

Effekt af intervention efter
selvmordsforsøg/selvskadende handling.
En randomiseret undersøgelse.



Marianne Hvid, Kerstin Vangborg og August G. Wang
Psykiatrisk Center Amager
August 2008

Kildeangivelse:

Marianne Hvid
Kerstin Vangborg
August G. Wang

Projektet er finansieret af Socialministeriet, Lundbeck-fonden og Sygekassernes Helsefond.

Kontakt:

Psykiatrisk Center Amager
Digevej 110
2300 København S

Telefon: 3234 5425

Fax: 3234 5426

Mail: hvid.marianne@gmail.com
august.wang@amh.regionh.dk
agwang@get2net.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
Design	7
Risikofaktorer	7
Materiale	8
Opfølgende hjemmebesøg	8
Analyse af data	9
Fordele og ulemper	9
Etik	9
Projektets gennemførelse	10
Projektets organisering	10
Resultater	11
Øvrige resultater fra interventionsgruppen	21
Interventionsgruppen	21
Kontrolgruppen	21
Ledsagelse	22
Motivation	22
Compliance	22
Konklusion	22
Design	22
Metoden	23
Resultater	23
Generaliserbarheden	24
Litteraturliste	25
Bilag 1	28
Bilag 2	29

Resumé

Indledning: De positive resultater fra den kvase-eksperimentelle undersøgelse i 2005 med aktiv opfølgning til personer efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, har ført til en 3-årigt randomiseret undersøgelse med henblik på, om resultaterne kan genfindes til personer med ”psychiatry minor”.

Formål: Projektets formål har i lighed med 2005 undersøgelsen været, om man med aktiv opfølgning og støtte til selvmordstruede personer, kan halvere antallet af gentagne selvmordsforsøg og samtidig øge compliance til efterbehandling.

Metode og materiale: Projektet er et randomiseret interventionsstudie med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe.

Inklusionskriterierne er ens for begge grupper og er dermed sammenlignelige. Med en meget aktiv indsats er deltagerne blevet kontaktet personligt på hospitalet, telefoniske eller skriftligt med tilbud om opfølgende hjemmebesøg. Indholdet i kontakten har taget udgangspunkt i Bærum-modellen, med problemløsning, fastholdelse og motivation som den primære indsats. Ledsagelse til behandlingssted som det sekundære. Endvidere samtaler om følelser som skyld, skam og fortvivlelse.

Der er 200 deltagere i materialet, heraf 69 i interventionsgruppen, 64 i kontrolgruppen og 67 i bortfaldsgruppen

Resultater: Der er 14 (21,9 %) i kontrolgruppen der gentog selvmordsforsøget/selvskadende handling i det første år efter indexdatoen. Interventionsgruppen tegner sig for 6 (8,7 %).

Der er ikke fundet statistiske forskelle på køn, alder og risikofaktorer på de tre grupper. Der er ved Log rank test fundet signifikante forskelle på risikofaktorerne intervention og tidligere selvmordsforsøg. Analyse ved Cox regression beholder interventionen sin beskyttende effekt med en odds ratio på 0,38 og $p=0,045$.

Derimod er der ingen signifikant effekt på compliance til andre terapiforløb, hverken på 5 % eller 10 % niveau. En forklaring kan være, at projektets intervention har sin egen effekt..

Konklusion: Vi har i lighed med 2005 undersøgelsen, kunnet påvise at en aktiv opsøgende indsat med hjemmebesøg/telefonisk kontakt har, en beskyttende effekt på gentagen selvmordshandling i det første år efter indexdatoen.

Det er et enkelt system, der er anvendt uden karakter af terapi. Vi mener, at metoden med fordel kan anvendes på landsplan, evt. i forbindelse med et kompetencecenter/selvmondsforebyggende center.

Indledningsvis skal det oplyses, at der i projektperioden har der været en kommunalreform, hvor det tidligere H:S er blevet til HR, som omfatter hele hovedstadsregionen. Ændringen skete 1. januar 2007. Yderligere skete der en strukturændring, hvor psykiatrien blev adskilt fra somatikken og blev til psykiatrivirksomheden. På nogle få områder har det haft betydning, idet Christianshavn blev adskilt fra Amager, så de få deltagere med bopæl på Christianshavn blev lidt vanskelige at følge med hensyn til den passive opfølgning, men ikke den aktive opfølgning i det første halve år. Det fik derimod betydning for fortsat deltagelse i forskningsudvalget, der foregik på H:S Amager Hospital. De steder i rapporten, hvor der står H:S er fra starten af projektperioden. Det er i dag nu H:R(Hovedstadsregionen). Endvidere blev psykiatrien og somatikken adskilt, så psykiatrien nu hedder Psykiatrivirksomheden og psykiatrisk afdeling, hedder nu Psykiatrisk Center Amager. For projektets vedkommende, har denne adskillelsen ikke haft betydning.

Indledning

Der er megen selvmordsforskning gennem tiderne, der indikerer at selvmordsforsøg er et stort verdensomspændende helbredsproblem og er en stor risikofaktor for gentagen selvmordsforsøg og fuldbyrdet selvmord (1-5) og har derfor været genstand for mange forskellige behandlingstiltag gennem ca. et halvt århundrede(6).

Endvidere er der endnu ingen etableret tilbud om opfølgende hjemmebesøg, ledsagelse/støtte til den selvmordstruede, hverken i 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 ansøgte H:S Amager Hospital om økonomisk støtte til at undersøge om opfølgende hjemmebesøg, hos de selvmordstruede kunne øge compliance til efterbehandling samt nedsætte recidivfrekvensen. Efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, blev der bevilliget økonomisk støtte til et modelprojekt over 1½ år fra Socialministeriet(7).

Problemet med denne undersøgelse, var at interventionsgruppen og kontrolgruppen ikke stammede fra samme dataindsamlingsperiode og ikke havde samme dataindsamlingslængde, 9 måneder versus 3 måneder. Men resultaterne var dog så gode, at det i 2005 medførte en bevillig med økonomisk støtte fra Socialministeriet, Lundbeck-fonden og Sygekassernes Helsefond til et randomiseret 3-årigt projekt, med fokus på bl.a. compliance og nedsættelse af recidivfrekvensen.

Litteraturgennemgang:

I de sidste godt 40 år, har der været en bred vifte af både randomiserede og ikke randomiserede undersøgelser af behandlingstiltag for de selvmordstruede patienter med henblik på at forebygge og reducere gentagelse af selvmordsforsøg.

Lige fra medicinsk behandling (2), den samme behandler gennem hele forløbet (2), "Emergency Card" (2), telefonkontakt (3;6), dialektisk adfærdsterapi (DBT) og kognitiv terapi (2;8-10), "Collaborative Assessment and Management of Suicidality" (CAMS), hvor man vurderer den aktuelle selvmordsrisiko samt initierer og strukturerer den efterfølgende behandling (11), gruppeterapi for unge og kvinder med bordeline (12;13), hjemmebehandling (14) til intensiv intervention med aktiv opsøgning (2) og problemløsnings terapi (2) .

De mest lovende resultater har været DBT og kognitiv adfærdsterapi hos kvinder med bordeline (2;8-10), nogen effekt med litiumbehandling for affektive bipolar lidelser (2), og af Emergency Card (2).

Der er også studier som indikerer effekt ved aktiv opsøgning og fastholdelse af kontakten ved hjemmebesøg med krisehjælp og problemløsning (15-18) og den norske Bærum model (19). I denne model får alle selvmordstruede patienter, der ikke henvises til psykiatrisk afdeling eller bliver fulgt af det distriktspsykiatriske behandlingsteam, kontakten af en helsesygeplejerske og tilbudt opfølgning i hjemmet. Interventionen bygger på en psykologisk forståelse af selvmordsadfærd (20;21), med hovedvægt på problemløsning i forhold til den akutte fase og motivation til eventuel mere langsigtede terapi.

Endvidere har vi et lovende resultat fra en kvase-eksperimentel undersøgelse (15) inspireret af tidligere erfaringer med opfølgende hjemmebesøg og Bærummodellen. Denne undersøgelse byggede på aktiv opsøgning, problem løsning, fastholdelse og kontinuitet og viste et signifikant fald i recidivfrekvensen, som faldt fra 30 til 10 % (indenfor et år).

Definitioner:

Selvmoedsforsøg/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 lignende 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"(22).

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"(16;23).

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 kontakten behandlingsinstansen indenfor en uge efter hjemsendelsen for at få en tid?(18)
- hvis patienten har fulgt den anbefalede behandlingsinstans, har det så medført et behandlings-/terapiforløb?(24). Her har vi valgt følgende gradueringer:
 - under 3 kontakter
 - over 3 kontakter.

Formål og mål:

Målet med projektet er at undersøge, om opsøgende kontakt med jeg-styrkende sygepleje, fastholdelse og problemløsning, kan øge compliance til efterbehandling og reducere recidivfrekvensen fra 30 til 15 % indenfor det 1. år.

