

# Selv mord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Statens helsetilsyn ønsket en oversikt over i hvilken grad den psykiatriske spesialisthelsetjenesten overholder sin meldeplikt ved selvmord. Vi ønsket også å kartlegge omfang og årsaker til selvmord hos pasienter under psykisk helsevern, om virksomhetene bruker hendelsene i sitt kvalitetsforbedrende arbeid og vurdere eventuelle ulikheter i den tilsynsmessige behandling av slike saker hos Helsetilsynet i fylkene.

**Materiale og metode.** Helsetilsynet i fylkene oversendte Statens helsetilsyn et utfylt registreringsskjema og avslutningsbrev for hver innrapporterte sak i årene 2005 og 2006.

**Resultater.** 34 (19,3%) av 176 selvmord var ikke rapportert i henhold til lovverket. Nesten ingen av virksomhetene syntes å bruke hendelsene i sitt kvalitetsforbedrende arbeid i den tiden studien varte. Det var store fylkesvise ulikheter, både i forhold til antall meldinger og i forhold til den tilsynsmessige behandlingen av sakene.

**Fortolkning.** Virksomhetene bør bli bedre til å overholde meldeplikten til Helsetilsynet i fylkene og til å bruke slike hendelser i sitt selvmordsforebyggende arbeid.

**Unni Rønneberg**  
*unr@helsetilsynet.no*  
 Statens helsetilsyn  
 Postboks 8128 Dep  
 0032 Oslo

**Fredrik A. Walby**  
 Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging  
 Institutt for psykiatri  
 Universitetet i Oslo

Flere enn 90% av dem som tar sitt eget liv, har en diagnostiserbar psykisk lidelse (1). Selvmordsrisikoen hos pasienter som behandles i psykisk helsevern, ofte med alvorlige lidelser, er således stor. Basert på det danske personidentifiserbare pasientregisteret er det beregnet en populasjonsattribuerbar risiko for selvmord på omtrent 40% til det å ha vært innlagt i psykiatrisk døgnavdeling (2). Dette betyr at hvis forebygging av alle slike dødsfall var mulig, kunne antall selvmord i hele befolkningen reduseres med 40%. En slik populasjonsattribuerbar risiko er høyere enn for noen annen kjent risikofaktor. I tillegg er det mange selvmord blant pasienter som utelukkende har vært behandlet poliklinisk.

Forebygging blant grupper med særlig høy risiko er i flere land et viktig element i strategier for selvmordsforebygging. Den engelske nasjonale strategien er kanskje den mest systematiske av disse. Her har man foretatt nøye registreringer av selvmord i psykisk helsevern (3). Reduksjon innenfor dette området er strategiens fremste mål. Å forebygge selvmord i utsatte grupper var også en del av hovedmålsettingen i den siste norske nasjonale strategien (4).

### Meldeplikten

I Norge har vi ikke et personidentifiserbart register over selvmord begått av pasienter innskrevet i psykisk helsevern. Men vi har en meldeplikt for dødsfall og for betydelige personskader som er voldt i forbindelse med ytelse av helsehjelp eller mangel på ytelse av helsehjelp jf. § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (5).

I rundskriv I-54/2000 (6) fra Helse- og omsorgsdepartementet er det presisert at alle dødsfall som skyldes ulykker eller selvmord, samt alvorlige personskader, skal meldes til Helsetilsynet i fylket (tidligere Fylkeslegen). Ved selvmord eller mistanke om selvmord skal det krysses av på melde-skjemaet for *unaturlig død*. Del 1 av skjemaet fylles ut av melder, del 2 av avdelingsledelsen (årsaksforhold, forebygging), del 3

av virksomhetens kvalitetsutvalg, og del 4 av Helsetilsynet i fylket. Alle slike meldinger samles til en nasjonal oversikt i en database (Meldesentralen) som administreres av Statens helsetilsyn. Med dette kan Statens helsetilsyn få oversikt over områder med risiko for svikt, samt hvordan virksomhetene forholder seg til uønskede hendelser. Hovedhensikten med meldeplikten er å avklare bakgrunnen for uønskede hendelser og å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen.

