

Oppfølging av pasienter innlagt i psykiatrisk akuttmottak etter selvmordsforsøk.

Prosjektoppgave ved
Videreutdanning for selvmordsforebygging,
Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Innlevering 17. oktober 2005
Gudrun Austad
Antall ord: 7881 (vedlegg ikke inkludert)

Innhold	side
Forord.....	3
1.0 Sammendrag.....	4
2.0 Innledning.....	5
2.1 Innføring.....	5
2.2 Bakgrunn.....	7
2.3 Problemstilling.....	8
2.4 Definisjoner / begrepsavklaring.....	9
2.4.1 Selvmord og selvmordsforsøk.....	9
2.4.2 Oppfølging og behandling.....	10
2.5 Litteratursøk.....	11
3.0 Materiale og metode.....	12
3.1 Utvalget.....	12
3.2 Prosedyre.....	13
3.2.1 Definisjon av variablene.....	14
3.2.2 Signifikanstest.....	15
3.3 Metode.....	16
3.4 Metodeoverveielser.....	16
3.4.1 Reliabilitet.....	16
3.4.2 Kontrollgruppe.....	17
3.4.3 Etiske overveielser.....	17
3.5 Prosjektets godkjenning.....	17
4.0 Presentasjon av resultater.....	18
4.1 Karakteristika ved pasientutvalget.....	18
4.2 Oppfølgende instans etter utskrivelse fra AMC2 og sengepost.....	21
4.2.1 Oppfølgende instans etter utskrivelse fra AMC2.....	23
4.2.2 Oppfølgende instans etter utskrivelse fra sengepost.....	23
4.2.3 Oppfølging fra psykiatrisk poliklinikk.....	23
5.0 Diskusjon.....	23
5.1 Beskrivelse av utvalget.....	24
5.2 Oppfølging etter selvmordsforsøk.....	28
6.0 Konklusjon.....	29
7.0 Referanser.....	31
8.0 Vedlegg.....	34
Vedlegg 1. Skåringsmal for suicidalitet, SUS	
Vedlegg 2. Rutiner for forebygging, behandling og oppfølging av selvmordsnære pasienter ved Psykiatrisk klinikk, SUS.	
Vedlegg 3. Rutiner for utskrivelse av pasienter fra AMC2, SUS.	
Vedlegg 4. Clinical Drug Use Scale (bare i papirformat)	
Vedlegg 5. Clinical Alcohol Use Scale (bare i papirformat)	
Vedlegg 6. Melding til NSD	
Vedlegg 7. Svar fra NSD (bare i papirformat)	
Vedlegg 8. Selvvalgt pensumlitteratur.....	59

Forord

Oppgaven er en del av Videreutdanningen i Selvmordsforebyggende Arbeid ved Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.

Jeg er ansatt på Akutt Mottakspost (AMC2) ved Psykiatrisk klinikk ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). I TIPS (Tidlig Intervensjon ved Psykose) prosjektet og i ”Tiltak mot selvmord” i Helse Stavanger HF, Oppfølgingsprosjektet etter Handlingsplan mot selvmord. Det gjorde det naturlig for meg å undersøke psykisk helsevern som arena for selvmordsforebygging.

Jeg vil rette en stor takk til psykiatrisk sykepleier ved AMC2 Robert Jørgensen for hjelp med å hente ut driftsdata fra postens SPSS filer. Jeg vil også takke stipendiat Inge Joa i TIPS for hjelp med signifikanstesting av datamaterialet. Takk også til seksjonsoverlege Kjetil Hustoft for tillatelse til bruk av AMC2s driftsdata i oppgaven.

Fredrik Walby ved Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging, UIO skal ha stor takk for kyndig veiledning!

Stavanger den 16. oktober 2005.

Gudrun Austad

1.0 Sammendrag

Bakgrunn: To faktorer som øker risikoen for selvmord er alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, depresjon, ustabil personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk) og tidligere selvmordsatferd. Tiden like før -, under - og etter innleggelse i psykiatrisk avdeling innebærer også forhøyet risiko for selvmord.

Det er gjort mye forskning på oppfølging av pasienter etter innleggelse i somatisk avdeling på grunn av selvmordsforsøk. Mindre er skrevet om oppfølgingen som gis denne pasientgruppen etter opphold i psykiatrisk avdeling.

Jeg ønsket å undersøke: hva som karakteriserer pasientene innlagt i psykiatrisk akuttmottak etter selvmordsforsøk, hvor mange av dem som får oppfølging etter utskrivelse fra psykiatrisk akuttmottak og hvilke instanser som foretar oppfølgingen.

Jeg har fulgt en pasientpopulasjon fra psykiatrisk akuttmottak og ut til oppfølgende instans, ikke fysisk, men ved hjelp av driftsdata og elektroniske pasientjournaler.

Utvalget består av pasienter innlagt etter selvmordsforsøk på psykiatrisk akuttmottak (AMC2) ved Stavanger Universitets Sykehus (SUS) i perioden 1. juni 2003 – 1. juni 2004.

Sammenligningsutvalget består av pasienter innlagt samme sted i samme tidsrom, men uten selvmordstanker, - planer eller - forsøk.

Resultater: Av alle innlagte pasienter i AMC2, SUS (n=1765) hadde 111 utført selvmordsforsøk. Pasientene innlagt etter selvmordsforsøk var yngre -, flere av dem var kvinner -, hadde høyere andel av depresjon - og var oftere henvist fra somatisk sykehus enn pasientene i kontrollgruppen. De brukte like mye rus som kontrollgruppen (20%), hadde ingen signifikant forskjell i tvangsinnleggelser (tall?) og ble like ofte henvist til psykiatrisk sengepost (80%) som kontrollgruppen. Halvdelen av pasientene ble henvist til psykiatrisk poliklinikk etter utskrivelse fra AMC2 og sengepost. $\frac{3}{4}$ av disse møtte til første polikliniske konsultasjon. $\frac{1}{4}$ av pasientene ble henvist til oppfølging utelukkende hos fastlege etter innleggelse i akuttmottak og sengepost.

Konklusjon: Pasientene innlagt etter selvmordsforsøk ved AMC2, SUS, samsvarer med kjent litteratur i forhold til de undersøkte variabler. De får samme behandlingstilbud som de ikke-suicidale pasientene, i form av innleggelse i sengepost. Ikke alle får avtalefestet oppfølging etter utskrivelse, noe som er anbefalt i litteratur og retningslinjer.

2.0 Innledning

2.1 Innføring – selvmord, selvmordsforsøk og psykisk lidelse

Selvmord er et stort helse problem. Hvert år dør ca. 1 million mennesker i verden av selvmord (IASP, 2005). I Norge har antallet selvmord økt kraftig fra slutten av 1960-årene og fram til slutten av 1980-årene (Gjertsen, 2003). Siden 1988 har vi sett en reduksjon i selvmordsraten (antall selvmord per 100 000 innbyggere) fra 16,8 i 1988 til 11,0 i 2003. Allikevel dør omlag 500 mennesker av selvmord hvert år i Norge (Gjertsen, 2005).

I psykisk helsevern behandles mennesker med psykiske lidelser. De fleste psykiske lidelser er forbundet med forhøyet selvmordsrisiko. Det å ha en psykisk lidelse øker risikoen for selvmord mellom 5 og 15 ganger sammenlignet med normalbefolkningen.

5-15 ganger høyere enn i normalbefolkningen (Harris & Barraclough , 1997), (Baxter & Appleby , 1999), (Appleby, 2000: 618)

. I retrospektive studier av gjennomførte selvmord finner man at de fleste led av en diagnostiserbar psykisk lidelse (93%) på dødstidspunktet (Henriksson et al., 1993). Omtrent halvparten av de som hadde gjennomført selvmord hadde en stemningslidelse; mest hyppig depresjon. Andre lidelser som øker risikoen for selvmord er: schizofreni, rusmisbruk og ustabile personlighetsforstyrrelser (Baxter, 1999), (Retterstøl et al., 2002:164).

Risikofaktorer i tillegg til psykisk lidelse er sykdomsepisoder, nylig utskrivelse, ensomhet, rusmisbruk og selvmordsforsøk (Goldacre et al., 1993), (Powell et al., 2000).

Selvmordsforsøk som prediktor for senere selvmord beskrives blant annet i en finsk autopsistudie (Isometsä et al.,1998). 48% av mennene og 62% av kvinnene hadde gjort selvmordsforsøk forut for selvmordet.

Risikoen er høyest det første året etter utskrivelse (Nordentoft et al., 2004).

Selvmordsforebygging foregår på flere nivåer og - arenaer og tar utgangspunkt i ulike forebyggingsmodeller. Den såkalte ”folkehelsemodellen” bruker begrepene: primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging vil, når det gjelder selvmord, kunne være helseopplysningsarbeidet som gjøres i skolen i form av ulike undervisningsopplegg (www.psykiskhelseiskolen.no). Behandling og oppfølging av selvmordsforsøkere innlagt i psykisk helsevern kan, i følge folkehelsemodellen, ses på både som sekundær- og tertiærforebygging (Retterstøl et al., 2002: 301). Behandling av den psykiske lidelsen og symptomer på denne kan medvirke til å forebygge et eventuelt selvmord

(sekundærforebygging), og det å forhindre tilbakefall av selvmordsforsøk kan i neste omgang også forebygge selvmord (tertiærforebygging).

En tilnærming til forebygging av selvmord kan være å fokusere på mennesker med høy risiko. I arbeidet med risikovurdering av selvmordsutsatte pasienter er det praksis å ta med følgende risikofaktorer i vurderingen:

- Selvmordstanker, selvmordsplaner, selvmordsforsøk (dødelighet og intensjon).
- Psykisk lidelse.
- Fysisk sykdom (fysisk smerte, dødelig sykdom, fysisk hjelpeløshet).
- Psykososiale problemer (manglende sosial støtte, arbeidsløshet, belastende livshendelser)
- Barndomstraumer (seksuelt- og fysisk misbruk).
- Familiehistorie (selvmord eller psykisk lidelse).
- Psykologiske faktorer (håpløshet, psykisk smerte, panikkangst, ydmykelse, impulsivitet, aggresjon, agitasjon).
- Kognitive faktorer (nedsatt evne til problemløsning, polaritetstenkning).
- Demografiske faktorer (menn, enslig, eldre, ungdom, homo-/bifile).
- Andre faktorer (tilgang til skytevåpen, overdose, ustabil terapeutisk relasjon).

(American Psychiatric Association (APA), 2003)

Appleby beskriver i kapittelet om forebygging av selvmord hos psykiatriske pasienter i ”The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide” (Appleby, 2000) også det å identifisere høy - risiko grupper som forebyggingsstrategi. Ved å identifisere psykiatriske pasienter med:

- affektiv lidelse, schizofreni, rusavhengighet, personlighetsforstyrrelse,
- tidligere villet egenskade
- hyppige reinnleggelser

kan man lettere gripe inn med oppfølging og behandling.

Ingen studier har funnet Risikofaktoren! Risikovurderingen er basert på skjønn fra den enkelte klinikers side. Jo flere risikofaktorer som opptrer sammen, jo høyere kan risiko for selvmord være. Samtidig har de ulike risikofaktorene ulik betydning overfor den enkelte pasient.

Selvmord som et statistisk sjeldent forekommende fenomen gjør at risikofaktorene alene har svært liten prediktiv verdi. Kjønn og alder er risikofaktorer som kan si noe statistisk om forhøyet risiko, men ikke noe om risiko i det enkelte tilfelle. Nylig utført selvmordsforsøk og tilgang til våpen hjemme, derimot, øker den aktuelle selvmordsrisiko for pasienten det gjelder.

En annen tilnærming til forebygging av selvmordsforsøk og selvmord hos personer med psykisk lidelse kan være å gi avtalefestet oppfølging etter utskrivelse fra psykiatrisk avdeling. Flere undersøkelser viser at tiden før-, under- og etter innleggelse i psykiatrisk avdeling innebærer en forhøyet risiko for selvmord (Appleby, 1999b), (Appleby, 2000: 617-627), (Goldacre, 1993). Derfor blir det av betydning å undersøke hva som gjøres for å forebygge nye selvmordsforsøk, og dermed kanskje også – selvmord, for denne gruppen av pasienter. Intensiv oppfølging i perioder forbundet med høy risiko anbefales (Appleby, 2000), som:

- første sykdomsåret
- under innleggelse
- de første 3 måneder etter utskrivelse

Etter selvmordsforsøk med påfølgende sykehusinnleggelse trenger pasienten oppfølging både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten (Statens helsetilsyn, 2001). Dette taler for å etablere avtalefestet oppfølging for pasientene i denne gruppen etter oppholdet på psykiatrisk avdeling, enten det er 24 timer i akuttmottak eller et lengre opphold på sengepost. Mye forskning er gjort på oppfølging av pasienter innlagt i somatisk avdeling etter selvmordsforsøk og behovet for organiserte behandlingsskjeder for denne pasientgruppen etter utskrivelse (Mork et al., 2001). Mindre er skrevet om behandlingsskjeden for disse pasientene etter innleggelse i psykiatrisk avdeling.

2.2 Bakgrunn

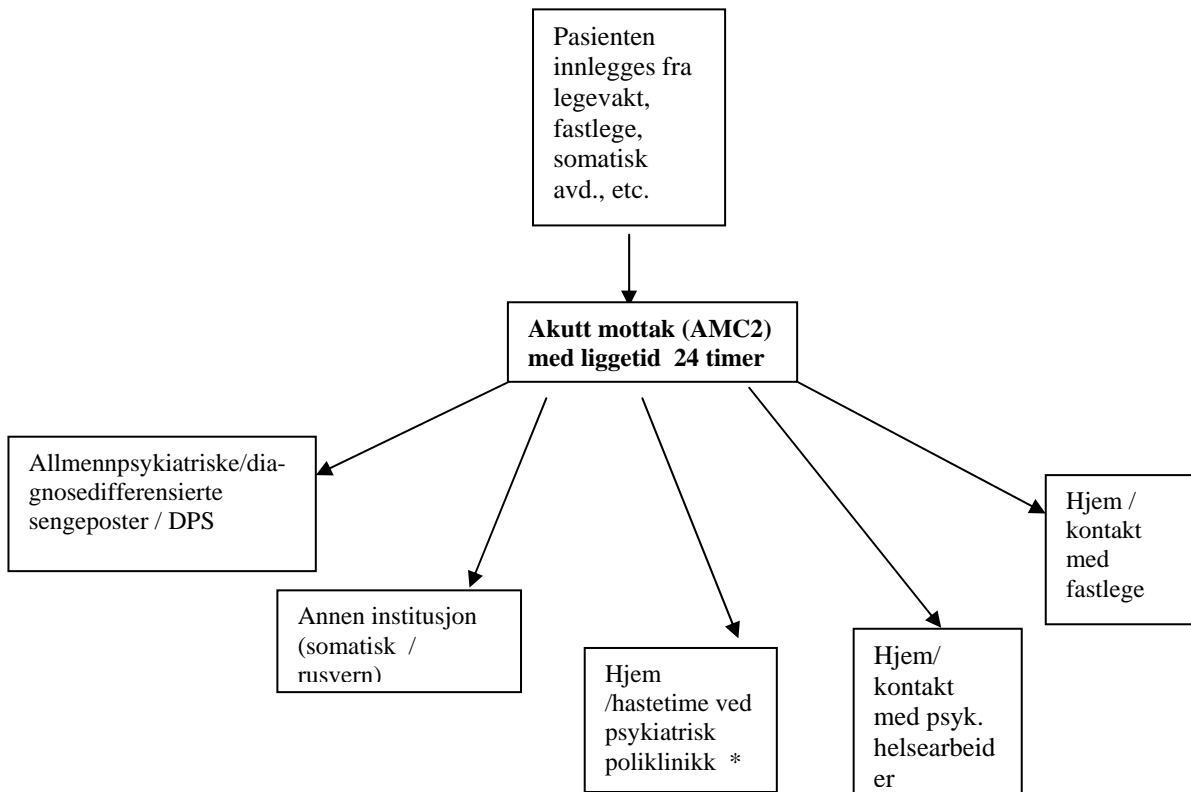
På AMC2 ved Stavanger Universitets Sykehus (SUS) behandles i underkant av 2000 pasienter årlig. Alle pasientene som legges inn på psykiatrisk avdeling ved SUS kommer via AMC2 (se fig.1). AMC2 har 24 timers liggetid og fungerer som en fordelingssentral. Her henvises pasientene videre til:

- Innleggelse på Psykiatrisk klinikk sine sengeavdelinger (allmennpsykiatriske- eller diagnosedifferensierte poster).
- Innleggelse ved sengeavdeling på Distrikts Psykiatriske Sentra (DPS), her er omsorgsnivået lavere enn på sykehusets avdelinger og det er mulighet for lengrevarende opphold.
- Overføring til somatisk avdeling ved SUS eller til annen institusjon.
- Utskrivelse til hjemmet med oppfølging fra psykiatrisk poliklinikk, psykisk helsearbeider i kommunen og / eller fastlege.

