

## Trin 7: Dokumentation af selvmordsrisiko og intervention

Selvmordsrisiko dokumenteres i Clinical Suite under skabelonen "Selvmordsrisikoniveau" under området vurderinger.

For Plejeplanen skal det dokumenteres i

(jeg tænker her der skal være link til hvordan man dokumenterer)

Følgende områder skal dokumenteres og beskrives:

Selvmordsadfærd – tidligere og aktuel

Aktuel klinisk tilstand

Risikofaktorer – anamnestic og aktuel

Beskyttende forhold

Forventede ændringer indenfor den kommende uge

Selvmordsrisikoniveau og selvmordsforebyggende intervention

Ved journaloptagelse og første kontakt til Psykiatrien (ambulant/indlæggelse) dokumenteres alle områder, i det omfang det er nødvendigt.

Områderne skal ikke undersøges og dokumenteres ved hver ny risikovurdering, i den udstrækning de skønnes tilstrækkeligt afdækket gennem tidligere vurderinger og der ikke er sket væsentlige ændringer i patientens situation og tilstand.

Der kan laves en beskrivelse af patientens suicidalitet og den iværksatte intervention i det **fritekstfelt**, som foldes ud, når man angiver selvmordsrisikoniveau. Men her skal man **være opmærksom på følgende**:

Når dette tekstfelt benyttes, skal man være opmærksom på IKKE at angive indlæggelse, skærmning og andre tiltag, som beskyttende faktorer, der mindsker risikoniveauet, da de er der er iværksat som forebyggende tiltag. De er en intervention og bør beskrives som sådan.

Hvis man anfører "Ingen øget selvmordsrisiko" med henvisning til at patienten er indlagt, kan andet personale overse at patienten har "Øget selvmordsrisiko" og at indlæggelsen bl.a. er en forebyggende intervention. Det kan føre til alvorlige utilsigtede hændelser.