

Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger

Pilotprosjekt

**Oslo universitetssykehus HF,
Akuttpsykiatrisk avdeling**

Arbeidsgruppen har bestått av:

Thorbjørn Sundin, Avdelingsleder
Ole Steen, Avdelingsoverlege
Asbjørn Kolseth, Sjefpsykolog
Petter-Marius Bækken, Lege i spesialisering
Caroline Pegg, Rådgiver

Innhold

1.	Innledning	4
2.	Bakgrunn for kampanjen.....	4
3.	Bakgrunn og målsetting for pilotprosjektet	5
4.	Om Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS).....	5
5.	Organisering	6
6.	Tiltakspakke	7
7.	Måling	8
8.	Resultater	11
9.	Erfaringer	13
10.	Oppsummering og konklusjon.....	15

1. Innledning

Denne rapporten beskriver erfaringene fra et pilotprosjektet for forebygging av selvmord i akuttpsykiatrisk døgnavdelinger. Prosjektet er gjennomført ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS), Akuttpsykiatrisk avdeling i perioden november 2012 – februar 2013.

Fem selvmordsforebyggende tiltak ble prøvd ut i løpet av perioden. Gjennomføringen av tiltakene ble fulgt opp med målinger og så evaluert. Til tross for at OUS hadde innført de fleste tiltakene før prosjektstart, viser erfaringer fra pilotprosjektet at det er mulig å bedre rutiner.

Det ble registrert data fra 80 pasienter fordelt på fire tidsperioder i prosjektet hos OUS. I forkant av prosjektperioden ble det gjennomført en måling, deretter ble det gjennomført tre andre målinger underveis i prosjektet. Allerede etter én måned med iverksatte tiltak, opplevde OUS en signifikant forbedring i gjennomføringen av de selvmordsforebyggende tiltakene.

OUS anbefaler at tiltakene innføres i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender*.

2. Bakgrunn for kampanjen

Helse- og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2013.

Kampanjen har tre hovedmål:

- Redusere pasientskader.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* peker ut kliniske innsatsområder hvor arbeidet med å øke pasientsikkerheten i det norske helsevesenet kan styrkes. Innsatsområdene har konkrete tiltak som kan gjennomføres ved den enkelte enhet.

Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring, de skal ha gode data og metoder for evaluering, tiltakene som foreslås skal være kunnskapsbaserte og innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer. De foreslåtte innsatsområdene og målingene er delvis hentet fra andre lands kampanjer og fra norske pasientsikkerhetsprosjekter og er utviklet i samarbeid med norske fagmiljøer.

En ekspertgruppe har anbefalt *forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger* som ett av to innsatsområder innen psykisk helse og rus. For pasienter i døgnenheter er

perioden rundt innleggelse og utskrivelse høyrisikoperioder for selvmord, og erfaringsbasert kunnskap, pilotenes erfaringer og ekspertgruppens anbefalinger er tydelig på at tiltakspakken kan ha betydelig effekt for dem med høyrisiko for selvmord. Dette er nybrottsarbeid i internasjonal sammenheng. Enheter i helsetjenesten skal registrere prosesser og resultater for å kunne dokumentere og følge forbedring over tid. Dersom tiltakene i kampanjen blir vellykket, vil den breddes til andre virksomheter innen psykisk helse.

Mer om pasientsikkerhetskampanjen finnes på nettstedet:

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no>

3. Bakgrunn og målsetting for pilotprosjektet

En arbeidsgruppe har kommet frem til fem tiltak for å forebygge selvmord knyttet til opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Disse tiltakene har blitt prøvd ut i to pilotprosjekter fra november 2012 – februar 2013. Pilotprosjektene ble gjennomført ved Oslo Universitetssykehus HF, (OUS) Akuttpsykiatrisk avdeling og i Helse Nord-Trøndelag HF, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.

Hensikten med pilotprosjektene har vært å teste ut tiltakene i praksis. Målet har vært å komme frem til en tiltakspakke med tilhørende målinger som lar seg praktisk gjennomføre og som virker etter hensikten. Samtidig vil en kunne identifisere ressurser (prosedyrer, sjekklister med mer) som kan være nyttige verktøy for andre.

Hver pilot skriver rapport med oppsummering og anbefalinger. Rapportene fra disse prosjektene blir gjort tilgjengelig på [kampanjens nettside for innsatsområdet](#).

Akuttpsykiatrisk avdeling har hatt følgende mål for pilotprosjektet:

- Undersøke om prosjektet kan anbefales for nasjonal gjennomføring
- Internkontroll: følges eksisterende retningslinjer for håndtering av selvmordsrisikovurdering?
- Innføre to nye tiltak: "spesialistvurdering av alle pasienter" og "etablere kriseplan"
- Sikre at alle tiltakene i tiltakspakken blir gjennomført i henhold til plan

4. Om Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS)

Akuttpsykiatrisk avdeling har lokalsykehusfunksjon for befolkningen over 18 år fra bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand og Bjerke i Oslo, med et innbyggerantall på 226 000 mennesker. Antall innleggelser årlig er på ca 800 – 1000.

Pasienter henvises til avdelingen fra fastlege, distriktpsykiatriske senter, allmennlegevakt eller psykiatrisk legevakt (egen legevakt som tilhører spesialisthelsetjenesten ved OUS).

Avdelingen er inndelt i fem fagdifferentierte enheter med totalt 45 sengeplasser:

- Mottak: 7 sengeplasser
- Enhet for krise/traume: 9 sengeplasser
- Enhet for psykose/rus: 9 sengeplasser
- Enhet for psykose: 9 sengeplasser
- Enhet for affektive lidelser: 11 sengeplasser

Alle enheter er lukkede enheter.

I tillegg til sengeposter, tilbyr avdelingen en konsultasjons- og liaisonfunksjon for pasienter inneliggende på somatiske avdelinger på deler av Oslo universitetssykehus HF.

Antall årsverk ca 205

Avdelingens systemprosjekter om selvmordsforebygging

- Implementering av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern 2008/2009
- Gjennomføring av veiledning og obligatorisk kurs i selvmordsrisikovurdering for alle leger og psykologer
- Gjennomføring av obligatoriske kurs i selvmordsrisikoidentifisering for alle ansatte i sykepleietjenesten

Annet

I november 2009 gjennomførte Helsetilsynet i Oslo og Akershus et tilsyn der avdelingens håndtering av selvmordstruede pasienter ble gjenstand for revisjon.

Systemrevisjonen omfattet:

- Utredning/ vurdering ved innleggelse
- Behandling og oppfølging – generelt og ved sårbare overgangsfaser
- Utskrivelse

Avdelingen fikk ingen avvik eller merknader ved tilsynet.

Vedlagt prosjektrapporten er følgende retningslinjer som beskriver avdelingens systematiske kvalitetsarbeid knyttet til selvmordsforebygging.

5. Organisering

Pasientsikkerhetsprosjektet ble formelt startet 16.11.2012 da avdelingen takket ja til å delta som pilot for pasientsikkerhetskampanjen på forespørsel fra fagsjef Ewa Ness, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Avdelingsleder Thorbjørn Sundin
- Avdelingsoverlege Ole Steen
- Sjefpsykolog Asbjørn Kolseth
- Lege i spesialisering Petter-Marius Bækken
- Rådgiver Caroline Pegg

Fagsjef Ewa Ness har ukentlig veiledet prosjektarbeidet.

I forprosjektfasen 16.11.2012 – 16.12.2012 ble følgende arbeidsoppgaver utført:

- Gruppen gjennomgikk og definerte hva hvert tiltak i tiltakspakken innebærer
- Måling av baseline: Gjennomgang av 20 pasientjournaler utskrevet i løpet av september
- Informasjon til enhetsledere på avdelingens ledermøte
- Informasjon om prosjektet, med særskilt gjennomgang av tiltakspakken, på møte for leger og psykologer
- Informasjon om prosjektet på allmøte for alle ansatte
- Tiltakspakken iverksatt fra 17.12.2012 (se under punkt 5 *Tiltakspakke*)

Fra og med prosjektstart 17.12.2012:

- Innføring av tiltak som tidligere ikke har vært implementert (se punkt 5 *Tiltakspakke*)
- Gjennomgang av 3 x 20 journaler på pasienter utskrevet etter at tiltakspakke ble iverksatt (se under punkt 5 *Tiltakspakke*)
- Nyhetsbrev på e-post til ledere, psykologer og leger med fortløpende målingsresultater
- Prosjektet har vært tematisert på ukentlige møter for leger og psykologer

Anslått tidsbruk var ca 1,25 månedsverk totalt for arbeidsgruppen.

6. Tiltakspakke

I forprosjektfasen ble hvert punkt fra tiltakspakken gjennomgått i prosjektgruppen der det ble definert hva hvert enkelt tiltak innebærer (se under punkt 6 *Målinger*).