En andel av pasientene har forut for innleggelsen gjort selvmordsforsøk. Rutinene for Psykiatrisk klinikk, SUS (vedlegg 2 og 3) sier at disse pasientene skal ha særskilt oppfølging

etter utskrivelse. Dette er også i samsvar med retningslinjer fra Sverige, Storbritannia og USA (Socialstyrelsen, 2003), (Safety first, 2001), (APA, 2003) for behandling og oppfølging av denne pasientgruppen. Norge har ingen retningslinjer for behandling og oppfølging av selvmordsnære pasienter i psykisk helsevern, men arbeidet med slike retningslinjer pågår i regi av Sosial- og Helsedirektoratet (Schjerve, 2005).

Pasientgangen fra AMC2, SUS.



* = Hastetime ved psykiatrisk poliklinikk for fornyet vurdering innen 1 uke etter utskrivning .

Fig. 1

2.3 Problemstilling

Problemstillingen jeg ønsker å undersøke er:

Hva karakteriserer gruppen av pasienter innlagt i psykiatrisk akuttmottak etter utført selvmordsforsøk?

Hvor mange av pasientene innlagt etter selvmordsforsøk får oppfølging etter utskrivelse fra psykiatrisk akuttmottak?

Hvilke instanser foretar oppfølgingen?

Jeg har også undersøkt om pasientene som ble henvist til psykiatrisk poliklinikk møtte til første polikliniske konsultasjon. Dette ble ikke en del av oppgavens problemstilling, men vil bli omtalt i resultatdelen.

2.4 Definisjoner/ begrepsavklaring

2.4.1 Selvmord og selvmordsforsøk

Definisjonene på begrepene selvmord og selvmordsforsøk er mange og flertydige. Den mest brukte definisjonen på selvmord i Norge er utarbeidet av Erwin Stengel i 1969:

”Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden.” (Retterstøl et al., 2002 : 12)

Definisjonen sier ikke noe om hvorvidt personen forventet å dø av skadene, bare at handlingen var villet. Verdens Helseorganisasjons definisjon tar med individets forventning om at handlingen skal føre til døden:

”Selvmord 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 framkalle de av den avdøde ønskede forandringer.” (WHO, 1986 i Mehlum, 1999: 22)

Pasientutvalget som beskrives i oppgaven har det felles at de har utført selvmordsforsøk og påført seg selv skade. Selvmordsforsøk, selvskading, parasuicid og villet egenskade er noen av begrepene som brukes om, i mange tilfeller, det samme fenomenet.

Den mest brukte definisjonen på selvmordsforsøk i Norge er: ”Ved selvmordsforsøk forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden.” (Retterstøl et al., 2002: 13).

Verdens helseorganisasjons definisjon av parasuicid : ”En ikke vanemessig handling med ikke dødelig utgang, som er initiert av individet selv i forventning om en slik utgang (altså ikke dødelig utgang), som forårsaker skade på en selv, eller som uten inngripen fra andre ville gjøre det, eller som består i å tilføre seg et medikament eller et stoff utover den dosen som er anerkjent som den terapeutiske, og der utgangen av vedkommende selv blir oppfattet som avgjørende for å frembringe forandringer i forventningene og / eller sosiale forhold.” (Retterstøl et al., 2002: 14)

Personens intensjon med selvmordshandlingen er ikke å dø, sier denne definisjonen. Selv om intensjonen var å dø, behøver handlingen ikke ende i selvmord. Definisjonen over tar mer høyde for personens ambivalens i forhold til dødsintensjon (”ikke kunne være helt sikker

på”). Både forskning og klinisk praksis viser at ambivalens er en sentral faktor i selvmordshandlinger.

Villet egenskade er en diagnosegruppe i klassifikasjonssystemet ICD -10. Punktene X60-X84 omhandler dette. Her deles skaden inn i forhold til anvendt metode. Det tas ikke hensyn til hvorvidt død var et ønsket utfall av skaden. I Child an Adolescent Self Harm in Europe (CASE) studien er følgende definisjon brukt på Villet egenskade:

”En handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende:

- Initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv
- Tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose
- Tok illegale stoffer / narkotika i den hensikt å skade seg selv
- Svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.” (Ystgaard et al., 2003)

Intensjon og dødelighet er to viktige dimensjoner å ta hensyn til når man klinisk skal avgjøre om det er tale om selvmordsforsøk. Intensjon blir her personens subjektive forventning om død som utfall av selvmordsforsøket. Intensjon og grad av dødelighet i valg av selvmordsmetode er ikke nødvendigvis samsvarende. Valg av en dødelig selvmordsmetode behøver ikke bety at personen har sterk intensjon om å dø. Omvendt kan en ikke dødelig metode være valgt selv om dødsintensjonen er høy. Dette avhenger i stor grad av personens kunnskap om den valgte metoden.

I dagligtale brukes begrepene parasuicid, villet egenskade og selvmordsforsøk om hverandre. Jeg vil i oppgaven bruke begrepet selvmordsforsøk, uten å ta stilling til intensjon eller dødelighet, og relatere det til definisjonen funnet hos Retterstøl.

2.4.2 Oppfølging og behandling

Med oppfølging menes her den hjelp som tilbys pasienten fra det psykiatriske sykehuset- eller som tilrettelegges av sykehuset etter utskrivelse. Oppfølgingen kan inneholde psykososiale hjelpetiltak eller være behandling i seg selv. Hensikten med oppfølgingen er å forebygge nye selvmordsforsøk, men kan også være behandlende for pasientens psykiske lidelse.

Behandling av pasientgruppen som har utført selvmordsforsøk vil først og fremst bestå i behandling av den psykiske lidelsen og dennes symptomer. Psykiske lidelser har innvirkning

på personen både fysisk, sosialt, kognitivt, emosjonelt, økonomisk, praktisk og på andre måter. Behandlingen kan være biologisk, psykologisk; psykodynamisk, atferdsterapeutisk, kognitiv, psykososial, filosofisk, støttende eller ha annet innhold. Jeg tar i oppgaven ikke stilling til innholdet i behandlingen som gis. Jeg tar heller ikke stilling til oppfølgingens hyppighet og lengde, bare til hvorvidt oppfølging blir etablert og hvilken instans som foretar denne.

2.5 Litteratursøk

Jeg startet søket i pensumlisten til studiet. I boken "Selvmord" (Retterstøl et al., 2002) fant jeg flere relevante kapitler. I kapittel 13 "Selvmord og psykisk lidelse" gis en oversikt over sammenhengen mellom ulike psykiske lidelser og selvmord. Her underbygges psykisk lidelse som risikofaktor for selvmordsforsøk og selvmord. Kapittel 24 om selvmordsforebyggende tiltak er grunnleggende, både for studiet og for oppgaven.

I Mehlums bok "Tilbake til livet" fant jeg referanser til ulike prospektive - og retrospektive studier som viser at det er relativt vanlig at suicidalatferd gjentas for samme individ. I Kapittel 11 av Georg Schjelderup i samme bok fant jeg informasjon om behandlingsskjeder etter selvmordsforsøk eksemplifisert ved Aker prosjektet.

I "The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide" fant jeg Kapittel 35 av Louis Appleby svært relevant for oppgavens problemområde. Han gir flere bud på hvordan forebygge selvmord hos psykiatriske pasienter.

"Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid", Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2001 gir viktige råd om behandling og oppfølging etter innleggelse på somatisk sykehus etter suicidalforsøk. Lesning om ulike behandlingsskjedeprojekter har også vært nyttig (Diserud, 2000), (Mork et al., 2001).

Deltakelse i arbeidsgruppen i Sosial- og helsedirektoratet som utarbeider retningslinjer for forebygging, behandling og oppfølging av selvmordsutsatte innlagt i psykisk helsevern (2004-) har også gitt meg inspirasjon til valg av litteratur. Her fant jeg både britiske- (Safety First, 2001), svenske (Socialstyrelsen, 2003)- og amerikanske retningslinjer (APA, 2003) for behandling og oppfølging av pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling etter selvmordsforsøk.

I Cochrane basen (DARE) fant jeg 3 artikler på søkeordene: suicide og psychiatric:

Én systematisk oversiktsartikkel om effekten av psykososiale intervensjoner etter selvmordsforsøk (van der Sande, 1997) hvor det konkluderes med at kognitiv atferdsterapi viser effekt i forhold til gjentatte selvmordsforsøk, men at det krever mer forskning for å

kunne fastslå dette. De andre 2 artiklene omhandlet Lithiumbehandling til affektive tilstander og Dialektisk Atferds Terapi. Jeg fant ikke de to sistnevnte relevante for oppgavens problemstilling.

I Cochrane basen (CENTRAL) fant jeg 2 randomiserte kontrollerte studier (RCT). En om telefonoppfølging etter utskrivelse (Cedereke, 2002) og en om profesjonell kontakt etter utskrivelse som forebyggende (Motto, 2001). Begge studiene er relevante for oppgavens problemstilling.

Min veileder, Fredrik Walby, ga meg artikler av Appleby (1999), Nordentoft (2004) og Høyer (2004). Ut fra dem begynte jeg å søke i Pubmed (www.pubmed.gov). Jeg brukte følgende Mesh søkeord:

aftercare

attempted suicide

mental disorders/epidemiology

mental disorders/mortality

mental disorders/psychology

outpatients/psychology

psychiatric disorder

risk factors

suicide

suicide attempted

suicide / prevention & control

suicide / psychology

suicide / statistics & numerical data

Senter for Selvmordsforskning- og Forebyggings nettside (www.selvord.info) har jeg også brukt i litteratursøkingen. Både litteraturlisten om selvmord og psykiske lidelser / psykiatrisk behandling og nettsidens søkeverkøy og – veileder har vært svært nyttig. Litteraturlister fra de aktuelle artiklene og bøker har også fungert som utgangspunkt for videre søk.

3.0 Materiale og metode

3.1 Utvalget

Populasjonen er alle pasienter innlagt ved psykiatrisk akuttmottak over en tidsperiode på 1 år, perioden 1.juni 2003 – 1.juni 2004, n=1765. Undersøkelsen gjør bruk av sykehusets

driftsdata. Alle pasienter blir registrert med navn, fødselsdato, innleggelsesparagraf, russkåre, suicidalitetsskåre, innleggende instans, tutor, utskrevet til, tentativ diagnose og GAF. Dataene blir fortløpende lagt inn i SPSS fil av en medarbeider ved AMC2.

Utvalgsriteriet er at pasienten er lagt inn etter å ha gjort et selvmordsforsøk, uansett diagnose. Det vil her si at hun skårer 4 på en skåringsmal som brukes ved AMC2, kalt "Suicidalitet ved innkomst" (tabell 1.). Malen er hentet fra et skjema i TIPS prosjektets (Melle et al., 2004) inklusjonsintervju. Den er laget av Ingrid Melle og er basert på et av spørsmålene i SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) intervjuet (First et al., 1995) omkring depresjon og suicidalitet.

Suicidalitet ved innkomst:	
1: Ingen	1
2: Suicidaltanker	2
3: Suicidalplaner	3
4: Suicidalforsøk	4
5: Suicid	5
9: Ukjent	9

Tabell 1.

Skåre 4 blir definert slik (vedlegg 1): **4 Suicidalforsøk:** Selvpåførte skader og forgiftninger. Vanemessig selvskading er ikke et suicidalforsøk.

Man skiller her mellom selvmordsforsøk og vanemessig selvskading. Definisjonen tar allikevel ikke hensyn til selvmordsforsøkerens intensjon eller metodens dødelighet.

Selvmordsforsøksmetoden blir ikke registrert i driftsdataen, bare suicidalitetsskåren.

3.2 Prosedyre

Pasientene med skåre 4 ble trukket ut fra statistikkprogrammet SSPS 11.0 for Windows (se forord) (n=119) med pasientnummer. Så ble inklusjonsriteriet kontrollert ved gjennomgang av innkomstnotatet i den elektroniske pasientjournalen (DIPS). 8 av pasientene ble ekskludert på grunn av feil skåre (n=111). De hadde selvmordsplaner eller -tanker, men hadde ikke gjort selvmordsforsøk.

For å kunne beskrive utvalget av pasienter med selvmordsforsøk har jeg brukt pasientene med suicidalitetsskåre 1 (ingen selvmordstanker, - planer eller - forsøk) innlagt i samme tidsrom (n=828) som sammenligningsgrunnlag. Disse fungerer som kontrollgruppe. De er trukket ut

på samme måte som undersøkelsesgruppen, fra driftsdatabasen i SPSS, men inntekstnotat i elektronisk pasientjournal er ikke gjennomgått for disse.

Undersøkelsen er todelt.

Først karakteriseres gruppen med selvmordsforsøk (skåre 4) ved å sammenligne dem med de pasientene som ikke har selvmordstanker, - planer eller - forsøk (skåre 1).

Sammenligningen gjøres for følgende variabler:

- Kjønn
- Alder
- Tvangsinnleggelse
- Alkohol misbruk
- Narkotika misbruk
- Henvissende instans
- Diagnosekategori
- Innleggelse i sengepost etter utskrivelse.

Variablene er sammenlignet direkte, en for en.

Deretter følges bare gruppen som har gjort selvmordsforsøk (skåre 4) for å finne deres oppfølgende instans også etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost.

En av de oppfølgende instansene er psykiatrisk poliklinikk. Der har jeg undersøkt om pasientene har møtt til første konsultasjon.

3.2.1 Definisjon av variabler som sammenlignes:

Tvang: Er definert som innleggelse etter §§ 3-6 og 3-7; begjæring om videre undersøkelse og begjæring om tvungent psykisk helsevern, i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999). Paragrafene er her sett under ett. Det er vedtaksparagrafen som er registrert i oppgaven. Det vil si paragrafen vedtatt etter vurdering av psykiater, oftest dagen etter innleggelse.