Formålet er at kunne optimere og kvalificere indsatsen.

Projektet, skal derfor omfatte:

- En interventionsgruppe og en kontrolgruppe (randomiseret).
- Interventionsgruppen tilbydes udover standardbehandling opfølgende hjemmebesøg.
- Kontrolgruppen får udover standardbehandling tilbud om telefonisk kontakt et halvt år efter.
- Opgørelse af antal recidiv henvendelser.

Målgruppe:

Alle deltager fra 12+ år, der hører til H:S Amager Hospitals optagerområde, som var Christianshavn og øen Amager, med et befolkningsgrundlag på ca. 162.500 i 2007 (25;26). Deltagerne havde været i kontakt med somatisk og psykiatrisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling, intensiv-, medicinske -, og kirurgiske -, børne- eller psykiatrisk afdeling efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, og opfyldte inklusionskriterierne.

Der har dels været fokus på ældre mænd, da de har særlig stor risiko for selvmord, især efter et selvmordsforsøg, og er vanskelige at fastholde i et efterforløb(27)
Ligeledes har der været fokus på de helt unge, idet der gennem de senere år er en stærk stigning i selvmordsforsøg hos specielt de helt unge piger(28).

Inklusionskriterier: Alle deltager med lettere demens, alkohol- og narkotikamisbrug, lettere til moderate depressioner, angsttilstande, belastnings- og tilpasningsreaktioner samt personlighedsforstyrrelser, og som har kontaktet hospitalet efter et selvmordsforsøg/selvskadende handling, deltagere med bopæl i optageområdet og som sagde ja til deltagelse.

Eksklusionskriterier: Deltager med middel og svær demens, skizofreni, mani, bipolare og melankoliforme lidelser samt depressioner af svær grad. Endvidere deltager tilknyttet bosted med plejepersonale. Indlæggelse på psykiatrisk afdeling over 14 dage.
Deltagere som sagde nej til deltagelse i projektet. Deltagere med bopæl uden for Amager. Deltagere der havde behov for tolkebistand.

Alle deltagerne blev tjekket med ICD-10 research criterier (29)

Metode og materiale:

Design

Projektets design er et randomiseret interventionsstudium (30), med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe.

Vi forventede et resultat, med et fald i recidiv fra 30 til 15 % i det første år.

Med 95 % sikkerhedsgrænseregning og et krav om 80 % statistisk styrke, betyder det, at der skal være minimum 60 deltager i hver gruppe (31). Copenhagen Trial Unit anbefalede dog et minimum på 120 deltager i hver gruppe, for at øge den statistiske sikkerhed.

Deltager som opfyldte inklusionskriterierne og havde givet informeret samtykke, blev udtrukket ved lodtrækning af en neutral person.

Lodtrækningen foregik efter ”stratificeringsprincip”. Dvs. at de mulige deltagerere i grupper blev inddelt efter kendte risikofaktorer, efter anbefaling af Copenhagen Trial Unit.

Der er anvendt såkaldt Intent-to-treat. Dvs. at personer, der indgik i randomiseringen, men så trak sig fra undersøgelsen, tælles med mhp. recidiver. Yderligere er total antal hændelser blevet sammenlignet i interventionsgruppen og kontrolgruppen.

Risikofaktorer

De anvendte risikofaktorer til stratificering var:

1. Ingen af nedennævnte
2. tidligere selvmordsforsøg
3. tidligere kontakt med psykiatrien uden selvmordshandlinger

4. alkoholmisbrug
5. en kombination af 2 og 3
6. en kombination af 2 og 4
7. en kombination af 2, 3 og 4
8. en kombination af 3 og 4

Materialie

Interventionsgruppen blev tilbudt, ud over folder (pjece med oplysninger om telefonnummer, adresse for akut henvendelse) og standardbehandling, 6-8 opfølgende hjemmebesøg i dagtiden (ved behov flere). Indholdet i kontakten har været kontinuerlig/regelmæssig (personligt, telefonisk/SMS eller skriftligt), jeg-styrkende sygepleje, fastholdelse af aftaler, kortlægning, sortering og prioritering af problemer, indgydning af håb, motiveret til efterbehandling, ledsagelse til behandlingsstedet ved behov, oplysning om mulighederne for at søge hjælp (20;32;33).

Kontrolgruppen fik folder og standardbehandling samt tilbudt telefonisk kontakt et halvt år efter af etiske grunde. Såfremt en deltager fra kontrolgruppen kontaktede projektsygeplejersken og gerne vil følges op, måtte denne deltager udgå af projektet.

Begge grupper blev fulgt et år med henblik på at måle recidiv, også efter selve interventionen.

Baselineoplysninger for begge grupper; køn, alder, sociale/økonomiske forhold, somatisk/psykiatrisk diagnose, tidligere selvmordsforsøg, selvmord/selvmondsforsøg i familien, misbrug m.m.

Registeropfølgning for begge grupper med henblik på recidivhenvendelser og for interventionsgruppen blev der yderligere indsamlet data om compliance, ledsagelse og motivation.

Opfølgende hjemmebesøg

Med en meget aktiv opfølgende indsats, blev deltagerne kontaktet personligt på hospitalet. Hvis hjemsendt efter endt behandling for den selvtilføjede skade, blev deltageren kontaktet telefonisk eller skriftligt med tilbud om hjemmebesøg. Indsatsen har været en kombination med hjemmebesøg og/eller telefonisk/SMS kontakt. Nøgleordet har været fleksibilitet fra projektsygeplejerskens side, da gruppen har været præget af manglende overskud.

Kontakten har primært været af problemløsende karakter. Projektlederen har kunnet give psykisk førstehjælp, såfremt behovet har været der.

Indholdet har været inspireret af dels Bærummodellen (19), den amerikanske selvmordsforsker Edwin Shneidman (20;21) og Liv Strand (33) og vores forrige projekt (7).

Den amerikanske selvmordsforsker E. Shneidman har beskrevet 10 fællestræk hos selvmordstruede som kan bidrage til en forståelse af, hvordan en selvmordstruet person opfatter sin situation og hvorledes indsatsen kan være. 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 beskrevet hvorledes 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 fortvivlelse, ledsagelse til behandlingsstedet, rådgivning og vejledning samt containing-function.

E. Shneidman's 10 fællestræk og L. Strands 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, survival og Kaplan-Meyer plot er anvendt (31) Risikofaktorenes betydning i forhold til recidiv er afprøvet med Log-rank test. Intervention versus recidiv er belyst med Kaplan-Meyer survival og Log-rank test
De faktorer, der ved Log-rank testen viste $p < 0,10$, er medtaget i Cox regression.

Som anbefalet af Copenhagen Trial Unit, har der været en uafhængig begivenhedskomite, bestående af 3 psykiatere, til bedømmelse af alle hændelserne for at tage stilling til eventuelle recidiver.

Fordele/ulemper

Projektlederen fik dagligt kopier af alle skadestuesedler, og mødte dagligt på akut medicinsk modtageafdeling samt psykiatrisk skadestue i dataindsamlingsperioden. Børneafdelingen er den eneste afdeling, hvor kontakten til projektlederen har fungeret optimalt.

Fordelen har ligget i, at det var projektlederen, som selv fandt deltagerne og tilbød dem deltagelse i projektet efter hjemsendelsen fra hospitalet. Derved har der været en ensartet tilgang til deltagerudvælgelsen ud fra WHO's definition på selvmordsforsøg, og tab af datamateriale er minimeret.

Ulempen har været, at den psykiatriske skadestue ikke har elektroniske skadesedler, så indsamling af deltager kan have været mangelfuld, idet nogle deltager er ankommet i weekender, og efter endt kontakt, gået hjem igen.

Endvidere har det været en ulempe, at kommunalreformen gjorde det vanskeligt at udføre den passive opfølgning af 3 deltager, idet Christianshavn blev adskilt fra H:S Amager Hospitals optageområde, men ved hjælp af hospitalets Edb-system, har vi kunnet følge deltagerne med henblik på evt. ny hospitalskontakt, hvilket der ikke har været.

Etik:

Der er søgt og givet tilladelse fra Videnskabsetisk Komite og retningslinierne er fulgt. Efterfølgende er der ligeledes givet tilladelse til kontakt med børn fra 12 års alderen efter et ønske fra børneafdelingen.

Deltagerne er blevet informeret mundtligt og skriftligt om projektets formål og tilbudt deltagelse, og har givet deres informeret samtykke skriftligt. For børn og unge under 18, er der ligeledes indhentet skriftligt tilladelse fra forældremyndighedsindehaveren.

Der er ligeledes efterfølgende søgt og givet tilladelse til indhentning af oplysninger fra dødsårsregistret, og opbevaring af data følger Datatilsynets regler.

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

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

Projektets gennemførelse:

En skematisk oversigt over projektets forløb er præsenteret i bilag 1. Der er ingen skarpe opdelinger, men er tale om overlapning.