Fra tidligere var følgende tiltak implementert i avdelingens drift:

- Iverksettelse av beskyttelsestiltak (se vedlagt retningslinje)
- Selvmordsrisikovurdering ved innkomst, før permisjon og før utskrivelse/overføring (se vedlagt retningslinje)
- Planlegging av permisjon (se vedlagt retningslinje)
- Samarbeid med pårørende (se egen retningslinje)

Tiltak som har blitt innført/kvalitetssikret:

- Spesialistvurdering innen et døgn
Det har vært en etablert praksis at spesialister er med i diagnostiske vurderinger av alle pasienter, både gjennom klinisk pasientarbeid og deltagelse på behandlingsmøter. I Pasientsikkerhetsprosjektet har det vært innført rutiner for å sikre at spesialistvurderingen dokumenteres særskilt i pasientens journal (se punkt 6 *Målinger*).
- Tiltak ved utskrivelse:
- Kriseplan: Avdelingen innførte kriseplan i forbindelse med pilotprosjektet (se vedlagt retningslinje).

7. *Måling*

Måling av tiltakspakke i journal ble utført av lege i spesialisering Petter-Marius Bækken.

Inklusjon: 20 suksessive pasienter i hvert målepunkt. **Pasienter ble inkludert ved innleggelse uavhengig av selvmordsrisiko, diagnose og varighet på innleggelsen.** Det var dermed ikke en utvelgelse av pasienter der det var identifisert forhøyet selvmordsrisiko.

Metode: Gjennomgang av behandler- og sykepleienotater i pasientjournal. I forkant av gjennomgang, ble det gjort en samscoreing av de første journalene av avdelingsoverlege, sjefspesykolog og lege i spesialisering.

Baselineregistrering: De 20 første pasientene som var skrevet ut fra avdelingen i september 2012 ble inkludert, altså der hele behandlingløpet i avdelingen hadde pågått før innføring av tiltakspakken. For de påfølgende tre målingene, ble pasienter som var innlagt etter 17.12.2012 og utskrevet etter denne datoen inkludert, altså der innleggelsen i sin helhet foregikk etter iverksettelse av tiltakspakken.

Punkt 1 "Spesialistvurdering foretatt innen ett døgn?"

Spesialist ble her definert som overlege i psykiatri, konstituert overlege i psykiatri og psykologspesialist. Tiltaket ble regnet som gjennomført dersom spesialisten hadde opprettet et eget journalnotat med vurdering innen ett døgn, eller det kom klart fram i annen behandler journalnotat at en navngitt spesialist hadde vært med i vurderingssamtale med pasienten innen ett døgn etter innleggelse.

Punkt 2 "Beskyttelsestiltak iverksatt?"

Tiltaket ble regnet som gjennomført dersom det var journalført observasjonsintervall, for eksempel "intervallobservasjon hvert 30. min våken/hver 2. time ved søvn", og i tillegg at det var journalført at pasientens eiendeler ved innkomst var gjennomgått i samarbeid med personalet.

Punkt 3a "Selvmordsrisikovurdering foretatt ved innkommst?"

Regnet som gjennomført dersom det i innkommstnotat var dokumentert risikofaktorer for selvmord, i henhold til klinikkens prosedyre.

Punkt 3b "Selvmordsrisikovurdering foretatt før utskrivelse/overføring?"

Registreringen basert på utskrivelsesnotat og/eller epikrise, dersom denne var datert skrevet samme dag som utskrivelsen. Regnet som gjennomført dersom gjort etter samme metode som punktet over. Vurderinger av typen "Pasienten er ikke suicidal", der det ikke fremkom ytterligere begrunnelse eller gjennomgang av risikofaktorer, ble ikke registrert som gjennomført tiltak.

Punkt 4a "Selvmordsrisikovurdering i forbindelse med permisjon?"

Regnet som gjennomført dersom samme metode som beskrevet over var benyttet. Ved innleggelser der permisjon ikke var aktuelt eller ikke ble gitt, ble punktet scoret som "ikke aktuelt".

Punkt 4b "Behandlingsplan etablert før permisjon innvilges?"

Regnet som gjennomført dersom det i journalnotat- eller eget notat/behandlingsplan fremkom plan for behandling, for eksempel plan for medikamentell behandling og/eller samtaleterapi og miljøterapi.

Punkt 4c "Pårørende involvert før permisjon innvilges?"

Scoret som gjennomført dersom dokumentert at pårørende var involvert i samtale eller telefonsamtale før permisjonen. Scoret som "ikke aktuelt" dersom innleggelsen ikke inneholdt permisjoner, eller det var dokumentert i journal at pasienten motsatte seg at pårørende ble involvert.

Punkt 5a "Kriseplan på plass før utskrivelse?"

Regnet som gjennomført dersom det forelå et eget dokument kalt kriseplan i journal, eller det var dokumentert i journal at kriseplan ble utarbeidet i samarbeid med pasienten, og beskrevet hvilke tiltak som var planlagt.

Punkt 5b "Pasienten mottatt avtale om "Time i hånda" før utskrivelse?"

Regnet som gjennomført dersom dokumentert i journal at man hadde ordnet en rask oppfølging for pasienten, det vil si umiddelbart etter utskrivelse, dog ikke mer enn 1 uke etter utskrivelsen. Dette kunne være time ved psykiatrisk poliklinikk, ambulant/akuttpsykiatrisk team, hos privatpraktiserende psykiater/psykolog eller fastlege. En time hos fast behandler som naturlig falt rett etter utskrivelse ble bare registrert som "time i hånda" dersom behandleren var spesifikt kontaktet om den aktuelle problemstillingen for pasienten, eller det var snakk om en fremskyndet time til fast behandler. Punktet ble scoret som "ikke aktuelt" i de tilfeller der pasienten ble

overflyttet til annen døgnbehandling eller der det ikke var aktuelt med videre oppfølging.

Punkt 5c "Pårørende involvert i utskrivelsesprosessen?"

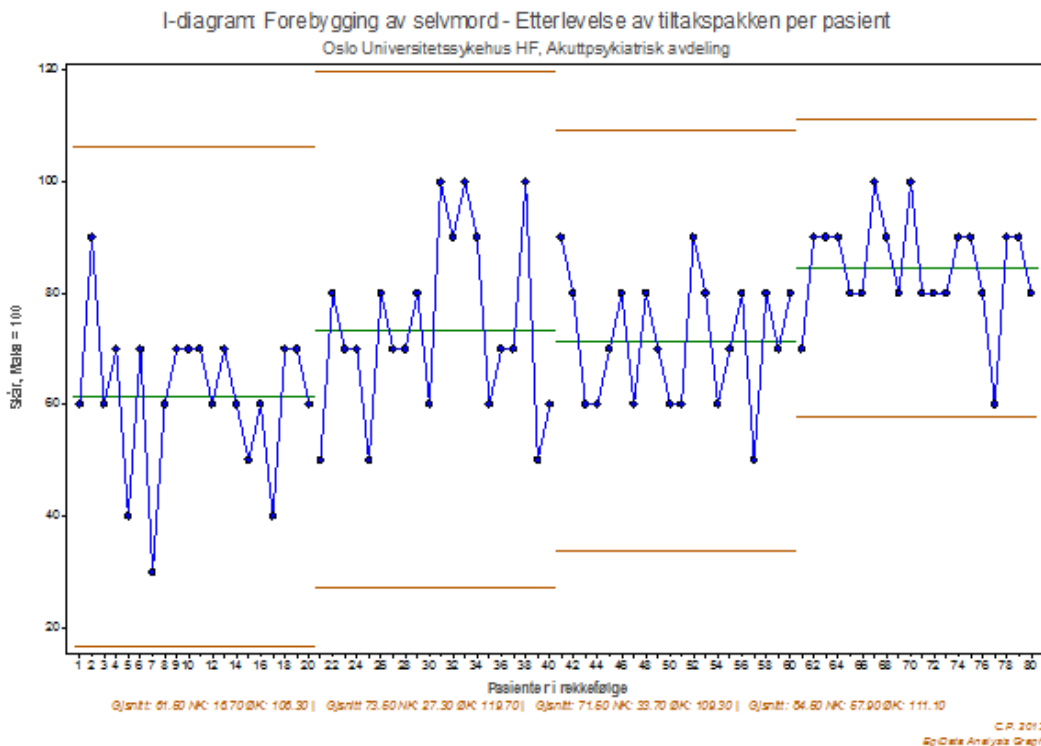
Scoret som gjennomført dersom dokumentert at pårørende var involvert i samtale eller telefonsamtale før utskrivelsen (samme dag eller få dager før utskrivelsen, dersom utskrivelsesdato fastsatt). Scoret som "ikke aktuelt" dersom det var dokumentert i journal at pasienten motsatte seg at pårørende ble involvert.