Alkohol- og narkotika misbruk: Måleinstrumentet for rusbruk som brukes på avdelingen er Clinical Alcohol Use Scale (CAUS) og Clinical Drug Use Scale (CDUS) (Drake et al.,1990). Dette er en 5 punkts skala som registrerer nåværende rusbruk for mennesker med psykiske lidelser. Skåre fra 1 til 2 tilsvarer ingen - eller uproblematisk rusbruk, - skåre fra 3 til 5 tilsvarer misbruk (se vedlegg 4 og 5). Her er rus klassifisert som ”ikke misbruk” (skåre 1 og 2) og ”misbruk” (skåre 3-5).

Henvisende instans: Den instans som henviser pasienten til innleggelse i psykiatrisk akuttmottak. Her har jeg valgt å se på to av instansene; somatisk avdeling og legevakt, fordi disse totalt sett var de mest brukte.

Diagnose: Alle pasienter får en tentativ diagnose i følge klassifikasjonssystemet ICD-10 (ICD-10, 2000) ved innkomst. Diagnosen settes av mottakende lege / psykolog. Det er den tentative diagnosen som er registrert i SPSS. Det er ikke tatt hensyn til om diagnosen er blitt endret under oppholdet. Mange av pasientene har også en eller flere bidiagnoser. Disse er ikke registrert, kun hoveddiagnosen. For å kunne sammenligne de to gruppene, er diagnosene gruppert sammen i henhold til avsnittene i Kapittel V i ICD-10.

- F00-09: Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser.
- F10-19: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer.
- F20-29: Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser.
- F30-39: Affektive lidelser (stemningslidelser).
- F40-49: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.
- F50-59: Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.
- F60-69: Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne.
- F70-79: Psykisk utviklingshemming.
- F80-89: Utviklingsforstyrrelser.
- F90-98: Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder. + F99: Uspesifisert psykisk lidelse.

Innleggelse i sengepost etter opphold ved AMC2:

Etter et døgn opphold i psykiatrisk akuttmottak blir pasientene henvist til innleggelse i psykiatrisk sengepost eller utskrevet til annen oppfølging (se fig.1)

3.2.2 Signifikanstest

Variablene som de to gruppene er sammenlignet på er testet med Pearsons chi-kvadrat- og T-test. Jeg har fått hjelp til å foreta testene (se forord), da dette ligger utenfor rammene for denne utdanningen. Signifikanstest er brukt for å sannsynliggjøre at forskjellene som er funnet ikke er tilfeldige. Et signifikansnivå på <5% er valgt ($p < 0,05$), altså at det er 95% sjanse for at forskjellene ikke er tilfeldige.

Diagnosevariabelen er sammenlignet uten signifikanstest. En kan derfor ikke si om forskjellene i diagnosefordeling mellom gruppene er tilfeldige.

3.3. Metode

Undersøkelsen er sammenlignende for de enkelte variablene når pasientutvalget blir karakterisert, og deskriptiv når oppfølgingen til pasientutvalget undersøkes.

Undersøkelsen er retrospektiv, tidsperioden valgt er 1. juni 2003 til 1. juni 2004. Det er gjort for å se hvilken oppfølgingsinstans pasienten ble henvist til også etter et lengre opphold i psykiatrisk sengepost. Data er samlet i november 2004, da var alle pasientene utskrevet fra SUS.

Undersøkelsen er også en kvalitetskontroll av institusjonens (Psykiatrisk Klinikk, SUS) tilbud til gruppen av pasienter som innlegges etter selvmordsforsøk. Er oppfølgingen de blir tilbudt i samsvar med det som anbefales i nasjonale retningslinjer, i litteraturen og i sykehusets egne prosedyrer?

3.4 Metode overveielser

3.4.1 Reliabilitet

Ved innsamling av driftsdata kan reliabilitet være et problem. Dette skyldes blant annet at noen data er basert på skjønn (selvmordsskåre, alkoholmisbruk, narkotikamisbruk, diagnose) og at datasamlingen foretas av mange personer. Når det gjelder utvelgelseskriteriet selvmordsforsøk blir det av betydning om suicidalitetsskåren er reliabel. Skåren fastsettes av mottakende lege og sykepleier. De utøver skjønn i forhold til om det dreier seg om vanemessig selvskading eller et selvmordsforsøk. Sykepleieren registrerer skåren i postens driftsdataperm. Noen av pasientene innlagt i den aktuelle periode (n=1765) manglet suicidalitetsskåre. Jeg gikk gjennom postens driftsdataperm for den perioden og sammenlignet med opplysninger fra innkomstnotat i elektronisk journal der det manglet skåre. Der skåre 4 var satt, sammenholdt jeg skåren med innkomstnotat fra lege for å se at pasienten virkelig hadde gjort et selvmordsforsøk. Pasientene i kontrollgruppen (skåre 1) er ikke blitt kontrollert på samme måte. Det kan ha oppstått feil der pasienten i virkeligheten har gjort et selvmordsforsøk, men hvor sykepleieren har satt en lavere skåre. Ideelt sett skulle alle pasientene blitt reskåret av en annen enn mottakende lege og sykepleier straks etter innleggelse. For å gjøre reliabiliteten så god som mulig, mottar AMC2s personale halvårlig undervisning om skåringsverktøyet og trener på dette. En ansatt i posten har også spesielt ansvar for å påse at driftsdata er fylt ut og etterspør dette hvis noe mangler. Dette gjelder også suicidalitetsskåre.

3.4.2 Kontrollgruppe

Kontrollgruppen uten selvmordsforsøk (skåre 1) ble valgt for å eliminere suicidalitet som faktor. Denne gruppen legges inn av andre årsaker enn at de har selvmordstanker, - planer eller har gjort - forsøk. Den er valgt for å tydeliggjøre eventuelle forskjeller i de undersøkte variablene. Et annet alternativ kunne ha vært å sammenligne alle med skåre 2,3 og 4 (se tabell.2) med de med skåre 1. Da ville man sett suicidalitet under ett, og man kunne fått 2 like store grupper til sammenligning.

Fordi jeg ønsket å undersøke oppfølging av selvmordsforsøkerne etter utskrivelse, ville dette kommet mindre tydelig frem, ved å se på alle med selvmordsproblematikk under ett. En selvmordstanke er vesensforskjellig fra en selvmordshandling. Det er pasientene som har gjort et selvmordsforsøk som har størst risiko for å gjøre nye forsøk og det er deres oppfølging etter utskrivelse som her er av betydning.

3.4.3 Ethiske overveielser

Pasientene er ikke bedt spesifikt om å delta i denne undersøkelsen, men de er ved innleggelse informert om at det samles driftsdata hvor deres opplysninger inngår til bruk internt i sykehuset. For at sykehuset skal kunne forbedre sitt behandlingstilbud til ulike grupper, må driftsdata kunne brukes til kvalitetskontroll.

Datamaterialet er brukt til å behandle pasientene som gruppe og kan ikke personidentifiseres.

3.5 Prosjektets godkjenning.

Jeg har fått tillatelse av Helseforetaket ved ledelsen i Psykiatrisk akuttmottak, SUS (se forord) til å bruke driftsdata i undersøkelsen. Den vil fungere som en kvalitetskontroll av institusjonens tilbud til gruppen av pasienter innlagt etter selvmordsforsøk.

Undersøkelsen er også godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), som er oppnevnt som helseforetakets personvernombud. Dette fordi et prosjekt skal meldes når det skal foretas behandling av personopplysninger som helt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidler og når det skal opprettes et manuelt personregister som inneholder sensitive opplysninger. Ingen av mine data vil kunne knyttes til enkeltpersoner. Pasientdataene er behandlet på gruppenivå. Jeg har ikke opprettet et eget pasientregister, men noen data er hentet fra elektronisk pasientjournal; Kontroll av skåre 4 er sjekket i innkomstnotat for den aktuelle innleggelse. Henvist oppfølgende instans og møtt / ikke møtt til første polikliniske konsultasjon er hentet fra utskrivningsnotat fra aktuell innleggelse og fra første polikliniske notat etter utskrivelse. Ingen andre data er hentet fra elektronisk pasientjournal. Jeg er ansatt

ved avdelingen og har derfor tilgang, både til driftsdata og til elektronisk pasientjournal. Svar fra NSD av 24.11.04 legges ved (vedlegg 6 og 7).

I følge retningslinjene til Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk (REK) behøver ikke en vanlig kvalitetskontroll av avdelingens pasienter å meldes. Jeg har allikevel underrettet REK om mitt prosjekt telefonisk og på epost.

4.0 Presentasjon av resultatene

4.1 Karakteristika ved pasientutvalget

		Forsøk (gr. 4)	Ikke forsøk (gr.1)	
Karak- teristika		n= 111	n = 828	p-verdi
		n (%)	n (%)	
Kjønn χ^2	Kvinner	70 (63)	420 (51)	0,015
	Menn	41 (37)	408 (49)	
Alder (gj.sn.)*		34,9	41,8	0,01
Standard avvik		16,1	18,4	
Tvang χ^2 § 3.6+§ 3.7		24 (21,6)	258 (31,2)	0,4
Nark.misbruk χ^2		19 (17)	173 (20,8)	0,387
Alk.misbruk χ^2		21 (19)	154 (18,6)	0,919
Henvissende instans χ^2	Som. avd	59 (62,1)	51 (10,4)	0
	Legevakt	36 (37,9)	435 (89,6)	0

Note; χ^2 = Pearsons chi-
kvadrat

*= T-test

Tabell 2.

Antall. Det totale antall pasienter innlagt AMC2 i det aktuelle tidsrom er 1765. 111 av dem er innlagt etter selvmordsforsøk (gr.4). 828 av dem har ingen selvmordsproblematikk (gr.1) og brukes her som kontrollgruppe.

Kjønn: Det var 63% kvinner i gruppen innlagt etter selvmordsforsøk (gr. 4) og 50% kvinner i kontrollgruppen (gr.1). Forskjellen i kvinneandelen mellom de to gruppene er signifikant (p - 0,015).

Alder: Gjennomsnittsalderen er lavere i gruppen som har gjort selvmordsforsøk, nesten 7 år (6,9). Aldersforskjellen mellom gruppene er også funnet signifikant ($p < 0,01$), testet med t-test. Det er også aldersforskjeller mellom gruppene relatert til kjønn. Kvinnene innlagt etter selvmordsforsøk hadde lavere gjennomsnittsalder enn kvinnene i kontrollgruppen. For mennene er det mindre forskjeller. Aldersfordelingen er også ulik mellom gruppene. I gruppen med skåre 4 er nesten 50% av pasientene under 30 år mot 35% i gruppen med skåre 1.

Tvang: Forholdet mellom tvangsinnleggelse og frivillige innleggelse er nokså lik i de to gruppene. Omkring 60% av pasientene ble innlagt på tvangsparagraf. Da finner man 10% mer bruk av tvang for gruppen uten selvmordsforsøk enn for gruppen med, men denne forskjellen i forekomst av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er ikke signifikant ($p > 0,5$).

Rus: 20% av pasientene innlagt etter selvmordsforsøk skårer >3 på både når det gjelder alkohol og narkotika. Det samme gjelder for kontrollgruppen. Det er ingen forskjell mellom gruppene.

Henvissende instans: Over 60% av pasientene innlagt etter selvmordsforsøk ble henvist fra somatisk avdeling ved sykehuset mot 10% fra kontrollgruppen. Legevakten henviste 89% av pasientene fra kontrollgruppen, mot 37% av pasientene med selvmordsforsøk. Forskjellene her er funnet signifikante ($p < 0,00$).

Fordeling diagnosekategori (Gr. 4-suicidforsøk og Gr.1- ikke suicidalitet)

	Gr. 4 Antall	%	Gr. 1 Antall	%
Organiske lidelser (F0 - F9)	2	1,8	72	8,8
Psykoaktive stoffer (F10 - F19)	8	7,2	87	10,6
Psykoselidelser (F20 - F29)	10	9,2	266	32,4
Affektive lidelser (F30 - F39)	53	47,7	236	28,8
Nevroselidelser (F40 - F49)	15	13,5	86	10,5
Atferdssyndromer (F50 - F59)	1	0,9	3	0,4
Personlighetsforstyrrelser (F60 - F69)	18	16,2	44	5,4
Psykisk utviklingshemming (F70 - F79)	3	2,7	15	1,8
Utviklingsforstyrrelser (F80 - F89)	0	0	2	0,2
Atferdsforstyrrelser (F90 - F99)	1	0,9	8	1,8

Missing	0	0	9	1,1
Total	111	100	828	100

Tabell 3.

Diagnose: De tydeligste forskjellene mellom gruppene ligger i kategoriene Psykoselidelser (F20-29), affektive lidelser (F 30-39) og personlighets forstyrrelser (F 60-69).

Det er lavere forekomst av psykose i undersøkelsesgruppen; 9,2% mot 32% i kontrollgruppen.

Det er større forekomst av affektive lidelser i undersøkelsesgruppen; 47,7% mot 28,8% i kontrollgruppen. I undersøkelsesgruppen har alle pasientene i denne kategorien en depresjonslidelse. I kontrollgruppen er også hypomani og mani inkludert i prosenttallet. Dette gjør at forskjellen kan antas å være større enn det tallene tilsier.

Det er større forekomst av personlighetsforstyrrelser i undersøkelsesgruppen; 16% mot 5% i kontrollgruppen. Det er særlig diagnosen F60.3 (Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse) som forekommer. I gruppen med selvmordsforsøk får nesten halvparten av pasientene (48%) en depresjonsdiagnose. Fordi forskjellene her ikke er signifikanstestet, kan man ikke si om de skyldes tilfeldigheter eller er betydningsfulle.

Innleggelse i sengepost etter opphold på AMC2:

Oppfølg. instans	Gr. 4		Gr. 1	
	Antall	Valid %	Antall	Valid%
Innleggelse psyk.sengepost	87	79	628	78,2
Hjem	23	20,9	174	21,7
Total	110	99,9	802	99,9
Missing	1		26	
Total	111		828	

Tabell 4.