Projektets organisering:

Projektet var forankret i H:S Amager Hospital og blev anbefalet af afdelingsledelsen ved overlæge Helle Aggernæs og ledende oversygeplejerske Elisabeth Juhl. Den bygger på ansøgning ved overlæge August G. Wang og projektleder Marianne Hvid.

Projektansvarlig var forskningsansvarlige overlæge August G. Wang og projektleder Marianne Hvid.

Der blev i efteråret 2006, ansat en projektsygeplejerske Kirsten Vangborg i et vikariat på 3 måneder (inkl. oplæring) og efterfølgende 6 måneder på timeløn til opfølgning af egne deltagere, for ikke at miste deltagere i projektlederens hovedferie.

Projektlederen har under hele deltageropfølgningsperioden (2005 – 2007) fået løbende supervision af ekstern psykolog.

Der har ikke været etableret en styregruppe. Men der blev etableret en følgegruppe med repræsentanter fra Pensions- og omsorgskonteret Christianshavn/Amager og distriktspsykiatrien. Det var ikke muligt at få repræsentanter fra de involverede afdelinger til at deltage i følgegruppen. Fra Pensions- og omsorgskonteret deltog områdechef Jette Bolding.

Fra distriktspsykiatrien deltog sygeplejerske Lise Lotte Ulrich.

Der har været afholdt 5 møder og der var planlagt yderligere 1 møde som blev aflyst grundet forårets konflikt i 2008.

Projektansvarlig og projektlederen har deltaget i en Ekspertgruppe nedsat af H:S Sundfaglige Råd i psykiatrien til udarbejdelse af tværgående vejledning til forebyggelse af selvmordsadfærd. Denne vejledning er nu gældende i hele Hovedstadsregionen, se bilag 2. Derudover har både projektansvarlig og projektlederen deltaget i H:S Amager Hospital forskningsudvalg indtil 2007.

Projektlederen har i 2005 og 2006 deltaget i en arbejdsgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark til udarbejdelse af en strategi for implementering af selvmordsforebyggelse på sygehuse.

Projektlederen har endvidere deltaget i ansættelsen/oplæring af en projektsygeplejerske på Bispebjergs psykiatrisk afdeling, idet de har fået bevilliget økonomi til udførelse af et parallelprojekt til dette.

Projektlederen har løbende undervist i selvmordsforebyggelse på somatisk skadestue, akut medicinmodtageafdeling, medicinsk afdeling, og månedligt på psykiatrisk afdeling. Desuden været medarrangør i en halv temadag på børneafdelingen. I efteråret 2007 har projektansvarlig og projektleder deltaget i 6 hele dages undervisning i selvmordsforebyggelse i Psykiatrisk efteruddannelses regi under H:S. Derforuden har projektlederen undervist på Frederiksberg hospital og Rigshospitalet i samme emne.

Begge underviser hver måned på psykiatrisk center i den på centret obligatoriske orientering om instruks vedrørende selvmordsforebyggelse.

Projektansvarlig og projektlederen deltog i 2005 i 4. Internationale Meeting "Suicide: Interplay of Genes and Environment" i Ghent, hvor projektlederen havde et oralt indlæg.

Derudover deltog vi i 11th European Symposium on Suicidal Behaviour, som blev afholdt i Slovenien 2006. Projektlederen deltog med et mundtligt indlæg. Projektlederen har ligeledes deltaget i den Internationale dag for selvmordsforebyggelse i 2005, 2006 og 2007.

Det er planlagt at projektansvarlig og projektlederen deltager i 12th European Symposium on Suicidal Behaviour i Glasgow i august 2008, hvor projektlederen deltager med en poster. Projektlederen deltog psykiatri for ikke psykiatere i 2006 og i konferencen om Stress & robusthed – hvorfor & hvordan i juni 2006.

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

Vi har også en godkendt artikel, der venter på offentliggørelse i Nordic Journal of Psychiatry: Preventing repetition of attempted suicide I Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare.

Resultater:

I hele dataindsamlingsperioden var der 403 mulige deltager i kontakt med sundhedsvæsenet med selvmordsforsøg/selvskadende handlinger. Heraf opfyldte 200 inklusionskriterierne.

67 af deltagerne ønskede ikke at deltage i projektet, men er indgået i materialet vedrørende måling af recidiv.

Restgruppen på 133 blev randomiseret og efter lodtrækning kom 69 i interventionsgruppen og 64 i kontrolgruppen. 8 fortrød efterfølgende deltagelse i projektet fordelt med 4 i hver gruppe. I interventionsgruppen er der foruden måling på recidiv, opgørelse omkring hjemmebesøg, compliance, ledsagelse og motivation. I kontrolgruppen er der foruden måling af recidiv opgørelse af ½ års kontakt.

Deltagelsesprocenten har været ca. 67 % i den randomiseret gruppe.

Fordelingen af datamaterialet fremgår af nedenstående diagram 1.

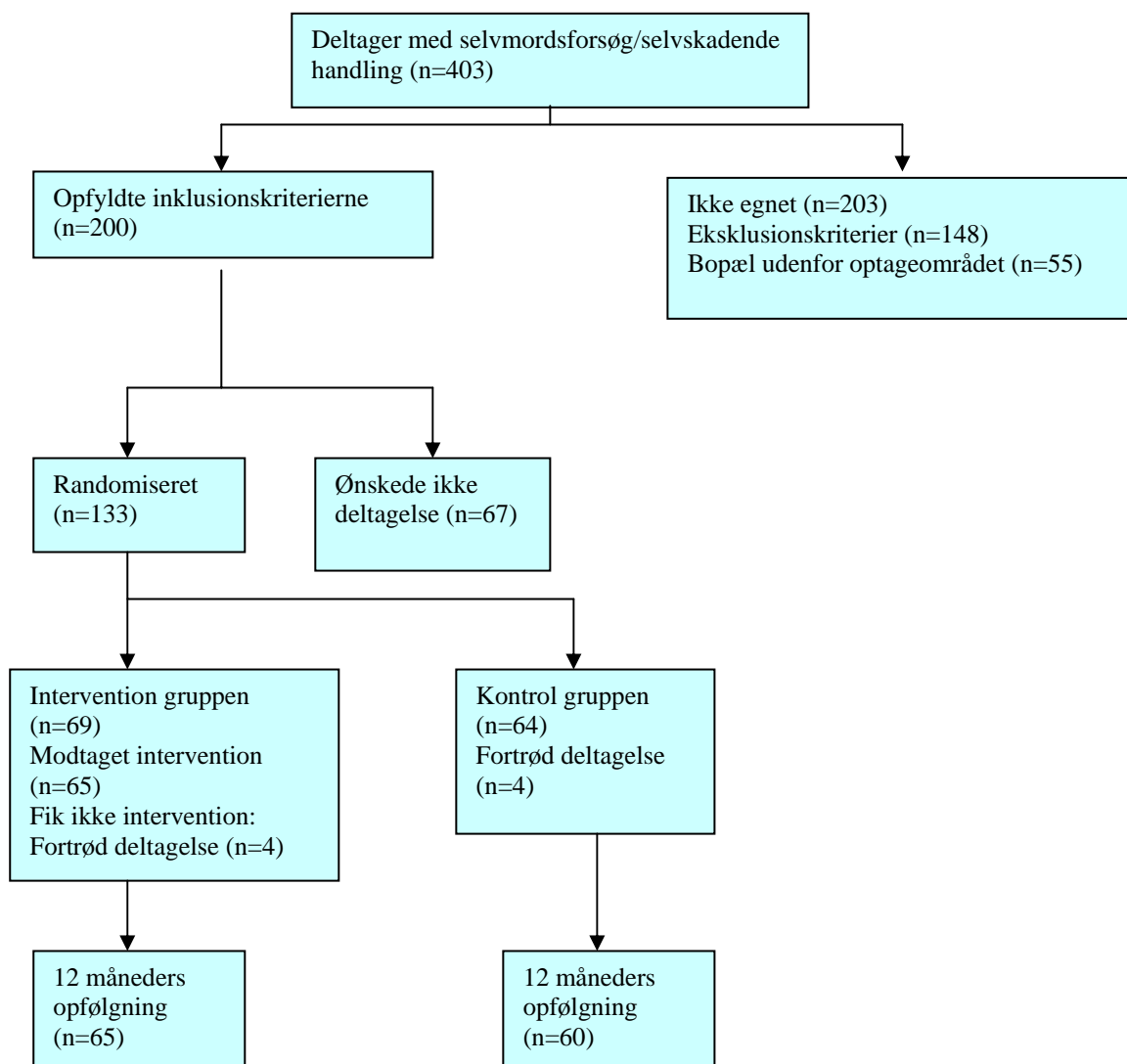
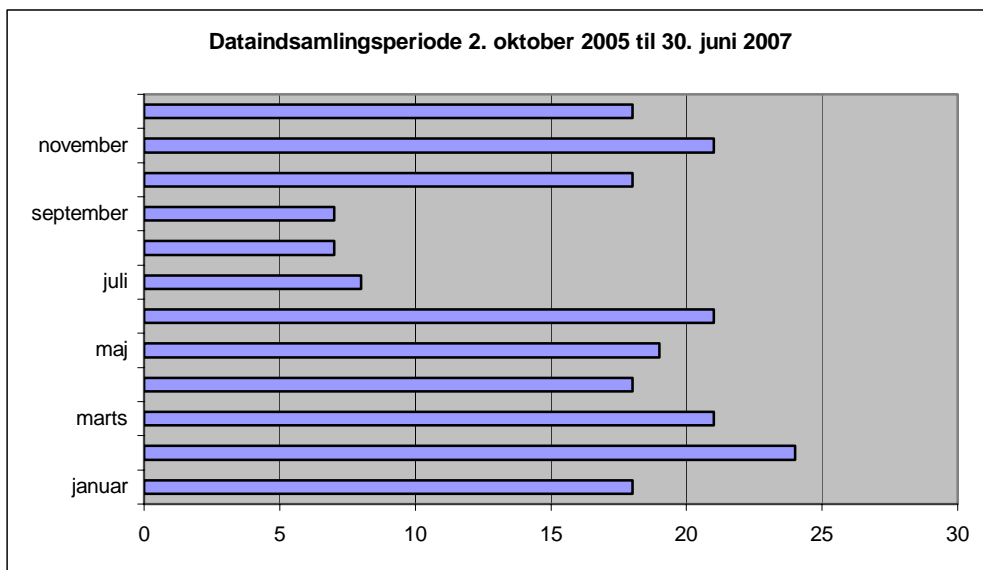


