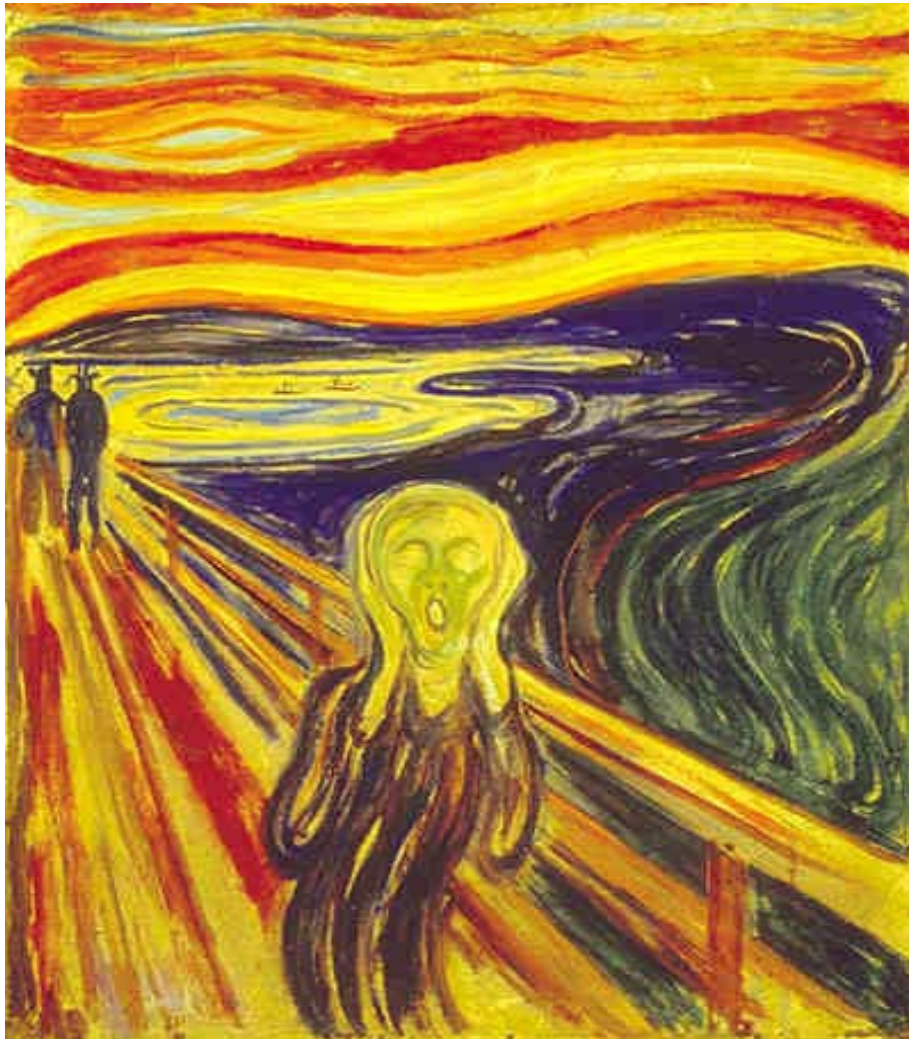


Opfølgende hjemmebesøg til selvmordstruede - en kvaseeksperimentel undersøgelse

Modelprojekt 102



Marianne Hvid og August G. Wang
Psykiatrisk Afdeling, H:S Amager
Hospital Maj 2005

Kildeangivelse: Marianne Hvid,
August G. Wang.

Modelprojekt nr. 102 er finansieret af Socialministeriet, efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Kontakt: Psykiatrisk Afdeling
H:S Amager Hospital
Digevej 110, 2300 København S

Telefon: 3234 5425
Fax: 3234 5426
marianne.hvid@ah.hosp.dk
august.wang@ah.hosp.dk

Indholdsfortegnelse	side
Resumé	4
Indledning	5
Litteraturgennemgang	5
Definitioner	6
Formål og mål	6
Målgruppe	7
Inklusionskriterier	7
Eksklusionskriterier	7
Metode og materiale	7
Materiale	7
Risikofaktorer	7
Forventning	8
Opfølgende hjemmebesøg	8
Analyse af data	10
Fordele og ulemper	10
Etik	10
Projektets gennemførelse	11
Projektets organisering	11
Resultater	12
Øvrige resultater fra interventionsgruppen	20
Hjemmebesøg	20
Ledsagelse	21
Motivation	21
Compliance	21
Konklusion	21
Design	21
Metoden	21
Resultater	22
Generaliserbarheden	22
Litteraturliste	23
Bilag 1	25
Bilag 2	29

Resumé

Indledning: Erfaringer fra et tidligere modelprojekt har vist et ønske og behov for opfølgning efter selvmordsforsøg/selvskadende handling til gruppen med ”psychiatry minor”. Der findes i dag ingen tilbud om opfølgning og støtte til denne gruppe.

Formål: Projektets formål har været at undersøge, om man ved opfølgende hjemmebesøg og støtte til selvmordstruede patienter, kan halvere antallet af gentagne selvmordsforsøg og samtidig øge compliance til efterbehandling.

Metode og materiale:

Projektets design er kvaseeksperimentelt, med en prospektiv kohorte studie fra 2002 som kontrolgruppe, og en prospektiv klinisk undersøgelse fra 2004 til sammenligning.

Inklusionskriterierne er ens for begge grupper og dermed sammenlignelige. Med en meget aktiv indsats er patienterne blevet kontaktet personligt på hospitalet, telefonisk eller skriftligt med tilbud om hjemmebesøg. Indsatsen har været en kombination med hjemmebesøg og eller telefonisk/SMS kontakt. Indholdet i kontakten har taget udgangspunkt i E. Shneidman’s 10 fællestræk og L. Strand’s 12 principper for jeg-styrkende sygepleje uden at have været af terapeutisk karakter, men har primært haft fokus på: - kontinuerlig og regelmæssig kontakt, fastholdelse af aftaler, prioritering og løsning af praktiske problemer, motivation, indgyde håb og meningsdannelse, samtaler om følelser som skyld, skam og fortvivlelse, ledsagelse af patienten til behandlingsstedet, rådgivning og vejledning samt containing-function.

Resultater: Der var i kontrolgruppen 2002 15 patienter ud af 58 (26 %), der gentog selvmordsforsøget/selvskadende handling indenfor det første halve år. I 2004 var der 10 patienter ud af 93 (11 %), der gentog selvmordsforsøget/selvskadende handling indenfor det første halve år. Interventionsgruppen tegner sig for 6 recidiv ud af 65 (9 %)patienter, og bortfaldsgruppen for 4 recidiv ud af 28 (14 %) patienter.

Der er ikke fundet nogen signifikante statistiske forskelle på risikofaktorer mellem kontrolåret og interventionsåret. Der er ved Log Rank test fundet signifikante forskelle på risikofaktorerne: - alkoholpåvirkning, tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsforsøg, tidligere selvmordsforsøg og interventionen. Analyse ved Cox regression beholder interventionen sin beskyttende effekt med odds ratio på 0,34.

Det har været vanskelig på den relative korte opfølgningsperiode at måle compliance. Dette skyldes til dels den lange ventetid på op til 6 måneder.

Konklusion: En aktiv opsøgende indsats med hjemmebesøg/telefonisk kontakt har en beskyttende effekt på gentagen selvmordshandling indenfor det første halve år efter.

Det er et enkelt system, der er anvendt uden karakter af terapi. Derfor mener vi, at metoden kan anvendes på landsplan. Spørgsmålet er, om der er velvilje og økonomi til at iværksætte en indsats for denne gruppe, der i dag intet tilbud har.

Titel:

Opfølgende hjemmebesøg hos selvmordstruede personer.

Indledning:

Erfaringer gennem arbejdet med et tidligere modelprojekt "Kvalitetsudvikling af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede, der ikke henvises direkte til psykiatrien eller Center for Selvmordsforebyggelse" (1) har vist, at godt en tredjedel af de selvmordstruede gentager selvmordsforsøget indenfor det første halve år efter. Yderligere gav godt halvdelen af de adspurgte patienter udtryk for, at have behov for at tale med en sagkyndig person om selvmordsforsøget/selvskadende handling efter hjemkomsten fra hospitalet, ligesom de gav udtryk for at have haft behov for ledsagelse til behandlingsstedet. Som årsag angav patienterne, at de havde følt sig fortabte, alene med deres følelser, som skyld og skam, at de syntes det var svært at tale med de pårørende, og de havde følt afmagt (2,3).

I dag er der ingen tilbud om opfølgende hjemmebesøg, ledsagelse/støtte til den selvmordstruede i hverken primær- eller sekundærsektor, udover muligheden for opfølgning via distriktspsykiatrien til patienter med klassiske psykiatriske lidelser, men ingen former for opfølgning til "psychiatry minor".

I 2003 fik H:S Amager Hospital bevilliget økonomisk støtte fra Socialministeriet, efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, til et modelprojekt over 1½ år(4), med henblik på at undersøge om opfølgende hjemmebesøg, hos de selvmordstruede kan øge compliance til efterbehandling samt nedsætte recidivfrekvensen.

Selvom der inden for de seneste 20 år er sket et betydeligt fald i antallet af selvmord, er hvert enkelt selvmord og selvmordsforsøg en stor belastning for det enkelte menneske, dennes familie og omgangskreds samt en samfundsmæssig økonomisk belastning (1,5,6).

Selvmordstruede personer er ofte belastet på flere områder og er præget af at være i krise. For nogles vedkommende er psykiatrisk lidelse af stor betydning for selvmordsadfærden.

Selvmordstruede personer ser ofte deres situation i et unuanceret sortsyn og er ikke selv i stand til at finde relevante handlemuligheder. De er præget af uoverkommelighedsfølelse, følelseskaos og desperation. Ligeledes er de ofte ambivalente overfor behandling eller ophører for tidligt en iværksat behandling (7,8,9).

