

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, UiO

Granskning av selvmord i det psykiske helsevernet

Pilotprosjekt

Forord

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utrede mulighetene for etablering av et system for monitorering og granskning av selvmord utført av pasienter under behandling i psykisk helsevern i Norge. Prosjektet ble påbegynt i 2010.

Oslo 28. desember 2011



Erlend Mork
Konstituert senterleder

Ewa Ness
Prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	- 4 -
	1.1 Bakgrunn	- 4 -
	1.2 Prosjektgruppe	- 5 -
2	METODIKK	- 5 -
	2.1 Utgangspunktet for prosjektet	
	2.2 Studiebesøk	- 5 -
3	DISKUSJON AV ERFARINGER	- 7 -
	3.1 Oppsummering av funn fra England	- 7 -
	3.2 Status for prosjektet ved NSSF	- 8 -
	3.3 Pilotutprøvingen	- 9 -
	3.4 Diskusjon	- 10 -
	3.5 Ny meldeordning for uønskede hendelser i 2012	- 11 -
	3.6 Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen	- 13 -
4	OPPSUMMERING OG ANBEFALING	- 14 -
	REFERANSER	14

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet fastsatte Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern i 2008 (IS 1511). Retningslinjene baserer seg på en grundig kunnskapsoversikt over risikofaktorer og effektive behandlingsformer i relasjon til risikogrupper for selvmord. I kunnskapsoversikten ble det understreket at det er stor mangel på empiriske data fra norske pasientutvalg og behandlingssituasjoner i forhold til gjennomførte selvmord. Registerdata og kliniske data har vært svært vanskelig tilgjengelige for vitenskapelige studier og dette har vært en sterk hemsko for kunnskapsutviklingen.

Samtidig er det viktig at forebyggende satsninger – som de nevnte faglige retningslinjene – baseres på oppdaterte kunnskaper fra norsk klinisk praksis. Senere undersøkelser (Rønneberg & Walby 2008) har vist at kunnskap om omfang av og karakteristika ved selvmord relatert til behandling innen spesialisthelsetjenesten i Norge fremdeles er svært mangelfull på nasjonalt nivå. Dels finnes det ingen pålitelig nasjonal oversikt over omfanget av problemet, dels er de viktigste risikofaktorene og endringer i disse lite kjent. Undersøkelsen viste at den lovpålagte meldeplikten i forhold til selvmord som skjer under behandling i spesialisthelsetjenesten ikke fungerer etter intensjonen, noe som resulterer i mørketall. Man fant også store fylkesvise variasjoner både i antall meldinger om selvmord til Helsetilsynet og i hvorledes disse selvmordssakene ble behandlet i de ulike fylkene. Det ble også påvist at meldingssystemet ikke bidro til lokalt og regionalt kvalitetsutviklingsarbeid slik helsemyndigheten ønsker.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har som en av sine viktigste oppgaver å bidra til styrket selvmordsforebygging rettet mot pasienter i psykisk helsevern.

Som ledd i dette, og med ønske om å understøtte implementeringen av de nasjonale retningslinjene, ser vi det som helt avgjørende å fremskaffe oppdatert og løpende oversikt over omfanget av og de viktigste karakteristika ved selvmord innenfor denne høyrisikogrupper i Norge i dag. Manglende oversikt over omfang og risikofaktorer på dette området er trolig det største hinderet for økte forebyggingsinnsatser på dette feltet. Med utgangspunkt i norske og utenlandske studier og utviklingsprosjekter har NSSF utviklet forslag til et monitorerings- og

granskningsverktøy for selvmord som skjer blant pasienter under behandling i psykisk helsevern i Norge.

1.2 Prosjektgruppe

NSSF har etablert en prosjektgruppe for arbeidet med dette tiltaket. Gruppen ledes av seniorrådgiver Ewa Ness, spesialist i psykiatri, og består for øvrig av forsker og sjefpsykolog Fredrik A Walby og professor dr med Lars Mehlum. Alle prosjektdeltakerne har omfattende bakgrunn fra selvmordsforebyggende virksomhet samt bred klinisk erfaring med selvmordstruede pasienter.