Bruk av registreringsverktøyet Extranet

Registrering av målingene ble lagt inn i verktøyet Extranet, Kunnskapssenteret. Verktøyet var enkelt å ta i bruk etter en kort gjennomgang med Kunnskapssenteret. Samlet poengscore for hver pasient ble lagt inn i verktøyet. Hver pasient ble lagt inn med en utskrivelsesdato som ikke stemmer med faktisk utskrivingsdato – dette var en teknisk løsning som måtte til for å få lagt inn data på en oversiktlig måte.

Registreringsverktøyet åpnet ikke for at alle verdier for hvert tiltak kunne legges inn elektronisk. Avdelingen valgte å ha en egen sideregistrering som viste endringer i score per tiltak (se under punkt 8 *Erfaringer*).

8. Resultater



Forklaring

Diagrammet over er et SPC-diagram. SPC står for statistisk prosesskontroll og innebærer statistisk analyse av tidsseriediagrammer med hensyn på prosessstabilitet, i form av trender, nivåkontroll og variasjonskontroll. Det finnes flere typer SPC- diagram, og diagrammet over er et I-diagram. "I" står for individuelle verdier, ettersom hvert punkt representerer en individuell verdi. I dette tilfellet representerer ett datapunkt en pasient. I et I-diagram er dataene fremstilt i tidsserie, med sentrallinje som viser gjennomsnitt og med en øvre (ØK) og nedre (NK) kontrollgrense. Gjennomsnittet (gj.snitt) er uttrykk for nivå. Kontrollgrensene, som tilsvarer tre sigma (tre standardavvik), er uttrykk for variasjonen. Jo videre kontrollgrenser, desto større variasjon har vi i datamaterialet.

Det er gjort fire målinger med 20 datapunkter hver. Dette representerer resultatene fra de første 20 pasientene som utskrives hver måned. Måling 1 er gjort før tiltakspakken ble igangsatt og utgjør baseline. De tre øvrige målingene representerer ulike måneder etter at tiltakene er iverksatt.

Nivå: Måling 2 viser en signifikant forbedring etter bare en måned med tiltak iverksatt. Måling 3 ligger relativt jevnt med måling 2. Måling 4 viser en signifikant forbedring fra alle de foregående målingene.

Variasjon: Variasjonen synes å være relativt høy, særlig i de første tre målingene. Ved tredje måling ser vi at kontrollgrensene er blitt smalere, og dermed variasjonen noe mindre. Fjerde måling tyder også på at man har oppnådd mindre variasjon.

Konklusjoner

Variasjon

Det synes som om det er blitt mindre variasjon i hvorvidt pasientene mottar tiltakspakken.

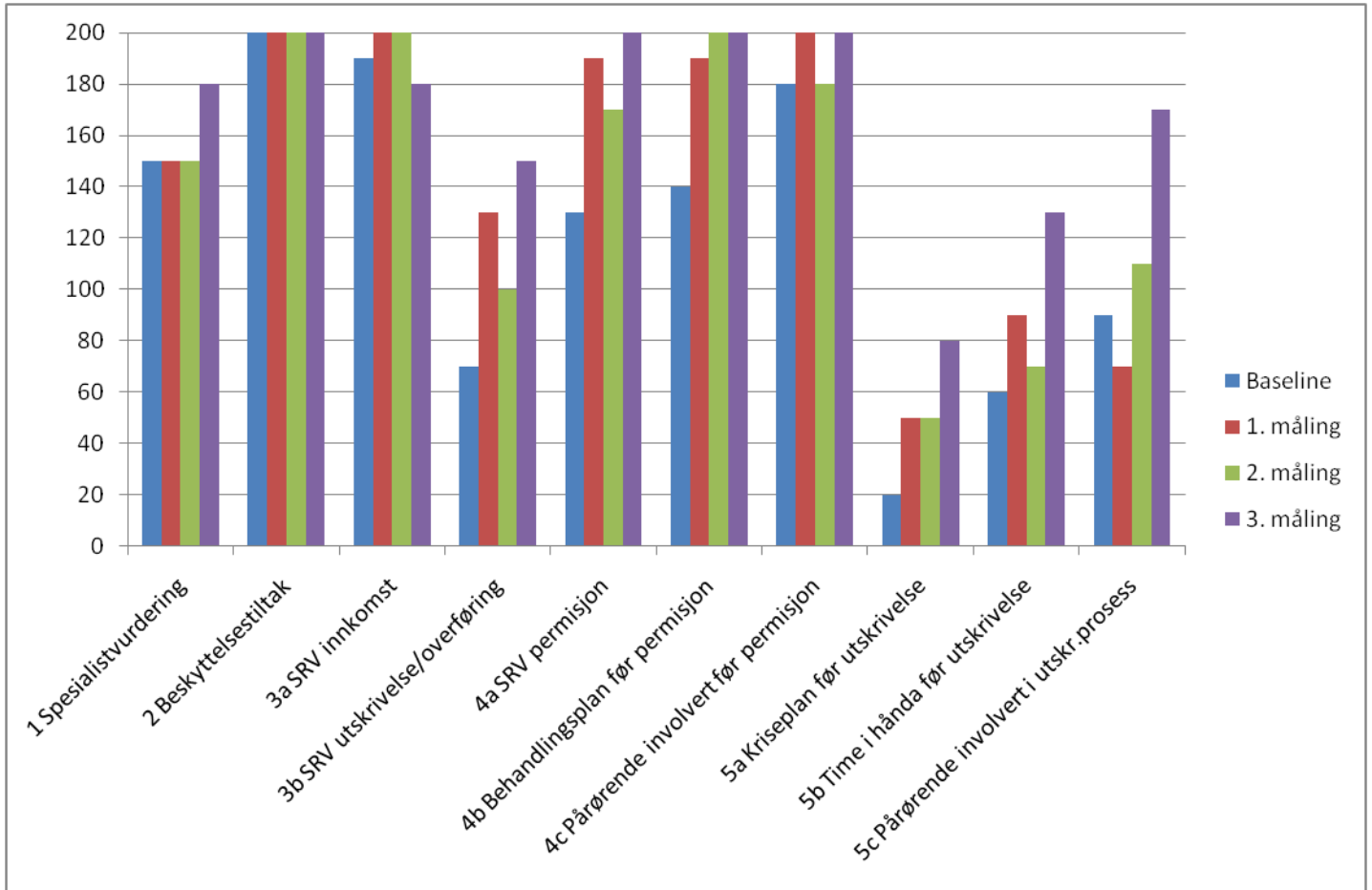
Nivå

Ved slutten av pilotperioden får pasientene større del av tiltakspakken enn før prosjektet startet. Diagrammet viser at prosessen det måles på er det man betegner som statistisk stabil. Selv om prosessen er stabil og målingene viser en klar forbedring, må det i tillegg vurderes om målet er nådd, dvs. om nivået man nå befinner seg på (85%) er tilfredsstillende. Det er også rom for at variasjonen kan bli mindre.

Måloppnåelse

Avdelingen laget en egen oversikt over måloppnåelse per tiltak for hele prosjektperioden. Tabellen viser sum for hvert tiltak fordelt på de fire målingene. Hvert tiltak kan maksimalt oppnå 200 poeng.

Søylediagrammet under viser hvordan resultatene har fordelt seg på de ulike tiltakene i pakken. Diagrammet viser hvordan avdelingen har forbedret gjennomføringen av tiltakene i løpet av perioden. På beskyttelsestiltak har avdelingen hatt høy skår fra starten av prosjektet. Dette har vedvart i prosjektperioden. Avdelingen kan vise til en høyere gjennomføringsgrad på de øvrige tiltakene i løpet av perioden, men diagrammet viser at det fremdeles er rom for forbedring på flere av tiltakene, særlig til dem knyttet til utskrivelse.



9. Erfaringer

Erfaring med organiseringen av prosjektet

Å forankre prosjektet hos avdelingsleder ved å sikre dennes deltagelse i prosjektgruppen har gjort det enklere å iverksette tiltakspakken inn i driften, dette med tanke på endring av eksisterende rutiner og prosedyrer. Dette gjelder også å inkludere sentrale fagrådgivere. Deres deltagelse i prosjektet har vært helt sentral for å kunne få med seg de ulike faggruppene i å utføre tiltakene.

Prosjektet kunne i større grad ha inkludert sykepleiegruppen, og ville i en ny runde av prosjektet ha hatt større fokus på å inkludere denne gruppen, eksempelvis inkludere sykepleierne i større grad i utarbeidelse av kriseplaner for den enkelte pasient.

I en ny prosjektperiode vil avdelingen i større grad involvere lokalt brukerråd.