Litteraturgennemgang

Der er meget lidt evidensbaseret litteratur på området. Et af de første studier viste, at der ikke kunne spores effekt på selvmordsadfærden ved opfølgende indsats (10). Andre senere studier viste, at det kan være vanskeligt at dokumentere, at intervention har en selvmordsforebyggende effekt (11). Der er dog undersøgelser, der tyder på, at en hurtig intervention efter udskrivelsen kan være med til at reducere nye selvmordsforsøg/selvskadende handling/selv mord for visse grupper, specielt efter det første selvmordsforsøg/selvskadende handling. (12,13,14).

De interventionsmetoder der er forsøgt, er "Green Card", brevkontakt, telefonkontakt og hjemmebesøg. Resultaterne af studier fra bl.a. England, USA, Sverige, Belgien, Norge og New Zealand har vist at gentagen selvmordsadfærd kan reduceres ved regelmæssig kontakt. Bedste resultater ses dog ved hjemmebesøg. Disse hjemmebesøg har ikke karakter af at være terapeutiske, men har karakter af omsorg for den selvmordstruede, dennes netværk og samtidig som et motiverende tiltag mhp. øget compliance til efterbehandling. Det belgiske studie er det eneste randomiseret, kontrollerede interventionsstudie med hjemmebesøg der viser øget compliance til efterbehandling og reduktion af nye selvmordsforsøg/selvskadende handlinger. I dette studie

påvises signifikant effekt på ovennævnte compliance og nær – signifikant effekt på gentaget selvmordsforsøg/selvskadende handling (12,13,14,15,16,17).

Der er ingen litteratur fundet, som beskriver en kombination af kontaktmetoderne (brev-, telefon- og hjemmebesøg).

Endvidere viser flere studier at omkring en tredjedel af de selvmordstruede, vil gentage selvmordsforsøget/selvskadende handling en til flere gange i det første år efter eller begå selvmord (6).

Definitioner

Selvmordsforsøg/selvskadende handling:

Vi har valgt at følge WHO' s definition på selvmordsforsøg:

”En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller ligende eller udviser anden ikke vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser” (18)

Det udtrykkes klart i definitionen, at en person, som har foretaget et selvmordsforsøg/selvskadende handling, har forventninger om, at handlingen får konsekvenser. Disse konsekvenser kunne være ændringer i livet, der ville gøre livet tåleligt og udholdeligt.

Compliance:

Vi har anvendt følgende definition på compliance:

” The extent to which a person’s behaviour (in terms of taken medications, following diets, or executing life-style changes) coincides with medical or health advice”(19,20)

Denne definition fortolker vi som:

- har patienten fulgt lægens anbefalinger i form af, at opsøge den anbefalede behandlingsinstans, til den aftalte tid eller hvis der ikke var aftalt tid, har patienten da kontaktet behandlingsinstansen indenfor en uge efter hjemsendelsen for at få en tid? (15)
- hvis patienten har fulgt den anbefalede behandlingsinstans, har det så medført et behandlings-/terapiforløb?(21). Her har vi valgt følgende gradueringer: under 3 kontakter, over 3 kontakter.

Formål og mål

Da der i dag ikke er tilbud om opfølgende efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling i Danmark, - til personer, som ikke er tilknyttet distriktspsykiatrien - er formålet med projektet, at undersøge om opfølgning ved hjemmebesøg, kan øge compliance til efterbehandling og som mindste mål kan halvere recidivfrekvensen fra det nuværende 30 % - 15 %..

Projektet omfatter derfor:

- Patienter, der har været i kontakt med et af hospitalets modtageafdelinger efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, tilbydes opfølgende hjemmebesøg, evt. ledsagelse/støtte til behandlingsstedet, motivation og fastholdelse i efterbehandlingsforløbet.
- Opgørelse af antal recidiv henvendelser.

Målgruppe:

Alle patienter der hører til H:S Amager Hospitals optageområde med et befolkningsunderlag på ca. 159.000 indbyggere, og som har været i kontakt med somatisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling eller psykiatrisk skadestue/- afdeling efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, og som opfylder inklusionskriterierne.

Inklusionskriterier:

Alle patienter med lettere demens, alkohol – og narkotikamisbrug, lettere til moderate depressioner, angsttilstande, belastnings- og tilpasningsreaktioner samt personlighedsforstyrrelser, og som har forsøgt selvmordsforsøg/selvskadende handling.

Eksklusionskriterier:

Patienter med middel og svær demens, skizofreni, mani, bipolare og melankoliforme lidelser samt depressioner af svær grad. Endvidere patienter tilknyttet et psykiatrisk bosted med plejepersonale. Patienter der har behov for tolkebistand. Patienter der siger nej til deltagelse i projektet.

Metode og materiale

Undersøgelsens design er kvaseeksperimentelt, med brug af en prospektiv kohorte studie fra 2002 som kontrolgruppe, og en prospektiv klinisk undersøgelse fra 2004 til sammenligning. Der er benyttet deskriptiv analyse af data fra skade-, lægejournaler og sygeplejekardex vedrørende de sikre oplysninger om risikofaktorer for selvmordsforsøg/selvskadende handling samt registeropfølgning af genhenvendelse efter et nyt selvmordsforsøg/selvskadende handling.

Materiale

Inklusionskriterierne i 2002 og 2004 har været fuldstændig identisk, og derfor er begge grupper sammenlignelige.

I foråret 2002 har vi en kohorte af patienter efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, hørende til H:S Amager Hospital. Disse patienter er blevet registreret med mange parametre og er siden passivt blevet fulgt for at måle recidiv.

I interventionsåret 2004 har vi en sammenlignelig kohorte efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling fra samme område. Disse patienter er ligeledes registreret og fulgt som kohorten fra 2002. Kohorten 2004 har fået tilbudt intervention i form af opfølgende hjemmebesøg. For at nå så mange som muligt, er alle selvmordstruede patienter blevet kontaktet, enten på hospitalet, eller - hvis de var hjemsendt – i deres hjem.

Risikofaktorer

I Sundhedsstyrelsens Vejledning (22) og H:S Amager Hospitals tværgående retningslinier (bilag 1) om selvmordsadfærd, nævnes risikofaktorerne: misbrug, tidligere selvmordsforsøg/selvskadende handling, meddelelse om selvmordstanker, belastninger indenfor den seneste tid, psykisk sygdom, selvmord/selvsmordsforsøg i familien eller netværket, nylig udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, nydiagnostisk alvorlig fysisk sygdom.

Forventning

Vi har forventet et fald i gentagelse af selvmordsforsøget/selvskadende handling fra det nuværende 30 % til 15 %, og at der (ved krav om $p < 0,05$ og krav om statistisk styrke = 0,80) er behov for omkring 60 patienter i hver gruppe (23).

Opfølgende hjemmebesøg

Med en meget aktiv opsøgende indsats, er patienterne blevet kontaktet personligt på hospitalet, telefonisk eller skriftligt med tilbud om hjemmebesøg. Indsatsen har været en kombination med hjemmebesøg og/eller telefonisk/SMS kontakt.

Kontakten har båret præg af psykisk førstehjælp, men har ikke været af terapeutisk karakter. Indholdet har været inspireret af dels Bærummodellen (24), den amerikanske selvmordsforsker Edwin Shneidman (25,26) og L Strand (27).

E. Shneidman har identificeret 10 fællestræk hos personer med selvmordsadfærd. Disse fællestræk tydeliggør, hvordan støtten til en selvmordstruet kan i værksættes.

De 10 fællestræk ved selvmordsadfærd:

”1. Den selvmordstruede oplever en uudholdelig psykisk smerte, som han vil flygte fra. Formålet med selvmordet er at bringe bevidstheden til ophør og derved komme væk fra smerten.

2. Selvmordsadfærd er ofte en reaktion på uopfyldte psykiske behov. Det kan være behov for f.eks. omsorg, tryghed, kærlighed og respekt.

3. Formålet med selvmord er at søge en løsning, en vej ud af et dilemma, et problem, en krise, som er forbundet med stor smerte. Personer, der har overlevet selvmordsforsøg, vil ofte sige: ”Det var det eneste, jeg kunne gøre” eller ”Jeg kunne ikke se anden løsning”. Den selvmordstruede ønsker en pause eller en ændring.

4: Selvmordsadfærd skal forstås som en stræben efter ”at slukke bevidstheden” for at undslippe en ubærlig smerte. Selvmordsadfærd er således ikke en stræben efter selve døden, men derimod efter en tilstand, hvor bevidstheden er uvirksom

5. Den selvmordstruede føler håbløshed, hjælpeløshed, skuffelse og afvisning. Af disse følelser fremhæves håbløshed som den mest centrale. ”Der er ikke andet, jeg kan gøre, bortset fra at begå selvmord. Der er ingen, der kan hjælpe mig”. Også følelsen af ensomhed er fremherskende.

6. Selvmordsadfærd er forbundet med ambivalente følelser. Følelsen af. At der ikke findes nogen anden udvej, eksisterer side om side med håbet om, at en løsning alligevel skulle dukke op. Nogle planlægger ligefrem selvmordshandlingen sådan, at nogen kan komme og redde dem.

7. Den selvmordstruede har et indsnævret perspektiv på sin tilværelse, også kaldet kikkertsyn. Verden opleves som gennem en kikkert – det, som er i synsfeltet (problemet), antager voldsom størrelse, og det, der ligger udenfor (hjælpen, mulighederne, livet), kan den selvmordstruede ikke få øje på.

8. Selvmordshandlinger er et udtryk for flugt, hvor selvmordet er udtryk for den ultimative flugt, kan selvmordsforsøget opfattes som udtryk for ønske om en pause eller hjælp.

9. Den selvmordstruede forsøger at formidle sine selvmordstanker til omgivelserne – i ord og handling. Udsagnene kan være direkte: ”Jeg vil ikke leve mere”, men ofte kommer selvmordstanker til udtryk via antydninger og indirekte udsagn som f. eks.: ”Jeg kan ikke holde det ud længere”, ”Jeg vil ikke mere – jeg er bare så træt af det hele” eller: ”Bare jeg ikke var her mere”. Selvmordshensigt kan desuden komme til udtryk gennem handlinger, der har karakter af afslutning, som f.eks. at give personlige ejendele væk eller gøre personlige forhold op.