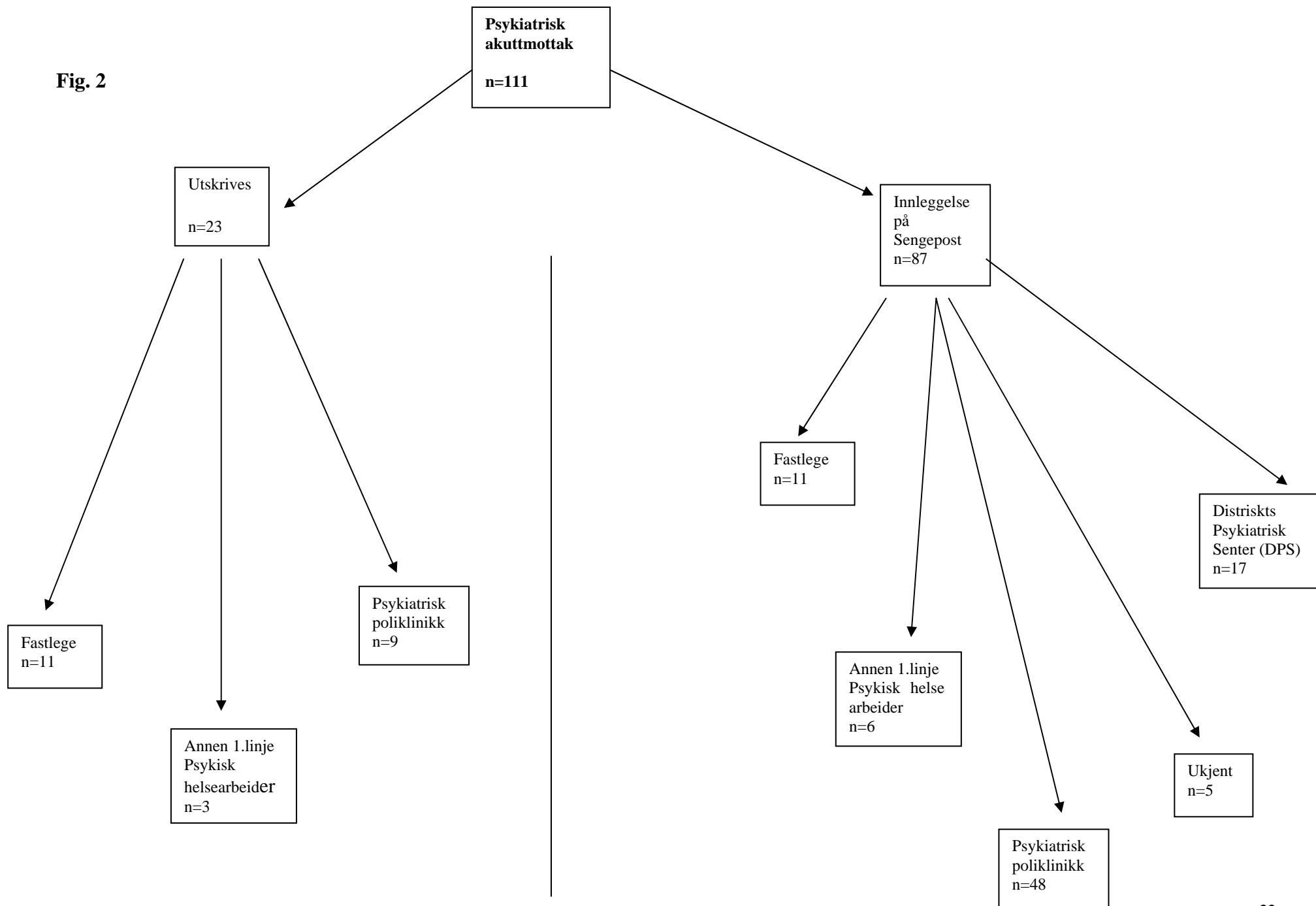
Det er ingen forskjell mellom gruppene når det gjelder innleggelse i psykiatrisk sengepost. I underkant av 80% blir innlagt. De resterende 20% blir utskrevet til hjemmet etter et døgn i psykiatrisk akuttmottak. Forholdet mellom innleggelse og utskrivelse stemmer overens med akuttmottakets statistikk for de siste årene. Når alle pasienter tas med, også dem med suicidalitetsscore 2 og 3, vil 20 - 25% av pasientene bli utskrevet til annen oppfølging etter opphold i akuttmottaket.

Død: 4 av pasientene var døde på undersøkelsestidspunktet (desember 2004).

4.2 Oppfølgende instans etter utskrivelse fra AMC2 og psykiatrisk sengepost

Her er bare data fra undersøkelsesgruppen (n=111) undersøkt. Fig. 2 viser oppfølgende instans for pasientene innlagt etter selvmordsforsøk. På venstre side av figuren vises fordelingen til oppfølgende instanser for pasientene som skrives direkte ut fra AMC2. På høyre side vises fordelingen etter utskrivelse fra sengepost. Det er ikke tatt hensyn til oppholdets lengde, men på undersøkelsestidspunktet (november 2004) er alle pasientene utskrevet fra sengepost.

Fig. 2



4.2.1 Oppfølgingsinstans etter utskrivelse fra AMC2

Av pasientene som skrives ut til hjemmet fra AMC2 (n=23) blir halvdelen henvist til oppfølging fra fastlege. I dette ligger at fastlegen mottar epikrise fra sykehuset, noe som er rutine for alle innlagte pasienter. Psykiatrisk poliklinikk og psykisk helsearbeider i kommunen følger opp den andre halvdelen. Hyppighet og varighet av oppfølgingen undersøkes ikke, bare hvor henvisningen sendes.

4.2.2 Oppfølgingsinstans etter utskrivelse fra sengepost

Etter opphold i psykiatrisk sengepost blir 52% av pasientene (n=87) henvist til psykiatrisk poliklinikk. 20% innlegges på DPS. 12% henvises fastlege. 7% henvises psykisk helsearbeider i kommunen. 9% mangler data.

4.2.3 Oppfølging fra psykiatrisk poliklinikk

For å kunne se i hvor stor grad den henviste oppfølging er mottatt har jeg sett på den mest brukte oppfølgende instansen; psykiatrisk poliklinikk. Av de inkluderte pasientene (n=111) blir halvdelen (51%) henvist til psykiatrisk poliklinikk etter opphold i akuttmottak og etter opphold i sengepost. 8% av pasientene som ble henvist møtte ikke til første polikliniske konsultasjon.

Pasienter med suicidforsøk henvist psykiatrisk poliklinikk etter opphold i akuttmottak og sengepost.

		poliklinisk	
		Frequency	Percent
	nei	54	48,6
	ja	48	43,2
	henvist men ikke møtt	9	8,1
	Total	111	100,0

Tabell 4

5.0 Diskusjon

Først vil jeg diskutere funnene i beskrivelsen av utvalget, så vil jeg diskutere funnene i forhold til oppfølgende instans.

5.1 Beskrivelse av utvalget

Antall: Pasientene som har utført suicidalforsøk er en liten andel (6,2 %) av den totale pasientpopulasjonen (n=1765) behandlet i perioden. Gruppen av pasienter med selvmordsproblematikk, som ikke er undersøkt her (suicidalitetsskåre 2 og 3) er vesentlig større; (n=826). Da finner man at over halvdel av pasientene (n=937) i varierende grad har selvmordsproblematikk (suicidalitetsskåre 2,3 og 4) som medvirkende årsak til innleggelsen (Schjerve, H., 2005). Akutt selvmordsfare er en hyppig forekommende årsak til innleggelse i psykiatrisk institusjon og har vært det så lenge vi har kjent psykiske lidelser. Fra 15 – 60% av innleggelsene i psykiatrisk sykehus skyldes selvmordsfare (Wolfersdorf, 2000). Her føyer våre resultater seg inn i det litteraturen beskriver når det gjelder antall.

Kjønn: Hypotese: Det er større andel av kvinner i undersøkelsesgruppen enn i kontrollgruppen. Det er flere kvinner enn menn blant de som har gjort selvmordsforsøk forut for innleggelsen. Det er en større kvinneandel i gr.4 og en større mannsandel i gr.1. Tallene viser en statistisk signifikant forskjell mellom undersøkelsesgruppen og kontrollgruppen ($p = 0,015$) når det gjelder kjønnsforskjell. Denne forskjellen stemmer overens med epidemiologiske funn i Norge og den vestlige verden gjort i forhold til normalbefolkningen (Retterstøl et al. 2002), (Gjertsen, 2003). Selvmordsforsøksratene i Europa er 1,5 ganger høyere for kvinner enn for menn (Kerkof & Arensman, 2001). Flere menn enn kvinner dør ved første selvmordsforsøk (Isometsä & Lönnqvist, 1998). Flere kvinner gjør selvmordsforsøk, men flere menn dør i selvmord. Dette kan ha sammenheng med at kvinner velger mindre dødelige – og mer langsomtvirkende metoder som forgiftning, og menn i større grad velger metoder som skyting og henging, hvor virkningen både er hurtigere innsettende og mer dødelig (Gjertsen, 2003). Dette kalles i litteraturen for kjønnsparadokset, og kan ikke utelukkende forklares ved hjelp av ulikheter i valg av selvmordsmetode. Det kan også ha sammenheng med forskjeller i hjelpsøkende atferd, det å sette ord på følelser, alkoholbruk og sårbarhet for brudd i relasjoner. Disse faktorene er ikke nok når det gjelder kjønnsforskjellene. De er og blir et paradoks. Utvalget i undersøkelsen skiller seg ikke fra normalbefolkningen når det gjelder kjønnsfordeling.

Alder: Hypotese: Pasientene med selvmordsforsøk er yngre enn pasientene i kontrollgruppen. Hypotesen er basert på forskning som WHO/ EURO studien. Pasientene som ble innlagt etter selvmordsforsøk var yngre enn i kontrollgruppen. Både forskjellene i gjennomsnittsalder og aldersfordelingen viser dette. Det finnes ingen nasjonal

statistikk for selvmordsforsøk i Norge å sette resultatene opp mot. WHO/EURO studien på parasuicid fra 1989-1992, der Sør-Trøndelag var representert, gjengir den samme tendensen (Kerkhof, J.F.M., 2000); en over representasjon av unge kvinner mellom 15 og 24 år. I utvalget vårt er halvdelen av kvinnene mellom 18 og 30 år. For menn fant man i denne studien høyeste gjennomsnittsrater av selvmordsforsøk for menn fra 25-34 år, altså er mennenes gjennomsnittsalder høyere. Også dette finnes igjen i vårt utvalg.

Diagnose: Hypotese: Det er mer depresjon, psykose og ustabile personlighetsforstyrrelser blant pasientene med selvmordsforsøk. Hypotesen er basert på litteratur om at disse diagnosene har høyest selvmordsrisiko (Baxter, 1999). Forskjellene funnet her er ikke signifikanstestet og kan derfor ikke festes lit til som værende annet enn tilfeldige. Noen forskjeller i diagnosefordeling mellom gruppene er allikevel så store at de her gjøres til gjenstand for diskusjon.

Den oftest forekommende tentative diagnosen hos pasientene i undersøkelsesgruppen var depresjon. Forskning viser at de fleste av dem som har utført selvmord hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse på dødstidspunktet (93%) (Henriksson et al., 1993). Det betyr ikke at alle disse hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller fått en psykiatrisk diagnose mens de levde. Slik forskning er basert på såkalte psykologiske autopsistudier, hvor data om den avdøde samles inn etter selvmordet. Det faktum at personen allerede er død i selvmord kan derfor farge informantenes fremstilling av data. Det er heller ingen direkte kausalitet mellom psykisk lidelse og selvmord. Bare en økt risiko hos denne gruppen. Hele pasientpopulasjonen her (n=1765) innlegges med mistanke om en psykisk lidelse og alle får en tentativ diagnose, men alle har ikke gjort selvmordsforsøk eller kommer til å dø i selvmord.

I selvmordsforsøkets natur kan det ligge noe depressivt. Det å ville avslutte livet er ingen nøytral handling. Det at depresjon er den dominerende diagnosen i dette utvalget er derfor som forventet.

Færre av de som gjorde selvmordsforsøk hadde psykoselidelse. Her sier litteraturen at schizofrene har 20-40 ganger større risiko for selvmord enn normalbefolkningen (Malt, et al., 2003: 223), (Hert, M.D. & Peuskens, J., 2000). Særlig ses selvmord i tidlig fase av sykdommen og ved imperative (befalende) hørselshallusinasjoner. Sykehusinnleggelse kan være indikert for pasienter med psykoselidelse også i faser av sykdommen hvor selvmordsfare ikke er den dominerende problematikk, men hvor innleggelse er nødvendig av andre årsaker. Ustabil personlighetsforstyrrelse har ofte Villet egenskade som symptom, som i noen tilfeller

kan være selvmordsforsøk. Det er derfor som forventet en oftere forekommende diagnose i gr.4 enn i gr.1. Hypotesen blir bekreftet, men resultatene er ikke signifikante.

Rus: Hypotese: Det er hyppigere forekomst av alkohol- og narkotikamisbruk blant pasienten innlagt etter selvmordsforsøk. Hypotesen er basert på rus som risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøk. En tredjedel av dem som tar livet sitt misbruker alkohol eller narkotika (Retterstøl et al., 2002). 20% av pasientene her misbruker alkohol eller narkotika. Det er ingen registrert forskjell i rusbruk mellom pasientgruppene. Likheten kan skyldes at det virkelig ikke er noen forskjell. Skåringen er basert på pasientens selvrapportering og eventuelle funn på urinprøver og alkometertest. Skåringsbetingelsene er de samme for begge gruppene. Skåringen er avhengig av personalets skjønn. Det kan også tenkes at personer som misbruker rus og har utført selvmordsforsøk ikke er blant dem som legges inn på psykiatrisk avdeling. Noen av disse blir kanskje utskrevet etter opphold på somatisk avdeling fordi deres overdose skyldes rus og man ikke hadde mistanke om noen psykisk lidelse som medvirkende årsak. Rusbruk kan også bidra til å kamuflere en underliggende psykisk lidelse. Dette funnet stemmer ikke overens med det vi finner i litteratur om emnet.

Henvisende instans: Det ligger i selvmordsforsøkets natur at en vesentlig større andel av pasientene fra undersøkelsesgruppen ble henvist fra somatisk avdeling. De har påført seg en skade eller en forgiftning og har fått medisinsk eller kirurgisk behandling.

Tvang: Hypotese: Pasienter som har gjort selvmordsforsøk er oftere tvangsinnlagt enn andre. Hypotesen er basert på "Fare for eget liv – kriteriet" i Lov om Psykisk Helsevern av 1999. Forskjellen i bruk av tvangsinnleggelse funnet er ikke statistisk signifikant ($p=0,4$) og kan dermed skyldes tilfeldigheter. Den noe lavere andel av tvangsinnleggelse i undersøkelsesgruppen enn i kontrollgruppen kan skyldes at flere av pasientene som utfører selvmordsforsøk ikke har en alvorlig psykisk lidelse og dermed ikke tilfredsstiller hovedkriteriet for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Noen gjør selvmordsforsøket i ruspåvirket tilstand og vil klare opp dagen etter når paragrafen skal vurderes av psykiater. Det er vedtaksparagraf som er gjenstand for sammenligning her. Det at 80% av pasientene ikke er tvangsinnlagt gjør at behandling og oppfølging i stor grad må baseres på frivillighet. I følge Lov om psykisk helsevern skal frivillighet prøves først så langt det er mulig. Det er ikke et ønske at alle som har gjort selvmordsforsøk tvangsinnlegges (Malt et al., 2003: 684). Når behandling og oppfølging baseres på frivillighet kan dette i seg selv være en ressurs; det at pasienten selv vil ta imot hjelp.

Innleggelse i sengepost etter opphold på AMC2: Hypotese: Pasienter som har eller antas å ha en psykisk lidelse og har gjort suicidalforsøk vil ha en høyere forekomst av innleggelse i psykiatrisk sengeavdeling enn kontrollgruppen.

Hypotesen er basert på en "for sikkerhets skyld" tenkning. Ved å observere pasienten over noe tid kan man i større grad få kartlagt selvmordsrisikoen enn ved en 24 timers observasjon. ¾ av alle pasienter innlagt i akuttmottaket overflyttes til sengepost etter et døgn. De med skåre 1 og de med skåre 4 på suicidalitetsskalaen blir innlagt like hyppig. Hva kan den manglende forskjellen mellom gruppene skyldes?