Diagram 1: Opgørelse over indgået materiale i projektet

Indsamling af deltagere foregik i perioden 2. oktober 2005 – 30. juni 2007. Nedenstående figur 1 illustrerer, hvorledes henvendelserne efter selvmordsforsøg/selvskadende handling fordelte sig på måneder. Som det ses, var juli, august og september måneder med færrest henvendelser.

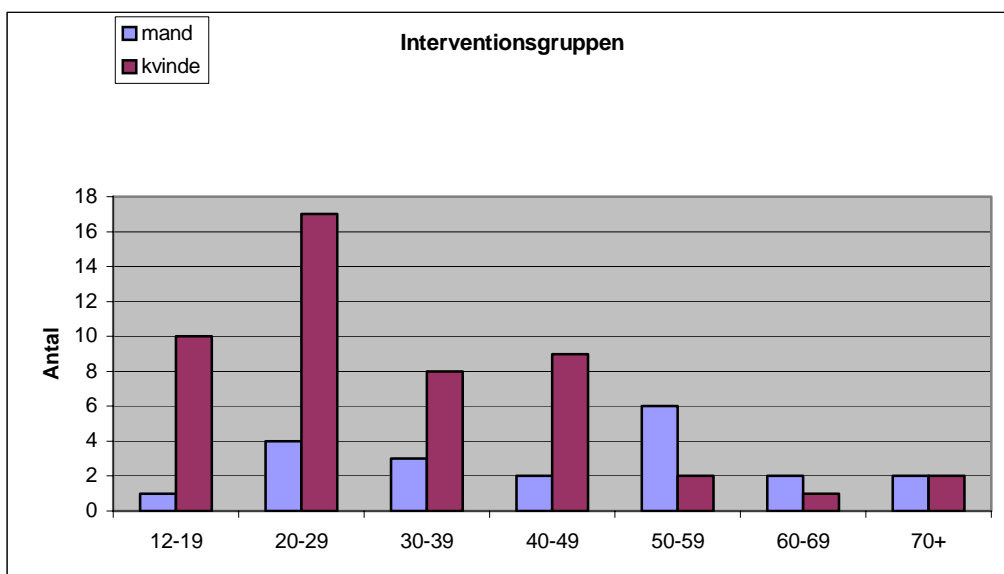


Figur 1. Antal selvmordsforsøg/selvskadende handlinger fordelt på måneder. N=200

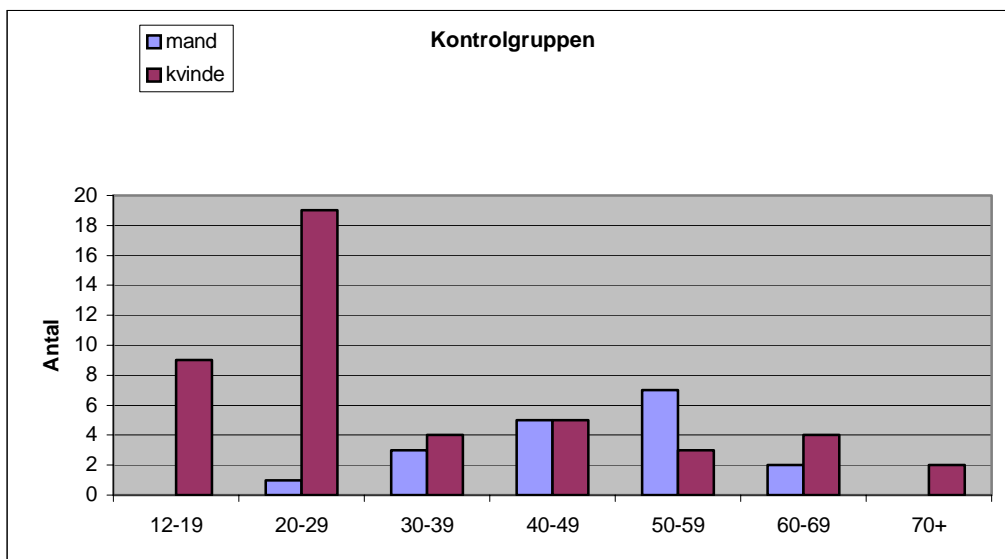
Fordelingen på køn og alder for interventionsgruppen, kontrolgruppen og bortfaldsgruppen fremgår af figurerne 2,3 og 4. Som det fremgår af figurerne er ca. en tredjedel mænd og to tredjedele kvinder i alle 3 grupper.

Aldersfordelingen viser flest selvmordsforsøg/selvskadende handlinger i gruppen af 12 – 29 årige i alle 3 grupper. I bortfaldsgruppen er der lige mange selvmordsforsøg/selvskadende handlinger blandt de 12 – 19 årige og 20 – 29 årige

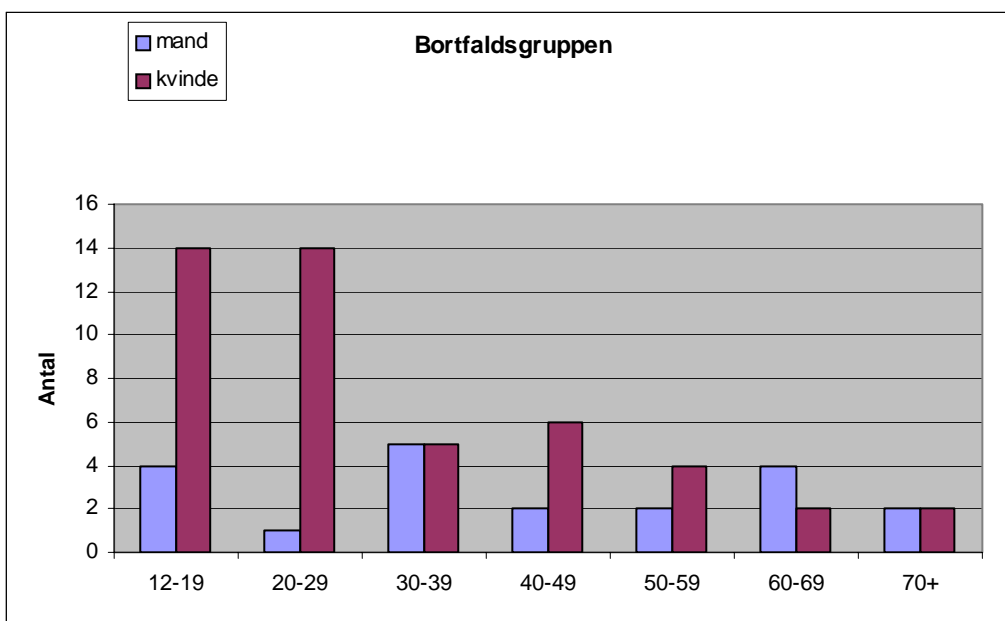
Gennemsnitsalderen i de 3 grupper er næsten identiske.



Figur 2. Alders og kønsfordeling i interventionsgruppen. N= 69



Figur 3. Alders og kønsfordeling i kontrolgruppen. N=64



Figur 4. Alders og kønsfordeling i bortfaldsgruppen. N=67

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 deltagerens oplyste baggrund for selvmordsforsøget/selvskadende handling fremgår af tabel 1. Andre demografiske data er ikke medtaget, idet disse ikke systematisk er oplyst på skadestuesedlerne, og ikke altid er a jour ført i lægejournalerne.