Dersom opplysningene i meldingen gir grunn til å tro at det kan foreligge brudd på helselovgivningen, vil Helsetilsynet i fylket opprette tilsynssak og innhente den informasjon som er nødvendig for tilstrekkelig opplysning av saken. Dersom Helsetilsynet i fylket mottar en klage fra pårørende, henvendelse fra politi eller Rettsmedisinsk institutt o.a., vil det være behov for å innhente informasjon fra de involverte parter, og det vil vanligvis bli opprettet tilsynssak.

Tilsynssaken vurderes opp mot spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om helsetjenestens plikt til å yte forsvarlig tjeneste (5) og helsepersonelloven § 4 om forsvarlig yrkesutøvelse (7). Annet regelverk (f.eks. forskrift om pasientjournal (8)) kan også være aktuelt som vurderingsgrunnlag. Dersom det i tilsynssaken konkluderes med pliktbrudd fra virksomheten, avsluttes saken vanligvis av Helsetilsynet i fylket ved å påpeke pliktbruddet og be virksomheten om å gjennomgå og om nødvendig endre sine rutiner. Dersom det enkelte helsearbeider har begått pliktbrudd i henhold til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, eventuelt i tillegg

## Hovedbudskap

- Virksomhetene overholder i varierende grad sin lovpålagte meldeplikt
- Helsetilsynet i fylkene har mottatt 176 rapporter om selvmord begått av pasienter behandlet i psykisk helsevern i løpet av to år, men mistenker under-rapportering
- Virksomhetene må bli bedre til å bruke hendelsene i sitt kvalitetsutviklingsarbeid
- Helsetilsynet må arbeide for en mer enhetlig tilsynsmessig behandling av slike saker

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 160

til systemsvikt, kan saken oversendes Statens helsetilsyn som vil vurdere administrativ reaksjon mot vedkommende.

Internasjonale studier viser at utilsiktede/uheldige hendelser kan skje i opptil 10% av alle pasientopphold og medføre en dødelighet på ca. 5%. Overført til norske forhold ville dette innebære ca. 80 000 uønskede hendelser og 4 000 unaturlige dødsfall per år (9). Meldesentralens årsrapport for 2005 viser totalt 1 902 meldinger om utilsiktede/uheldige hendelser, herunder 191 dødsfall (10). Det er derfor grunn til å mistenke en generell underreportering, både av utilsiktede hendelser og av dødsfall. Det fremgår videre av Meldesentralens årsrapport at pe. 1.12. 2006 var det registrert 261 meldinger (14%) som omhandlet hendelser fra 2005 innen psykisk helsevern. 165 av disse (63%) gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, det vil si selvskading (n = 50), selvmordsforsøk (n = 51) og selvmord (n = 42), samt overdoser (n = 8) og andre forhold (n = 14) (10).

Hvorvidt den generelle underreporteringen også gjelder for selvmord, har hittil vært ukjent. Statens helsetilsyn ønsket en oversikt over i hvilken grad slike hendelser ble meldt til Helsetilsynet i fylket, omfang og mulige årsaker til slike uønskede hendelser innen psykisk helsevern, samt å undersøke i hvilken grad virksomhetene bruker sine erfaringer i kvalitetsforbedrende tiltak. Vi ønsket videre å vurdere tilsynsmyndighetenes egen behandling av de innrapporterte eller innklagede selvmordssakene.

## Metode og materiale

Statens helsetilsyn utarbeidet i 2005 et eget skjema for registrering av meldte og innrapporterte selvmord i psykisk helsevern. Vi ba Helsetilsynet i fylkene oversende det utfylte skjemaet og kopi av avslutningsbrev for hver selvmordssak som ble avsluttet i 2005 og 2006. Materialet omfatter således saker som er avsluttet hos tilsynsmyndighetene i løpet av disse to årene, uavhengig av når selvmordet skjedde eller når det ble rapportert til tilsynsmyndighetene.

Registreringsskjemaet besto av fire hovedpunkter: hvordan selvmordet ble meldt, pasientens status innen psykisk helsevern, den tilsynsmessige behandlingen av saken (herunder om institusjonen hadde foretatt kvalitetsforbedrende tiltak etter hendelsen) og den tilsynsmessige avgjørelsen i saken. Vi definerte «selvmord under behandling i psykisk helsevern» som selvmord utført i løpet av institusjonsbehandling (frivillig, tvungen, under permisjon), under behandling poliklinisk/ved distriktpsikiatrisk senter (DPS), inntil to uker etter utskrivning fra døgnopphold eller poliklinisk behandling, samt pasienter på venteliste til behandling. Det ble ikke skilt mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri på registreringsskjemaet.