Innleggelse i psykiatrisk sengepost er ikke nødvendig for alle pasienter innlagt ved AMC2. Sykehusinnleggelse i seg selv har mange hospitaliserende bivirkninger. For mange pasienter kan et døgn opphold være tilstrekkelig som akutt intervensjon, i tillegg til poliklinisk oppfølging. Skåringsverktøyet registrerer bare hvorvidt pasienten har gjort et selvmordsforsøk. Det kan hende at det er de pasientene med høy suicidal intensjon som blir innlagt i døgnavdeling og at en lav suicidal intensjon medfører utskrivelse til annen oppfølging. Skåringsverktøyet tar heller ikke hensyn til metodens dødelighet. Det kan hende at det er de som har gjort mindre dødelige selvmordsforsøk som skrives ut. Dette kunne man få svar på ved å registrere valgt selvmordsmetode og ved å bruke Becks Suicide Intent Scale systematisk på alle pasienter som har gjort selvmordsforsøk. Denne er anbefalt i sykehusets egne rutiner (vedlegg 2), men praktiseres brukt i liten grad. Dette gjør det vanskelig å si om 80% innleggelse i psykiatrisk sengepost er tilstrekkelig eller ikke.

Død: Det fantes ikke opplysninger om dødsårsak i elektronisk pasientjournal. Det er nærliggende å tro at noen av de 4 dødsfallene skyldtes selvmord. 2 var over 80 år og hadde en dødelig somatisk sykdom på innleggelsestidspunktet. De 2 andre var yngre og ikke kjent somatisk syke da de ble innlagt. Selvmord kan ha vært dødsårsak i de tilfellene, men det vites ikke. I en finsk studie hvor selvmordsforsøkere ble fulgt i en 14 års periode, fant man at 21,7% var døde av suicid (Suokas et al., 2001). Her er 4 døde (3,6%) på undersøkelsestidspunktet, desember 2004. Men det er uvisst hva de er døde av og undersøkelsestidspunktet var ½ til 1 ½ år etter at de var innlagt.

Pasientene innlagt etter selvmordsforsøk har høyere kvinneandel -, er yngre -, har i større grad depresjon -, er oftere henvist fra somatisk sykehus enn kontrollgruppen. De bruker like mye rus -, er like ofte tvangsinnlagt - og blir like ofte innlagt i psykiatrisk avdeling som kontrollgruppen. Resultatene av de sammenlignede variabler sier bare noe om disse, og har begrenset verdi når det gjelder å beskrive pasientgruppen som helhet. Til tross for dette

bekrefter funnene i stor grad det man finner i forskning. Man har å gjøre med en gruppe pasienter som skiller seg fra de andre pasientene når det gjelder noen av variablene. De er unge, de er kvinner og de har høyere risiko for nye selvmordsforsøk og selvmord enn kontrollgruppen (Nordentoft et al., 2004). Det er derfor av interesse å få et bilde av hvilken type oppfølging de tilbys.

5.2 Oppfølging etter selvmordsforsøket:

Hypotese: Alle pasienter innlagt i psykiatrisk akuttmottak etter selvmordsforsøk får avtalefestet oppfølging.

Hypotesen er begrunnet i retningslinjene som finnes på området fra andre land (Sverige, Storbritannia og USA) og i rutinene for Psykiatrisk klinikk ved SUS. Sykehuset har egne utskrivningsrutiner (vedlegg 2), men ikke spesielle rutiner for pasienter som skrives ut etter selvmordsforsøk. Den generelle praksis er at foreløpig epikrise skal sendes fastlegen innen en uke etter utskrivelse. AMC2 har egne utskrivningsrutiner for denne pasientgruppen (vedlegg 3). Her skal fastlegen kontaktes utskrivelsesdagen og pårørende skal kontaktes, begge deler med pasientens samtykke. I tillegg skal hastetime på psykiatrisk poliklinikk (innen en uke) avtales for pasienten. Hvis pasienten blir suicidal igjen i uken mellom utskrivelsen og den polikliniske timen, kan hun kontakte AMC2 telefonisk og eventuelt komme inn til ny samtale. Etter opphold i psykiatrisk sengepost og /eller akuttmottak blir over 50% henvist til psykiatrisk poliklinikk (tabell. 4). Av de som henvises til psykiatrisk poliklinikk direkte fra akuttmottaket er det 8% av de henviste som ikke møter. De pasientene som ikke møter mottar et brev fra sin polikliniske behandler hvor de får beskjed om å ta kontakt for å avtale ny time. Hvis de ikke tar kontakt, blir de avsluttet etter 14 dager. Dette er praksis når det gjelder all henvisning til psykiatrisk poliklinikk ved SUS. Dette er ikke i tråd med anbefalingene i den nasjonale Handlingsplan mot selvmord 1994-1998 og i de før nevnte nasjonale retningslinjer. Her anbefales spesielle forholdregler for pasienter som ikke møter til oppfølgingssamtale. Noen av pasientene (fig. 3) ble fulgt opp av psykisk helsearbeider i kommunen (9%). En større andel får oppfølging av fastlege (20%). Det at fastlegen får epikriser på de fleste pasientene gjør at oppfølging av fastlegen ikke behøver å bety annet enn nettopp det. At han mottar epikrisen. Noen kan ha god og hyppig kontakt med sin fastlege, andre har ingen kontakt med ham. Dette sier ikke undersøkelsen noe om. Fastlegen som eneste oppfølgingsinstans for denne høyrisikogruppen er ikke i tråd med hverken andre lands nasjonale retningslinjer eller sykehusets egne rutiner. Oppfølging fra fastlege kan ikke uten

videre defineres som avtalefestet oppfølging. En pasient utskrevet fra sykehuset etter hjerteinfarkt vil neppe bli henvist til oppfølging utelukkende hos sin fastlege. Perioden etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus er forbundet med høy risiko for selvmord (Appleby et al., 1999b), (Goldacre et al., 1993), (Appleby 2000: 617-627). "Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid", Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2001 sier klart at pasientene trenger oppfølging både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten etter utskrivelse fra somatisk avdeling. Et døgn innleggelse i psykiatrisk akuttmottak med videre oppfølging fra fastlege kan defineres som oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, men av meget kort varighet. Selv om avtalefestet oppfølging etter utskrivelse er å anbefale, er det uvisst hvor stor selvmordsforebyggende effekt kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten kan ha (van der Sande et al., 1997). Det er vist at kontakt med helsevesenet er vanlig forut for selvmordet (Luoma et al., 2002), (Pirkis & Burgess, 1998). Kontakten kan avdekke akutt selvmordsrisiko og er derfor å foretrekke fremfor ingen oppfølging. En annen undersøkelse viser (Appleby et al., 1999a) at de som gjorde selvmord hadde brutt kontakten med helsevesenet på dødstidspunktet. Dette kan tale for lengrevarende oppfølging, også etter at den akutte selvmordsfaren er over. Undersøkelsen er basert på driftsdata. Det er kun oppfølging som blir avtalt og dokumentert på AMC2 og i sengepost som blir registrert. Hvilken oppfølging den enkelte pasient faktisk har mottatt, enten det er mer eller mindre enn det registrerte, kan bare avdekkes ved å spørre pasienten direkte.

6.0 Konklusjon

Pasientene innlagt etter selvmordsforsøk på AMC2, SUS i tidsrommet 010603-010604, var yngre -, flere var kvinner – og hadde høyere forekomst av depresjon og personlighetsforstyrrelser (ikke signifikant) enn pasientene som ikke var lagt inn på grunn av selvmordsproblematikk. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt tvangsinnleggelse, rusmisbruk og innleggelse i psykiatrisk avdeling. Når det gjelder avtalefestet oppfølging for pasientgruppen får så mye som 20% oppfølging utelukkende fra fastlege. Alle pasientene med psykiske lidelser har en høyere risiko enn normalbefolkningen for å dø av selvmord. De pasientene som i tillegg har utført selvmordsforsøk har ytterligere økt risiko. Tiden etter utskrivelse er også forbundet med høy risiko for suicid. Alt dette tilsier at epikrise til fastlege ikke er tilstrekkelig, men at oppfølging i spesialisthelsetjenesten bør gis.

Funnene understreker behovet for nasjonale retningslinjer for forebygging-, behandling – og oppfølging av selvmordsutsatte pasienter innlagt i psykisk helsevern.

7.0 Referanser

- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. 1-97. (98 sider.)
- Appleby, L., Dennehy, J.A., Thomas, C.S., Faragher, E.B. & Lewis, G. (1999a). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case control study. *The Lancet*. 353, April 24, 1397-1400. (4 sider.)
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999b). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national survey. *British Medical Journal* . 318 (8), 1235-1239. (5 sider.)
- Appleby, L. (2000). Prevention of Suicide in Psychiatric Patients. Chapter 35. I Hawton, K. & van Heeringen, K. (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. (617-630). (14 sider.)
- Baxter, D. & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. Oct; 175, 322-326. (5 sider.)
- Cedereke, M., Monti, K. & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt. Does it affect treatment attendance and outcome? A randomized controlled study. *European Psychiatry*. (17) 82-91. (10 sider.)
- Diserud, G. (2000). *Suicide attempt. Unsolvable lives?* Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo
- Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B. & Beaudett, M.S., (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 16 (1), 57-67. (11 sider.)
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department.
- Gjertsen, F. (2003). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi*. 8 (3), 7-9. (3 sider.)
- Gjertsen, F. (2003). Nasjonal selvmordsstatistikk. Underpunkt under Statistikk (www.selvmord.info).
- Goldacre, M., Seagroatt, V. & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*. 342, 283-286. (14 sider.)
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. (170), 205-228. (24 sider)
- Hert, M.D. & Peuskens, J. (2002). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. Chapter 8. I Hawton, K. & van Heeringen, K. (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. (121-130). (10 sider.)

Høyer, E.H., Olesen, A.V. & Bo Mortensen, P. (2004). Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *Journal of Affective Disorders*. (78), 209-217. (9 sider.)

IASP, Pressemelding på Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september 2005 (www.iasp.info) (2 sider.)

ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. (2000). Oslo: Gyldendal Akademisk. Statens helsetilsyn. World Health Organization.

Isometsä, E. & Lönnqvist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*. 173, 531-535. (15 sider.)

Kerkhof, J.F.M. & Arensman, E. (2001). Chapter 14. Pathways to suicide: The Epidemiology of the Suicidal Process. I van Heeringen, K. (edt). (2001). *Understanding suicidal behaviour. The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. Chichester: John Wiley & Sons. 223-237.

Kerkhof, J.F.M. (2000). Attempted Suicide: Patterns and Trends. Chapter 3. I Hawton, K. & van Heeringen, K. (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. (49-61). (13 sider.)

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62.

Luoma, J. B., Martin, C.E. & Pearson, J.L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 159, 909-916. (8 sider.)

Malt, U., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2003). Lærebok i Psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 659-699) (41 sider.)

Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B.R., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2004). Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis. Effects on Clinical Presentation. *Archives of General Psychiatry*. 61, 143-150. (8 sider.)

Mehlum L (red). (1999). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Mork, E., Ekeid, G., Ystgaard, M., Mehlum, L. & Holte, A. (2001). Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. 121 (9), 1038-1043. (6 sider.)

Motto, J.A. & Bostrom, A.G. (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 52 (6), 828-833. (6 sider.)

- Nordentoft, M., Munk Laursen, T., Agerbo, E., Qin, P., Høyer, E.H. & Bo Mortensen, P. (2004). Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark 1981-97: nested case-control study. *British Medical Journal*, [Elektronisk utg.] doi:10.1136/bmj.38133.622488.63 (published 22 June 2004) (5 sider.)
- Pirkis, J. and Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 173, 462-474.(13 sider.)
- Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M. & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *British Journal of Psychiatry*. 176, 266-272. (7 sider.)
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Safety First. Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Department of Health Publications. (2001). London.(162 sider.)
- van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y.& van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 96 (1), 43-50. (8 sider.)
- Schjerve, H. (2005). *Etterlyser selvmordsregister*. Artikkel i Dagladet 10. juni.
- Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.(65 sider.)
- Holten, K. (1995). *Handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. (1995). Statens Helsetilsyn. (Tilgjengelig på www.selvmord.info) (35 sider)
- Statens helsetilsyn. *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid*. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2001 (32 sider)
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104 (2): 117-121. (5 sider.)
- Wolfersdorf, M. (2000). Suicide among Psychiatric inpatients. Chapter 25. I Hawton, K. & van Heeringen, K. (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. (457-464).
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 123 (2241-2245). (5 sider)

8.0 Vedlegg

1 Skåringsmal for suicidalitet ved AMC2, SUS

2 Rutiner for forebygging, behandling og oppfølging av selvmordsnære pasienter ved Psykiatrisk klinikk, SUS

3 Rutiner for utskrivning av pasienter med selvmordsproblematikk fra AMC2

4 Skåringsmal for Clinical Drug Use Scale (Bare i papirkopi)

5 Skåringsmal for Clinical Alcohol Use Scale (Bare i papirkopi)

6 Meldeskjema NSD

7 Svar på søknad til NSD (Bare i papirkopi)

8 Selvvalgt pensumlitteratur

Vedlegg 1:

Registrering av suicidalitet hos pasienter ved AMC2, SUS.

Suicidalitet ved innkomst	
1 Ingen	1
2 Suicidaltanker	2
3 Suicidalplaner	3
4 Suicidalforsøk	4
5 Suicid	5
9 Ukjent	9

Spesifisering:

1 Ingen: Pasienten har svart benektende på spørsmål om han har suicidale tanker/planer.

2 Suicidaltanker: Pasienten bekrefter å ha tanker om å ta livet sitt. Tankene kan være flyktige eller konstante. Det er de tankene som har sammenheng med innleggelsen som skal registreres. Er du i tvil, skår 2 hvis pasienten har hatt suicidaltanker de siste 7 dagene.

3 Suicidalplaner: Pasienten bekrefter å ha planer om å ta livet sitt. Her menes konkrete planer. De skal inneholde enten tid, sted eller situasjon/metode. Om planen vil være dødelig skal ikke legges inn her. Det er pasientens opplevelse av om det er en selvmordsplan som teller. Diskuter med kolleger hvis du er i tvil.

4 Suicidalforsøk: Selvpåførte skader og forgiftninger. Vanemessig selvskading er ikke et suicidalforsøk.

5 Suicid: Gjennomført selvmord på post.

9 Ukjent: Pasienten har ikke kunnet svare på spørsmål om suicidalitet.

Det føres bare ett tall på i rubrikken **S** i "lefså".

Gudrun Austad, april 2003.

Vedlegg 2.

Kvalitetshåndbok for pasientarbeid

Psykiatrisk klinikk

Sentralsjukehuset i Rogaland

SiRPS

Selvmondsproblematikk – rutiner SiRPS

Gjelder for alle avdelinger, poster, poliklinikker og sentra

Risikogrupper og diagnoser som utgjør fare for selvmord

- Manisk depressive psykoser
- Schizofreni i begynnerstadiet, spesielt hvis bildet er preget av paranoide og depressive symptomer
- Alvorlige depresjoner og melankolier. Risikoen er størst ved depresjonens begynnelse og slutt.
- Alkohol-, stoff- og medikamentmisbrukere, fordi mange reagerer med depresjon – motstanden avtar og pasienten har mindre kontroll.
- Eldre mennesker, spesielt eldre ensomme menn (nylig blitt pensjonister), eller andre eldre, der depresjonen er utløst på grunn av ektefellens død, evt skilsmisse, men ensomhet som konsekvens
- Unge mennesker, som nylig har opplevd familiekriser, brudd med kjæreste, tapsopplevelser
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser med samtidig rusmisbruk
- Pasienter med alvorlig somatisk sykdom i tillegg til depresjon
- Forvirringstilstander, akutt psykose

Suicidalitetsvurdering

- Alle pasienter skal risikovurderes
- Risikovurderingen skal foretas:
 1. ved innleggelse, som en del av inntakssamtalen. Vurderingen skal dokumenteres skriftlig i pasientens journal.
 2. Under oppholdet. Ved mistanke om selvmordsrisiko. Dokumenteres i journal og oppdateres i pleieplan.
 3. Ved utskrivning. Det skal dokumenteres at det foreligger:
 - kvalifisert benekting (troverdig begrunnelse for at en vil leve)
 - håp
 - planer for fremtiden
- Ansvarlig behandler har ansvar for å koordinere og gjennomføre riskovurderingen.
- Alt personell som er i kontakt med pasienten har ansvar for å melde til behandlende lege/vakthavende lege ved mistanke om selvmordsfare
- Suicide Intent Scale skal brukes på alle pasienter som har gjort selvmordsforsøk.