Variabler	Intervention N= 69 n (%)	Kontrol N=64 n (%)	
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning	t-test
Mænd	46 (19-91)	48 (24-64)	
Kvinder	33 (15-90)	34 (14-81)	0,722 (NS)
Køn	Antal	Antal	χ^2 p-værdi
Mænd	20 (29)	18 (28)	$\chi^2 = 0,012$
Kvinder	49 (71)	46 (72)	p = 0,913 (NS)
K/M ratio	2,45	2,56	
Metode			
Fysisk	8 (12)	10 (16)	$\chi^2 = 0,461$
Kemisk	61 (88)	54 (84)	p= 0,497 (NS)
Voldelig metode			
Ja	4 (6)	4 (6)	$\chi^2 = 0,012$
Nej	64 (94)	60 (94)	p= 0,913 (NS)
Alkoholpåvirkning			
Ja	29 (42)	27 (42)	$\chi^2 = 0,000$
Nej	40 (58)	37 (58)	p= 0,985 (NS)
Diagnose			
Psykiatrisk lidelse	27 (39)	31 (48)	$\chi^2 = 1,170$
Somatisk lidelse	42 (61)	33 (52)	p= 0,280 (NS)
Psykiatrisk vurdering			
Ja	67 (97)	63 (98)	$\chi^2 = 0,269$
Nej	2 (3)	1 (2)	p= 0,604 (NS)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd			
Ja	24 (35)	22 (34)	$\chi^2 = 0,002$
Nej	45 (65)	42 (66)	p= 0,961 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg			
Ja	26 (38)	25 (39)	$\chi^2 = 0,027$
Nej	43 (62)	39 (61)	p= 0,870 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget			
Personrelateret	37 (54)	32 (50)	$\chi^2 = 0,175$
Relateret til omverdenen	32 (46)	32 (50)	p= 0,676 (NS)

Tabel 1. Randomiseret gruppen .Interventionsgruppen versus kontrolgruppen N= 133

Som det ses af tabellen er der ingen signifikante forskelle på interventionsgruppen og kontrolgruppen udover signifikant forskel i intervention. Der er en meget høj grad af psykiatrisk vurdering, dette kan skyldes at der har været stor fokus på undervisning og implementering af den selvmordsforebyggende vejledning på somatisk skadestue og akut medicinsk modtageafdeling. For at undersøge om forskelle i den randomiseret gruppe og bortfaldsgruppen, er der udført samme beregninger som i tabel 1. Resultaterne fremgår af tabel 2.

Variabler	Randomiseret N=133 n (%)	Bortfald N=67 n (%)	
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning	t-test
Mænd	47 (19-91)	43 (12-85)	
Kvinder	33 (14-90)	31 (12-84)	0,418 (NS)
Køn	Antal	Antal	χ^2 p-værdi
Mænd	38 (29)	20 (30)	$\chi^2 = 0,035$
Kvinder	95 (71)	47 (70)	p = 0,851 (NS)
K/M ratio	2,5	2,35	
Metode			
Fysisk	18 (14)	16 (24)	$\chi^2 = 3,380$
Kemisk	115 (86)	51 (76)	p = 0,066 (NS)
Voldelig metode			
Ja	8 (6)	3 (5)	$\chi^2 = 0,203$
Nej	125 (94)	64 (95)	p = 0,653 (NS)
Alkoholpåvirkning			
Ja	56 (42)	29 (43)	$\chi^2 = 0,025$
Nej	77 (58)	38 (57)	p = 0,874 (NS)
Diagnose			
Psykiatrisk lidelse	58 (44)	33 (49)	$\chi^2 = 0,572$
Somatisk lidelse	75 (56)	34 (51)	p = 0,449 (NS)
Psykiatrisk vurdering			
Ja	130 (98)	61 (91)	$\chi^2 = 4,653$
Nej	3 (2)	6 (9)	p = 0,031 (S)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd			
Ja	46 (35)	21 (31)	$\chi^2 = 0,210$
Nej	87 (65)	46 (69)	p = 0,647 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg			
Ja	51 (38)	20 (30)	$\chi^2 = 1,404$
Nej	82 (62)	47 (70)	p = 0,236 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget			
Personrelateret	69 (52)	38 (57)	$\chi^2 = 0,419$
Relateret til omverdenen	64 (48)	29 (43)	p = 0,517 (NS)

Tabel 2. Randomiseret gruppe versus bortfaldsgruppen. N=200

Tabellen viser ligeledes, at der ingen signifikante forskelle er på den randomiseret gruppe og bortfaldsgruppen, bortset fra signifikant forskel i psykiatrisk vurdering. Dette kan skyldes at der i bortfaldsgruppen er nogle få der har afslået/ eller er gået før den psykiatriske vurdering. Da bortfaldsgruppen ikke ønskede at deltage i projektet er der ikke målt forskel på intervention.

Grupperne er yderligere statistisk blevet sammenlignet med dels intervention versus bortfald og kontrol versus bortfald. Resultaterne fremgår af tabel 3.

Variabler	Intervention N= 69 n (%)	Bortfald N= 67 n (%)		Kontrol N= 64 n (%)	Bortfald N= 67 n (%)	
Alder	Gs. Spredning	Gs. Spredning	t-test	Gs. Spredning	Gs. Spredning	t-test
Mænd	46 (19-91)	43 (12-85)		48 (24-64)	43 (12-85)	
Kvinder	33 (15-90)	31 (12-84)	0,602 (NS)	34 (14-81)	31 (12-84)	0,382 (NS)
Køn	Antal	Antal	chi ² p-værdi	Antal	Antal	Chi ² p-værdi
Mænd	20 (29)	20 (30)	$\chi^2 = 0,012$	18 (28)	20 (30)	$\chi^2 = 0,047$
Kvinder	49 (91)	47 (70)	p= 0,912 (NS)	46 (72)	47 (70)	p= 0,828 (NS)
K/M ratio	2,45	2,35		2,56	2,35	
Metode						
Fysisk	8 (12)	16 (24)	$\chi^2 = 3,531$	10 (16)	16 (24)	$\chi^2 = 1,402$
Kemisk	61 (88)	51 (76)	p= 0,060 (NS)	54 (84)	51 (76)	p= 0,236 (NS)
Voldelig metode						
Ja	4 (6)	3 (5)	$\chi^2 = 0,121$	4 (6)	3 (5)	$\chi^2 = 0,203$
Nej	64 (94)	64 (95)	p= 0,728 (NS)	60 (94)	64 (95)	p= 0,652 (NS)
Alkoholpåvirkning						
Ja	29 (42)	29 (43)	$\chi^2 = 0,022$	27 (42)	29 (43)	$\chi^2 = 0,016$
Nej	40 (58)	38 (57)	p= 0,882 (NS)	37 (58)	38 (57)	p= 0,899 (NS)
Diagnose						
Psykiatrisk lidelse	27 (39)	33 (49)	$\chi^2 = 1,413$	31 (48)	33 (49)	$\chi^2 = 0,009$
Somatisk lidelse	42 (61)	34 (51)	p= 0,235 (NS)	33 (52)	34 (51)	p= 0,926 (NS)
Psykiatrisk vurdering						
Ja	67 (97)	61 (91)	$\chi^2 = 2,252$	63 (98)	61 (91)	$\chi^2 = 3,537$
Nej	2 (3)	6 (9)	p= 0,133 (NS)	1 (2)	6 (9)	p= 0,060 (NS)
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd						
Ja	24 (35)	21 (31)	$\chi^2 = 0,182$	22 (34)	21 (31)	$\chi^2 = 0,136$
Nej	45 (65)	46 (69)	p= 0,670 (NS)	42 (66)	46 (69)	p= 0,712 (NS)
Tidligere selvmordsforsøg						
Ja	26 (38)	20 (30)	$\chi^2 = 0,931$	25 (39)	20 (30)	$\chi^2 = 1,232$
Nej	43 (62)	47 (70)	p= 0,335 (NS)	39 (61)	47 (70)	p= 0,267 (NS)
Baggrund for selvmordsforsøget						
Personrelateret	37 (54)	38 (57)	$\chi^2 = 0,131$	32 (50)	38 (57)	$\chi^2 = 0,593$
Relateret til omverdenen	32 (46)	29 (43)	p= 0,717 (NS)	32 (50)	29 (43)	p= 0,441 (NS)

Tabel 3. Forskelle på Interventionsgruppen versus Bortfaldsgruppen samt forskelle på Kontrolgruppen versus Bortfaldsgruppen

Som det fremgår af tabel 3 er der ingen signifikante forskelle på grupperne.