Underveis i registreringen ble det avdek-

ket til dels store ulikheter ved tilsynsmyndighetenes håndtering av sakene på fylkesnivå. I 2006 oversendte derfor Statens helsetilsyn en foreløpig sjekklister, utarbeidet i samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo, for hva tilsynsmyndighetene bør vurdere i slike saker. Den foreløpige sjekklister omhandlet hvordan og i hvilke situasjoner virksomheten skal utføre en helhetlig selvmordsrisikovurdering, kompetansekrav til den som foretar vurderingen, systemer og rutiner for journalføring, systemer for gradert overvåking og beskyttelse/sikring, opplæringsystemer, ivaretagelse av etterlatte, meldeplikt, kvalitetsutviklingsarbeid m.m.

## Resultater

### Antall og meldingsmetode

Tilsynsmyndighetene avsluttet 176 innmeldte eller innklagede hendelser om selvmord i 2005 og 2006 (tab 1). 22 av hendelsene (12,5%) hadde mer enn én kilde til rapportering. I nesten 20% av tilfellene som ble kjent for tilsynsmyndighetene, hadde ikke virksomhetene meldt hendelsen i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 («§ 3-3 meldinger»). Kategorien «andre» inneholder for en stor del informasjon som ble gitt fra helsetjenesten til Helsetilsynet, men hvor det ikke ble sendt inn melding etter § 3-3. Dette kunne for eksempel være brev om hendelsen, ofte lang tid etter dødsfallet.

### Pasientstatus

76 selvmord (43,2%) fant sted blant pasienter som var innlagt til døgnbehandling. Av disse var omtrent tre firedeler innlagt på frivillig vern. Over en av ti tilfeller gjaldt pasienter på permisjon fra døgnbehandling. Nesten en av ti tilfeller gjaldt selvmord i løpet av de to første ukene etter utskrivning fra psykisk helsevern, og alle disse var utskrevet fra døgnopphold. Samlet skjedde over halvparten av selvmordene under eller rett etter behandling på døgnavdeling. Majoriteten av selvmordene relatert til poliklinisk behandling ble begått av pasienter under frivillig pågående behandling.

### Fylkesvis fordeling

Tabell 2 viser fordelingen av mottatte meldinger og klager mellom Helsetilsynet i fylkene. Antall ferdigbehandlede saker i perioden var 2–52 i de ulike fylkene. Omregnet til rate per 100 000 innbygger over 18 år, varierte saker per fylke mellom 2,1 og 7,8 saker per 100 000 innbyggere, med median 4,1 i undersøkelsesperioden samlet.

### Oppfølging i helsetilsynet

Tabell 3 viser den tilsynsmessige behandlingen av de rapporterte hendelsene og klagen. I 61 tilfeller fant tilsynsmyndighetene grunn til å se nærmere på hendelsen og opprettet tilsynssak. Det ble innhentet tilleggsopplysninger om virksomhetens rutiner

**Tabell 1** Selvmord etter meldingsforhold og pasientstatus (N = 176)

	Antall	(%)
<i>Meldt fra</i>		
§ 3-3	143	(81,3)
Politiet	7	(4,0)
Klage til Helsetilsynet	23	(13,1)
Rettsmedisin	17	(9,7)
Andre	8	(4,5)
Totalt antall meldinger	198	(112,6)
<i>Pasientstatus</i>		
Inneliggende; tvang	12	(6,8)
Inneliggende; frivillig	41	(23,3)
Inneliggende; permisjon	23	(13,1)
To uker etter utskrivning fra Psykisk helsevern	15	(8,5)
Poliklinisk; tvang	3	(1,7)
Poliklinisk; frivillig	67	(38,1)
På venteliste	7	(4,0)
Ukjent /annet	8	(4,5)
Totalt	176	(99,9)