2 Metodikk

2.1 Erfaringer fra andre land

En rekke land har hatt liknende rapporteringsordninger som den norske (for eksempel i Sverige ihht den såkalte Lex Maria), men med større eller mindre grad av tilsvarende problemer som i Norge med ujevnheter i rapportering og datakvalitet. Et betydelig unntak fra dette mønsteret utgjøres av den såkalte *National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness* (heretter kalt NCI) i England. Dette hadde sitt utspring i en tilsvarende bekymring som vi nå har i Norge for situasjonen rundt omfanget av drap og selvmord i England. Systemet har vært i drift siden 1992 og erfaringene har vært meget gode. NCI har fungert etter hensikten ved å etablere nasjonal oversikt over omfanget av selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og sentrale karakteristika ved disse. Dette har igjen ført til konkrete forebyggende tiltak. I tillegg har systemet tilført forskningsdata som har vært viktige i både nasjonalt og internasjonalt perspektiv. I det foreliggende prosjektet har vi utredet om det både er mulig og hensiktsmessig å etablere et tilsvarende system i Norge og søkt å avklare forhold som eventuelt må legges til rette for å få dette til.

2.2 Studiebesøk

Deler av prosjektgruppen gjennomførte et studiebesøk til Centre for Suicide Prevention ved University of Manchester som drifter NCI på oppdrag fra helsemyndighetene. Besøket fant sted i april 2010 og det ble da etablert et samarbeid med NCI ved leder professor Louis Appleby og hans gruppe. NSSF fikk godkjenning til å benytte NCIs

granskningsverktøy som er et strukturert spørreskjema som denne gruppen har utviklet for formålet. NCI tilbyr også konsultativ bistand rundt implementering og drift.

Datagrunnlaget for *The National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness* er dødsårsaksregister og rettsmedisinske data sjekket mot informasjon om hvorvidt avdøde hadde vært i kontakt med psykisk helsevern (kun spesialisthelsetjenesten) året før dødsfallet. Unntatt har vært dem som har vært i kontakt bare med legevakt eller har hatt tilsyn ved somatiske avdelinger. Pasientene må i tillegg ha vært i konsultasjon hos en spesialist. Dersom personen var i kontakt med psykisk helsevern, åpnes en sak ("an inquiry case"). Behandleren som hadde vært i kontakt med pasienten får tilsendt et spørreskjema som fokuserer på forholdene forut for selvmordet og hvordan behandlingsapparatet forholdt seg.

Det legges stor vekt på de kliniske vurderinger som er gjort av den behandler som pasienten kjente best. Disse vurderingene blir ikke overprøvet av noen sakkyndig gruppe, fordi man mener mye verdifull informasjon ville gå tapt i forhold til de opprinnelige vurderingene dersom de filtreres i for mange ledd. Data direkte fra klinikere, mest mulig objektivt registrert, anses å gi det beste grunnlaget for senere analyser på gruppenivå. Alle innkomne data bearbeides og analyseres sentralt og data fra NCI presenteres årlig.

3 Diskusjon av erfaringer

3.1 Oppsummering av funn fra England

I det følgende gis en kort oppsummering av hva man fant i den første rapporten fra *The National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness* (NCI) for perioden 1996-2000:

- Antall selvmord i England var 20 927 i perioden 1996-2000.
- 24 % av disse hadde vært i kontakt med psykisk helsevern året før selvmordet.
- Av disse hadde 19 % hatt kontakt med psykisk helsevern mindre enn 24 timer før de døde, mens 48 % hadde hatt kontakt innen en uke før de døde.
- 42 % av pasientene hadde en alvorlig depresjon (major affective disorder).
- I siste kontakt med psykisk helsevern ble kun 2 % oppfattet å ha høy selvmordsrisiko, mens man i 85 % av tilfellene hadde ment at selvmordsrisikoen var lav eller fraværende.
- 95 % av behandlerne som ble kontaktet, besvarte spørreskjema.
- 21 % av behandlerne mente i ettertid at de kunne forhindre selvmordet.
- I 87 % av sakene foreslo behandleren hva som kunne vært gjort for å hindre selvmordet, hvorav de vanligste forslagene var: arbeide for å bedre etterlevelse av behandlingen (29 %), bedre sikkerhetstiltak i avdelingen (27 %), tettere kontakt med pårørende (16 %) og bedre kompetanse hos personalet (12 %).