10. Et fællestræk for mennesker med selvmordsadfærd er, at de har uhensigtsmæssige mestringsstrategier. Ofte kan det hos et selvmordstruet menneske påvises, at problemfyldte situationer er blevet søgt løst ved afbrud eller flugt. Det selvmordstruede menneske har ofte ikke evnen til at arbejde sig gennem en krise og derfor heller ikke erfaringen for, at det er muligt at komme igennem en svær tid.” (28)

Det fremgår af Shneidmans 10 fællestræk, at målet ikke er at dø, men at slippe for smerten og håbløsheden, og som modtræk må indsatsen bestå i at reducere denne håbløshed og vise alternative udveje.

L. Strand har i sin bog "Fra kaos mod samling, mestring og helhed" givet 12 principper for jeg-styrkende sygepleje.

De 12 jeg-styrkende principper:

- 1. Kontinuitet og regelmæssighed er selve rammen for at forholdet mellem sygeplejersken og patienten etableres og udvikler sig. Ofte har patienterne en stor mistillid til omverdenen. Man må tilbyde kontakt og regelmæssighed, bevise gennem handling, at tilbuddet er ærligt ment, have en tålmodig ikke krævende udholdenhed og møde op og være tilgængelig igen og igen.*
- 2. Nærhed og afstand er at vise en passende interesse, en balance mellem yderpunkterne nærhed og afstand. Empati er her både et kognitivt og et emotionelt aspekt, hvor man samler oplysninger og indtryk, kontakter sine følelser, viden og erfaringer og vurderer patientens situation, og hvad er det patienten har behov for. Empati kræver nærhed og afstand.*
- 3. Fysisk omsorg. Patienterne kan have negligeret sine egne fysiske behov gennem længere tid. De kan vende op og ned på nat og dag, spise for lidt og usundt, ryge og drikke for meget, undlade at vaske sig selv og sit tøj. Her kan sygeplejersken overtage styring og kontrol og ofte handle for patienten i forhold til et eller flere behov.*
- 4. Grænsesætning. Hensigten med grænsesætningen er for den enkelte patient, at han/hun bliver i stand til at leve et tilfredsstillende liv i et socialt fællesskab.*
- 5. Skærmmning. Bruges ind imellem under indlæggelse af psykotisk patienter.*
- 6. Containing-function. At kunne lytte og rumme patientens historie, frustrationer. Det centrale er, at "fordøje" patientens ubearbejdede materiale i os for så – når patienten er i stand til at "bære" det selv – at give det tilbage i mere struktureret form.*
- 7. Realitetsorientering. Forudsætningen for identitet og autonomi er at forholde sig til realiteten. Det er i den fællesmenneskelige virkelighed, vi mennesker kan nå hinanden, og kontakten er en forudsætning for mental sundhed. Alene det, at sygeplejersken er tilstede som en relativ urokkelig, klar og hel person, vil for patienten være en realitetsorientering. Hovedbestanddelene i en realitetsorienteret fremgangsmåde er: overskuelig tilrettelæggelse, accept af, at patienten oplever, som han/hun gør, accept og bekræftelse af det følelsesmæssige budskab, og meddelelse af egen virkelighedsopfattelse.*
- 8. Praktiske gøremål – samhandlen. At gøre noget konkret, er en udpræget "i verden her og nu" – affære. En praktisk aktivitet, som er overskuelig og afgrænset, kan hjælpe en til indre samling og til at komme mere "ud". Aktiviteterne bør tilrettelægges med henblik på: mestring (noget personen har forudsætninger for at kunne klare her og nu), motivation, afgrænsning og overskuelighed og konkrethed.*
- 9. Verbalisering vil sige at sætte ord på noget. Her vil det først og fremmest sige at sætte ord på oplevelser, følelser, tanker, konflikter og sammenhænge.*
- 10. Pædagogisk tilnærmmning. Dette princip handler både om vejledning og undervisning og den opgave, man har som rolle- eller identifikationsmodel for patienten.*
- 11. Krav og mål. At hjælpe patienten med at finde egne holdbare livsværdier. De krav og forventninger man stiller til patienten, skal være tilpasset den situation, som patienten befinder sig i. Kravene og målene udarbejdes sammen*
- 12. Træning i at se valgmuligheder og i at foretage valg. Følelsen af, at man ikke har noget andet valg, gør mennesket til offer snarere end aktør, og oplevelsen af ikke at kunne påvirke bliver dominerende. Det har alvorlige konsekvenser for livsudfoldelsen og selvfølelsen. Gradvist kan sygeplejersken pege på alternative løsningsmuligheder for patienten. Det at opleve at man har et valg, kan for patienten føles både truende og enormt befriende og stimulerende (27).*

Nogle af disse principper kan med fordel anvendes til en selvmordstruet.

Kontinuerlig og regelmæssig kontakt, nærhed, fysisk omsorg, grænsesætning, fastholdelse af aftaler, prioritering og løsning af praktiske problemer, træning i at se valgmuligheder, motivation, indgyde håb og meningsdannelse, samtaler om følelser som skyld, skam og fortvivelse, ledsagelse til behandlingsstedet, rådgivning og vejledning samt containing-function.

E. Shneidman's 10 fællestræk og L. Strand's principper for jeg-styrkende sygepleje er en god kombination for kontakten med den selvmordstruede.

Analyse af data

Der er anvendt SPSS version 8.0. Chi² - test er anvendt.

Risikofaktorenes betydning i forhold til recidiv er afprøvet med Log-Rank test. Interventionen versus recidiv er belyst ved Kaplan-Meyer survival plot og Log-Rank test.

De faktorer, der ved Log-Rank testen viste $p < 0.10$, er medtaget i Cox regression test (29).

Fordele/ulemper

Projektlederen fik dagligt kopier af alle skadestuesedler, og mødte dagligt på akut medicinsk modtageafdeling samt psykiatrisk skadestue i dataindsamlingsperioden.

Fordelen har ligget i, at det var projektlederen, som selv fandt patienterne og tilbød dem opfølgende hjemmebesøg efter hjemsendelsen fra hospitalet. Derved har der været en ensartet tilgang til patientudvælgelsen ud fra WHO's definition på selvmordsforsøg, og tab af patientmateriale er minimeret.

Ulempen har været, at den psykiatriske skadestue har ændret arbejdsgang, idet der ikke længere tages kopi af patienthenvendelserne, så indsamling af patienter fra den psykiatriske skadestue har været mangelfuld.

Svagheden i projektet, på trods af ensartet inklusionskriterier, er ligeledes sammenligning med år 2002. Det ville have været bedre med sammenlignende kontrolgruppe i 2004, men dette har ikke været muligt på grund af projektperiodens tidsfrist. Der er forsøgt, at tage højde for eventuelle forskelle, i den anvendte analysemetode.

Etik

Der er kun indgået oplysninger, som allerede findes i skadestue- og lægejournalerne samt sygeplejekardex, så patienterne er ikke blevet påvirket heraf. Patienterne blev mundtligt og skriftligt orienteret om formålet, og de fik mulighed for at sig nej til deltagelse, uden at dette fik konsekvenser for standardbehandlingen, som udover behandlingen for den selvtilføjede skade, er tilbud om psykiatrisk vurdering samt anbefaling om efterbehandling hos enten psykiater eller psykolog.

Patienterne besluttede ligeledes, hvor og hvornår første kontakt kunne finde sted. Om det skulle være i deres eget hjem, et neutralt sted i byen eller på mit kontor. Endvidere blev patienterne oplyst om, at de til hver en tid kunne afbryde kontakten, uden at dette havde konsekvenser. De blev endvidere tilbudt, at de kunne have pårørende eller anden person med ved besøget.

Projektlederen har kun efter patientens tilsagn fået navn, adresse og telefonnummer, således at patienten kunne kontaktes efter udskrivelsen fra hospitalet. Opbevaringen af disse oplysninger, følger Datatilsynets regler.

Ved kontakterne, blev der taget højde for, at patienterne var i en sårbar situation, og i den udstrækning det var nødvendigt, kunne projektlederen yde psykisk førstehjælp, og eller skaffe den nødvendige hjælp til patienten, enten via egen læge eller psykiatrisk skadestue.

Deltagelsen i projektet har været frivilligt, og den enkelte patient har været anonym i projektet. Der fremgår således ikke data, der kan henføres til det enkelte individ.

Projektet er forelagt Videnskabsetisk Komite for København og Frederiksberg, som oplyste, at da projektet hører ind under kvalitetsudvikling, var anmeldelse ikke nødvendig. Projektet er registreret hos Datatilsynet, og deres anbefalinger er blevet fulgt.

Projektets gennemførelse

En skematisk oversigt over projektets forløb er præsenteret i bilag 2. Der er ingen skarpe opdelinger, men er tale om overlappning.

Projektets organisering

Projektet var forankret i psykiatrisk afdeling, H:S Amager Hospital og er blevet anbefalet af afdelingsledelsen ved overlæge Helle Aggernæs og ledende oversygeplejerske Jesper Sommer. Den bygger på ansøgning ved overlæge August G. Wang og projektleder Marianne Hvid.

Projektansvarlig var forskningsansvarlige overlæge August G. Wang.

Der har ikke været etableret en styregruppe, idet projektførelsen var på 1½ år. Der blev etableret en følgegruppe med repræsentanter fra Center for Selvmordsforebyggelse i København og fra Socialcenter Sundby Syd. Det var ikke muligt at få repræsentanter fra de involverede afdelinger til at deltage i følgegruppen.

Fra Center for Selvmordsforskning deltog ledende psykolog Birgitte Mejsholm, som fratrådte i januar 2005 på grund af lukning af Center for Selvmordsforebyggelse.

Fra socialcenter Sundby Syd deltog sygeplejerske Lise Lotte Ulrich.

Der har været afholdt 3 møder. Der var planlagt yderligere 1 møde som blev aflyst på grund af afbud fra 2 af deltagerne.

Projektansvarlig og projektlederen deltog i januar 2004 i "GCP i offentlig forskning".

Projektansvarlig og projektlederen deltog i februar 2004 i "Årsmøde 2004, Ulykkes- og skadesforebyggelse i Danmark", hvor vi havde et indlæg om registrering af selvmordsforsøg og selvskadende handlinger.