**Tabell 2** Fylkesvis fordeling av tilsynssaker og tilsynsmessig behandling av disse

Fylke	Saker		Tilsynssaker/alle saker
	Antall	(%)	
Østfold	8	(4,5)	7/8
Oslo og Akershus	52	(29,5)	10/52
Hedmark	11	(6,3)	0/11
Oppland	4	(2,3)	0/4
Buskerud	8	(4,5)	8/8
Vestfold	6	(3,4)	1/6
Telemark	8	(4,5)	3/8
Aust-Agder	4	(2,3)	0/4
Vest-Agder	9	(5,1)	9/9
Rogaland	9	(5,1)	5/9
Hordaland	25	(14,2)	7/25
Sogn og Fjordane	2	(1,1)	1/2
Møre og Romsdal	4	(2,3)	1/4
Sør-Trøndelag	13	(7,4)	1/13
Nord-Trøndelag	2	(1,1)	2/2
Nordland	6	(3,4)	2/6
Troms og Finnmark	5	(2,8)	4/5
	176	(99,8)	

(prosedyrer mv.) i 32 tilfeller. Ekstern sakkyndig ble benyttet i fire av 61 saker.

Det var stor variasjon mellom fylkene i hvor stor andel av de meldte sakene som resulterte i tilsynssak. I noen fylker ble det ikke åpnet tilsynssaker overhodet, mens andre fylker gjorde dette rutinemessig ved alle meldinger om selvmord i psykisk helsevern.

**Tabell 3** Tilsynets behandling og avgjørelse i saker der tilsynssak ble opprettet (n = 61)

	Antall	(%)
<i>Tilsynsmessig behandling</i>		
Innhentet rutiner fra virksomhet	32	(52,5)
Ekstern sakkyndig	4	(6,6)
<i>Tilsynsmessig avgjørelse</i>		
Gitt råd/veiledning; helsepersonell	4	(6,6)
Gitt råd/veiledning; virksomhet	4	(6,6)
Pliktbrudd; helsepersonell	4	(6,6)
Pliktbrudd; virksomhet	19	(31,1)
Oversendt Statens helse-tilsyn	6	(9,8)

I de 61 tilsynssakene ble det gitt råd eller veiledning eller konstatert pliktbrudd i 31 saker. Hovedtyngden av sakene ble avsluttet hos Helsetilsynet i fylkene, mens seks saker ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av mulig pliktbrudd hos helsepersonell. Helsetilsynet i fylket konkluderte i 19 saker med at virksomheten hadde brutt kravet til å gi forsvarlig helsetjeneste, § 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven. Data var tilgjengelig for 18 av de 19 sakene. Også her utgjorde selvmord under innleggelse eller i løpet av de to første ukene etter utskrivning hoveddelen av sakene. Kun fire saker gjaldt pliktbrudd i forbindelse med selvmord under poliklinisk behandling. Ca. en tredel av selvmordene ble begått under permisjon fra døgnavdeling.

I åtte av de 18 tilsynssakene som endte med kritikk mot virksomheten, var det ikke utført en forsvarlig selvmordsrisikovurdering ved behandlingsstart. Åtte saker manglet revurdering av selvmordsfaren ved sårbare overgangsfaser (overføring fra tvungen til frivillig vern, før permisjoner, ved overflyttinger, utskrivninger m.m.). Mangelfull journalføring ble påpekt i seks av de 18 sakene. I tillegg fant vi manglende beskyttelse eller sikring (for eksempel ved transport, overføring mellom avdelinger eller sikring av farlige gjenstander) i fire saker. Oppfølging av pårørende/etterlatte var meget god i to saker, i fire saker ble det påpekt svikt, og i de resterende 12 saker ble oppfølgingen av pårørende ikke nevnt særskilt. I to saker ble vurdering av selvmordsfare gjort av personell uten tilstrekkelig kompetanse (medisinstudent, høyskoleutdannet personell). Vi fant en gjennomgående mangel på systemer for opplæring av helsepersonellet og utilstrekkelig informasjon til nyansatte om prosedyrer/retningslinjer.

Det ble konstatert brudd på § 4 (forsvarlighetskravet) i helsepersonelloven i fire saker, som ble oversendt Statens helsetilsyn for å vurdere administrativ reaksjon. Ved vurdering i Statens helsetilsyn fant man

imidlertid at den enkelte helsearbeider ikke kunne bebreides i disse sakene, da virksomhetene ikke hadde sørget for forsvarlige rutiner og systemer i sitt selvmordsforebyggende arbeid. To andre saker som ble oversendt Statens helsetilsyn, var ikke direkte relatert til behandling mottatt innen psykisk helsevern.