De som har vært under såkalt "care program approach", har koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe. NCI påviste at pasienter som ikke var omfattet av disse tiltakene eller der ansvarsgruppen hadde falt sammen, hadde økt risiko for selvmord. NCI anbefaler at hos alle pasienter med høy risiko for selvmord bør helsepersonell benytte en slik care program approach.

De viktigste tiltakene for å forebygge selvmord oppgis av klinikere til å være 1) bedre etterlevelse av behandling og 2) bedre oppfølging.

De fleste som tok sitt eget liv hadde opplevd en eller annen form for reduksjon i behandlings- eller omsorgsnivå forut for selvmordet.

NCI har oversikt over alle selvmord i England og retter skriftlig henvendelse til alle sykehus i et stort område for å fange opp hvor pasientene er behandlet. Dette er et omfattende arbeid. De 23 ansatte i NCI sender ut spørreskjema til behandlingsansvarlige med en påminnelse etter 4-6 uker. Hvis svar uteblir tar NCI kontakt med ledelsen.

Spørreskjema som fylles ut kan brukes som grunnlag for en lokal granskning dersom sykehuset ønsker det. NCI leverer ikke tilbake saker som allerede er analysert. De mener det er svært viktig at dette utføres anonymt, og det skal ikke kunne brukes av pårørende til å kreve erstatning. Helsedepartementet har besluttet ved lov at dokumentene ikke skulle kunne brukes i rettsvesenet under henvisning til at alt som står i rapportene også står i sykejournalene.

Et interessant perspektiv er at man i England opprettet NCI på bakgrunn av et politisk ønske om å finne mer ut av drapene begått av pasienter med psykisk lidelse. Den engelske psykiaterforeningen protesterte mot denne stigmatiseringen av pasienter med psykiske lidelser og hevdet, som vi også gjør i Norge, at en forsvinnende liten del av drapene begås av pasienter med psykiske lidelser. Derfor ble selvmord, som er den overveldende største årsaken til dødsfall i denne gruppen, også inkludert.

Data fra *The National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness* er i dag en svært viktig kilde til kunnskap om forekomst av og risikofaktorer for selvmord hos pasienter som benytter psykiske helseverntjenester i England. Videre brukes data som grunnlag for vurdering av måloppnåelse i både den engelske og den skotske nasjonale strategien for selvmordsforebygging. Flere andre land har vist interesse for NCI, men ingen har innført lignende systemer til nå.

3.2 Status for prosjektet ved NSSF

Som beskrevet over har NSSF fått tillatelse fra NCI til å oversette og tilpasse spørreskjemaet som er basis for datainnsamlingen. Dette arbeidet er ferdig utført av prosjektgruppen. Fordi helsetjenestene i England og Norge er forskjellig organisert var det nødvendig å gjøre tilpasninger i skjemaet. Vi har imidlertid ønsket å legge oss så nær opp til den engelske versjonen som mulig, fordi dette gir muligheten for å sammenlikne data mellom de to landene.

Før verktøyet kan anbefales brukt i stor skala, har det vært nødvendig å gjøre en pilotutprøving for å se om det er brukervennlig under norske forhold. I den forbindelse ble det også utarbeidet en del spørsmål for å belyse behandlernes erfaringer med å fylle ut spørreskjemaet.

Vi nedla ressurser i å få etablert et samarbeid både med Statens helsetilsyn og med Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med dette. Det var et

tidkrevende arbeid, og resultatet ble dessverre at hverken Helsetilsynet eller Helse Sør-Øst fant å kunne prioritere et slikt samarbeid. Vi har derfor måttet se etter andre mulige samarbeidspartnere for å få gjennomført datainnsamlingen i pilotprosjektet. Vi har henvendt oss til fem sykehus totalt, hvorav tre valgte å delta. Det er ulike størrelse og ulike geografisk lokalisering av de tre sykehusene, så de representerer forskjellige fagmiljøer og kulturer.

Vi beregnet et behov på om lag 10-15 selvmord i pilotprosjektperioden for å få et representativt utvalg.