Varselsymptomer

- Pasienten snakker om suicid på en ”fleipete” måte som da ikke blir oppfattet alvorlig
- Pasienten nevner andre som har begått suicid uten å nevne seg selv
- Pasienten spør ut om postens døgnrutiner
- Pasienten snakker stadig om å ta livet sitt. Sier det kanskje så ofte at en blir vant med det og ikke tar det alvorlig lenger, og da kan det være fare på ferde
- Suicidaltanker, trusler, forsøk og demonstrasjoner må oppfattes som et alvorlig rop om hjelp – eller en livstruende tilstand

- Skrivning av testamente og/eller avskjedsbrev er en alvorlig risikofaktor
- Når pasienten ikke sier noe, isolerer seg
- Når depresjonen letter

Risikotider og -situasjoner

- Helger. For dem som er igjen på sykehuset i helger og høytider, kan det bli stille og ensomt, lite personale og pasienter.
- Personalskifte / vaktskifte
- Visittider
- Permisjoner – innbefattet korte "lufteturer" uten spesielle mål og mening, ikke planlagt/avtalt på forhånd. Skal pasienten reise hjem, må personalet forhøre seg om hva han/hun reiser hjem til.

Forebygging av selvmord

- Alle som omgås pasienten må være informert, muntlig og skriftlig, og gjennom rapport
- Fyll alltid ut rubrikken for suicidalitet på hovedkortet
- Et mål er å forsøke å få pasienten til å se at livet er verdt å leve
- Når det er mistanke om suicidalfare skal man spørre rett ut om dette. En måte å spørre på kan være: "Når folk har det slik som deg, har de ofte tanker om å gjøre slutt på det hele. Har du tenkt på å ta livet ditt?" Spør direkte om planer. Obs at personalet samarbeider, slik at ikke alle spør pasienten om dette.

Beskyttelse av pasient

- Gjennomgang av bagasjen og lommer
- Fjerne: kniver, sakser, barberhøvler, skytevåpen, belter, slips, skjerf, skolisser, lighter
- Obs: dusjen – evt fjerne dusjslange, kan også være nødvendig å fjerne dusjforhenget
- Ovenstående tiltak kan muligens medføre at pasienten vil finne andre måter, for eksempel drukning. Miljøpersonalet på påse at medisiner blir tatt, slik at pasienten ikke får anledning til å samle opp tablett. En må ikke stole på at pasienten kan holde et løfte om å ikke gjøre suicidalforsøk. Kontinuerlig vurdering av suicidalfaren

Kontakt og trygghet

- Akseptere pasienten, holde ut
- Unngå at pasienten isolerer seg
- Kontinuerlig kontakt, tilsyn og nærhet
- Kjennskap til førstehjelp (rutinemessig gjennomgang/oppfriskning hvert halvår)
- Suicidale pasienter ikke på enerom uten tilsyn
- Suicidale pasienter ikke utgang eller permisjoner alene

TILSYN VED SELVMORDSFARE

Utgang

Ikke utgang. Pasienten skal være i posten

Utgang med følge. Pasienten kan forlate posten med følge av personale

A-vakt

Personalet skal til enhver tid være i samme rom som pasienten, også følge på toalettet. Skal alltid se pasienten

B-vakt

Personalet er i samme rom som pasienten, men kan også i perioden sitte utenfor med åpen dør. Kan gå fra i svært perioden – for eksempel for å ta en kort telefon. Utgang vurderes i samråd med lege – eventuelt med følge

C-vakt

Personalet ser til pasienten med skiftende tidsintervaller imellom, innenfor rammen av en halvtime. Ellers vurderes hyppigheten av tilsynet på behandlingsmøtene.

D-vakt

Innebærer at man vet hvor pasienten er.

Gradering av tilsyn. Skal henge på veggen på personalrommet som en slags plakat.

Selvmondsforebyggende arbeid

- Selvmord og Selvmondsforebyggende arbeid er tema på alle postene på postundervisning en gang pr. halvår
- Klinisk fagstige innføres, nivå 1 og 2, for denne spesialiteten
- Pasienten blir gjennomgått med tanke på suicidalitet, oppfølging og utgang minst 3 ganger i døgnet på rapport og/eller behandlingsmøter av sykepleiere, annet personale, ansvarlig lege
- Det er ansvarlig sykepleier på posten sitt ansvar å forsikre seg om at alle er informert
- Etter gjennomført selvmord på post, permisjon eller kort tid etter utskrivelse er det full selvmordsgjennomgang med implisert postpersonale og alle behandlere, med utgangspunkt i inngående drøftinger av aktuelt kasus

Tiltak etter selvmord

Etter selvmord hos pasient innlagt eller poliklinisk ved SiRPS iverksettes følgende tiltak:

1. Ansvarshavende sykepleier varsler:

- vakthavende lege
- evt. AMK – sentralen tlf 8888 (ambulansesentral/anestesi)

- avdelingsleder/nattavdelingssykepleier/oversykepleier/primærkontakt

2. Vakthavende lege varsler

- Politiet
- Vakthavende overlege/avdelingsoverlege/individualbehandler

3. Pårørendevarsling

Ansvarshavende sykepleier og vakthavende lege sørger for at pårørende blir varslet (ikke pr. telefon). Varsling kan fortrinnsvis skje gjennom:

- presten eller legen på hjemstedet
- individualbehandler eller primærkontakt til den avdøde

Pårørende må få oppgitt et navn på en person de kan kontakte i avdelingen, for eksempel pasientens primærkontakt. Dem som varsler pårørende oppgir dette navnet.

4. Obduksjonsavdelingen

- Melding sendes på skjema ”melding om dødsfall” til obduksjonsavdelingen før kl. 08.00 neste dag

5. Gjennomgang av hendelsen

- Postoverlegen/avdelingssykepleier leder møte i posten etter en bestemt prosedyre snarest, og senest dagen etter at selvmordet har funnet sted. Obs: avdelingsoverlegen, oversykepleier og alle impliserte skal innkalles.
- Avdelingsoverlegen leder felles gjennomgang av hendelsen førstkommende behandlermøte

6. Informasjon til medpasienter

- Teamet i posten tar stilling til om medpasienter skal informeres, når og på hvilken måte

7. Kontakt med pårørende

- Postoverlegen innhenter tillatelse fra pårørende til å kontakte foreningen LEVE med tanke på tilbud i tiden etterpå. Prester, politi og begravelsesbyrå får info om LEVE i form av brosjyrer og personlig henvendelse
- Behov for kontakt med LEVE vil variere i forhold til de etterlattes ulike faser. Hovedmålet er å hjelpe alle best mulig. Alle skal få den hjelp de har behov for. Erfaringer pårørende har gjort, er at de selv ikke orker å ta initiativ til kontakt og trenger at noen aktivt tar kontakt med dem.
- Psykiatrisk hjemmesykepleier i bydelen eller kommunene kan være et godt supplement/tilbud over tid. Det er bra med tilbud om samtaler både innad og utad i systemet. Det er viktig å finne ut hva som passer for den enkelte. Den som er ansvarlig for starten initierer fortsettelsen. Kriseteamene i bydelene er oppgående og kan kontaktes, likeså prest på hjemstedet, hjemmesykepleier og fastlege.
- I de tilfeller hvor barn er pårørende må særskilt oppfølging settes i verk.

8. Etterarbeid for medarbeidere

- Postoverlegen sørger for at medarbeidere for tilbud om oppfølgingsamtaler etter behov

9. Underretning til Kontrollkommisjonen/Fylkeslegen/meldesentralen:

- Postoverlegen gir sammen med avdelingsoverlegen en skriftlig fyllestgjørende redegjørelse for omstendighetene ved dødsfallet, og de antatte årsaksforhold til politiet med gjenpart til Kontrollkommisjonen, fylkeslegen og sjeflegen SiRPS (konf.skjema: Melding om skade, uhell og næruhell)

10. Polikliniske pasienter

- Underrett Fylkeslegen, meldesentralen (alltid), og andre (etter vurdering/skjønn). Prosedyre for øvrig som ovenfor, tilpasset det enkelt tilfellet. Individualbehandler er ansvarlig.

Suicide intent scale SiRPS

1. Isolasjon

Var det noen nær deg da du prøvde å skade deg selv, for eksempel i samme rom eller på telefonen?

- 0 Noen til stede
 1 Noen i nærheten eller i kontakt (f.eks. tlf)
 2 Ingen i nærheten eller i kontakt

2. Tidspunkt

Når gjorde du det? Ville noen snart komme? Visste du at du hadde litt tid før noen ville komme? Eller tenkte du ikke på den muligheten?

- 0 Arrangert slik at innblanding er sannsynlig
 1 Arrangert slik at innblanding ikke er sannsynlig
 2 Arrangert slik at innblanding er svært usannsynlig

3. Forholdsregler mot oppdagelse/innblanding

Gjorde du noe for å forhindre at noen skulle finne deg? F.eks trakk du ut kontakten til telefonen, satte en lapp på døra eller noe slikt?

- 0 Ingen forhåndsregler i det hele tatt
 1 Passive forhåndsregler, slik som å unngå andre mennesker, men ikke gjøre noe for å unngå innblanding fra dem (f.eks. være alene i et rom med ulåst dør)

- 2 Aktiv forhåndsregel, som å være i et rom med låst dør

4. Handlinger for å oppnå hjelp etter forsøket

Etter at du hadde skadet deg, kontaktet du noen for å fortelle hva du nettopp hadde gjort?

- 0 Varslet potensiell hjelper om forsøket
 1 Kontaktet, men sa ikke spesielt ifra til potensiell hjelper om forsøket
 2 Kontaktet ikke/varslet ikke hjelper om forsøket

5. Forberedelser til å dø

Hadde du gjort slike ting som å betale regninger, si adjø, skrive testamente da du bestemte deg for å skade deg selv?

- 0 Ingen
 1 Pasienten tenkte på å foreta/foretok arrangementer
 2 Besteme planer utført (sette opp eller forandre testamente, gi bort gaver, ta ut forsikring)

6. Planleggingsgrad

Hadde du planlagt dette over lengre tid? Hadde du forberedt det ved f.eks å samle opp tabletter?

- 0 Ingen forberedelser (ingen plan)
 1 Minimal eller moderat forberedelse
 2 Utførlig forberedelse (detaljert plan)

7. Selvmords-/avskjedsbrev

Skrev du ett eller flere avskjedsbrev? Hvis *Ja*: til hvem, hvis *Nei*: tenkte du på å skrive et?

- 0 Ikke skrevet et brev, heller ikke tenkt på det
 1 Tenkt på å skrive, men gjorde det ikke
 2 Brev forelå/var skrevet, men ble revet i stykker
 3 Skrev avskjedsbrev til _____

8. Kommunikasjon om hensikt før handling

Har du i løpet av det siste året fortalt familiemedlemmer, venner og/eller naboer direkte eller indirekte at du hadde planer om å skade deg selv?

- 0 Ingen
- 1 Tvetydig kommunikasjon (uklar eller indirekte)
- 2 Utvetydig kommunikasjon (tydelig)

9. Hensikt med handling

Kan du fortelle meg hva du håpet å oppnå ved å skade deg selv?

- 0 I hovedsak å påvirke andre
- 1 Midlertidig hvile
- 2 Død

10. Forventninger angående utfallet av handlingen

Hvor høye trodde du sjansene var for at du ville dø som resultat av det du gjorde?

- 0 Pasienten mente at død var usannsynlig eller tenkte ikke over det
- 1 Pasienten mente død var mulig, men ikke sannsynlig
- 2 Pasienten mente at død var sannsynlig eller sikker

11. Oppfatning av metodens dødelighetsgrad

Hvis overdose, trodde du at den mengden tabletter du tok ville være tilstrekkelig eller ikke til å ta livet av deg? (Hadde du flere tabletter?) Annet: Tenkte du på andre metoder som kunne være mer eller mindre farlige enn den du brukte?

- 0 Pasienten gjorde mindre skade på seg selv enn han/hun trodde ville være dødelig, eller pasienten tenkte ikke på det
- 1 Pasienten var ikke sikker, trodde at det han/hun gjorde kunne være dødelig
- 2 Handlingen overskred eller var tilstrekkelig etter hva pasienten mente var dødelig

12. Forsøkets alvor

Betrakter du din handling som et forsøk på å ta ditt eget liv?

- 0 Pasienten anså ikke handlingen til å være et alvorlig forsøk på å ta sitt eget liv)
- 1 Pasienten var usikker på om handlingen var et alvorlig forsøk på å ta livet av seg
- 2 Pasienten anså at handlingen var et alvorlig forsøk på å ta livet av seg

13. Ambivalens overfor livet

Hvordan var følelsene dine angående livet og døden? Var viljen din til å leve sterke enn viljen til å dø? Eller ville du verken leve eller dø?

- 0 Pasienten ville ikke dø
- 1 Pasienten brydde seg ikke om han/hun levde eller døde
- 2 Pasienten ønsket å dø

14. Oppfatning av reversibilitet

Hvordan trodde du sjansene til å overleve ville være hvis du fikk medisinsk behandling etterpå?

- 0 Pasienten trodde død ville være usannsynlig hvis han/hun fikk medisinsk hjelp
- 1 Pasienten var usikker på om døden kunne være unngått hvis han/hun fikk medisinsk hjelp
- 2 Medisinsk behandling var ikke i pasientens tanker

15. Grad av overlegg

Hvor lege før hadde du bestemt deg for å gjøre det? Hadde du tenkt på det en stund, eller var det en impulshandling?

- 0 Ingen, impulsiv
- 1 Handlingen var planlagt tre timer eller mindre før forsøket
- 2 Handlingen var planlagt mer enn tre timer før forsøket

Hjelp til vurderingen	
SUM	
1. Isolasjonsatferd: Spørsmål 1-4	<input type="checkbox"/>
2. Graden av planlagthet: Spørsmål 5-8 + 15	<input type="checkbox"/>
3. Forventet utfall spørsmål 9-14	<input type="checkbox"/>

Utskrivningsprosedyre SiRPS

Det er viktig at utskrivningsdato blir avtalt så tidlig som mulig, slik at pasient og pårørende vet når dette vil skje og kan planlegge siste del av oppholdet og hva som må være i orden for å kunne reise hjem/til annet bosted.

Det sier seg selv at det kan være vanskelig å sette nøyaktig dato for utskrivning, da det er mange forhold som kan påvirke dette.

Mange poster har egne opplegg for selve utskrivningsprosedyren og disse brukes i tillegg til denne mer generelle delen.

Noen har utskrivningsmøter der pasient/foreldre/pårørende møter andre samarbeidsinstanser sammen med behandler på posten og der en oppsummerer hva som har skjedd under oppholdet og der en diskuterer videre opplegg etter utskrivning. Mye av informasjonen vil kunne formidles på et slikt møte.