I kun tre av sakene der virksomheten ble kritisert, ble det på registreringsskjemaet krysset av for at virksomheten hadde forbedret sine styringssystemer etter hendelsen. Disse sakene gjaldt forbedring av rutiner for transport av pasienter og raskere utsendelse av epikrise, samt revidering og forbedring av selvmordsforebyggende prosedyrer og retningslinjer.

Undersøkelsen er basert på en gjennomgang av utfylte skjemaer og avslutningsbrev oversendt fra Helsetilsynet i fylkene. Vi disponerer underlagsmaterialet kun i de 18 sakene som endte med systemkritikk og i sakene som ble oversendt Statens helsetilsyn. Dette materialet er ikke stort nok til å kunne trekke konklusjoner i forhold til kjønn, alder, diagnose, mottatt behandling, tid mellom siste kontakt og suicid, osv. Disse variablene kunne gitt en bedre beskrivelse av hvilke pasientgrupper som er mest sårbare.

Ikke alle vurderingsmomenter fra «sjekklisen» er beskrevet i alle avslutningsbrev som har utgjort grunnlaget for våre vurderinger av saksbehandlingen i tilsynssakene. Både avgjørelse om å åpne tilsynssak og konkrete vurderinger i denne er basert på skjønn i det enkelte fylket og hos den enkelte saksbehandler og praksis kan således variere

### Diskusjon

I løpet av den aktuelle toårsperioden avsluttet tilsynsmyndighetene noen saker med hendelsesår 2003, men hovedtyngden av klagesakene/meldingene ble mottatt i 2004, 2005 og 2006. Undersøkelsen viste at ca. ett av fem selvmord som tilsynsmyndighetene ble kjent med i denne perioden, ikke ble rapportert i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Antall selvmord som Helsetilsynet i fylkene ikke på noen måte ble kjent med i den perioden vi undersøkte, er ikke kjent. Selvmordene som ikke ble meldt i henhold til lovverket, ble kjent for tilsynsmyndighetene gjennom usystematiske tilbakemeldinger i form av klager fra pårørende, meldinger fra offentlige myndigheter, mv., og det er grunn til å tro at dette er et minimumstall. Videre fant Walby og medarbeidere i en undersøkelse av alle selvmord i Oslo under innleggelse og i de tre første årene etter utskrivning at 20 % av selvmordene fant sted mens pasienten var formelt innlagt, de resterende 80 % i løpet av de neste årene, med en klar hovedvekt på det første året etter utskrivning (11). Selv om ikke alle disse pasientene nødvendigvis var i aktiv behandling, var det en betydelig overvekt av selvmord begått uten-

for institusjon. Også andre studier rapporterer en høyere andel selvmord enn i vår undersøkelse (12). Det kan derfor være grunn til å tro at det totale antall selvmord som forekommer innen det psykiske helsevern er høyere enn hva som fremkommer i dette materialet, hvor meldingene fra døgnavdelingene utgjør nesten halvparten av tilfellene. Dette kan tyde på at meldekulturen er bedre ved døgningstusjonene enn ved poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentre, på tross av at loven ikke skiller mellom disse behandlingsmodalitetene.

Tilsynsmyndighetene har i sin vurdering av selvmordssaker valgt å legge vekt på virksomhetenes ansvar for å sørge for forsvarlig opplæring i behandling av selvmordstruede pasienter, forsvarlige beskyttelsesrutiner, samhandlingsrutiner, journalføringsrutiner, mv. Hensikten med meldeplikten er ikke å bebreide den enkelte helsearbeider involvert i saken, men å sikre at virksomhetene bruker utilsiktede hendelser og unaturlige dødsfall i sitt interne kvalitetsutviklende arbeid.

Studien viste at svært få virksomheter brukte den enkelte hendelse til kvalitetsforbedrende tiltak, og at det ble avdekket til dels store mangler ved deres selvmordsforebyggende arbeid. Virksomhetene må være bevisst på den store selvmordsrisikoen hos mange av pasientene i psykisk helsevern. De må derfor etablere gode prosedyrer for å fange opp signaler og innrette forholdene rundt behandlingen i henhold til selvmordsrisikoen. Det foreligger omfattende og tilgjengelig informasjon om hvordan slikt forebyggende arbeid bør organiseres. anbefalte rutiner for systematisk selvmordsforebyggende arbeid i somatiske sykehus, men også delvis gjeldende for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, har vært tilgjengelige fra 2001 (13). Nasjonale retningslinjer for tilsvarende arbeid i psykisk helsevern er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet og har nylig vært til høring, og det foreligger norske kunnskapsoppsummeringer (14, 15). Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo er nasjonalt kompetansesenter som driver både forskning, utdannings- og informasjonsvirksomhet. I tillegg er det etablert flere regionale ressursentre som kan bidra i virksomhetenes selvmordsforebyggende arbeid.