3.3 Pilotutprøvingen

Hovedfokus for pilotutprøvingen var brukervennligheten. Vi har samlet inn 13 utfylte skjemaer fra gjennomførte selvmord inntil ett år tilbake i tid fra tre ulike sykehus i Norge.

Informantene brukte mellom 10 og 90 minutter å fylle ut skjemaene, med en gjennomsnittlig tid på 22 minutter. Flere av spørsmålene var ikke besvart.

Beskrivelse av pasientutvalget

Tallene vil ikke være fullstendige for alle spørsmål, fordi ikke alle har besvart alle spørsmål. Utvalget av pasienter som var døde i selvmord bestod av ni menn og fire kvinner. Alder varierte mellom 15 og 68 år. Diagnostisk hadde syv affektive lidelser, tre pasienter schizofreni, en hadde spiseforstyrrelse, én hadde personlighetsforstyrrelse og én alkoholavhengighet. Halvparten hadde en sykehistorie av mer enn fem års varighet og halvparten levde alene. Ingen var i arbeid.

Halvparten av pasientene hadde villet egenskade i sin sykehistorie. Fem hadde hatt kontakt med BUP. To bekrefter at det var vold i sykehistorien. To hadde alkoholproblemer og fire hadde problemer med stoffmisbruk.

Åtte av tretten hadde en eller flere døgninnleggelse. Tre pasienter var innlagt i døgnavdeling på tidspunktet for selvmordet. Av disse var to innlagt frivillig. En pasient tok livet av seg under intervallobservasjon og en tok livet av seg under permisjon.

Selvmordsmetoden var forgiftning i tre tilfeller, henging i fire og hopp fra høyde i fire, ett tilfelle av kvelning og der pasienten hadde lagt seg i snøen og frosset i hjel. Ingen hadde begått drap før de tok livet av seg. Bare to kan bekrefte at pasienten hadde vært påvirket av alkohol når selvmordet skjedde. De fleste hadde ingen opplysninger om dette.

På spørsmålet: Hvor lenge før selvmordet skjedde siste kontakt, svarte ni at pasienten hadde hatt kontakt i løpt av de siste fire uker.

Sju av de som fylte ut skjemaene svarte på spørsmål om individuell plan: én pasient i utvalget hadde slik plan, to var tilbudt, men ville ikke ha og fire hadde ikke.

På spørsmål om den som fylte ut skjemaet syntes det er en god ide å innføre en slik standardisert kartlegging av alle selvmord i Norge, svarte åtte ja og tre verken ja eller nei, og én svarte nei.

På spørsmålet: Syns du skjemaet inneholder relevante spørsmål, svarte åtte ja og fire svarte delvis, bare delvis, tja og vanskelig med å besvare med ja eller nei.

I en rubrikk for frie kommentarer, ble følgende anført:

- *Hva er selvmordsforsøk og hva er selvskadning?*
- *Teller også somatiske innleggelser?*
- *Hva er stoffmisbruk? Inkluderer dette også medikamentmisbruk? Bør hete illegale rusmidler og legemidler.*
- *Er ikke noe tidspunkt for dødstidspunkt. Hvordan skal man da kunne nyttiggjøre seg andre dataopplysninger i skjema?*
- *Burde være klarere spørsmål om vurdering av suicidfare på posten.*
- *Negative livshendelser er en vag betegnelse, må hete alvorlig livshendelse.*
- *Når det spørres om diagnose bør også "under utredning" og "tentativ diagnose" være et alternativ. Dersom granskning av selvmordet er hensikten syns jeg ikke skjema er dekkende nok.*
- *Vanskelig å skulle fylle ut mer enn et halvt år etter hendelsen.*
- *Skjema må kunne fylles ut elektronisk.*

3.4 Diskusjon

Erfaringene med bruken av NCI skjemaet tyder på at metoden i hovedsak er akseptabel for norske behandlere. Samtidig bør det vurderes hvorvidt, dette skjemaet utviklet i England før 1992 bør oppdateres med tanke på videreutvikling og/eller forenkling. Det bør selvsagt også tilrettelegges for elektronisk utfylling og innsending.