Projektlederen deltog i det sidste netværksmøde for alle modelprojekterne, som Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord havde arrangeret, samt i National konference om Selvmordsforebyggelse d. 7. juni 2004. Her blev der deltaget med dels en poster og to indlæg på konferencen.

Derudover har vi deltaget i 10th European Symposium on Suicidal Behaviour, som blev afholdt i København i august 2004. Projektlederen deltog med en poster. Der blev ligeledes deltaget i den Internationale dag for selvmordsforebyggelse 10. september 2004.

Projektlederen deltog i december 2004 i konferencen om Selvskadende adfærd hos unge kvinder.

Projektlederen har ligeledes deltaget i udarbejdelse af tværgående retningslinier på H:S Amager Hospital, samt været sekretær i Ekspertgruppe til udarbejdelse af tværgående vejledning til forebyggelse af selvmordsadfærd under H:S Sundfaglige Råd, og er derudover medlem i forskningsudvalget på H:S Amager Hospital.

Projektansvarlig har desuden deltaget i Dansk Psykiatrisk Årsmøde med en poster i marts 2005.

Endelig er der offentliggjort en artikel i Ugeskrift for Læger 167/1 3. januar 2005 om Selvmord: Registrering, vurdering og behandlingstilbud.

Resultater

Der har i sammenligningsperioden 2002 været 58 patienter, som opfyldte de samme inklusionskriterier, som i interventionsperioden 2004. I 2004 er der indgået 93 patienter, heraf har 28 patienter ikke ønsket at modtage interventionen, men indgår i materialet vedrørende måling af recidiv, men ikke i opgørelsen omkring hjemmebesøg, compliance og motivation. Fordelingen af datamaterialet fremgår af nedenstående diagram 1.

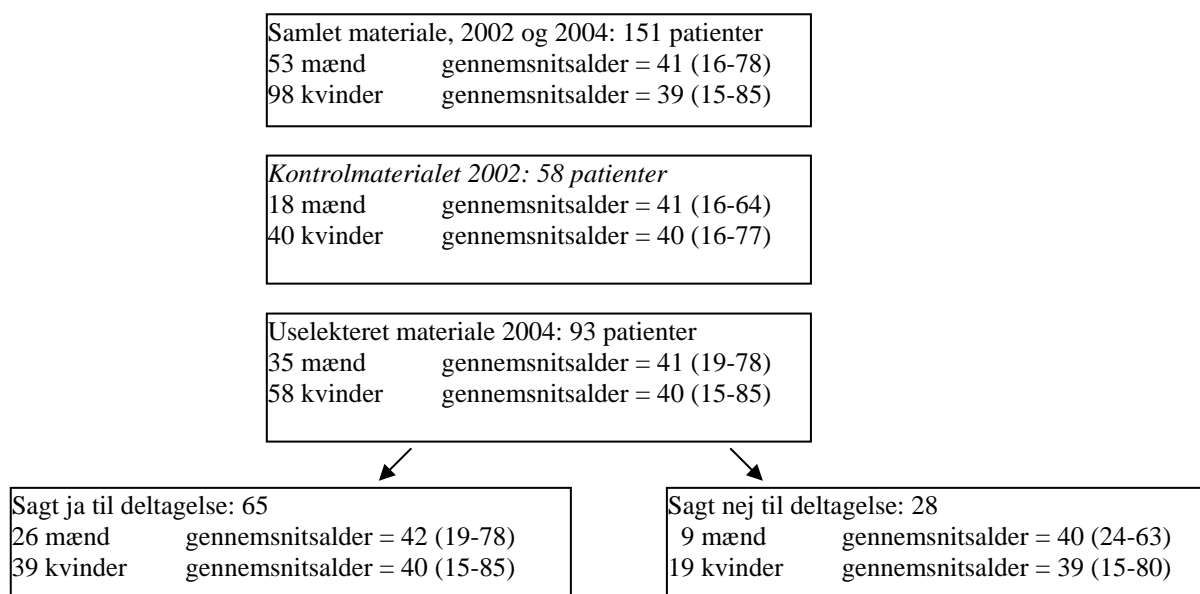
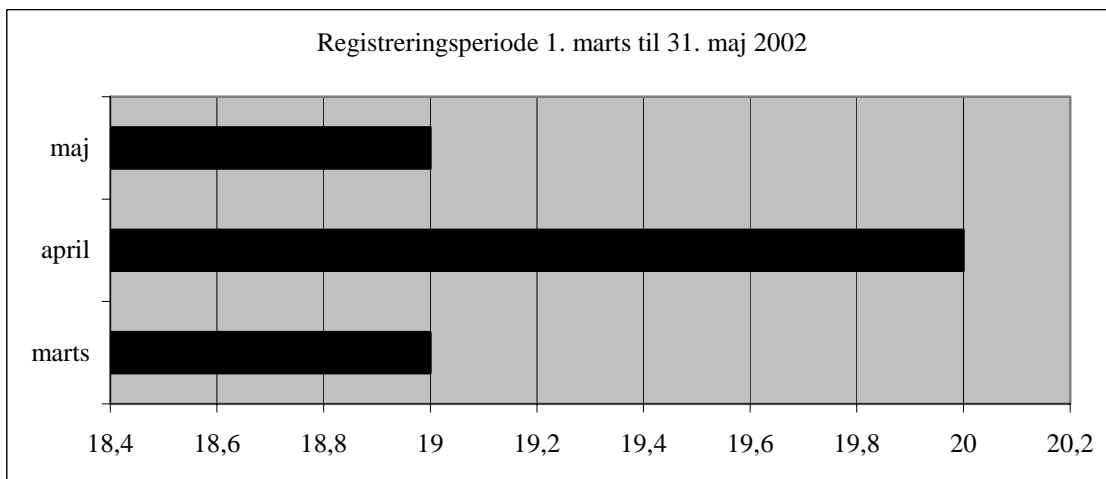
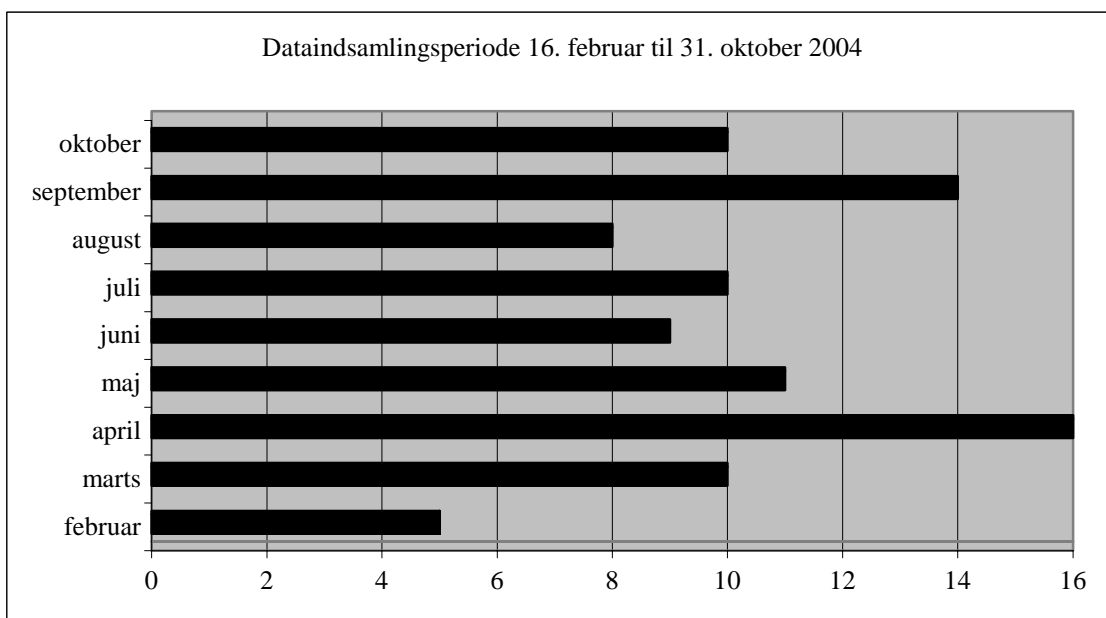


Diagram 1: Opgørelse over indgået materiale i projektet.

Indsamling af patienter blev i 2002 foretaget i perioden 1.marts – 31.maj, og i 2004 foregik indsamlingen fra 16. februar – 31. oktober. Nedenstående figurer 1 og 2 illustrerer, hvorledes henvendelserne efter selvmordsforsøg/selvskadende handling fordelte sig på måneder i henholdsvis 2002 og 2004. Der ses i begge årgange flest henvendelser i april måned. Der skal gøres opmærksom på at antallet i februar og august 2004 kun dækker halvdelen af månederne, dels pga. dataindsamlingen først opstartede d. 16. februar og dels pga. projektlederens ferie i august.