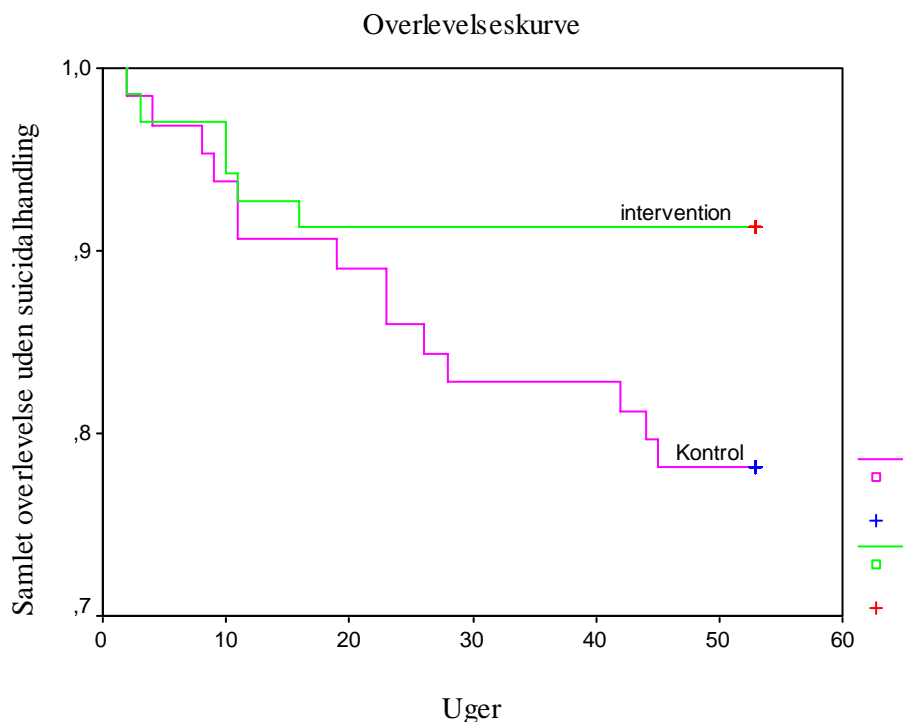
Resultaterne af interventionens effekt på recidiv over 53 uger fremgår af tabel 4.

	Intervention	Kontrol
	N = 69	N = 64
Ingen recidiv	63	50
1 recidiv	4*	9*
2 recidiver	2	3
3 recidiver	0	1
4 recidiver	0	1
Personer i alt	6 (8,7 %)	14 (21,9 %)
Hændelser i alt	8	22
Sikre oplysninger	3 døde	2 døde
Sikre oplysninger	* 2 selvmord	*1 selvmord
	1 naturlig	1 naturlig

Tabel4. Opgørelse over antal recidiv i de 3 grupper samt antal dødsfald over 53 uger. På intervention versus kontrol er signifikansgrænsen (dobbeltsidig): χ^2 test $p < 0,05$

Antal recidiv i materialet er opgjort i tabel 4 med χ^2 test beregning: Der er en signifikans på 0,034 Som det ses i tabel 4 har der været 2 selvmord i interventionsgruppen, den ene af disse er blandt de 4 der fortrød deltagelse. Da designet er Intent-to-treat, skal det dog tælles med. Og der har været 1 selvmord i kontrolgruppen.

Resultaterne af interventionens effekt på recidiv på en overlevelseskurve over 53 uger fremgår af figur 5.



Figur 5. Kaplan-Meier survival plot. Recidiv indenfor 53 uger i interventionsgruppen og kontrolgruppen. N=133

Som det fremgår af figuren, har intervention effekt på recidiv, med en log rank på 4,16 og $p=0,0414$ hvilket er signifikant.

Hvis man undlod at bruge "Intent-to-treat" ville man få følgende resultat (log rank test): 4,62 og $p=0,0316$ hvilket ligeledes er signifikant.

Et andet mål er beregning af det samlede antal hændelser i de 2 grupper indenfor 1 år, hvor hver person kan stå for flere hændelser, se tabel 4:

8 versus 22 (når vi medregner alle efter "Intent-to-treat" princippet). Negativ binomial regression giver: $p=0,0037$

Resultaterne af de sikre oplyste risikofaktorer beregnet med Log rank test for hele materialet, fremgår af tabel 5.

Intervention versus kontrol		
Risikofaktorer	Total	
	Log rank	P-værdi
Køn	0,77	0,382
Alder ≥ 40	0,42	0,517
Ikke voldelig metode	0,04	0,846
Voldelig metode	1,39	0,238
Alkoholpåvirkning	0,06	0,808
Diagnose	1,38	0,240
Psykiatrisk vurdering	0,50	0,479
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd	1,05	0,306
Tidligere selvmordsforsøg	5,07	0,024*
Oplyst årsag	0,55	0,458
Intervention	4,16	0,041*

Tabel 5. Risikofaktorer for selvmord med overlevelses analyse (Kaplan-Meier) N= 133

Chi² test *p<0,05

Risikofaktorerne, - tidligere selvmordsforsøg og intervention – viser signifikante forskelle med henblik på at gennemleve i perioden uden recidiv. Der er ingen forskelle på de øvrige risikofaktorer. Resultaterne er herefter opdelt på mænd og kvinder for videre analyse. Log rank test resultaterne fremgår i tabel 6.

Risikofaktorer	Intervention versus kontrol					
	Total		Mænd		Kvinder	
	Log rank	P-værdi	Log rank	P-værdi	Log rank	P-værdi
Køn	0,77	0,382				
Alder ≥ 40	0,42	0,517	0,13	0,722	0,96	0,326
Ikke voldelig metode	0,04	0,846	0,64	0,424	0,44	0,508
Voldelig metode	1,39	0,234	0,50	0,481	0,77	0,380
Alkoholpåvirkning	0,06	0,808	2,92	0,088**	2,23	0,136
Diagnose	1,38	0,240	0,57	0,451	1,33	0,250
Psykiatrisk vurdering	0,50	0,479	0,11	0,736	0,38	0,540
Tidligere psykiatrisk kontakt uden selvmordsadfærd	1,05	0,306	0,02	0,902	0,86	0,354
Tidligere selvmordsforsøg	5,07	0,024*	0,02	0,902	5,16	0,023*
Oplyst årsag	0,55	0,458	0,11	0,742	0,79	0,374
Intervention	4,16	0,041*	0,02	0,902	4,97	0,026*

Tabel 6. Risikofaktorer for selvmord med overlevelses analyse (Kaplan-Meier), også på køn. Mænd: N= 38, Kvinder: N= 95. Chi² test *p<0,05, **p<0,10

Af tabellen ses, at der ingen signifikant forskel er på intervention hos mænd, men at interventionen har effekt hos kvinder. Endvidere er der signifikant effekt ved tidligere selvmordsforsøg hos kvinder og nær signifikant effekt ved alkoholpåvirkning hos mænd.

Parametrene med signifikant effekt i tabel 5, er endvidere analyseret ved Cox regression som det fremgår af tabel 7. Hermed tages højde for flere faktors betydning i en samlet analyse.

Risikofaktorer	Intervention versus kontrol		
	Total		
	Odds ratio	CI (95%)	P-værdi
Tidligere selvmordsforsøg	2,74	1,1195-6,7125	0,027
Intervention	0,38	0,1440-0,9767	0,045

Tabel 7. Parametre for selvmordsforsøg i survival analyse (Cox regression) N= 133

Som det fremgår, beholder tidligere selvmordsforsøg sin beskyttende effekt med en odds ratio på 2,74, når intervention medtages. Interventionen har beskyttende effekt med en odds ratio på 0,38, når tidligere selvmordsforsøg medtages. De kønsrelaterede forskelle er ligeledes analyseret med Cox regression i tabel 8, og her er ingen effekt hos mænd, men effekt hos kvinder.

Risikofaktorer	Total			Mænd			Kvinder		
	Odds Ratio	CI (95%)	P-level	Odds ratio	CI (95%)	P-level	Odds ratio	CI (95%)	P-level
Tidligere selvmordsforsøg	2,74	1,1195-6,7125	0,027	0,88	0,1223-6,2572	0,894	0,30	0,0953-0,9177	0,035
Intervention	0,38	0,1440-0,9767	0,045	1,17	0,1204-11,3263	0,894	3,21	1,1132-9,2476	0,031

Tabel 8. . Parametre for selvmordsforsøg i survival analyse (Cox regression) fordelt på køn. Mænd: N= 38, Kvinder: N= 95

Vi har ligeledes beregnet, hvor mange man skal intervenere hos, før der er en, der får gavn af det, ud fra begrebet Number needed to treat: iflg. cia version 2.1.2(34): 6,9 altså 7 personer.

Øvrige resultater:

Interventionsgruppen

69 deltager har efter lodtrækning fået tilbudt opfølgende hjemmebesøg. 4 fortrød deltagelse i projektet før første aftalte hjemmebesøg. 65 blev besøgt primært i eget hjem, ellers på projektlederens kontor eller på en café et sted i byen. 11 af disse havde kun 2 - 4 kontakter og kunne ikke motiveres for flere hverken personligt, telefonisk eller pr. SMS, enten på grund af arbejde, ferie eller ønskede ikke kontakt. Af de resterende 54 har der i gennemsnit været 10,96 kontakt pr. patient (5-36) i løbet af det første ½ år efter indxdatoen.

