bistand i arbeidet med å etablere rutiner som er lokalt tilpasset.

Utredningen retter seg primært mot den utøvende helsetjeneste, både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, i tillegg til administrativ og politisk ledelse i kommuner og fylkeskommuner med ansvar for organisering og implementering av tiltak.

Utredningen omhandler rutiner både i sykehus og kommuner, samt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:
Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90
E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.no
Internett: www.helsetilsynet.no