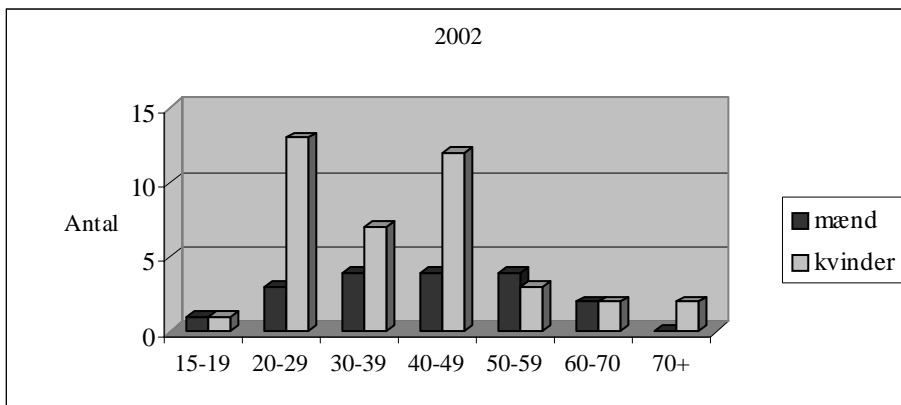


Figur 1. Antal selvmordsforsøg/selvskadende handlinger fordelt på måneder i 2002. N = 58

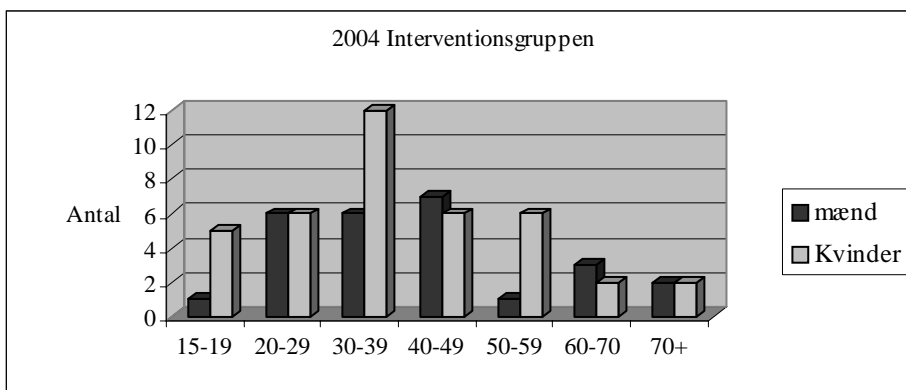


Figur 2. Antal selvmordsforsøg/selvskadende handlinger fordelt på måneder i 2004. N = 93

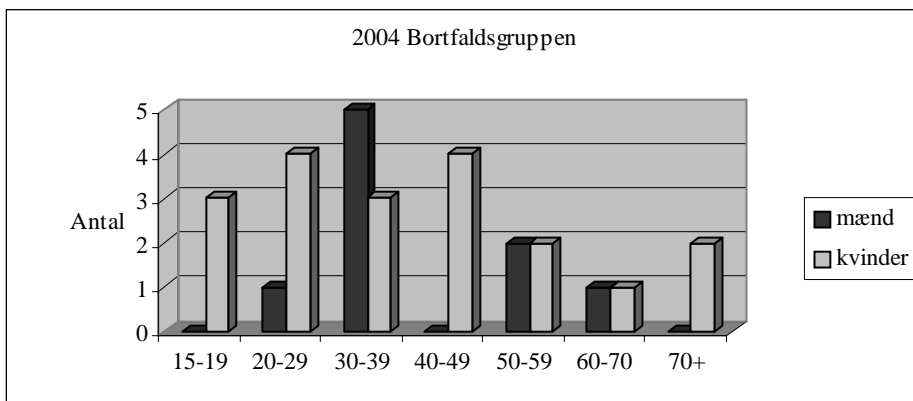
Fordelingen på køn og alder for år 2002 og 2004 fremgår af figurerne 3,4,og 5. Figur 3 er år 2002, figur 4 interventionsgruppen 2004 og figur 5 bortfaldsgruppen 2004. Som det fremgår af figurerne, er der meget små forskelle i alders- og kønsfordeling. Ca. en tredjedel er mænd og to tredjedele er kvinder. Der er lidt flere mænd i interventionsgruppen end i kontrolgruppen 2002 og bortfaldsgruppen. Gennemsnitsalderen for de tre grupper er næsten identisk. I 2002 er gennemsnitsalderen dog lidt lavere.



Figur 3. Alders og kønsfordeling i 2002. N = 58



Figur 4. Alders- og kønsfordeling i interventionsgruppen 2004. N = 65



Figur 5. Alders- og kønsfordeling i bortfaldsgruppen 2004. N = 28

Resultaterne af de indsamlede sikre oplyste risikofaktorer - køn, aldersgruppe, anvendt metode, alkoholpåvirkning, diagnose, psykiatrisk vurdering, tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd, tidligere selvmordsforsøg/selvskadende handling og patientens oplyste baggrund for selvmordsforsøget/selvskadende handling – fremgår af tabel 1. Andre demografiske data er ikke medtaget, – som arbejde, bolig, familieforhold, børn - idet disse ikke systematisk er oplyst på skadestuesedlerne, og ikke altid er a jour ført i lægejournalerne. Tabellen er opdelt i 2002 materialet og hele materialet 2004.

Variabler	2002 N= 58 n (%)	2004 N= 93 n (%)	chi ² p-værdi
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning	
Mænd	41 (16-64)	41 (19-78)	$\chi^2= 0,006$
Kvinder	39 (16-77)	40 (15-85)	p= 0,938 (NS)
Køn	Antal	Antal	
Mænd	18 (31)	35 (38)	$\chi^2= 0,683$
Kvinder	40 (69)	58 (62)	p = 0,409 (NS)
K/M ratio	2,22	1,65	
Metode			
Fysisk	11 (19)	12 (13)	$\chi^2= 1,017$
Kemisk	47 (81)	81 (87)	p= 0,313 (NS)
Voldelig metode			
Ja	3 (5)	4 (4)	$\chi^2= 0,061$
Nej	55 (95)	89 (96)	p= 0,805 (NS)
Alkoholpåvirkning			
Ja	31 (53)	49 (43)	$\chi^2= 0,008$
Nej	27 (47)	44 (47)	p= 0,929 (NS)
Diagnose			
Psykiatrisk lidelse	33 (57)	42 (45)	$\chi^2= 1,968$
Somatisk lidelse	25 (43)	51 (55)	p= 0,161 (NS)
Psykiatrisk vurdering			
Ja	34 (59)	88 (95)	$\chi^2= 29,841$
Nej	24 (41)	5 (5)	p= <0,001 (S)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd			
Ja	7 (12)	12 (13)	$\chi^2= 0,023$
Nej	51 (88)	81 (87)	p= 0,879 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg			
Ja	21 (36)	31 (33)	$\chi^2= 0,131$
Nej	37 (64)	62 (67)	p= 0,717 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget			
Personrelateret	15 (26)	34 (37)	$\chi^2= 1,865$
Relateret til omverdenen	43 (74)	59 (63)	p= 0,172 (NS)

Tabel 1. Forskelle på kontrolgruppen 2002 og hele materialet 2004

Som det ses af tabellen er der ingen signifikante forskelle på de to årgange, udover signifikant forskel i psykiatrisk tilsyn, Dette kan skyldes at der efter registreringsperioden 2002, er blevet sat fokus på selvmordsadfærd i de involverede afdelinger, dels gennem undervisning og dels ved projektlederens daglige fremmøde. I 2004 gruppen, er medregnet de 28 der ikke ønskede at modtage tilbuddet om opfølgning. Vi tager senere i Cox regression højde for forskellene.

For at undersøge om der er forskelle i interventionsgruppen 2004 og bortfaldsgruppen 2004, er de samme faktorer undersøgt og beregnet som i tabel 1. Resultaterne fremgår af tabel 2.

Variabler	2004, interventionsgruppen N= 65 n (%)	2004, bortfaldsgruppen N=28 n (%)	chi ² p-værdi
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning	
Mænd	42 (19-78)	40 (24-63)	$\chi^2 = 0,006$
Kvinder	40 (15-85)	39 (15-80)	p= 0,938 (NS)
Køn	Antal	Antal	
Mænd	26 (40)	9 (32)	$\chi^2 = 0,515$
Kvinder	39 (60)	19 (68)	p= 0,473 (NS)
K/M ratio	1,50	2,11	
Metode			
Fysisk	10 (15)	2 (7)	$\chi^2 = 1,183$
Kemisk	55 (85)	26 (93)	p= 0,277 (NS)
Voldelig metode			
Ja	4 (6)	0	$\chi^2 = 1,801$
Nej	61 (94)	28 (100)	p= 0,180 (NS)
Alkoholpåvirkning			
Ja	37 (57)	12 (43)	$\chi^2 = 1,553$
Nej	28 (43)	16 (57)	p= 0,213 (NS)
Diagnose			
Psykiatrisk lidelse	31 (48)	11 (39)	$\chi^2 = 0,558$
Somatisk lidelse	34 (52)	17 (61)	p= 0,455 (NS)
Psykiatrisk vurdering			
Ja	63 (97)	25 (89)	$\chi^2 = 2,244$
Nej	2 (3)	3 (11)	p= 0,134 (NS)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd			
Ja	6 (9)	6 (21)	$\chi^2 = 2,591$
Nej	59 (91)	22 (79)	p= 0,107 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg			
Ja	24 (37)	7 (25)	$\chi^2 = 1,252$
Nej	41 (63)	21 (75)	p= 0,263 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget			
Personrelateret	25 (38)	9 (32)	$\chi^2 = 0,337$
Relateret til omverdenen	40 (62)	19 (68)	p= 0,562 (NS)

Tabel 2. Forskelle de to grupper i 2004, interventionsgruppen og bortfaldsgruppen.

Tabellen viser, at der ingen signifikante forskelle er på de grupper i 2004. De små forskelle bliver der ligeledes taget højde for i Cox regression.

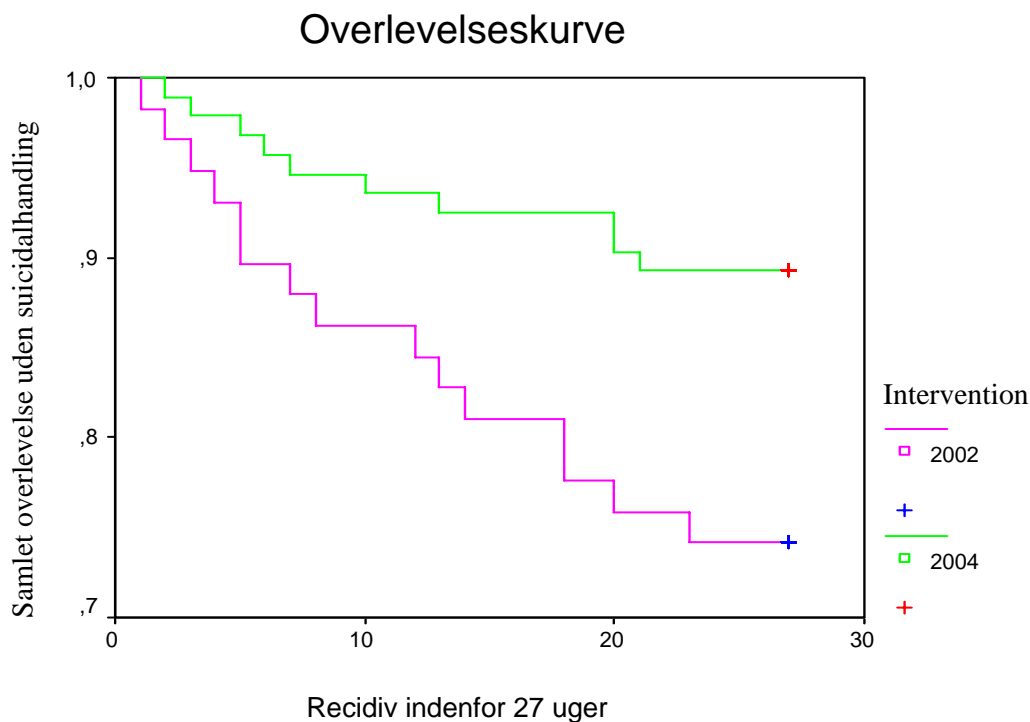
Kontrolgruppen 2002 er yderligere statistisk blevet sammenlignet med dels interventionsgruppen 2004 og bortfaldsgruppen 2004 for de samme variabler. Resultaterne fremgår i tabel 3.