Informasjon til alle ansatte ved bruk av nyhetsbrev og eksisterende møteforum

Avdelingen iverksatte ingen ekstraordinære tiltak for innføring av tiltakspakken, utover å sende nyhetsbrev, samt tematisere prosjektet og foreløpige resultater på etablerte møtearenaer. Det ser ut til at disse tiltakene har vært tilstrekkelige for å bedre resultatene på bruk av tiltakspakken – de ansatte har fulgt opp tiltakspakken i sitt daglige arbeid.

Erfaring med tiltakspakken

Det bør spesifiseres i større grad hva det enkelte tiltaket innebærer for å sikre nasjonal enighet om god praksis, arbeidsgruppen brukte mye tid i begynnelsen av prosjektet til selv å definere innholdet i det enkelte punkt.

Avdelingen hadde, som tidligere beskrevet, innført de fleste tiltakene før prosjektstart, men fikk anledning til å gjøre en egenkontroll på om rutinene følges ved å gjennomgå dokumentert behandling. Dette har vært veldig nyttig for kvalitetssikring av egen virksomhet.

Kriseplan har vært et nyttig verktøy. Avdelingen foreslår at man i det videre ser på muligheten til at alle pasienter tilbys en slik plan der det er vurdert å være behov for det. Det bør også vurderes om man skal initiere en endring i dagens praksis med epikrise fra å være et arbeidsdokument for helsetjenesten, til å være både en beskrivelse av behandlingsforløp og en operativ kriseplan, noe som vil være nyttig for både pasient og behandlingsansvarlig.

Ansvarlig for oppfølging etter utskrivelse bør være med i referansegruppe for prosjektet, eller holdes løpende informert om prosjektarbeidet, da disse er med i kjeden i en kriseplan. Dette også for å kunne tilby pasientene "time i hånden". Her må det lokale tilpasninger til der prosjektene utføres. For vår del har vi verken poliklinisk virksomhet eller dagtilbud for pasienter, og er dermed avhengig av tett samarbeid med neste oppfølgingsledd for å kunne gi "time i hånden".

Erfaring med metode og måling

Inklusjon av pasienter

For avdelingen har det vært nyttig å inkludere alle pasienter, uavhengig av selvmordsrisiko, for å se på egen praksis. Problemet med å benytte denne metoden, er at alle tiltakene ikke er relevante for alle pasientene.

For videre prosjektarbeid, foreslår vi at andre arbeidsgrupper benytter samme inklusjonskriterium som i Levanger, men at sorteringen av inkluderte og ekskluderte også dokumenteres, slik at **alle** pasienter beskrives for denne variabelen initialt.

Metode

For å sikre at metoden ble fulgt, var det hensiktmessig at en person hadde ansvar for gjennomgang av journalene etter at det hadde blitt gjennomført en samscoreing med avdelingsoverlege og sjefpsykolog.


Extranet

Vår avdeling fant det meget nyttig å ha en oversikt over poengscore per tiltak i tillegg til en samlet sum per tiltakspakke. Ved å følge utviklingen per tiltak, var det langt enklere å identifisere og gjøre målrettet innsats på de tiltakene der det var lave score. Vår anbefaling er at registreringsverktøyet endres slik at det er mulig å registrere poengsum per tiltak.

10. Oppsummering og konklusjon

- Prosjektet lot seg gjennomføre med rimelig innsats
- Resultatene var lovende med tanke på bedret gjennomføringsgrad av tiltak
- Sluttresultat i form av reduksjon av selvmord er ikke målt
- Det må utarbeides inklusjonskriterier
- Detaljerte skåringskriterier er nyttig
- Vi anbefaler kampanjen gjennomført for hele landet

Vedlegg

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Innskrivning Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
	Dokument-ID: 791 Versjon: 3 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Sikre forsvarlige rutiner for innskrivning. Klargjøre ansvarsforhold til det helsepersonell som gjennomfører innskrivning. Prosedyren gjelder for alt helsepersonell ansatt ved avdelingen (1), fra melding om innleggelse til innholdet i prosedyren er gjennomført.

3. Ansvar

Avdelingsleder er ansvarlig for at innskrivninger er forsvarlige.
 Enhetsleder er ansvarlige for at prosedyren følges på enheten.
 Helsepersonell er ansvarlig for utførelsen av eget fag (2).

4. Fremgangsmåte

Henvissende instans skal umiddelbart settes i kontakt med VHL. Når innleggelsen er klarert informerer VHL umiddelbart VAS. VHL skal ta stilling til og informere VAS om hvilken oppfølging pasienten skal ha fra ankomst og frem til legen har vurdert pasienten. VAS skal tilse at pasientens ankomst forberedes i posten. Sykepleier som er ansvarlig for mottak har ansvar for at pasienten ikke er alene før pasientens eiendeler er undersøkt (3).

Dersom en person henvender seg direkte til avdelingen for å be om helsehjelp skal han/hun alltid vurderes av lege.

Samtykke til informasjon:

Før informasjon om pasienten gis til pårørende eller andre aktuelle instanser er hovedregelen at samtykke skal innhentes fra pasienten (4).

Klagerett:

Pasienten skal informeres om sin klagerett, pårørende skal informeres der dette er hensiktsmessig eller påkrevet.

Pasientsamtale ved innskrivning:

VHL er ansvarlig for at det blir gjennomført en innskrivningssamtale med pasienten. Samtalen gjennomføres med lege og sykepleier. Samtalen skal inneholde følgende:

Det henvises også til innskrivningsskjemaene i DLPasDoc

- Innleggelsesformalia: Innleggende instans, formalia, gjennomgang av aktuell dokumentasjon (5)
- Bakgrunn: Innhente opplysninger om pårørende/ fastlege/ eventuell IP-koordinator, ansvar for barn eller dyr, bolig, økonomi, jobb/ sykemelding, nettverk etc.
- Henvissningsdiagnose
- Innhenting av psykiatrisk og somatisk anamnese
- Medikamenter ved innkomst
- Aktuell hendelse før innskrivning
- Vurdering av psykisk status, herunder
 - Selvmordsrisikovurdering
 - Voldsrisikovurdering
- Vurdering av tiltak: evt. skjerming, overvåkningsstatus, urin-/blodprøve, rekvisisjon til andre undersøkelser, medisiner (6)
- Informasjon til pasienten: klagerett, paragrafvurdering, informasjonsbrosjyre om avdelingen og informasjon om enheten (8)

Somatisk undersøkelse:

Det skal gjennomføres somatisk undersøkelse av alle pasienter som innlegges i avdelingen. Dersom somatisk undersøkelse ikke lar seg gjennomføre skal dette være begrunnet i pasientens journal.

Det henvises også til innskrivningsskjemaene i DLPasDoc

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Innskrivning		Utskriftsdato: 05.03.2013	
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin	Dokument-Id: 791 - Versjon: 3	Side 1 av 3

Varsling om innskrivning:

Ved innskrivning skal en rekke instanser varsles, varierende i hver enkelt innskrivning. Aktuelle instanser som varsles (7, 9):

- DPS
- Fastlege
- Pårørende/verge
- Koordinator for IP
- Bydel/hjemmetjenester
- Sosial-/trygdetjenester
- Politi
- Annen institusjon
- Andre

Samarbeid med pårørende ved innskrivning:

Der dette vurderes som aktuelt bør innskrivningen foregå i samarbeid med pårørende. Pårørende bør informeres om innskrivningen og om rettigheter i den forbindelse. Pårørende tilbys egen mappe med aktuell informasjon om avdelingen og den enheten pasienten innlegges.

Dokumentasjon, meldinger og registreringer (4, 10):

- Ajourføre DLPasDoc
 - Dokumentere i pasientjournal
 - Pleiekategorisering ved innkomst
 - PsykUS
 - Eventuelle vedtak
- Skrive nødvendige dokumenter (skjema for vedtak, kontokort, skjema for deponering etc.)
- Dokumentere pasientens samtykke om utlevering av informasjon til pårørende eller andre aktuelle instanser
- Innskrivningsnotat skrives innskrivningsdagen

Utenlandske pasienter:

- Fyll ut innleggelsesskjema for utenlandspasienter (dvs. alle utenlandske statsborgere det opprettes hjelpenr. på, med unntak av asylsøkere). Skjemaet finner du som relatert fil til denne prosedyren
- Meld i fra til utenlandskontoret, tlfnr. 17471 / 18111
- Se relatert dokument

5. Definisjoner

Innskrivning - mottak og registrering av ny pasient

VHL - vakthavende lege/ lege i forvakt

VAS - vaktansvarlig sykepleier

IP - individuell plan

Pasienteiendeler - alt pasienten har med seg og på seg

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne skal dette meldes til nærmeste leder i OUS avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

1. Lov om helsepersonell § 3
2. Lov om helsepersonell § 4
3. Lov om psykisk helsevern § 4-6
4. Lov om pasientrettigheter § 4-1
5. Lov om psykisk helsevern kap. 2 og 3, jfr § 3-3, 3-1 (1), 3-8 og 3-6
6. Lov om psykisk helsevern kap. 4
7. Lov om pasientrettigheter §§ 2-5, 3-1 og Lov om psykisk helsevern § 4-1

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Innskrivning			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin	Dokument-Id: 791 - Versjon: 3	Side 2 av 3

8. Lov om helsepersonell § 10 og Lov om pasientrettigheter § 3-2
9. Lov om pasientrettigheter § 3-3, Lov om spesialisthelsetjeneste § 6-1 og Lov om helsepersonell § 25
10. Lov om helsepersonell § 39

Relaterte dokumenter


- [Behandling av utenlandske pasienter og andre uten norske trygderettigheter - inneliggende](#)

Relaterte vedlegg

- [Registreringsskjema akuttpsykiatri](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Innskrivning			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin	Dokument-Id: 791 - Versjon: 3	Side 3 av 3

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Gjennomgang av pasientens eiendeler Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
	Dokument-ID: 746 Versjon: 2 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Prosedyren beskriver rutiner for gjennomgang av pasientens klær og eiendeler. Hensikten er å ivareta sikkerheten for pasienter og personale i avdelingen, og gjelder både ved frivillig gjennomgang og etter vedtak.