Statens helsetilsyn forventer således at virksomhetene innen psykisk helsevern benytter slik kunnskap i sitt selvmordsforebyggende arbeid, som bl.a. innebærer opplæring i hvordan en korrekt selvmordsrisikovurdering skal utføres, rutiner og systemer for journalføring, klare retningslinjer og prosedyrer for hvem som har ansvar for å gjøre slike vurderinger, mv. Vi forventer likeledes at alvorlige hendelser som selvmord rapporteres inn på korrekt vis, og at hendelsen brukes aktivt av virksomheten i sitt kvalitetsforbedrende arbeid.

Etter at denne studien ble avsluttet, har noen av virksomhetene gitt tilbakemelding-

ger på at de har opprettet nødvendige rutiner og systemer i sitt selvmordsforebyggende arbeid. Dessverre mottar vi jevnlig nye tilsynssaker som viser at det mange steder i Norge fortsatt finnes betydelige mangler ved virksomhetenes rutiner på dette området.

De geografiske forskjellene tyder på at meldekulturen varierer i ulike deler av landet. Det må imidlertid utvises forsiktighet i tolkningen av disse dataene, som ikke kan si noe om hvor mange suicid som gjennomføres i hvert fylke. Sentralitet, sosioøkonomiske forhold, geografisk plassering av psykiatriske behandlingssenheter mv. vil kunne innvirke på resultatene.

Helsetilsynet i de enkelte fylkene har liten felles oppfatning av hvordan selvmordsmeldingene skal følges opp tilsynsmessig. Sjekklister som er utarbeidet av Statens helsetilsyn, vil være til hjelp for tilsynsmyndighetenes vurdering av de meldinger og klager som kommer til Helsetilsynet i fylkene og forventes å sikre en mer ensartet praksis. Statens helsetilsyn vil videre vurdere behovet for anbefalinger til Helsetilsynet i fylket vedrørende kriterier for opprettelse av til-

synssak på bakgrunn av en melding etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven.

#### Litteratur

1. Cavanagh J-T0, Carson A, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395–405.
2. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765–72.
3. Department of Health. National suicide prevention strategy for England. London: Department of Health, 2002. ([www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/95/48/04019548.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/95/48/04019548.pdf) [10.10.2007].)
4. Statens helsetilsyn. Oppfølgingsprosjekt – tiltak mot selvmord. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. ([www.med.uio.no/ipsy/ssff/forebygging/oppfolgingsprosjektet2000\\_02.pdf](http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/forebygging/oppfolgingsprosjektet2000_02.pdf) [10.10.2007].)
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 7.2.1999. [www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html) [10.10.2007].
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-54/2000. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet: 2000. ([www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2000/Rundskriv-I-542000.html?id=461087](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2000/Rundskriv-I-542000.html?id=461087) [10.10.2007].)
7. Lov om helsepersonell m.v. 7.2.1999. [www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html) [10.10.2007].
8. Forskrift om pasientjournal. 31.7.2000. [www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html) [10.10.2007].
9. Hjort PE. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal, 2007.
10. Statens helsetilsyn. Meldesentralen – årsrapport 2005. Rapport fra Helsetilsynet 2007/2007: 1–32. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport1\\_2007.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport1_2007.pdf) [10.10.2007].
11. Walby FA, Odegaard E, Mehlum L. Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *J Affect Dis* 2006; 92: 253–60.
12. Meehan J, Kapur N, Hunt IM et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 129–34.
13. Statens helsetilsyn. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. 2001. Rapport IK-2743. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
14. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006. [www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport24\\_06\\_selvmord\\_del\\_1.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport24_06_selvmord_del_1.pdf) [10.10.2007].
15. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 2. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007. ([www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport4\\_07\\_selvmord\\_del2.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport4_07_selvmord_del2.pdf) [10.10.2007].)

*Manuskriptet ble mottatt 5.7. 2007 og godkjent 16.10. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*