Alle pasienter må få en avklaring på følgende:

- **Individuell plan**
En vurderer om forhold som er beskrevet i individuelle planer er oppdatert og fulgt opp og om det må gjøres justeringer før pasienten utskrives
- **Oppfølging etter utskrivning**
Hvem følger opp etter utskrivning – avtale om kontroll ved SiRPS/utenfor SiRPS settes opp/bestilles. En må vurdere om det skal gjøres blodprøvekontroll evt annen utredning etter utskrivning og sikre at svarene kommer til rette vedkommende som skal følge opp pasienten
- **Forverret tilstand**
Hvem skal pasienten henvende seg til dersom det blir forverring av tilstanden? Mange pasienter har liste med varselsymptomer, hvem de skal henvende seg til og telefonnummer til kontaktpersoner. Denne listen må ajourføres. Slike lister er laget for pasienter med affektive lidelser og psykoser.
- **Medisiner**
Pasienten må få oversikt over aktuelle medisiner vedkommende skal bruke og få med seg resepter
- **Foreløpig epikrise**
Alle pasienter får med seg foreløpig epikrise som sendes ut samtidig som pasienten utskrives. Her brukes standardformular for SiRPS. Det skal sendes ut miljørapport/sykepleierapport til hjemmesykepleietjenesten, bofellesskapet eller lignende.
- **GAF**

Alle pasienter skal GAF scores ved utskrivning og behandler må se til at Capsyskjemaet blir fylt ut ved utskrivning

- **Epikrise**
Fullstendig epikrise skal dikteres innen en uke etter utskrivning

Vedlegg 3.

Utskriving av pasienter med suicidalproblematikk fra AMC2, SUS.

1. Alle pasienter som skrives ut etter suicidalforsøk / suicidalproblematikk skal tilbys poliklinisk oppfølging. Vi skal skaffe time innen 1 uke for pasienten hos fastlege / poliklinisk behandler eller annen relevant oppfølgingsinstans.
2. Kontaktsykepleier ved AMC2 informerer fastlegens kontor telefonisk (Hemmelige nummer i egen perm på vaktrommet.), om at pasienten har vært innlagt med suicidalproblematikk. Pasienten må gi samtykke til dette. Gjøres utskrivelsesdagen. Hvis pasienten utskrives i helg, kontaktes fastlegen første virkedag. (Hvis pasienten nekter dette, skal det noteres i journalen.)
3. Kontaktsykepleier ved AMC2 kontakter pasientens nærmeste pårørende i samråd med pasienten.
4. Foreløpig epikrise (utskrivesskjema) sendes fastlegen / poliklinisk behandler utskrivelsesdagen.
5. Hvis pasienten blir suicidal igjen før poliklinisk timeavtale, kan han/hun ta kontakt med AMC2 per. telefon. Kan evt. få tilbud om ny vurdering neste dag. Dette skal pasienten informeres om før utskrivelse og avtalen skal journalføres av lege.

16/6-05

Vedlegg 6: Meldeskjema NSD

Meldeskjemaⁱ

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Hans Holmboes gate 22
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. BEHANDLINGSANSVARLIG ⁱⁱ			
Institusjon: Psykiatrisk klinikk, SIR		Dato for innsending: 101104	
Adresse: Armauer Hansensvei 20, Pb. 1163, Hillevåg,		Postnr.: 4095	Poststed: Stavanger
2. DAGLIG ANSVAR ⁱⁱⁱ			
Navn (fornavn - etternavn): Fredrik Walby			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Senter for selvmordsforskning og – forebygging, Medisinsk fakultet, UIO		Stilling/grad: psykolog, forsker	
Adresse – arbeidssted: Sognsvannsveien 21, Bygning 12		Postnr.: 0320	Poststed: OSLO
Telefon: 22923473	Telefaks:	Mobil:	E-postadresse: Fredrik.walby@medisin.uio.no
3. VED STUDENTPROSJEKT ^{iv}			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Gudrun Austad			
Studiested (avdeling/seksjon/institutt/institusjon): Senter for selvmordsforskning og – forebygging		Grad: Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid	
Adresse – privat: Nordlysbråtet 7 d		Postnr.: 4016	Poststed: Stavanger
Telefon: 51882566	Telefaks:	Mobil: 943 640 18	E-postadresse: gau@sir.no
4. PROSJEKTTITTEL			
Oppfølging av pasienter innlagt i psykiatrisk akuttmottak etter selvmordsforsøk.			
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Finne ut hva slags behandling pasienter innlagt etter selvmordsforsøk henvises til.			
Hvor mange pasienter henvises til opphold i psykiatrisk sengepost?			
Hvor mange av pasientene henvises til psykiatrisk poliklinikk etter sykehusoppholdet (i akuttmottak / sengepost)?			
Møter pasienten opp etter poliklinisk behandling?			
Se på deler av en behandlingskjede for pasientgruppen med selvmordsforsøk og psykisk lidelse for å finne ut om behandlingen de får er forsvarlig.			

6. PROSJEKTPERIODE

Planlagt start for datainnsamlingen (ddmmåååå): 10.12.04
Planlagt prosjektslutt (ddmmåååå): 17.10.05
Retrospektive driftsdata skal brukes fra perioden 01.06.03 til 01.06.04

7. UTVALGSBESKRIVELSE^v

Dersom flere utvalg inngår i undersøkelsen, gi en beskrivelse av hvert utvalg for seg.

<p><i>Beskrivelse</i> <i>Gi en kort beskrivelse av utvalget.</i></p>	Innlagte pasienter på AMC2, Psykiatrisk klinikk, SIR i perioden 01.06.03 til 01.06.04.
<p><i>Rekruttering og trekking</i> <i>Oppgi hvor utvalget rekrutteres eller trekkes fra og hvem som foretar rekrutteringen eller trekkingen.</i></p>	Alle pasienter registrert innlagt etter selvmordsforsøk.
<p><i>Førstegangskontakt</i> <i>Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.</i></p>	Det finner ikke sted noen direkte kontakt med utvalget. Kontakten foregår indirekte via registrerte driftsdata.
<p><i>Inngår det ^{personer} under 18 år eller andre umyndige i utvalget?</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei

8. INFORMASJON OG SAMTYKKE *Vennligst se sjekkliste i veiledning.*^{vi}

<p><i>Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis.</i></p> <p><i>Dersom informasjonen gis skriftlig, legg ved informasjonsskriv (eventuelt utkast).</i> <i>Dersom det gis muntlig informasjon, beskriv hva det informeres om.</i></p>	Utvalget informeres ikke ut over det som er institusjonens standard prosedyrer, fordi undersøkelsen bare skal registrere hvor de henvises til og om de har møtt. Ikke gå inn i den enkeltes sykehistorie eller opplevelse.	
<p><i>Innhentes det samtykke fra den registrerte?</i>^{vii}</p>	<input type="checkbox"/> Ja <i>Legg ved eventuell samtykkeerklæring</i>	Hvordan innhentes samtykke fra den registrerte?

	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	Beskriv hvorfor samtykke ikke kan innhentes. ^{viii} Gi en redegjørelse for hvorfor det er nødvendig å gjennomføre prosjektet. Fordi undersøkelsen kan sees på som en kvalitetskontroll for institusjonens tilbud til pasientgruppen basert på rutinemessig innhentede driftsdata. Disse driftsdata er anonymisert.
--	---	---

9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER ^{ix}

Dersom flere utvalg inngår i undersøkelsen, gi en beskrivelse av metodebruk for hvert enkelt utvalg

<i>Gi en kort beskrivelse av alle metoder og datakilder som brukes i datainnsamlingen.</i>	Prediktordata innhentes fra postens anonymiserte SPSS filer. Jeg skal ikke opprette et eget pasientregister. Bare telle hvor mange som innlegges i sengepost og hvor mange som henvises til psykiatrisk poliklinikk etter opphold i sengepost. Outcomedataene hentes fra pasientens elektroniske journal i DIPS. Dette gjelder de pasientene som blir henvist til psykiatrisk poliklinikk etter endt sykehusopphold.
--	--

10. DATAMATERIALETS INNHOLD

<i>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringsskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</i>	Prediktordataene som brukes er: alder, kjønn, suicidalitetsscore (En score som brukes internt til alle pasienter, for å sikre at suicidalitet er vurdert og alvorlighetsgraden er gradert.), diagnose, innleggelsesparagraf, hvor de henvises. Outcomedataene som brukes er: Møtt / ikke møtt til første poliklinisk konsultasjon. Vedlegg: Utkast til registreringsskjema for datainnsamling. Veiledning til scoring av suicidalitet.
--	--

<i>Behandles det sensitive personopplysninger? ^x</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelle merknader: Sensitive opplysninger i form av alder kjønn og diagnose. Men opplysningene knyttes ikke til navngitt person. Kun ved Outcomevariabelen møtt / ikke møtt.
---	--	--

<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson? ^{xi}</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Eventuelle merknader:
--	--	-----------------------

11. INFORMASJONSSIKKERHET ^{xii}

<i>Merk av identifikasjonsopplysninger</i>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger ^{xiii}	Oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer
	<input checked="" type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserbare opplysninger ^{xiv}	Oppgi hvilke: Alder, kjønn, diagnose.

<i>Dersom datamaterialet behandles elektronisk, oppgi hvordan direkte personidentifiserbare opplysninger (navn, 11-sifret fødselsnummer) registreres. ^{xv}</i>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger (spesifiser hvilke ovenfor) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet.	Begrunnelse:
	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserbare opplysninger registreres sammen med det øvrige materialet.	

	<input type="checkbox"/> Annet:	
Hvordan skal datamaterialet registreres, oppbevares og bearbejdes? Sett gjerne flere kryss.	<input type="checkbox"/> Isolert pc <input checked="" type="checkbox"/> Pc i nettverkssystem <input type="checkbox"/> Pc tilknyttet Internett	<input type="checkbox"/> Digitalt lyd/bildeopptak <input type="checkbox"/> Analogt lyd/bildeopptak <input type="checkbox"/> Manuelt kartotek <input type="checkbox"/> Annet:
Vil personopplysningene bli utlevert til andre?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Til hvem? <input type="checkbox"/> Nei Til veileder og til ansatt kollega som skal statistisk behandle materialet.	
Sikkerhetstiltak	Utføres behandlingen i henhold til sikkerhetsbestemmelsene i personopplysningsforskriften? ^{xvi} <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er risikovurdering foretatt? ^{xvii} <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Overføres personopplysningene i eksternt datanett (f.eks. Internett)? ^{xviii} <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
12. LAGRING ETTER PROSJEKTSLETT ^{xix}		
Hvordan skal datamaterialet oppbevares etter prosjektavslutning?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Begrunnelse: Hvor skal datamaterialet lagres? ^{xx} I låsbart rom på akutt mottakspost, Psykiatrisk klinikk, SIR.	
13. SPESIELLE TILLATELSER ^{xxi}		
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tillatelse fra:
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding. Har hatt telefonisk kontakt med REK sør (Dette fordi UIO tilhører REK sør). De ba meg orienter dem via epost om prosjektet. Dette er gjort.
14. FINANSIERING		
Dersom prosjektet mottar finansiering, før opp den/de institusjoner som finansierer prosjektet (Forskningsrådet/område, departement, organisasjon e.l.).		
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER		
16. ANTALL VEDLEGG		

<i>Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.</i>	2
---	---

ⁱ Meldeskjema skal sendes personvernombudet dersom

1. Det skal foretas **behandling** av **personopplysninger** som helt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidler
2. Det skal opprettes et **manuelt personregister** som inneholder **sensitive** personopplysninger.

Med **personopplysninger** forstås opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson (den registrerte). Med uttrykket ”enkeltperson” menes en person som direkte eller indirekte kan identifiseres, f.eks. ved hjelp av navn, identifikasjonsnummer eller et annet kjennetegn som er spesielt for personens fysiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet. Hvilket lagringsmedium som benyttes, er uten betydning så lenge identifikasjon er mulig. Hvor stort utvalget er, og hvor mange i utvalget som kan identifiseres er også uten betydning.

Behandling av personopplysninger omfatter enhver formålsrettet bruk av personopplysninger. Behandlingen kan gjerne bestå av flere former for bruk, f.eks. innsamling, bearbeiding og lagring.

Med et **personregister** forstås registre, fortegnelser m.v. der personopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen.

Med **sensitive** opplysninger menes opplysninger om rasemessig eller etnisk bakgrunn, politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning, at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling, helseforhold, seksuelle forhold, medlemskap i fagforeninger.

Veiledning for utfylling av meldeskjemaet

ii Behandlingsansvarlig

I forskningsprosjekt er behandlingsansvarlig som regel den *institusjon, ved institusjonens øverste leder*, som forsker/student er ansatt ved/studerer ved.

Den behandlingsansvarlige har bestemmelsesrett over opplysningene og det er den behandlingsansvarlige som står ansvarlig utad for at behandlingen er lovlig. Den behandlingsansvarlige vil være den som kan saksøkes og pådra seg straffeansvar for overtredelse av lovens bestemmelser. Avgjørende moment når man skal avgjøre hvem som er ansvarlig er blant annet hvem som initierer prosjektet og om forskers befatning med prosjektet skjer i egenskap av å være ansatt eller ikke.

iii Daglig ansvar

Forsker/veileder skal føres opp i dette feltet.

Det daglige ansvaret for behandlingen av personopplysningene ligger hos øverste leder for virksomheten som er oppført som behandlingsansvarlig. I forsknings- og studentprosjekt delegeres det daglige ansvaret til forsker/veileder for prosjektet.

iv Studentprosjekt

Feltet fylles ut dersom behandlingen av personopplysningene gjennomføres som et studentprosjekt.

v Utvalgsbeskrivelse

Beskrivelse

Her skal det gis en beskrivelse av hvem som deltar i undersøkelsen. Eksempler er et representativt utvalg av befolkningen, barn, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte, organisasjonsmedlemmer, psykisk utviklingshemmede. Dersom utvalget har kjennetegn som er spesielt for utvalget, gjøres dette rede for.

Rekruttering og trekking

Gjør rede for om utvalget skal trekkes fra bestemte registre (for eksempel Folkeregisteret, pasientregister, registre ved sosialkontor), rekrutteres fra et eller flere miljø (for eksempel bedrifter, skoler, idrettsmiljø eller eget nettverk) eller om det er andre måter forsker skal komme i kontakt med eller få tak i dem som utgjør utvalget i prosjektet. Gjør også rede for hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.

Førstegangskontakt:

Førstegangskontakt er første gang utvalget blir kontaktet og får kjennskap til prosjektet. Oppgi hvem det er som oppretter førstegangskontakt, for eksempel lærer, behandlende lege, prosjektleder.

Informasjon og samtykke

^{vi} Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis

Her skal det beskrives hvordan informasjon til utvalget blir gitt, det vil si om informasjonen blir gitt skriftlig eller muntlig, og hvilket medium som benyttes, for eksempel brev, e-post, telefon, avis, tidsskrift eller ansikt-til-ansikt. Dersom informasjonen gis skriftlig, skal informasjonsskriv eller utkast til informasjonsskriv, legges ved meldeskjemaet. Dersom informasjonen gis muntlig, skal det oppgis hvilken informasjon som vil bli gitt.

Informasjonen bør inneholde følgende punkt:

Prosjektets tittel.

Prosjektets bakgrunn og formål.