3. Ansvar

Avdelingsleder er overordnet ansvarlig for avdelingens sikkerhetsrutiner.
 Enhetslederne er ansvarlige for at prosedyren følges på enhetene.
 Vaktansvarlig sykepleier er ansvarlig for at prosedyren følges ved hver vakt.

4. Fremgangsmåte

Gjennomgang av pasienters eiendeler skal gjøres med pasientens samtykke. Dersom pasienten motsetter seg, tilkalles vakthavende lege for vurdering av situasjonen. Frem til vurdering er gjort, skal pasienten ha kontinuerlig overvåking av to personale og oppholde seg på mottaksrom eller annet egnet rom.

- Før gjennomgang av pasientens eiendeler skal pasienten spørres om han/hun har med seg farlige gjenstander eller rusmidler.
- Prosedyren skal gjennomføres ved mottak av ny pasient, etter permisjon uten følge og ved utgang uten kontinuerlig overvåking.
- Gjennomgang av pasientens eiendeler skal utføres av to personal på mottaksrom eller annet egnet rom, med minimum en sykepleier. Faglig vurdering kan tilsi at det i noen situasjoner bør være flere.
- Ved gjennomgang skal personalet bruke hansker. Personalet undersøker pasienten ved å kjenne i pasientens lommer og sko, utenpå klær, på overkropp og ben.
- Hvis det vurderes som nødvendig, ut fra tidligere informasjon om selvskading/skade på andre, skal pasienten ta av seg genser, skjorte, bukse og sko slik at man visuelt får bekreftet at pasienten ikke har med seg farlige gjenstander eller rusmidler/medikamenter.
- Medbrakt bagasje bør, hvis mulig, gjennomgås med pasienten tilstede. Alle eiendeler gjennomgås og alle åpninger i bag/koffert/sekk sjekkes. Dette skal også gjennomføres med minimum to personale tilstede.

Alle ansatte må være kjent med følgende prosedyrer i forbindelse med gjennomgang av pasientens eiendeler:

- [Innskrivning](#)
- [Tap av pasienters eiendeler - spørsmål om erstatning](#)

Pasienter som innehar våpen. Helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand. (se relatert fil).

5. Definisjoner

Eiendeler: Pasientens klær og medbragte eiendeler (bagasje)

Kontinuerlig overvåking: Innebærer at personalet ser og er i umiddelbar nærhet av pasienten til enhver tid, også ved toalettbesøk

VAS: Vaktansvarlig sykepleier

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne, skal dette meldes til nærmeste leder i OUS avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Gjennomgang av pasientens eiendeler			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin	Dokument-Id: 746 - Versjon: 2	Side 1 av 2

Arbeidsmiljøloven § 3-2
Psykisk helsevernloven § 4-6

Relaterte vedlegg

- [IS-7 2003 våpen \(2\)](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Gjennomgang av pasientens eiendeler			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Thorbjørn Harald Sundin	Dokument-Id: 746 - Versjon: 2	Side 2 av 2

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Observasjon/overvåkning- og utgangsstatus Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
	Dokument-ID: 786 Versjon: 1 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Hensikt: Hensikten med prosedyren er å sikre en felles oppfattelse og definisjon for observasjon/overvåknings- og utgangsstatus hos pasienter innlagt ved avdelingen, for å ivareta faglig forsvarlig oppfølging, og for å sikre pasientens liv og helse.

Omfang: Prosedyren gjelder for alle ansatte i avdelingen (1).

3. Ansvar

Avdelingsleder har det overordnede ansvaret.

Enhetsleder er ansvarlige for at vedtatt prosedyre følges på enhetene.

Beslutningen om å iverksette og/eller endre status skal gjøres av pasientansvarlig lege eller psykolog, i samråd med faglig ansvarlig for vedtak (2).

4. Fremgangsmåte

Pasienten skal være informert om sin observasjons/overvåknings- og utgangsstatus.

KONTINUERLIG OBSERVASJON/OVERVÅKNING:

Kontinuerlig observasjon/overvåkning innebærer at personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til. Personalet skal være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskaide eller selvmord kan avverges. Pasienten skal ikke være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet.

Det samme gjelder om natten. Nattlys bør være på. Det forutsettes at rettslig grunnlag for tiltakene er til stede.

INTERVALLOBSERVASJON:

Observere pasienten etter definerte maksimumsintervaller. Ved vurdert behov bør man observere hyppigere enn angitt, men aldri sjeldnere. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid.

Det skal defineres hvor lang maksimumstid i minutter det skal gå mellom hver gang pasienten skal tilses.

UTGANGSSTATUS:

Med følge

Pasienten skal ha følge med ett, evt. to personale. Dette skal defineres.

Etter avtale

Pasienten kan gå uten følge på sykehusområdet hvis ikke annet er definert.

Varighet inntil en time hvis ikke annet er definert.

Avtale med pasienten hvor han skal gå, og hvor lang tid vedkommende blir borte.

Permisjon

Behandler vurderer og ev. innvilger permisjon.

Pårørende bør informeres når pasienten har fått innvilget permisjon.

5. Definisjoner

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne skal dette meldes til nærmeste leder i OUS avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

- Jfr. lov om helsepersonell § 3
- Jfr. lov om psykisk helsevern § 1-4


Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Observasjon/overvåkning- og utgangsstatus		Utskriftsdato: 05.03.2013	
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit	Dokument-Id: 786 - Versjon: 1	Side 1 av 2

3. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (januar 2008, SH-dir)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Observasjon/overvåkning- og utgangsstatus			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit	Dokument-Id: 786 - Versjon: 1	Side 2 av 2

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Pårørende		
	Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
Dokument-ID: 1005 Versjon: 0 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Godkjent fra: 22.11.2010

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Hensikt:

- Sikre at kontakt og samarbeid med pårørende er en integrert del av behandlingsopplegget på alle enheter.
- Ivareta og kvalitetssikre en helhetlig behandling.
- Understreke og formidle at pårørende har kunnskap og erfaringer som er viktig for behandlingen.
- Lette pårørendes opplevde byrde.
- Bidra til å styrke pårørendes ressurser.
- Pårørende skal få tilbud om samtale med pasient og behandler der pasienten gir sitt samtykke til dette.
- Pårørende skal få tilbud om samtale med pasientens behandler.

Omfang: Prosedyren gjelder for kontakt og planlagte samtaler med pårørende til pasienter innlagt i avdelingen. Prosedyren gjelder for alt helsepersonell ansatt ved avdelingen.

3. Ansvar

Avdelingsleder har det overordnede ansvar for at prosedyren følges.

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren følges i sin enhet.

Alt helsepersonell har ansvar for utførelse av eget fag.

4. Fremgangsmåte

Samtykke:

Ved frivillig innleggelse må samtykke fra pasienten innhentes for å gi informasjon til pårørende om at pasienten er innlagt.

Ved innleggelse på tvang (TPH og OBS) skal pårørende ha informasjon om at pasienten er innlagt, uavhengig av pasientens samtykke.

Pårørende skal informeres om sin klagerett der dette er hensiktsmessig eller påkrevet.

Personlig informasjon om pasienten (årsak til innleggelse, diagnose, etc.) kan bare gis til pårørende når pasienten har samtykket til dette. Samtykket skal nedfelles i journal. Generell informasjon om Avdeling for akuttpsykiatri, behandling og utskrivningsrutiner kan gis til pårørende ved forespørsel, og ansatte kan alltid ta imot informasjon fra pårørende. Informasjon fra pårørende skal journalføres, og det skal komme tydelig frem hvem som har gitt opplysningene (1). Pårørende skal informeres om at opplysningene journalføres.