Der var 1 recidiv blandt de 4 der fortrød deltagelse, 1 recidiv blandt de 11 der havde under 4 kontakter og 4 recidiver blandt de 54 der havde fået mere end 4 kontakter.

Chi² test beregnet på antal kontakter under 3/over 3 og recidiv viste ingen signifikans på hverken 5 % eller 10 % niveau.

Længden af den enkelte kontakt har i gennemsnit været 1 time (30 minutter – 2 ½ time)

Kontrolgruppen

Kontrolgruppen har ikke fået kontakt i det første halve år efter indxdatoen, men vi havde forpligtet os til at tage telefonisk kontakt ½ efter. 4 fortrød deltagelse i projektet kort efter indxdatoen. Af de resterende 60 lykkedes telefonisk kontakt hos 25 (39,0 %) efter det ½ år, hvorimod det ikke efter flere forsøg lykkedes hos 35 (54,7 %). Af de 25 deltager der svarede, havde 8 gentaget selvmordsforsøget og 5 af recidiverne er blandt de 35 der ikke kunne kontaktes og 1 recidiv blandt de 4 der havde fortrudt.

Chi² test beregnet på modtaget ½ års kontakt og recidiv viste ingen signifikans på hverken 5 % eller 10 % niveau.

Ledsagelse

Af de 65 der fik intervention havde 10 (15,4 %) behov for ledsagelse til enten, egen læge, psykiatrisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling, alkoholambulatorium, jobformidling eller socialcenter.

Chi² test beregnet på ledsaget og recidiv viste ingen signifikans på hverken 5 % eller 10 % niveau.

Motivation til efterbehandling

31 (47,7 %) af de 65 patienter der modtog interventionen skulle motiveres til fastholdelse i efterbehandlingsforløbet, eller – hvis de ikke havde modtaget et individuelt tilpasset efterbehandlingstilbud - motiveres til at gå til egen læge med henblik på henvisning til enten privat praktiserende psykiater eller – psykolog eller fortsætte i alkoholambulatoriet.

34 (52,3 %) skulle ikke motiveres til efterbehandling. Nogle var i forvejen i et behandlingsforløb hos enten privat praktiserende psykiater eller – psykolog , eller var yderst motiveret til at følge et forløb hos privat praktiserende psykolog.

Chi² test beregnet på motivation og fastholdelse i efterbehandling og recidiv viste ingen signifikans på hverken 5 % eller 10 % niveau.

Compliance

16 (24,6 %) havde ingen compliance vedrørende efterbehandling, men har anvendt den opsøgende indsats som forebyggelse. Dette skyldtes dels ventetiden hos praktiserende psykiater og eller – psykolog og dels følte de ingen behov for efterbehandling eller kunne ikke motiveres til denne.

18 (27,7 %) havde i opfølgingsperioden under 3 kontakter med behandleren, dels var de startet sent på grund af ventetiden eller de var droppet ud af behandlingsforløbet.

28 (43,1 %) havde over 4 kontakter med behandleren

3 (4,6 %) som ventede på at starte i et efterbehandlingsforløb. 3 havde ikke modtaget et individuelt tilbud men ønskede et gennem egen læge.

Chi² test beregnet på kontakter og recidiv viste ingen signifikans på hverken 5 % eller 10 % niveau.

Konklusion

Design

Undersøgelsens design er valgt, idet randomiseret undersøgelser er de mest biasfrie metoder til at undersøge en behandling eller interventions effekt, idet undersøgelses populationen bliver udvalgt gennem lodtrækning, der forhindrer såkaldt selektionsbias og der indgik en kontrolgruppe til sammenligning. Alle deltagerne med et selvmordsforsøg/selvskadende handling som opfyldte inklusionskriterierne fik den samme information om projektet og tilbuds deltagelse. Først efter skriftligt samtykke foregik lodtrækningen. Grupperne er blevet sammenlignet på alle relevante karakteristika og er sammenlignelige.

Svagheden ved designet kan være en undervurdering af den direkte og indirekte årsagseffekt der evt. kan være ved projektlederens engagement i interventionen. Yderligere kan være kontrolgruppens mulige ”krænkelse” ved at føle de ikke er så meget værd, og kan afvise deltagelse fordi interventionen ikke er acceptabel. Der er ved den anvendte statistiske metode korrigeret for eventuelle skævheder for de kraftigste indvirkende risikofaktorer.

Da Intent-to-treat er den mest ”respekterede” metode, medtager man dem, der er randomiserede, men bagefter trækker sig. Dette medførte i vores undersøgelse, at 4 i hver gruppe trak sig, men ”tæller med”. Der var to recidiver herfra i hver gruppe, hvoraf det ene blev efterfulgt af et selvmord (en person, der oprindeligt blev randomiseret til interventionsgruppen).

Metode

Indsatsen har fra projektlederens side være meget aktivt opsøgende, vedholdende og været meget fleksibel. Deltagerne blev tilbudt flere forskellige muligheder for at bevare kontakten, som kunne være enten i form af personligt møde, hvor sted og tid den enkelte bedst. Hvis personligt møde ikke kunne lade sig gøre blev der anvendt telefonkontakt og eller SMS kontakt. Ved fravær/udeblivelse/glemte tid, blev deltagerne kontaktet med henblik på ny tid, anden kontaktform eller andet mødested. Antal kontakter har været behovsrelaterede indenfor det første halve opfølgingsår, og har ikke været begrænset til et på forhånd fastlagt antal kontakter ud fra forståelse af det enkelte menneskes individuelle behov.

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 deltageren sat ind (20;32;33) 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 til efterbehandling hos psykolog, psykiater eller i alkoholambulatoriet og fastholdelse i behandlingsforløbet. En anden medvirkende årsag er, at deltagerne 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 signifikant øget compliance eller motivationen. Der er dog ingen signifikant forskel på antal kontakter, motivation og gentagelse af selvmordsrisikoen. Årsagen til dette kan skyldes ventetider hos psykolog, psykiater og at nogle af deltagerne havde et alkoholmisbrug og eller havde en personlighedsforstyrrelse med et samtidigt misbrug af narkotika, eller det kan, som det beskrives i en enkelt artikel (35) skyldes at lav resiliens kan være en faktor der leder til selvmordsforsøg. Det er et område, der ikke er forsket så meget i, i relation til de selvmordstruede, men kan ikke afvises at have en betydning.

Dette kan også betyde, at det er vores egen kontakt, der har betydet mest, og samtidig mindre betydning af, hvad man i øvrigt har kunne motivere deltageren til.

Resultater

Vi har i lighed med den kvasi-eksperimentelle undersøgelse i 2005 (7) har vi fundet den samme effekt af intervention. Vi har som med undersøgelsen 2005 påvist at interventionen har en beskyttende effekt med en odds ratio på 0,38 når der korrigeres for risikofaktoren tidligere selvmordsforsøg. Undersøgelsen viser også ved nærmere analyse, at interventionen ikke har effekt på mænd, men effekt på kvinder. Men siger ikke noget om forklaringen på dette, men kan eventuel skyldes at mænd er mere åbne overfor eget køn. Det kan betyde, at man skal overveje andre interventionstiltag over for mænd.

Selv om der har været fokus på de helt unge og de ældre, har materialet været for lille til selvstændige analyser. Men den samlede opgørelse viser, at alder ikke påvirker effekten. Man ser i øvrigt at opgørelsen viser, at der er en stigning af antallet af de helt unge (12-19 årige) i forhold til 2005. Problemet i denne undersøgelse har været, at de 12 og 13 årige samt deres forældre ikke ønskede deltagelse.

Antallet af ældre er det samme som i 2005. Med hensyn til de specielt ældre mænd, er der for få der har ønsket deltagelse, men blandt der deltog var der ingen recidiver. Dette kan skyldes, at ensomheden/isolation for denne gruppe er blevet brudt ved kontakten med projektlederen, hvilket svarer til en italiensk undersøgelse(36), hvor deltagerne blandt andet blev kontaktet ugentlig, og spurgt om hvordan de havde det.

Der er stadig meget få undersøgelser, der har påvist effekt (2), og hvor der har været effekt, har det været i særlige grupper som bordeline patienter(10;37;38).

Vedrørende aktiv opfølgning, mener vi, at der er behov for at indføre denne enkle, men effektive opfølgende indsats hos de selvmordstruede.

Generaliserbarheden

Det er en enkel metode, der er anvendt uden egentlig karakter af terapi, og kan anvendes i et eventuelt kompetencecenter under psykiatrien. På sigt et princip, der kan anvendes generelt i den kliniske hverdag.