Hvilke metoder som skal benyttes for å innhente opplysninger, og hvilke opplysninger som innhentes.

Hva opplysningene om respondentene konkret skal brukes til.

Navn og adresse på institusjon prosjektleder er tilknyttet.

Navn og adresse på prosjektleder. Ved studentprosjekt også navn på veileder, evt. navn på andre som behandler personopplysninger på vegne av prosjektleder.

Navn og adresse på databehandler.

Finansiering av prosjektet.

At det er frivillig å delta og at det er mulig å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt.

At det å trekke seg ikke medfører erstatnings- eller begrunnelsesplikt, eller andre konsekvenser.

Tid for prosjektslutt, om opplysningene skal anonymiseres eller oppbevares videre med personidentifikasjon og begrunnelser for eventuell lagring med personidentifikasjon.

At foresatte/verge har rett til å se spørreskjema som skal forelegges en umyndig før det besvares.

Om opplysningene vil bli utlevert til andre og eventuelt til hvem.

At forsker er underlagt taushetsplikt og at data behandles konfidensielt.

Om opplysningene som framkommer i sluttrapporten kan tilbakeføres til enkeltpersoner.

Eventuelle andre rettigheter de registrerte har, som for eksempel innsynsrett i helseregistre.

At prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

^{vii} Innhentes det samtykke fra den registrerte?

For å kunne svare ja på dette spørsmålet, må samtykket være en **frivillig, uttrykkelig** og **informert** erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling av personopplysninger om seg selv.

At samtykket skal være *frivillig*, betyr at det ikke må være avgitt under noen form for tvang fra den som retter forespørselen eller andre involverte aktører. Vær oppmerksom på at måten kontakten blir opprettet på, kan få betydning for om samtykket kan vurderes som frivillig. Dette spørsmålet må ses i sammenheng med maktforholdet mellom den som retter forespørselen og den som blir forespurte, for eksempel i relasjonen mellom saksbehandler og klient. Hvordan prosjektet blir presentert, kan også tilsløre frivillighetsaspektet, for eksempel ved at deltakelse i forskningsprosjektet framstår som en videreføring eller utvidelse av et eksisterende behandlingstilbud.

At samtykket skal være *uttrykkelig*, betyr at det ikke skal herske noen tvil om at det avgis samtykke. Et passivt samtykke er derfor ikke et uttrykkelig samtykke i lovens forstand. Et passivt samtykke betyr at den forespurte ikke gjør en aktiv handling som tilsier at hun eller han ønsker å være med i forskningsprosjektet. Retur av spørreskjema vil være å betrakte som et uttrykkelig og aktivt samtykke.

At samtykket skal være *informert*, betyr at den registrerte skal gis tilstrekkelig informasjon til at vedkommende vet hva det samtykkes til. Informasjonen må imidlertid ikke være så detaljert at det virker forvirrende eller at fokus flyttes fra det som faktisk kan true personvernet. I prosjekt der det deltar personer med norsk som andrespråk, bør informasjonen så langt det lar seg gjøre, gis på morsmålet. Informasjonen bør som hovedregel gis skriftlig. Muntlig informasjon kan supplere eller erstatte den skriftlige informasjon.

Loven stiller ikke krav til formen på samtykket, dvs. om det skal være skriftlig eller muntlig. Et skriftlig samtykke vil likevel være å foretrekke for å kunne sannsynliggjøre i ettertid at samtykke faktisk er innhentet. Samtykke som er gitt elektronisk er å betrakte som et skriftlig samtykke. Det finnes imidlertid tilfeller der muntlig samtykke vil være å foretrekke, for eksempel dersom det er sannsynlig at deltakerne på bakgrunn av sin alder, kulturelle tilhørighet eller lignende, vil oppfatte et skriftlig samtykke som en kontrakt som ikke kan brytes.

Samtykket skal i utgangspunktet gis av den registrerte selv. For mindreårige og umyndiggjorte skal samtykke innhentes fra foresatte eller verge.

Dersom det svares ja på spørsmålet om samtykke innhentes, skal det oppgis hvordan frivillighetsaspektet er ivaretatt og på hvilken måte samtykke innhentes, for eksempel skriftlig erklæring, muntlig erklæring, retur av spørreskjema.

^{viii} *Manglende samtykke*

Dersom det ikke skal innhentes samtykke til behandling av opplysningene, skal det gis en redegjørelse for hvorfor behandlingen er av en så stor allmenn og/eller samfunnsmessig interesse at behandlingen overstiger ulempene for enkeltindividet.

Det skal videre oppgis hvorfor det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke. Dette kan for eksempel være fordi det praktisk ikke lar seg gjøre, at det er så store etiske betenkeligheter knyttet til det å innhente samtykke eller at det ikke lar seg forsvare. Begrunnelsene må være konkrete.

Dersom det benyttes andre former for samtykke, for eksempel generelt samtykke, passivt samtykke, stedfortredende samtykke, samtykke innhentet etter at behandlingen har funnet sted eller dispensasjon fra taushetsplikten, skal dette oppgis her.

^{ix} Metode for innsamling av personopplysninger

Personopplysningene kan innhentes på flere måter. De kan innhentes direkte fra den registrerte gjennom for eksempel personlig intervju, postale spørreskjema, deltakende

observasjon, medisinske undersøkelser/tester. Personopplysninger kan også innhentes fra eksisterende registre (for eksempel Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister) eller ved dokumentgjennomgang (for eksempel sakspapirer hos PPT, sykejournaler etc.). Ofte kombineres ulike metoder. **Husk å oppgi alle kilder til informasjon om personene som inngår i utvalget.**

Datamaterialets innhold

^x Med *sensitive opplysninger* menes opplysninger om:

- Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning.
- At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling.
- Helseforhold. Dette er opplysninger om personers tidligere, nåværende eller fremtidige fysiske og psykiske tilstand, inkludert opplysninger om medisin- og narkotikabruk. Genetiske opplysninger omfattes også av begrepet helseforhold. Også opplysninger om sosiale forhold kan vurderes til å falle inn under begrepet helseforhold dersom det kan antas at de sosiale forholdene påvirker helsen.
- Seksuelle forhold
- Medlemskap i fagforeninger

^{xi} Med *opplysninger om tredjeperson* menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på opplysninger om tredjeperson er opplysninger om spesifiserte familiemedlemmer til en registrert, som mor, far, onkel, bestemor.

^{xii} Informasjonssikkerhet

Personopplysningsloven pålegger den behandlingsansvarlige, gjennom *planlagte og systematiske tiltak*, å sørge for at personopplysningene til enhver tid er underlagt tilfredsstillende tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak.

Eksempler på *tekniske tiltak* er å skjerme informasjonssystemet i forhold til eksterne datanett, passordbeskyttelse, oppbevaring av direkte identifiserbare personopplysninger og aidentifiserte opplysninger atskilt og automatisk nedkobling av skjermbilder med personinformasjon.

Eksempler på *organisatoriske tiltak* er å etablere klare ansvars- og myndighetsforhold i organisasjonen med hensyn til hvem som håndterer persondata og hvem som har tilgang til persondata. I personopplysningsforskriften kapittel II blir det redegjort nærmere for krav til sikring av personopplysninger.

Sikkerhetstiltakene bør alltid vurderes i relasjon til i hvor stor grad den registrerte er identifiserbar, som for eksempel om det behandles direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger.

^{xiii} *Direkte personidentifiserbare opplysninger* er opplysninger som direkte kan identifisere den registrerte. Navn og 11-sifret fødselsnummer regnes som direkte personidentifiserbare opplysninger.

^{xiv} *Indirekte personidentifiserbare opplysninger* er opplysninger som kan identifisere den registrerte uavhengig av om dataene er tilknyttet direkte personidentifiserbare opplysninger. Eksempler på variabler som indirekte kan være med å identifisere deltakerne, er bruk av bosted sammen med alder, kjønn og eventuelt diagnose, yrke, idrettsaktivitet. Andre eksempler som kan medføre at en registrert er indirekte identifiserbar, er spesifikasjon av for eksempel organisasjonstilhørighet, arbeidsplass, sykehus og avdeling, kirke- eller moskétilhørighet sammen med ulike bakgrunnsvariable.

^{xv} Direkte personidentifiserbare opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Dersom det er nødvendig å registrere opplysningene sammen med de direkte personidentifiserbare opplysningene, skal det gis en begrunnelse for det.

^{xvi} *Utføres behandlingen i henhold til sikkerhetsbestemmelsene i personopplysningsforskriften?*
Forskriftene ligger på våre hjemmesider www.nsd.uib.no/personvern.

^{xvii} *Risikovurdering*

Den behandlingsansvarlige plikter å holde oversikt over hvilke personopplysninger som skal behandles med elektroniske hjelpemidler og som må sikres spesielt mot at uvedkommende får adgang til dem. Den behandlingsansvarlige skal også vurdere sannsynligheten for at sikkerhetsbrudd kan forekomme: Er f.eks. pc-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord og står pc-en i et låsbart rom? Videre skal den behandlingsansvarlige vurdere hvilken skade det vil volde den registrerte dersom sikkerhetsbrudd inntreffer: Kan sikkerhetsbrudd f.eks. føre til tap av personlig integritet eller anseelse? Vurderingene som gjøres skal dokumenteres.

^{xviii} *Overføres personopplysningene i eksternt datanett?*

Med dette menes om personopplysningene skal samles inn eller overføres til andre gjennom eksternt datanett, f.eks. via e-post fra respondenten.

^{xix} **Lagring etter prosjektslutt**

Dersom datamaterialet skal *anonymiseres* etter prosjektslutt skal alle personopplysninger, både direkte og indirekte, slettes eller skrives om/kategoriseres, slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet.

Data kan oppbevares med personidentifikasjon etter prosjektslutt i påvente av eventuelle oppfølgingsundersøkelser og for historiske, statistiske og vitenskapelige formål. Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.

Det må videre gis konkrete begrunnelser for hvorfor data skal lagres med personidentifikasjon og om dette vil medføre noen ulemper for den registrerte. Det vil ikke være tilstrekkelig å begrunne lagringen med ”for oppfølgingsstudier”.

Dersom lagringen av personopplysningene ikke skal baseres på samtykke setter personopplysningsloven strengere krav til nødvendigheten av lagringen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke til lagringen, skal det gis en redegjørelse for hvorfor lagringen er av en så stor samfunnsmessig interesse at den overstiger ulempene for enkeltindividet, og hvorfor det ikke skal innhentes samtykke.

^{xx} NSD arkiverer data fra forskningsprosjekt innen samfunnsvitenskap, humaniora, psykologi, medisin og helsefag. Data som er egnet for arkivering hos NSD, er anonyme kvantitative data lagret på diskett eller CD samt kvantitative og kvalitative persondata.

^{xxi} **Spesielle tillatelser**

For å få utlevert taushetsbelagte opplysninger fra offentlige forvaltningsorgan, sykehus, trygdekontor, sosialkontor m.m., må det søkes om *dispensasjon fra taushetsplikten*. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Søknad om utlevering av helseopplysninger rettes til Sosial- og helsedirektoratet.

For mer informasjon om hvorvidt et prosjekt er fremleggelsespliktig for *Regional komité for medisinsk forskningsetikk*, vises det til www.etikkom.no

Vedlegg 8.

Selvvalgt pensumlitteratur:

Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid.

Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, UIO. 2004-2005.

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. 1-97. (98 sider.)

Andersen, M. M. (2002). *Et hav av tid*. Oslo: Gyldendal. (333 sider.)

Appleby, L., Dennehy, J.A., Thomas, C.S., Faragher, E.B. & Lewis, G. (1999a). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case control study. *The Lancet*. 353, April 24, 1397-1400. (4 sider.)

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999b). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national survey. *British Medical Journal*. 318 (8), 1235-1239. (5 sider.)

Baxter, D. & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. Oct; 175, 322-326. (5 sider.)

Bøhle, S. (2004). *Å ville døden sterkere enn livet: om depresjon, selvmord og etterlattes situasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk (181 sider.)

Cedereke, M., Monti, K. & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt. Does it affect treatment attendance and outcome? A randomized controlled study. *European Psychiatry*. (17) 82-91. (10 sider.)

Coelho, P. (1999). *Veronica vil dø*. Oslo: Ex Libris. (210 sider). (Tellende med 77 sider)

Ekeberg, Ø. & Diserud, G. Etter selvmordsforsøket. I Rønnestad, M.H. & von der Lippe, A. (red.). (2002). *Det kliniske intervjuet*. Oslo. Gyldendal akademisk. (34 sider)

Gjertsen, F. (2003). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi*. 8 (3), 7-9. (3 sider.)

Goldacre, M., Seagroatt, V. & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*. 342, 283-286. (14 sider.)

Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. (170), 205-228. (24 sider)

Herrestad, H. & Mehlum, L. (red). (2005). *Uutholdelige liv: om selvmord, eutanasi og behandling av døende*. Oslo. Gyldendal Akademisk (268 sider)

Hert, M.D. & Peuskens, J. (2002). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. Chapter 8. I Hawton, K. & van Heeringen, K. (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. (121-130). (10 sider.)

Høyer, E.H., Olesen, A.V. & Bo Mortensen, P. (2004). Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *Journal of Affective Disorders*. (78), 209-217. (9 sider.)

IASP, Pressemelding på Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september 2005 (www.iasp.info) (2 sider.)

Isometsä, E. & Lönnqvist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*. 173, 531-535. (15 sider.)

Luoma, J. B., Martin, C.E. & Pearson, J.L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 159, 909-916. (8 sider.)

Malt, U., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2003). Lærebok i Psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 659-699) (41 sider.)

Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B.R., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2004). Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis. Effects on Clinical Presentation. *Archives of General Psychiatry*. 61, 143-150. (8 sider.)

Mork, E., Ekeid, G., Ystgaard, M., Mehlum, L. & Holte, A. (2001). Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. *Tidsskrift for den norske Lægeförening*. 121 (9), 1038-1043. (6 sider.)

Motto, J.A. & Bostrom, A.G. (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 52 (6), 828-833. (6 sider.)

Nordentoft, M., Munk Laursen, T., Agerbo, E., Qin, P., Høyer, E.H. & Bo Mortensen, P. (2004). Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark 1981-97: nested case-control study. *British Medical Journal*, [Elektronisk utg.] doi:10.1136/bmj.38133.622488.63 (published 22 June 2004) (5 sider.)

Oppfølgingsprosjektet Tiltak mot selvmord 2000-2002. (2000) (Tilgjengelig på www.selvmord.info) (15 sider)

Pirkis, J. and Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 173, 462-474.(13 sider.)

Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M. & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *British Journal of Psychiatry*. 176, 266-272. (7 sider.)

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selvmord: Et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 og 23. (243 sider)

Safety First. Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Department of Health Publications. (2001). London.(162 sider.)

van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y.& van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 96 (1), 43-50. (8 sider.)

Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.(65 sider.)

Svare, H. & Herrestad, H. (2004). *Filosofi for livet: en innføring i filosofisk praksis*. Oslo. Unipub. (230 sider.)

Holten, K. (1995). *Handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. (1995). Statens Helsetilsyn. (Tilgjengelig på www.selvmord.info) (35 sider)

Statens helsetilsyn. *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid*. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2001 (32 sider)

Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104 (2): 117-121. (5 sider.)

Vråle, G.B. (2000). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo. Gyldendal Akademisk. (150 sider)

Vråle, G.B. (2005). Terapeutisk fotfølging. *Sykepleien*. 5. (3 sider)

Totalt sideantall: 2110