Under pilotutprøvingen var det flere av de forespurte institusjonene som takket ja til å delta, men som fikk problemer med gjennomføringen, til

tross for lang svartid (et halvt år). Ett sted hadde en kvalitetsrådgiver fylt ut fem skjemaer på bakgrunn av journalopplysningene, uten å ha snakket med behandlerne. Dette ble heldigvis oppdaget, og var gjort i god tro, for å spare behandlerne for arbeid, men gir et helt annet faktagrunnlag enn om behandlerne selv hadde fylt det ut. Det ble understreket av NIC i Manchester som svært viktig, at dataene kom rett fra behandleren som kjente pasienten. Vi oppdaget også at ikke alle synes at denne form for datainnsamling var et riktig fokus. Ett sykehus prioriterte en psykologisk autopisstudie, der de intervjuet de etterlatte etter alle selvmord de hadde, og som skulle kunne ut i forskningsartikler.

Det er tankevekkende at fire av tolv behandlere ikke syntes det er en god ide å innføre et slikt skjema, og at fire av tolv ikke svarer "ja" på spørsmålet om hvorvidt spørsmålene i skjemaet oppleves relevante. Det har skjedd en stor positiv utvikling i Norge de siste 5-10 år vedrørende håndtering av selvmordsfare i spesialisthelsetjenesten. Det skyldes flere forhold, blant annet opptrappingsplanen, de nasjonale retningslinjene og økt fokus på internkontroll. Dette har bidratt til at vi stiller større krav til kvaliteten på håndtering av selvmordsfare nå enn for ti år siden. NIC skjemaet som er 20 år gammelt kan derfor virke noe utdatert for dagens norske forhold og vil trolig trenge noe tilpasning og forenkling.

3.5 Ny meldeordning for uønskede hendelser i 2012

Stortinget vedtok 24.6. 2011 at ansvaret for meldeordningen for uønskede hendelser i henhold til § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven flyttes fra Helsetilsynet i fylkene til Kunnskapssenteret. Det innebærer at Helsetilsynet ikke lenger skal motta de såkalte § 3.3 meldingene:

§ 3-3. Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket (spesialisthelsetjenesteloven)

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

På Kunnskapssenterets hjemmesider kan man lese:

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Kunnskapssenteret er i gang med å bygge opp en ordning for å ta imot meldinger om uønskede hendelser fra helseforetakene. Målet er å bygge opp et system og en kultur for å lære av uønskede hendelser.

Meldeordningen omfatter hendelser i spesialisthelsetjenesten som har medført betydelig skade på pasient, og hendelser som kunne ha medført slik skade. Den nye loven vektlegger derfor at meldingene skal brukes til læring, slik at uønskede hendelser ikke gjentas.

Lovendringen er et resultat av at dagens ordning ikke er i samsvar med internasjonal praksis og anbefalinger på området. Anbefalingene tilsier at læringseffekten blir størst når meldingene ikke knyttes til en sanksjonsmyndighet.

Hensikten med å melde uønskede hendelser er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes til å avklare hvorfor uønskede hendelser skjer og til å forebygge at det ikke skjer igjen.

Loven sier:

"Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten."

Forankring

Forankring i og god dialog med fagmiljøer er avgjørende for å få på plass ordningen innen 1. juli 2012. Kunnskapssenteret vil ha kontakt med store deler av helsetjenesten og forvaltningen under oppbyggingen av den nye meldeordningen, og vil invitere viktige aktører til å delta i en referansegruppe for prosjektet.

Nasjonal enhet

Driften av meldeordningen vil bli knyttet til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Enhetens mandat er bl.a. å "støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser" og "avdekke risikoområder og årsakene til disse".

Alle som har innspill om ordningen kan sende disse til prosjektkoordinator Marie Brudvik.

Prosjektleder har hatt et møte med prosjektleder i Kunnskapssenteret som kom i stand fordi de ønsket innspill fra psykisk helse på hvordan den nye meldeordningen burde legges opp for å oppnå målsettingen med erfaringslæring. Selvmord og selvmordsforsøk er både de vanligste og de mest alvorlige avvikshendelsene i psykisk helsevern. Vi foreslo bl.a. muligheten for at det ble etablert en nasjonal monitorering slik som beskrevet her, i den hensikt å få en nasjonal oversikt på dette feltet.