Variabler	2002, kontrolgruppen N= 58 n (%)	2004, interventiongruppen N= 65 n (%)	chi ² p-værdi	2002, kontrolgruppen N= 58 n (%)	2004, bortfaldsgruppen N=28 n (%)	Chi ² p-værdi
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning		Gs. Spredning	Gs. Spredning	
Mænd	41 (16-64)	42 (19-78)	$\chi^2 = 0$	41 (16-64)	40 (24-63)	$\chi^2 = 0,006$
Kvinder	39 (16-77)	40 (15-85)	p= 1.00 (NS)	39 (16-77)	39 (15-80)	p= 0,938 (NS)
Køn	Antal	Antal		Antal	Antal	
Mænd	18 (31)	26 (40)	$\chi^2 = 1,072$	18 (31)	9 (32)	$\chi^2 = 0,011$
Kvinder	40 (69)	39 (60)	p= 0,301 (NS)	40 (69)	19 (68)	p= 0,916 (NS)
K/M ratio	2,22	1,50		2,22	2,11	
Metode						
Fysisk	11 (19)	10 (15)	$\chi^2 = 0,278$	11 (19)	2 (7)	$\chi^2 = 2,057$
Kemisk	47 (81)	55 (85)	p= 0,598 (NS)	47 (81)	26 (93)	p= 0,152 (NS)
Voldelig metode						
Ja	3 (5)	4 (6)	$\chi^2 = 0,055$	3 (5)	0	$\chi^2 = 1,501$
Nej	55 (95)	61 (94)	p= 0,815 (NS)	55 (95)	28 (100)	p= 0,221 (NS)
Alkoholpåvirkning						
Ja	31 (53)	37 (57)	$\chi^2 = 0,150$	31 (53)	12 (43)	$\chi^2 = 0,847$
Nej	27 (47)	28 (43)	p= 0,699 (NS)	27 (47)	16 (57)	p= 0,357 (NS)
Diagnose						
Psykiatrisk lidelse	33 (57)	31 (48)	$\chi^2 = 1,04$	33 (57)	11 (39)	$\chi^2 = 2,344$
Somatisk lidelse	25 (43)	34 (52)	p= 0,308 (NS)	25 (43)	17 (61)	p= 0,126 (NS)
Psykiatrisk vurdering						
Ja	34 (59)	63 (97)	$\chi^2 = 26,974$	34 (59)	25 (89)	$\chi^2 = 8,244$
Nej	24 (41)	2 (3)	p= <0,001 (S)	24 (41)	3 (11)	p= 0,004 (S)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd						
Ja	7 (12)	6 (9)	$\chi^2 = 0,261$	7 (12)	6 (21)	$\chi^2 = 1,289$
Nej	51 (88)	59 (91)	p= 0,609 (NS)	51 (88)	22 (79)	p= 0,256 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg						
Ja	21 (36)	24 (37)	$\chi^2 = 0,007$	21 (36)	7 (25)	$\chi^2 = 1,08$
Nej	37 (64)	41 (63)	p= 0,933 (NS)	37 (64)	21 (75)	p= 0,299 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget						
Personrelateret	15 (26)	25 (38)	$\chi^2 = 2,217$	15 (26)	9 (32)	$\chi^2 = 0,37$
Relateret til omverdenen	43 (74)	40 (62)	p= 0,136 (NS)	43 (74)	19 (68)	p= 0,543 (NS)

Tabel 3. Forskelle på kontrolgruppen 2002 og interventiongruppen 2004, samt på kontrolgruppen 2002 og bortfaldsgruppen 2004.

Som det fremgår, er der ingen signifikante forskelle ud over signifikant forskel ved psykiatrisk tilsyn. Vi kan derved konkludere at år 2002 og år 2004 er sammenlignelige.

Resultaterne af interventionens effekt på recidiv over 27 uger fremgår af figur 6.



Figur 6: Kaplan-Meier survival plot. Recidiv indenfor 27 uger i kontrolgruppen 2002 og interventionsgruppen samt bortfaldsgruppen 2004.

Som det fremgår af figuren, har interventionen effekt på recidiv. Der var i kontrolgruppen 2002, 15 patienter ud af 58 (26 %), der gentog selvmordsforsøget/selvskadende handling indenfor det første halve år, i 2004 var der 10 patienter ud af 93 (11 %), der gentog selvmordsforsøget/selvskadende handling indenfor den første halve år.

Interventionsgruppen tegner sig for 6 recidiv ud af 65 (9 %) patienter, og bortfaldsgruppen for 4 recidiv ud af 28 (14 %) patienter.

Resultaterne af de sikre oplyste risikofaktorer beregnet med Log rank test for hele materialet (kontrolgruppen 2002 og 2004 inklusiv bortfaldsgruppen), fremgår af tabel 4.

Risikofaktorer	Log rank	P-level
Køn	0,18	0,667
Alder \geq 40	2,28	0,131
Metode	1,9	0,168
Voldelig metode	0,77	0,379
Alkoholpåvirkning	2,82	0,0931**
Diagnose	2,23	0,135
Psykiatrisk vurdering	0,01	0,908
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsforsøg	3,44	0,064**
Tidligere selvmordsforsøg	9,07	0,003*
Oplyst årsag	1,9	0,168
Intervention	6,06	0,014*

Tabel 4. Risikofaktorer for selvmord med overlevelses analyse (Kaplan- Meyer) $N = 151$
 Chi^2 test * $p < 0,05$, ** $p < 0,10$

Risikofaktorerne, – alkoholpåvirkning, tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsforsøg, tidligere selvmordsforsøg og interventionen – viser signifikante forskelle med henblik på at gennemleve i perioden uden recidiv. Der er ingen signifikante forskelle på de øvrige risikofaktorer. Resultaterne er herefter opdelt på mænd og kvinder for videre analyse. Log Rank test resultaterne fremgår i tabel 5.

Risikofaktorer	Total		Men		Women	
	Log rank	P-level	Log rank	P-level	Log rank	P-level
Køn	0,18	0,667	-	-	-	-
Alder \geq 40	2,28	0,131	5,59	0,018*	0,06	0,808
Metode	1,9	0,168	1,8	0,179	0,52	0,47
Voldelig metode	0,77	0,379	3,3	0,069**	0,39	0,533
Alkoholpåvirkning	2,82	0,0931	5,01	0,025*	0,4	0,528
Diagnose	2,23	0,135	2,3	0,129	0,57	0,449
Psykiatrisk vurdering	0,01	0,908	0,12	0,734	0,01	0,938
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsforsøg	3,44	0,064	0,32	0,572	4,19	0,041*
Tidligere selvmordsforsøg	9,07	0,003	5,71	0,017*	4,06	0,044*
Oplyst årsag	1,9	0,168	8,41	0,004*	0,01	0,904
Intervention	6,06	0,014	1,04	0,307	4,99	0,026*

Tabel 5. Risikofaktorer for selvmord med overlevelses analyse (Kaplan- Meyer), også på køn
 Chi^2 test * $p < 0,05$, ** $p < 0,10$

Af tabellen ses, at der er små variationer på de to køn. For mændenes vedkomne er der størst effekt vedrørende recidiv:

alder, voldelig metode, alkoholpåvirkning, tidligere selvmordsforsøg og årsag til selvmordsforsøget. For kvindernes vedkomne er der størst effekt vedrørende recidiv: tidligere psykiatrisk kontakt, tidligere selvmordsforsøg og interventionen. Paramenterne med signifikant effekt i tabel 4, er endvidere analyseret ved Cox regression som det fremgår af tabel 6. Hermed tages højde for flere faktors betydning i en samlet analyse.

Risikofaktorer	Total		
	Odds ratio	CI (95%)	P-level
Intervention	0,34	0,152-0,773	0,01
Alkoholpåvirkning	2,09	0,899-4,858	0,087
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsforsøg	4,91	1,746-13,829	0,003
Tidligere selvmordsforsøg	4,75	1,930-11,696	0,0007

Tabel 6. Parameter for selvmordsforsøg i survival analyse (Cox regression). N = 151

Som det fremgår, beholder interventionen sin beskyttende effekt med odds ratio på 0,34, når alkoholpåvirkning, tidligere psykiatrisk kontakt og tidligere selvmordsforsøg medtages. De kønsrelaterede forskelle er ligeledes analyseret med Cox regression, men tallene for de to køn er for små til at vise noget sikkert.

Endelig er opgjort antal døde for både kontrolgruppen 2002 og hele materialet 2004. Resultaterne fremgår af tabel 7.

	2002	2004	Total
20 uger efter	1*	1**	2

Tabel 7. Opgørelse af døde.

* Sikre oplysninger om selvmord.

** Tvivl om årsag til dødsfaldet.

Det ene dødsfald i 2004 efter 20 uger, er fra bortfaldsgruppen.

Øvrige resultater fra interventionsgruppen 2004:

65 patienter har deltaget i interventionen. De følgende resultater er en beskrivelse af indsatsen.

Hjemmebesøg

55 patienter blev besøgt i deres eget hjem. Hos 4 blev besøgene afholdt enten på en café et sted i byen eller på projektlederens kontor. Hos 6 patienter var det ikke muligt med besøg, men kontakten var telefonisk/SMS.