Kontakt med pårørende:

Oppholdets lengde vil avgjøre omfanget av pårørendesamarbeidet. Der hvor forholdene ligger til rette for et samarbeid over noe tid, er kontakt, informasjon og møter med pårørende ønskelig. Kontakten med pårørende skal være preget av likeverd og respekt.

I de tilfeller pasienten ikke ønsker at enheten har kontakt med pårørende, men pårørende likevel er kjent med innleggelsen, har avdelingen spesialrådgiver som fungerer som pårørendekontakt og kan gi generell veiledning og støtte til pårørende. Ved fravær av pårørendekontakt er enhetsleder eller Vaktansvarlig sykepleier ansvarlig for å ivareta dette.

Skriftlig informasjon:

Pasienter og pårørende får utlevert egen mappe med generell informasjon om Avdeling for akuttpsykiatri, Rettsikkerhet ved tvang, Temakvelder for pasienter og pårørende og informasjon om den enheten pasienten er innlagt. Tilleggsinformasjon om diagnose og behandling vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Mottak:

- Informasjon om rettigheter.
- Informasjon om kontrollkommisjonen.
- Informasjon om avdelingen.
- Informasjon om den enheten pasienten skal behandles på.
- Informasjon om behandler og primærkontakt.
- Kartlegge barns omsorgssituasjon.
- Brosjyrer og annen trykt informasjon overleveres pårørende når de kommer til avdelingen.

Første møte på behandlende enhet:

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Pårørende		Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 1005 - Versjon: 0
		Side 1 av 2

- Psykoedukativ samtale om pasientens behandlingsplan, ev. diagnose.
- Innhenting av komparentopplysninger fra pårørende.
- Informasjon om behandler og primærkontakt.

Samtale før utskriving:

- Kriseplan.
- Varselsignaler.
- Medisiner.
- IP, ev. koordinator.
- Flerfamiliegrupper (DPS, AFP, Lpp).
- Telefonnummer til aktuelle instanser som Legevakt, DPS, fastlege.

5. Definisjoner

Pårørende

Pasientens pårørende er den som pasienten oppgir som pårørende eller nærmeste pårørende.

Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal den nærmeste pårørende være den som i størst grad har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndig barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre medlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

Sambeid med pårørende

Relasjonen, samhandlingen og samarbeid med pårørende.

Psykoedukativ samtale

Gjennom psykoedukativ innrettet samtale hjelpe pasienter og pårørende til forståelse av sykdom og samarbeid mot bedring.

TPH - Tvunget psykisk helsevern i henhold til psykisk helsevernloven § 3-3

OBS - Innlagt til tvungen observasjon i henhold til psykisk helsevernloven § 3-2

IP - Individuell plan

DPS - Distrikpsykiatrisk senter

AFP - Avdeling for førstegangsykososer

Lpp - Landsforeningen for pårørende til psykisk syke

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne skal dette meldes til nærmeste leder i OUS avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

(1) Veileder: Pårørende - en ressurs

Lov om psykisk helsevern § 1 - 3

Lov om helsepersonell § 3

Lov om helsepersonell § 4

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64

Pasientrettighetsloven § 3-8


Spesialisttjenesteloven § 3-8

Relaterte vedlegg

- [Pårørende en ressurs](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Pårørende	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 1005 - Versjon: 0	Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten			Side 2 av 2

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Selvmondsrisikovurdering - opplæring Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
	Dokument-ID: 930 Versjon: 0 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Hensikt: Prosedyren skal sikre at alle leger og psykologer får opplæring i selvmordsvurdering og at selvmordsvurderingen dokumenteres godt i journalen.

Omfang: Prosedyren gjelder for leger og psykologer i avdelingen.

3. Ansvar

Ihht til kravet om forsvarlighet i helsepersonelloven, er det bare leger og psykologer som kan utføre selvmordsvurdering. Annet personell må sørge for å henvise pasienter til lege/psykolog dersom det skal gjøres en selvmordsrisikovurdering.

Avdelingsleder har det overordnede ansvaret for at prosedyren implementeres.

Avdelingsoverlegen har ansvar for opplæring i selvmordsvurdering. Opplæringen kan delegeres til spesialist i psykiatri/klinisk psykologi.

Selvmondsvurderinger skal kun gjøres av helsepersonell med behandlingsansvar og de skal i tillegg ha den nødvendige faglige opplæring (1).

4. Fremgangsmåte

Alle nye leger og psykologer skal læres opp i selvmordsrisikovurderinger, dersom de ikke har hatt slik opplæring tidligere. Leger skal læres opp innen de går primærvakt alene.

De skal observere en erfaren kollega gjøre en vurdering, og de skal ha blitt observert av en erfaren kollega mens de selv gjør en vurdering. De skal legge frem journaler som viser at de kan gjøre en selvmordsrisikovurdering skriftlig før de godkjennes som kompetente til å gjøre selvmordsvurderinger alene.

Dersom en pasient henvises med spørsmål om selvmordsfare, skal det gjøres en selvmordsvurdering som dokumenteres i journalen ved innkost. Det skal kartlegges risikofaktorer for suicid: antall tidligere selvmordsforsøk og alvorligheten av disse, antall tidligere innleggelse i psykiatrisk institusjon, rusavhengighet, brudd i nære relasjoner, selvmord i familien, alvorlig somatisk sykdom eller stor ærekrenkelse.

Under status presens skal selvmordstanker og planer kartlegges. Man spør pasienten om han/hun har selvmordstanker, hvor hyppige disse er, om han/hun har selvmordsplaner og hvor konkrete disse er. Man spør om han/hun hører stemmer som sier at han/hun skal skade seg selv eller andre. Pasienten spørres om han/hun har dødsønske og om han/hun har håp for nærmeste fremtid.

Det skal gjøres en vurdering på grunnlag av status, og det skal settes i verk oppfølgingstiltak som en konsekvens av vurderingen, for eksempel i form av kontinuerlig overvåkning, oppfølging hvert 15 minutt, eller lignende. Andre tiltak i akuttfasen er en støttende, empatisk samtale, mobilisering av nettverk og innsetning av medikamenter som demper psykisk smerte.

Når konklusjonen er at det foreligger selvmordsfare, skal det gjøres ny vurdering minst en gang daglig. Dette skal dokumenteres i journal.

Det skal og være rutiner for å gjøre selvmordsrisikovurdering i forbindelse med vurdering av utgangsstatus, permisjoner og overflyttinger. Dette skal dokumenteres i journal.

Når pasienten skrives ut, skal selvmordsfaren omtales dersom dette var en problemstilling ved innleggelsen.

5. Definisjoner

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne skal dette meldes til nærmeste leder i OUS

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Selvmordsrisikovurdering - opplæring		Utskriftsdato: 05.03.2013	
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 930 - Versjon: 0	Side 1 av 2

avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

1. Helsepersonelloven § 4 omhandler forsvarlighet, og sier at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

2. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (15-1511)

Relaterte dokumenter:

[Selvmordsrisikovurdering - innhold](#)

[Selvmordsrisikovurdering - opplæring - klinikken](#)


[Selvmord og alvorlige selvmordsforsøk - melderutiner](#)

[Selvmord - oppfølging av etterlatte](#)

[Selvmord - oppfølging av personalet](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Selvmordsrisikovurdering - opplæring		Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 930 - Versjon: 0
		Side 2 av 2

	Prosedyre Selvordsfare - selvmordsrisikovurdering og kartlegging av selvmordsfare - ansvar og opplæring Psykisk helse og avhengighet		
	Dokument-ID: 2596 Versjon: 1 Status: Godkjent	Dokumenteier: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Øystein Mæland

1. Endringer siden forrige versjon

Der det foreligger er denne prosedyren en sammenstilling av prosedyrer og retningslinjer fra tidligere Klinikk for psykisk helse Aker, Psykiatrisk divisjon Ullevål, Klinikk psykisk helse barn - og ungdom Ullevål og Klinikk rus og avhengighet Aker.

18.4.2011: Lagt til spm vedr tilgang på metode under "fremgangsmåte".

2. Hensikt og omfang

Selvordsrisikovurderinger (SMV) er en av de vanskeligste oppgaver i psykisk helsevern. Helsetjenesten vil aldri fullt ut kunne forhindre selvmord eller selvmordsforsøk. Det er et viktig mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk.

Prosedyren skal bidra til forsvarlig utredning og behandling av pasienter med selvmordsfare, og den skal klargjøre ansvarsforholdene mellom lege og psykolog og høyskoleutdannet personell.

3. Ansvar

Ansvar for at denne prosedyre implementeres påhviler ledere. Kliinikkens kvalitetsutvalg er ansvarlig for utarbeidelse og revidering av prosedyren.

For å sikre at kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven oppfylles, er det kun lege og psykolog som kan gjøre en fullstendig selvmordsrisikovurdering. Det er ikke krav at lege og psykolog skal være spesialist. Høyskoleutdannet personell kan gjøre kartlegging av risikofaktorer for selvmord.