Kunnskapssenteret har behov for systematisk kunnskapsinnhenting om omfanget og karakteristika ved selvmord og selvmordsforsøk i psykisk helsevern. En løpende monitorering av alle selvmord knyttet til psykisk helsevern vil kunne gi myndighetene og foretakene nødvendig informasjon for utvikling av forebyggende tiltak, slik det har vært gjort i England.

I Norge gjøres det omfattende forebyggende innsats i regi av NSSF, RVTS og helseforetakene. Derimot finnes det ikke noe nasjonalt kvalitetssikringssystem, noe pasientforeningene har etterlyst ("lufthavarikommisjon"). Det er behov for å etablere et system for

internkontroll på dette området på et nasjonalt nivå som vil gi myndighetene den nødvendige oversikt og publikum og politikere den nødvendige tillit til helsetjensten. Internkontrollsystemet vil bestå av de nasjonale retningslinjene, monitoreringen, og en evaluering eller revisjon av hvorvidt praksis er god nok. Pasientsikkerhetskampanjen som vil bli lansert i 2012 vil innføre krav om jevnlig revisjon på dette området i hvert enkelt helseforetak.

3.6 Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen “I trygge hender” skal forbedre pasientsikkerheten innen den psykiske helsetjenesten ved å innføre tiltak på utvalgte områder. Innsatsområdet er blitt utarbeidet i av en ekspertgruppe nedsatt av Kunnskapscenteret. Styringsgruppen som består av landets RHF direktører og helsedirektør Bjørn Inge Larsen har gått inn for to områder:

- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdose

Innsatsområdets tiltakspakker vil foreligge i starten av 2012.

Med unntak av et prosjekt om forebygging av selvmord i England, har ingen andre pasientsikkerhetskampanjer innført tiltak innen psykisk helse. Flere land holder nå på å utrede pasientsikkerhetstiltak innen feltet. Den norske kampanjen samarbeider derfor med flere andre land i utredningen av tiltakspakker, blant annet England, Skottland, Nord-Irland, Danmark og Canada.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er representert i ekspertgruppen ved at Ewa Ness leder ekspertgruppen og Fredrik Walby sitter i den.

Også denne kampanjen svekkes ved den manglende oversikten over omfang og karakteristika av selvmord blant pasienter i psykisk helsevern. Så lenge vi ikke har en fullstendig monitorering av alle selvmord i psykisk helsevern i Norge, kan vi ikke måle effekten av de tiltak vi setter i verk.

4 Oppsummering og anbefalinger

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har prøvet ut en norsk versjon av et etablert engelsk monitoreringssystem *The National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*.

Klinikere ved tre ulike norske sykehus har fylt ut skjema for 14 pasienter. Vi har analysert deres kommentarer og anbefalinger.

Samtidig har Stortinget vedtatt å legge om meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten ved å overføre den fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Det gir muligheter til å se på synergieffekter mellom granskningssystemet og kunnskapssenterets mandat.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som lanseres av Helsedirektoratet i 2012 for psykisk helse har valgt forebygging av selvmord som ett av innsatsområdene. Det vil bli utviklet tiltak på dette området i 2012 før kampanjen lanseres i hele Norge. Det vil kunne styrke pasientsikkerheten at det innføres et nasjonalt granskningssystem for selvmord i den hensikt å generere ny kunnskap fra praksis.

Vi *anbefaler* at man innfører en tilpasset og forkortet utgave av det engelske skjemaet, og at dette ses i sammenheng med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og innføringen av ny meldeordning.

En løpende monitorering over omfang og karakteristika ved selvmord blant pasienter i psykisk helsevern er helt avgjørende for både å utvikle mer effektive forebyggende innsatser mot selvmord i denne viktigste høyrisikogruppen, samt for å måle effekter av slike tiltak.

NSSF anbefaler sterkt at et slikt system implementeres i Norge.

Referanser

- Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F et al. Forebygging av selvmord. Del 1. Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi, Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006.
- Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F et al. Forebygging av selvmord. Del 2. Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2007.
- National confidential inquiry:
<http://www.medicine.manchester.ac.uk/psychiatry/research/suicide/prevention/nci/>
- Karina Aase (redaktør): Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2010
- Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskrift Norsk Legeforening nr. 2, 2008; 128: 180-3.
- Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511) Oslo, 2008.