Der har i gennemsnit været 6,8 kontakt pr. patient (1-20) i løbet af projektperioden.

Besøgenes længde har i gennemsnit været 1 time (30 minutter – 3 timer).

Ledsagelse

14 (21 %) af de 65 patienter har haft behov for at blive ledsaget til efterbehandling, enten til egen læge, alkoholambulatoriet, socialcenter eller psykiatrisk skadestue.

Motivation

26 (40 %) af patienterne skulle motiveres til at tage imod tilbuddet om efterbehandling - eller hvis de ingen havde fået – motiveres til at gå til egen læge med henblik på henvisning til enten privat praktiserende psykiater eller privat praktiserende psykolog.

39 (60 %) skulle ikke motiveres til efterbehandling. Nogle havde i formvejen et behandlingsforløb hos enten privat praktiserende psykiater eller privat praktiserende psykolog, andre ønskede meget at komme i efterbehandling.

Det ikke lykkedes at motivere 3 (5 %) af patienterne til nogen form for efterbehandling, og 18 (28 %) af patienterne, har dels på grund af ventetid ikke kunnet opstarte efterbehandlingen og dels fordi de var at svære at motivere. 44 (67 %) af patienterne startede i efterbehandling.

Compliance

21 (32 %) havde ingen compliance vedrørende efterbehandlingen, men har anvendt den opsøgende indsats som forebyggelse. Dette skyldes blandt andet den lange ventetid på mellem 3 – 6 måneder.

18 (28 %) havde i opfølgingsperioden haft mellem 1 – 3 forløb, og 25 (38 %) over 4 forløb. Der er 1 (2 %), hvor det ikke er lykkedes at få informationer om efterbehandling.

Konklusion

Design

Metoden har den svaghed, at observationsperioden kun er et halvt år, og sammenligningsgrundlaget er data fra 2002 og ikke fra 2004. Men det samlede materiale er stort nok til at påvise den forskel, vi ønskede, men for lille til f.eks. at påvise forskelle mellem mænd og kvinder.

Sammenligningsgrundlaget ville have været bedre, hvis det havde været muligt med et kontrolleret randomiseret design med lodtrækning. Inklusionskriterierne er ens, og ved den anvendte statistiske metode er der korrigeret for eventuelle skævheder for de kraftigste indvirkende risikofaktorer.

Metoden

Indsatsen har været mere aktiv end i andre undersøgelser, idet alle kommunikationsformer er anvendt, både personligt, telefonisk/SMS og pr. brev. Ved fravær/udeblivelse er patienterne blevet kontaktet med henblik på ny tid, anden kontaktform eller andet mødested end deres hjem. Såfremt patienterne har været i tvivl om, de ville fortsætte med kontakten, er de blevet tilbudt telefonisk kontakt i stedet for. Antal kontakter har været behovsrelateret indenfor det halve opfølgingsår, og ikke begrænset til et på forhånd fastlagt antal kontakter. Med aktiv lytning og empati, har kontakterne taget udgangspunkt i forståelsen af, hvordan en selvmordstruet person opfatter sin situation og handlemuligheder, og derudfra er støtten til patienten sat ind (25,27). Dette har været med til at få patienternes tillid, respekt og håb, og gennem denne og ved at tage udgangspunkt i de problemer, der fyldte mest, er det lykkedes at motivere flere til efterbehandling hos psykolog, psykiater eller i alkoholambulatoriet og fastholdelse i behandlingsforløbet. En anden medvirkende årsag er, at patienterne vidste, at hvis det var for stor en overvindelse selv at skulle tage til behandlingsstedet, havde de muligheden for at blive ledsaget af projektlederen. Det har ikke været muligt i observationsperioden at måle en øget compliance hos de patienter, der efter motivationen kom i efterbehandling. Årsagen til dette skyldes ventetider hos psykolog, psykiater og i psykiatrisk ambulatorium. Endvidere har det ligeledes haft en betydning på ventetiden, at Center for

Selvordsforebyggelse blev lukket i opfølgingsperioden, hvilket betød flere henvisninger til psykolog, psykiater og psykiatrisk ambulatorium. Det har kun været muligt hos 25 (38 %) at måle en god compliance. Dette skyldes dels at de i forvejen havde kontakt med enten psykolog eller psykiater samt at der ingen ventetid er i alkoholambulatoriet.

Resultater

Interventionen har, som det fremgår, en beskyttende effekt med odds ratio 0,34 og både alkoholpåvirkning, tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd og tidligere selvmordsforsøg påvises som risikofaktorer med odds ratioer på 2 – 4,9. Vores resultater er bedre i det første halve år, end i et lignende canadisk studie fra 1992 (30). I vores projekt har fokus primært været den behovsrelaterede personlige opsøgende kontakt, frem for en skemalagt kontakt. Materialet kan være for lille, til at kunne påvise eventuelle andre risikofaktorer, som er kendt fra andre undersøgelser, eksempelvis singlelivsform. Desuden har det ikke været muligt at afprøve mulige beskyttende faktorer, bortset fra interventionen, som eksempelvis samboende partner, hjemmeboende børn, idet disse data ikke altid har været tilgængelige i skadestuesedler og journaler, og derfor ikke indgået i materialet.

Der er meget få, der har påvist effekt (3), og hvor der har været effekt, har det være i særlige grupper som Bordeline patienter (31,32). Vores materiale, som omhandler alle ”psychiatry minor”, mener vi, at den påviste effekt formentlig skyldes den aktive, behovsrelaterede, fleksible og motiverende opsøgende kontakt med udgangspunkt i patientens samlede situation, og deres mulighed for at gøre brug af den tilbudte intervention.

Generaliserbarheden

Det er et enkelt system, der er anvendt uden karakter af terapi. Derfor mener vi, at metoden kan anvendes på landsplan. Spørgsmålet er, om der er velvilje og økonomi til at i værksætte en indsats for denne gruppe, som der i dag intet tilbud er til. I vores tidligere modelprojekt, har vi beregnet at, med en aktiv forebyggende indsats kan der spares kr. 1.014.396,00 i direkte hospitalsudgifter i Amager Hospitals optageområde (2).

Litteraturliste

1. <http://www.selvordsforebyggelse.dk/>. Modelprojekt nr. 48

2. Hvid M, Wang AG: Rapport. Kvalitetsudviklingsprojekt – af eksisterende procedurer og samarbejdsrelationer for selvmordstruede patienter. Psykiatrisk afdeling H:S Amager Hospital, nov. 2003
3. Hvid M, Wang AG. Selvmordsforsøg/selvskadende handling: Registrering, vurdering og behandlingstilbud. Ugeskr. Læger 167/1, 3. jan. 2005
4. <http://www.selvmordsforebyggelse.dk/> Modelprojekt nr. 102
5. <http://www.selvmordsforskning.dk/> 2000
6. Hawton K, van Heeringen K. International handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, England, John Wiley & Sons, 2000
7. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg/selvskadende handling og selvmord i Danmark, 1998
8. Michel K, Valatie L, Weber V. Understanding deliberates self-harm: the patients' view. Crisis 1994; 15(4): 172-8
9. Cullberg J. Krise og udvikling. En psykoanalytisk og socialpsykiatrisk studie. Hans Reitzels forlag, 2002
10. Ettliger R. Evaluation of Suicide Prevention after Attempted Suicide. Acta Psych Scand, Suppl 260. Munksgaard Copenhagen, 1975
11. Rudel D, Jainar T, Rajab H. Treatment manuals for practitioners. Treating suicidal behaviour: An effective, time-limited approach; cap.1 s. 3-8. The Guilford Press, 2001
12. Dieserud G, Selvmord og selvmordsforsøg I Bærum 1984 – 95. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 9, 2001; 121: 1026-31
13. Motto J, Bostrom A. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. Psychiatric Services 2001; 52: 6
14. Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a Suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. Eur Psychiatry 2002; 17:82-91
15. van Heeringen K, Jannes S et al. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. Psychological Medicine, 1995; 25: 963-970
16. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary Prevention of Non-fatal Deliberate Self-harm: The Green Card Study. BJP, 1993; 163: 111-112
17. Evans M, Morgan H, Hayward A, Gunnell D. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. BJP, 1999; 175: 23-27
18. WHO. Mål for sundhed for alle år 2000 – en dansk oversættelse (Dansk Sygeplejeråd. 1994)
19. Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo K. Taking antihypertensive medication – controlling or co-operating with patients? International Journal of Cardiology 1995; 47: 257-268
20. Torhorst A et al. Motivation for compliance with outpatient treatment of patients hospitalized after parasuicide. In Current Issues of Suicidology; Springer Verlag Berlin: pp 458-462
21. Möller HJ. Efficacy of different strategies of after-care for patients who have attempted suicide. Journal of Royal Society of Medicine 82, 643-647
22. Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale. Kerteminde Tryk Odense A/S, juni 2004
23. Altman D G. Confidence intervals and sample sizes. In: Statistics with confidence (Eds. Altman DG, Machin D, Bryant TN, Gardner MJ). BMJ 2000.
24. Dieserud G et al. Suicidal Behaviour in the municipality of Bærum, Norway: A 12-year Prospective Study of Parasuicide and Suicide. The American Association of Suicidology 2000, vol 30 no 1.
25. Sneedman E. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Jason

- Aronson Inc. Northvale, New Jersey London, 1993
26. Sneidman E. *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, New York, 1996
 27. Strand, L. *Fra Kaos mod samling, mestring og helhed; psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter*. Nordisk bogproduktion A/S, Haslev, 1997
 28. Langhoff P, Center for selvmordsforebyggelse. *Signaler på selvmordsadfærd*. Faktaserien nr. 6, 2002. Odense 2003
 29. Newcombe R G, Altman DG. Proportions and their differences. In: *Statistics with confidence*
 30. Allaer R, Marshall M, Plante M-C. Intensive Follow-up Does Not Decrease the Risk of Repeat Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 22(3), Fall 1992
 31. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060-1064, 1991
 32. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50: 971-974, 1993

Bilag 1

Tværgående retningslinier for H:S Amager Hospital

Titel:

Vurdering af risikofaktorer ved selvmordsforsøg / selvskadende handling

Formål:

Formålet er at sikre, at patienter med selvmordsforsøg/selvskadende handling bliver identificeret og registreret.