4. Fremgangsmåte

Alle pasienter skal spørres om selvmordstanker og tidligere selvmordsforsøk i første samtale med spesialisthelsetjenesten. Dette skal dokumenteres i pasientens journal. For barn gjelder dette alle de som er over 12 år, og for de som er yngre hvis det er grunn til bekymring.

Risikofaktorer for selvmord er:

- Psykisk lidelse, spesielt affektive lidelser
- Tidligere selvmordsforsøk, eller forsøk på å skade seg selv alvorlig, inkludert metode, impulsivitet og alvorlighetsgrad
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmissbruk, tidligere utilsiktede overdoser
- Brudd i relasjoner, alvorlig krenkelse, avvisning (inkludert i vid forstand, f.eks utskrivelse) og livspåkjenninger
- Selvmord i familien eller i vennekretsen
- Manglende nettverk; for barn og unge omsorgssituasjonen
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)

Selvordsrisikovurdering:

Dersom pasienten har risikofaktorer for selvmord og/eller svarer bekreftende på spørsmålene om selvmordstanker/planer, skal det gjøres en selvmordsrisikovurdering av lege eller psykolog.

Det skal gjøres en vurdering av selvmordsfare som omfatter forhold rundt person, situasjon og tidsperiode. Det skal gjøres en diagnostisk vurdering av grunnlidelsen.

Spesifikke spørsmål som skal stilles:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene tilstede hele tiden eller av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner, hvor konkrete er disse, tilgang på middel som våpen, farlige medisiner?
- Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Innhold i depressive tanker/dødstanker (grad av håpløshet, sinne, krenkelse, avvisning, dødsønske), intensjoner om å dø eller intensjoner om å påvirke andres følelser ved en slik handling?
- Er pasienten agitert/sterkt urolig?
- Tilgang på metode (våpen, medisiner, etc)?
- Fremtidsplaner/mangel på fremtidsplaner?

Svarene på disse spørsmålene skal dokumenteres under status i journalen.

Tiltak etter vurdering:

Det skal fattes tiltak som følger som konsekvens av vurderingen. Tiltak skal formidles til de rette ansvarlige og dokumenteres i journal slik at alle blir kjent med dem. Aktuelle tiltak ved økt selvmordsfare:

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Selvmordsfare - selvmordsrisikovurdering og kartlegging av selvmordsfare - ansvar og opplæring			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Øystein Mæland	Dokument-Id: 2596 - Versjon: 1	Side 1 av 2

- Demping av psykisk smerte ved hjelp av samtale
- Medisinering (både mot grunnlidelsen og mot de akutte symptomer som for eksempel angst, uro, søvnløshet)
- Mobilisering av nettverket, råd og veiledning til pårørende og foreldre
- Høyning av omsorgsnivået (innleggelse eller hyppigere observasjon i døgnavdeling)

Dersom det foreligger forhøyet selvmordsfare, skal nye SMV gjøres regelmessig inntil selvmordsfaren er redusert. SMV bør deretter gjøres ved endringer i behandlingstatus (utgang, permisjoner, overflyttinger, utskrivelser). Pårørende skal informeres dersom pasienten ikke motsetter seg dette, og dette skal dokumenteres i pasientens journal. Selvmordsfare skal alltid omtales ved utskrivelse og dokumenteres i epikrisen/sluttnotatet dersom det har vært en problemstilling under innleggelsen. Pårørende må få god informasjon om hvordan de skal forholde seg i forhold til økt selvmordsfare, hvem de skal ta kontakt med (DPS/psykiatrisk legevakt/fastlegen).

Pasienter skal ha ny avtale med neste behandlingsinstans før de skrives ut fra døgnopphold, og man bør vurdere om akutteam skal følge dem opp i perioden fram til neste avtale.

Pårørende kan sitte med informasjon som er av stor betydning i forhold til vurdering av selvmordsfare. Det er viktig at de blir hørt.

Opplæring:

Nyansatte skal innen tre måneder ha fått opplæring i kartlegging av risikofaktorer, og for lege og psykolog i selvmordsrisikovurdering. Leger skal læres opp innen de går primærvakt.

Opplæringen skal bestå av:

- Undervisning
- Ferdighetstrening
- Dokumentasjon

Avdelingen skal tilby undervisning minst en gang i året, eller ved behov. Leger og psykologer skal gjennomføre obligatorisk kurs i selvmordsrisikovurdering som arrangeres i klinikken to ganger i året. Det anbefales å hospitere ved Psykiatrisk legevakt for leger og psykologer.

Identifisering og kartlegging og selvmordsrisikovurdering læres best ved mester-svenn modellen; man observerer en erfaren kollega gjøre kartleggingen/vurderingen, deretter gjør man det selv mens den erfarne er til stede og gir tilbakemelding, inntil man behersker dette tilfredsstillende. Avdelingene må legge til rette for mester-svenn læring.

Kartleggingen/vurderingen skal dokumenteres i journalen. Det er journalteksten som ligger til grunn for redegjørelsen til Helsetilsynet i forbindelse med selvmord og alvorlige selvmordsforsøk. Alle som dokumenterer i journalen skal motta veiledning på dokumentasjon inntil disse har en god kvalitet.

5. Definisjoner

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Dette kan gjøres av helsepersonell som har fått opplæring, og som etter dette vurderes som kvalifisert.

Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om iverksettelse av eventuelle behandlingstiltak omfatter både person, situasjon og tidsperiode. Dette krever diagnostisk kompetanse. I klinikken utføres dette av lege og psykolog.

6. Avvik eller dissens

Hvis det er uenighet om identifiseringen og kartleggingen, kontakt din leder.

7. Referanser

De nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging (IS 1511)

Klinikkens prosedyrer og retningslinjer:

- Selvmord, dødsfall og alvorlige selvmordsforsøk - oppfølging av etterlatte/pårørende
- Selvmord, dødsfall og andre alvorlige hendelser - oppfølging
- Selvmord, dødsfall og alvorlige selvmordsforsøk - melderutiner

Relaterte vedlegg

- [Handlingsplan - nasjonale retn.linjer selvmordsfare](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Selvmordsfare - selvmordsrisikovurdering og kartlegging av selvmordsfare - ansvar og opplæring		Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Øystein Mæland	Dokument-Id: 2596 - Versjon: 1
		Side 2 av 2

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Kriseplan - plan for mestring Psykisk helse og avhengighet		
	Dokument-ID: 35679 Versjon: 1 Status: Godkjent	Dokumenteier: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Marit Bjartveit

1. Endringer siden forrige versjon

Prosedyren er ny.

2. Hensikt og omfang

Prosedyren skal brukes sammen med skjema "Plan for mestring-/kriseplan".

Hensikten med kriseplanen er å konkretisere forhold som kan føre til tilbakefall, iverksette forebyggende tiltak og forhindre utvikling av kontrolltap ved risiko for selvmord og/eller farlighet. En kriseplan bør omfatte egne mestringsstrategier og plan for hvem som kan kontaktes i eget nettverk og i hjelpeapparatet.

Dersom behandler vurderer at pasienten er i behov av en mestrings/kriseplan for å forebygge risiko for selvmord - og/eller farlighet, kan planen utarbeides uten pasientens aktive medvirkning (jfr. NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009). For personer under 18 år må foresatte inngå blant støttepersonene i mestrings-/og kriseplanen. Dersom pasienten har omsorg for mindreårige barn må mestrings-/kriseplanen omfatte ivaretagelse av barna i krisesituasjoner.

3. Ansvar

Klinikkleder har ansvar for at prosedyren blir gjort kjent i klinikken. Avdelingsleder er ansvarlig for implementering av prosedyren i egen avdeling. Pasientens behandler er ansvarlig for utarbeiding av mestrings - /kriseplanen. Behandler er ansvarlig for at pasienter med risiko for selvmord og/eller farlighet får en mestrings - /kriseplan. Behandler er ansvarlig for å informere pasient, pårørende og øvrig hjelpeapparat om planen. De som inngår som støttepersoner i planen må alltid være orientert om sin funksjon (støttepersoner fra nettverket kan ikke forventes å være tilgjengelig hele døgnet).

4. Fremgangsmåte

Gjennomføring:

- Pasient og behandler (eventuelt annen fagperson) fyller ut skjema "Plan for mestring/ kriseplan" (se under relaterte filer)i felleskap så fremt dette er mulig
- Varselsignaler identifiseres og graderes (tidlige tegn settes øverst)
- Tiltakene bør "graderes" og knyttes sammen med varselsignalene
- Pasienten bevisstgjør seg hvordan mestrings tiltak kan tas i bruk for å opprettholde kontroll over følelser/tanker/handlinger
- Flere mestringsstrategier er tilgjengelige slik at pasienten går videre til neste punkt dersom et tiltak ikke har ønsket effekt eller en person på listen ikke er tilgjengelig
- For barn og unge er foresatte sentrale hjelpere som må inngå i tiltakskjeden
- Planen skal også inneholde navn, adresser og telefonnummer til det profesjonelle hjelpeapparatet, som fastlege, primærkontakt i bydel og faste behandlere (BUP, poliklinikk, DPS) for å være fullstendig

Relaterte vedlegg

[KPHA - Plan for mestring og kriseplan](#)

5. Definisjoner

Kriseplan - plan for mestring: Inneholder egne mestringsstrategier og plan for hvem som kan kontaktes i eget nettverk og i hjelpeapparatet ved foreverring av psykisk helse.

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke følges, skal dette tas opp med nærmeste leder.

7. Referanser

- Plan for mestring / kriseplan
- Eksempel på en kriseplan (NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009, Helse og omsorgsdepartementet, 03.05.2010).

Relaterte vedlegg

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Kriseplan - plan for mestring			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Marit Bjartveit	Dokument-Id: 35679 - Versjon: 1	Side 1 av 2

[Kriseplan eks NOU](#)
[Relaterte dokumenter](#)
[Ansvar og dokumentasjon](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Kriseplan - plan for mestring			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Marit Bjartveit	Dokument-Id: 35679 - Versjon: 1	Side 2 av 2

PLAN FOR MESTRING / KRISEPLAN

Mine varselssignaler er:		Hva kan jeg gjøre?	
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	
e)		e)	
f)		f)	
Hvis jeg trenger mer hjelp kan jeg kontakte:			
Privat nettverk:			
Navn:	Relasjon	Telefonnummer:	
Hjelpeapparatet:			
Navn:	Tittel/rolle:	Arb.sted:	Telefonnummer:
	Fastlege		
Hvis jeg ikke får kontakt med noen av nevnte personer og jeg opplever situasjonen alvorlig, kan jeg kontakte:			
Kl. 08.00 – 15.30: (Man – fre)	Sted:	(BUP/DPS/Poliklinikk)	
	Telefon:		
Etter kl. 15.30: + lør. og sønd.	Sted: OSLO LEGEVAKT: 22 93 22 93		
	Telefon:		
Mine barn ivaretas av:		Tlf.:	

Underskrift – Pasient – bruker

Underskrift Representant tjenesteapparat

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre Utskrivning		
	Psykisk helse og avhengighet / Senter psykisk helse, lokalfunksjoner / Avdeling akuttpsykiatri		
Dokument-ID: 926 Versjon: 0 Status: Godkjent	Dokumenteier: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Godkjent fra: 16.11.2010

1. Endringer siden forrige versjon

2. Hensikt og omfang

Hensikt: Prosedyren skal sikre forsvarlige rutiner for utskrivning og klargjøre ansvarsforhold til det helsepersonell som gjennomfører utskrivningen. Sikre overføring av behandlingsansvar til annen behandlingsinstans der det er relevant.

Omfang: Prosedyren gjelder for alt helsepersonell ansatt ved avdelingen (1). Med utskrivning menes avslutning av pasientens behandling ved avdelingen. Prosedyren vil gjelde fra beslutning om utskrivelse er fattet - til innholdet i prosedyren er gjennomført.

3. Ansvar

Avdelingsleder er ansvarlig for at alle utskrivninger er forsvarlige.

Enhetslederene er ansvarlige for at vedtatt prosedyre følges på enhetene.

Ansvar for utskrivningen er delegert til Faglig ansvarlig for vedtak.

Alt helsepersonell er ansvarlig for utførelsen av eget fag (2).

4. Fremgangsmåte

FAV er ansvarlig for at pasienten blir informert om utskrivning. Dersom det er faglig forsvarlig skal pasienten informeres umiddelbart (3).

Individuell plan:

PAL/PAP er ansvarlig for at pasientens behov for IP avklares under oppholdet, og følges opp der den foreligger. Koordinatoransvaret skal være klarlagt ved utskrivelse, og dokumentert i pasientjournal og IP (4).

Der IP foreligger skal behandling/oppfølging etter utskrivelse beskrives. Behandlingsansvar etter utskrivelse skal fremgå av IP. Pasienten bør få egen papirkopi av sin IP.

Vedtatt etter PHL:

Ved planlagt videreføring av TPH, skal alle vedtak, varsling av pårørende og evt. klagesaksbehandling være avsluttet i god tid før utskrivelse.

Pasientsamtykke:

Det bør foreligge samtykke fra pasienten ved utsendelse av informasjon (5).

Planlegging av behandling/oppfølging etter utskrivelse:

Oppfølgende instans varsles om utskrivningen. Varsel om utskrivning bør skje senest dagen før utskrivning.

Fastlege varsles ved utskrivning.

I tillegg varsles aktuelle instanser avhenig av behandlingsopplegg, IP, sikkerhet mv. (5,6):

- DPS
- Fastlege
- Koordinator IP
- Bydel/hjemmetjeneste
- NAV (sosialtjeneste, trygd, arbeid)
- Politi
- Annen institusjon
- Evt. andre

Samarbeid med pårørende ved utskrivning: Utskrivningen bør foregå i samarbeid med pårørende. Pårørende bør informeres om utskrivningen og om sine rettigheter i forbindelse med utskrivning.

Pasientsamtale ved utskrivning (7):

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Utskrivning		Utskriftsdato: 05.03.2013	
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 926 - Versjon: 0	Side 1 av 2

PAL/PAP og PAS er ansvarlig for at det gjennomføres en samtale med pasienten ved utskriving som inneholder følgende:

- Vurdering av pasientens psykiske status (symptombelastning)
- Vurdering av pasientens egenomsorgsstatus (funksjonsnivå)
- Sikre at pasienten har fått tilstrekkelig muntlig og skriftlig informasjon og nødvendige dokumenter i forhold til medisiner, resepter, sykemelding, rekvisisjoner, timeavtale ved DPS, IP og TPH
- Informasjon om videre behandlingsopplegg, behandlingsanbefaling og behandlingstilbud
- Informasjon om klagerett når vedtak om TPH er fattet
- Informasjon om symptomer på tilbakefall og kontaktmuligheter ved forverring
- Oppsummering av oppholdet og IP. Epikrise i hånden

Poliklinisk kontroll:

Pasienten skal få tilbud om poliklinisk oppfølging før utskrivelse, når dette vurderes som nødvendig. Tidspunkt for poliklinisk time bør være avtalt. Pasienten bør få time i hånden.

Dokumentasjon, meldinger og registreringer (8):

- Varsle ekspedisjonen om utskrivelsen
- Ajourføre PasDoc
- Avslutte PsykUS i PasDoc
- Dokumentere samtykke ved utsendelse av dokumenter (9)
- Dokumentere at pasienten har vært involvert i planleggingen av utskrivningen (10)
- Utskrivningsnotater skrives utskrivningsdagen (behandler og sykepleier)
- Dokumentere at pasientens boforhold er avklart
- Epikrise skal være skrevet og sendt henvisende og oppfølgende instans, og fastlege, senest innen 6 dager etter utskrivelse
- Sykepleieepikrise/sammenfatning skal skrives og sendes oppfølgende instans i primærhelsetjenesten/bydel utskrivningsdato

Utlevering/kvittering av deponerte verdigjenstander/legemidler.

5. Definisjoner

FAV - Faglig ansvarlig for vedtak
PAL - Pasientansvarlig lege
PAP - Pasientansvarlig psykolog
PAS - Pasientansvarlig sykepleier
IP - Individuell plan
TPH - Tvungent psykisk helsevern
PHL - Psykisk Helsevernloven

6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke lar seg følge, eller det oppstår avvik i forhold til denne skal dette meldes til nærmeste leder i OUS avviksbehandlingssystem.

7. Referanser

1. Jfr. lov om helsepersonell § 3
2. Jfr. lov om helsepersonell § 4
3. Jfr. Pasientrettighetsloven § 3 -2
4. Jfr. Pasientrettighetsloven § 2-5,
jfr. Psykiskhelsevernloven § 4-1,
jfr. Specialisthelsetjenesteloven § 2-5
5. Jfr. Pasientrettighetsloven § 4-1
6. Jfr. Specialisthelsetjenesteloven § 6-1
7. Jfr. Pasientrettighetsloven § 3-2, 3-3, 3-5,
jfr. Helsepersonelloven § 10,
jfr. Specialisthelsetjenesteloven § 3-8
8. Jfr. Helsepersonelloven § 39
9. Jfr. Pasientrettighetsloven § 4-1
10. Jfr. Pasientrettighetsloven § 3-1

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Utskriving			Utskriftsdato: 05.03.2013
Utarbeidet av: Elisabeth Aase Grytten	Godkjent av: Marit Bjartveit Krüger	Dokument-Id: 926 - Versjon: 0	Side 2 av 2