Definitioner:

Selvordsforsøg / selvskadende handling:

En ikke vanemæssig handling der er bevidst skadevoldende uden nødvendigvis at være farlig, og som til formål har et ønske om at fremme forandringer.

Handlingen ville være skadevoldende, hvis ikke andre greb ind.

Der behøver ikke at være dødsønsker.

Hvem henvender dokumentet sig til:

Læger, plejepersonale på somatisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling og andre somatiske afdelinger samt psykiatrisk skadestue.

Fremgangsmåde:

Somatiske læger og plejepersonale skal **sikre sig**, at patienter som er kommet til skadestuen eller er blevet indlagt efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling bliver vurderet ved enten et psykiatrisk tilsyn på afdelingen eller bliver sendt til psykiatrisk skadestue til vurdering af, om der foreligger en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.

- Psykiateren vil ved tilsynet/vurderingen vurdere det rette individuelle behandlingstilbud til patienten.
- Læger og plejepersonale skal derefter sikre sig, at patienten får det individuelle tilpasset behandlingstilbud som psykiateren har anbefalet.
- Patienter der afviser psykiatrisk tilsyn/-vurdering, skal vurderes af den læge som i øvrigt har ansvaret for behandlingen.
- Patienter der kommer med et selvmordsforsøg/selvskadende handling og samtidig har et afrusningsbehov, skal afruses på psykiatrisk skadestue.

I almindelighed skal afrusning med abstinenser foregå i medicinsk regi, jf. VIP,

H:S/AH/Medicinsk Center; Visitationsretningslinier for patienter i skadestuen

Følgende patienter med alkoholproblemer (til afrusning) hører hjemme i psykiatrisk afdeling og ikke i MALK eller Medicinsk Center jf. VIP, H:S/AH/Psykiatrisk Afdeling; Visitation:

- Patienter med dobbelt diagnose (dvs både kronisk psykose og misbrug)
- Patienter med truende delirium tremens (hallucinationer, plumring, desorientering, angst, motorisk uro, feber, takycardi)
- Suicidaltruende (og truende) patienter
- Svært motorisk urolige og aggressive patienter

Bestilling af psykiatrisk tilsyn:

Tilsynet bestilles af somatisk læge, der laver oplæg i somatisk journal og faxer oplægget til den psykiatriske tilsynsenhed fax nr. (3234)5426 ved sekretær Karin Ewald lok. nr. 5425. Ved akut behov kontakter den somatiske læge psykiatrisk bagvagt på DECT mobiltelefon nr. (3234)5505.

Alternativt: Såfremt patienten er somatisk færdigbehandlet, sendes patienten efter aftale med psykiatrisk skadestue til vurdering før hjemsendelsen. Patienten skal med betalt kørsel (VBT, Taxa eller ambulance) til psykiatrisk skadestue. Den psykiatriske skadestue har døgnåbent.

Det er vigtigt ved selvmordstruede patienter at gøre følgende:

- Få kontakt

- Vinde tid
- Laver eventuelle aftaler
- Lægen tilkaldes

Selvmondsrisiko vurderes ud fra risikofaktorer (baggrundsfaktorer):

De vigtigste risikofaktorer for selvmord er:

- Psykiatrisk sygelighed (især skizofreni, misbrug og depression)
- Tidligere selvmordsforsøg
- Selvmord/selvmondsforsøg i familien eller netværket
- Psykisk sygdom i familien
- De første uger efter udskrivelse efter tidl. selvmordsforsøg/indl. på psykiatrisk afdeling
- Meddelelse om selvmordstanker
- Belastninger indenfor den seneste tid (truende økonomiske/sociale problemer)
- Er der et misbrug af f.eks. alkohol

Selvmond/selvmondsforsøg er sjældent en velovervejet handling men er ofte impulsivt.

Specifik vurdering af selvmordsforsøgets intentionsgrad (aktuelle faktorer):

Jo mere følgende er til stede des større er patientens intention om at dø:

- Foretaget foranstaltninger om ikke at blive fundet
- Forberedelse og planlægning af selvmordsforsøget
- Skrevet afskedsbrev
- Bevidst anvendt farlig metode
- Ville dø og er ked af at overleve

Selvmondsrisiko:

graderes efter **vejledende** niveauinddeling:

- Niveau 1 = almindelig risiko. Der skal max. være 1 baggrundsfaktor og 1 aktuel faktor tilstede, i alt max 2 faktorer.
- Niveau 2 = øget risiko. Der skal max. være 2 baggrundsfaktorer og 2 aktuelle faktorer tilstede, i alt max. 4 faktorer.
- Niveau 3 = særlig øget risiko. Der skal være flere end 2 baggrundsfaktorer og flere end 2 aktuelle faktorer tilstede, i alt flere end 4 faktorer.

Ved niveau 1: stillingtagen til udskrivelse/indlæggelse beror på almindelig klinisk vurdering

Ved niveau 2: overnatter patienten på hospitalet/psykiatrisk skadestue.

Ved niveau 3: bør patienten indlægges på psykiatrisk afdeling efter endt somatisk behandling

Tvangsbehandling:

Angående niveau 2 og niveau 3 kan tvangsindlæggelse komme på tale, hvis patienten afviser behandlingsplanen og **både** er psykotisk (eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed) og til fare for sig selv eller andre; jf. psykiatrilovens § 5.

- "lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien". LBK nr. 849 af 02 12 1998.

Patienter der er indlagt i somatisk regi og modsætter sig behandling, kan under samme betingelser tvangsbehandles, se:

- [VIP: "Tvangsbehandling, somatisk"](#)

Eksempler på specifikke spørgsmål vedrørende selvmordsforsøg, -planer:

- Har du haft selvmordstanker?
- Er det noget du ofte har tænkt på? Hvor ofte? Gennem længere tid?
- Har du haft selvmordsplaner?
- Har du foretaget selvmordsforsøg?
- Hvad har du gjort konkret?

- Handlede du efter en pludselig indskydelse?
- Har du overvejet hvor farligt selvmordsforsøget var?
- Hvad vidst du om de piller, du tog i overdosis?
- Hvad troede du der ville ske ved, at du tog disse piller?
- Ønskede du at dø? eller ville du blot væk fra det hele?
- Havde du indtaget alkohol lige før? Eller andet stof?
- Tilkaldte du selv hjælp?
- Hvordan blev du fundet? Hvem fandt dig?
- Havde du gjort noget for ikke at blive fundet?
- Havde du skrevet afskedsbrev? Til hvem?
- Hvordan ser du nu på, hvad du gjorde? Er du glad for at overleve?
- Hvordan vil du selv forklare selvmordsforsøget?

Registreringspraksis.

Somatisk skadestue:

Ved selvmordsforsøg/selvskadende handling og selvmord skal kontaktårsagskode EUN 4 altid anvendes samt en aktionsdiagnose indenfor intervallet DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999 og komplet ulykkeskodning.

Psykiatrisk skadestue:

Ved selvmordsforsøg/selvskadende handling og selvmord skal der anvendes en aktionsdiagnosen i intervallet DX60*-DX84*, som grunddiagnose og/eller bidiagnose registreres ICD-10 koder for den underliggende psykiatriske lidelse.

Behandlingsmuligheder /-steder for selvmordstruede.

Formål:

Formålet er at sikre, at patienter der efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling får et individuelt tilpasset behandlingstilbud.

Fremgangsmåde

Læger og plejepersonale skal sikre sig, at patienten får det individuelle tilpasset behandlingstilbud, som psykiateren har anbefalet. Behandlingstilbuddet skal dokumenteres i journalen.

Foruden patientens praktiserende læge og evt. privat praktiserende psykiater/-psykolog er der følgende behandlingssteder, afhængig af baggrunden for selvmordsforsøget.

Dansk lov:

- Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien LBK nr. 849 af 02/12/1998

Andre henvisninger:

- [VIP: "Informeret samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger"](#) pkt.5.1
- [VIP: "Højrisikobehandlinger"](#)
- [VIP: "Tvangsbehandling, somatisk"](#)
- [VIP: "Identificering af psykiatriske sygdomme på somatisk afdeling"](#)
- VIP, H:S/AH/Medicinsk Center; [Visitationsretningslinier for patienter i skadestuen](#)
- VIP, H:S/AH/Psykiatrisk Afdeling; [Visitation](#)
- Benjaminsen S, Erichsen B. Selvmordsadfærd blandt indsatte. Overvågning, foranstaltninger og forebyggelse. Direktoratet for kriminalforsorgen, 2002
- Bille-Brahe U, Krarup G, Nielsen B, Wang AG. Selvmord og selvmordsforsøg. Hans Reitzels forlag, 1988
- Sundhedsstyrelsen: Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2003. 12 udg. af Rapport nr. 6, 2002

Bilag 2

Projektets tidsforløb

	Aktiviteter	Deltagere	Ansvarlig	Arbejdsformer	Tid
Forberedelsesfasen og informationsfasen	Indsamling af: Baggrundsmateriale Information om projektet Valg af følgegruppe	Sygeplejedirektør Afdelingschefer Afdelingsledelse Personalet på de involverede afdelinger	Sundhedsområdet Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Dec. 2003 Slut: Feb. 2004
Planlægning	Udarbejdelse af: Informationsmateriale Datamateriale	Ledere og medarbejdere på de involverede afdelinger	Projektansvarlig Projektlederen	Møder	Start: Dec. 2003 Slut: Feb. 2004
Dataindsamling	Indsamling af: Patienter til projektet Hjemmebesøg	Personale på de 3 involverede afdelinger Patienter	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Feb. 2004 Slut: Okt. 2004
Opfølgning	Hjemmebesøg Registeropfølgning	Projektlederen Patienter	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Feb. 2004 Slut: April 2005
Evaluering	Rapportskrivning Fremlæggelse af resultater	Hospitalsdirektøren, Afdelingsledelse Repræsentanter fra de involverede afdelinger Projektansvarlig Projektleder	Hospitalsdirektøren Projektansvarlig Projektleder	Møder Solistarbejde	Start: Maj 2005 Slut: Maj. 2005