Reference List

- (1) Allard R, Marshall M, Plante MC. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 1992;22(3):303-14.
- (2) Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 1999;(Issue 4.Art.No.: CD001764.DOI: 10.1002/14651858.CD001764).
- (3) Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006 May 27;332(7552):1241-5.
- (4) van der Sande R, van RL, Buskens E, Allart E, Hawton K, van der GY, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *Br J Psychiatry* 1997 Jul;171:35-41.
- (5) Wang AG, Nielsen B, Bille-Brahe U, Hansen W, Kolmos L. Attempted suicide in Denmark. III. Assessment of repeated suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 1985 Oct;72(4):389-94.
- (6) De Leo D, Carollo G, Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 1995 Apr;152(4):632-4.
- (7) Hvid M, Wang AG. Opfølgende hjemmebesøg til selvmordstruede - en kvaseeksperimentel undersøgelse. 2005. Report No.: Modelprojekt 102.
- (8) Brown GK, Ten HT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005 Aug 3;294(5):563-70.
- (9) Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Personal Disord* 2006 Oct;20(5):450-65.
- (10) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Jul;63(7):757-66.
- (11) Jobes DA, Wong SA, Conrad AK, Drozd JF, Neal-Walden T. The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 2005 Oct;35(5):483-97.
- (12) Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006 Mar;37(1):25-35.

- (13) Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 Nov;40(11):1246-53.
- (14) Guthrie E, Kapur N, Kway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001 Jul 21;323(7305):135-8.
- (15) Hvid M, Wang AG. Prevention repetition of attempted suicide I Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nord J Psychiatry*, in press 2008.
- (16) Torhorst A, Burk F, Kurz A, Wachtler C, Moller HJ. Motivation for compliance with outpatient treatment of patients hospitalized after parasuicide. In: Möller HJ, Schmidtke R, Welz R, editors. *Current Issues of Suicidology*. Berlin: Springer Verlag; 1988. p. 458-62.
- (17) Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med* 2003 Aug;33(6):969-76.
- (18) van Heeringen C., Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De BD, Van RJ. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995 Sep;25(5):963-70.
- (19) Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(1):61-73.
- (20) Shneidman E. *Suicide as Psychache: A clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New Jersey, London: Jason Aronson Inc. Northvale; 1993.
- (21) Shneidman E. *The Suicidal Mind: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New Jersey London: Jason Aronson Inc. Northvale; 1993.
- (22) Bille-Brahe U, Kerkhof AD, De Leo D, Schmidtke A. Definitions and Terminology Used in the WHO/EURO Multicentre Study. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof AD, editors. *Suicidal Behaviour in Europe*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 11-4.
- (23) Kjellgren K, Ahlner J, Saljo K. Taking antihypertensive medication - controlling or cooperating with patients? *International Journal of Cardiology* 1995;47:257-68.
- (24) Möller HJ. Efficacy of different strategies of after-care for patients who have attempted suicide. *J R Soc Med* 1989;82:643-7.
- (25) Copenhagen municipality. Statistics of population. www.sk.kk.dk 2007 Available from: URL: <http://www.sk.kk.dk>

- (26) Danmarks Statistik. Statistics of population. www dst dk/ 2007 Available from: URL: <http://www.dst.dk/>
- (27) Winsløv J, Erlangsen A, Fleischer E. Forebyggelse af ældre mænds selvmord. Indsatsområder og anbefalinger. J R Soc Med 2005;82:643-70.
- (28) Center for Selvmordsforskning. Selvmordsstatistik www selvmordsforskning dk. Center for selvmordsforskning 2008 Available from: URL: www.selvmordsforskning.dk
- (29) The ICD-10 Classification of mental and behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation; 1999.
- (30) Andersen H. Opfølgende indsats til apopleksipatienter efter udskrivelse fra hospital: Lægefaglig intervention efter udskrivelse. Et randomiseret interventionsstudie.: Ikon tekst & tryk A/S Vedbæk; 2001.
- (31) Dupont WD, Plummer WD, Jr. Power and sample size calculations. A review and computer program. Control Clin Trials 1990 Apr;11(2):116-28.
- (32) Michel K, Valatie L, Weber V. Understanding deliberate self-harm: the patients' view. Crisis 1994;15(4):172-8.
- (33) Strand L. Fra Kaos mod samling, mestring og helhed; psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. Haslev: Nordisk bogproduktion A/S; 1997.
- (34) Altman D, Machin D, Bryant T, Gardner M. Statistics with confidence. 2. Ed. ed. London: BMJ Books; 2000.
- (35) Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low resilience in suicide attempters. Arch Suicide Res 2007;11(3):265-9.
- (36) De Leo D, Buono MD, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. Br J Psychiatry 2002;181:226-9.
- (37) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991 Dec;48(12):1060-4.
- (38) Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1993 Dec;50(12):971-4.

Bilag 1

Projektets tidsforløb

	Aktiviteter	Deltagere	Ansvarlig	Arbejdsformer	Tid
Forberedelsesfasen og informationsfasen	Indsamling af: Baggrundsmateriale Information om projektet Valg af følgegruppe Ansøgning af tilladelser hos Videnskabsetisk Komite og Datatilsynet	Sygeplejedirektør Afdelingschefer Afdelingsledelse Personalet på de involverede afdelinger	Sundhedsområdet Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Juli 2005 Slut: Sept. 2005
Planlægning	Udarbejdelse af: Informationsmateriale Datamateriale	Ledere og medarbejdere på de involverede afdelinger	Projektansvarlig Projektlederen	Møder	Start: Juli 2005 Slut: Sept. 2005
Dataindsamling	Indsamling af: Patienter til projektet Hjemmebesøg	Personale på de 3 involverede afdelinger Patienter	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Okt. 2005 Slut: Juni. 2007
Opfølgning og Passiv opfølgning	Hjemmebesøg Registeropfølgning	Projektlederen Patienter	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Okt. 2005 Slut: Juni. 2008
Evaluering	Analyse, Rapportskrivning Og artikelskrivning	Projektansvarlig Projektleder	Projektansvarlig Projektleder	Møder Solistarbejde	Start: juni 2008 Slut: Aug. 2008

Bilag 2

Selvmondsrisiko - vurdering af

Type: **Regional vejledning**
Ikrafttrædelse: **11-04-2008**
Gældende for: **Alle personalegrupper**



- » Se lokal version for [BBH / Psykiatrisk Center Bispebjerg](#)
- » Se lokal version for [AH](#)
- » Se lokal version for [AH / Psykiatrisk Afdeling](#)

Formål

Formålet er at tilvejebringe et grundlag for vurdering af selvmordsrisiko for patienter med øget selvmordsrisiko.

Vejledningen omhandler hvilke oplysninger der bør indhentes, og hvilke forholdsregler der bør tages i forbindelse med selvmordstruede patienter:

- ved henvendelse på psykiatrisk og somatisk afdeling
- ifm. diagnostik af alvorlig somatisk lidelse
- indlagt med psykiatrisk lidelse – herunder ifm aftaler om orlov, udgang og udskrivning
- der går i ambulans behandling.

Målgruppe og anvendelsesområde

Vejledningen omfatter pleje- og behandlingspersonale på alle psykiatriske og somatiske afdelinger, inkl. skadestuer og gælder for patienter i alderen 14 år og derover.

Fremgangsmåde

Patienter som henvender sig eller bringes til somatisk eller psykiatrisk afdeling på grund af selvmordsadfærd eller selvmordstanker er i en øget risiko for at gentage forsøg på selvmord.

Risikopatienter er:

- Patienter på somatisk afdeling som nyligt har fået konstateret en alvorlig somatisk sygdom har ligeledes øget selvmordsrisiko
- Psykiatriske patienter, specielt førstegangsinlagte patienter, er i øget risiko for selvmord i de første uger efter indlæggelse og udskrivelse, herunder.
 - Patienter med affektive lidelser er i særlig høj risiko for selvmord
 - Patienter med lidelser i skizofrenispektret og patienter med personlighedsforstyrrelser.

"Samarbejdsaftalen mellem Psykiatrisk Center og kommunerne træder i kraft, såfremt der er behov for en social indsats ved udskrivelse fra psykiatrien".

Vurdering af selvmordsrisiko ved henvendelse/indlæggelse i somatisk regi på grund af selvmordsforsøg eller selvmordstanker

Målgruppe: Alle henvendelser fra patienter der henvender sig på grund af selvmordsforsøg eller selvmordstanker skal udredes for dette.

Tidspunkt: Alle ovennævnte patienter skal opfattes som potentielt selvmordsfarlige, indtil der kan

foretages en udredning.

Dokumentation: Den sundhedsperson som foretager vurderingen af patienten, skal dokumentere det i journalen.

Alle patienter bør vurderes af en psykiater enten ved psykiatrisk tilsyn/stuegang eller ved vurdering i psykiatrisk modtagelse.

Der vil forekomme tilfælde, hvor patienten ønsker at forlade somatisk skadestue/afdeling uden psykiatrisk tilsyn eller afslår psykiatrisk vurdering. I disse situationer skal personalet på afdelingen så vidt muligt indsamle oplysninger i henhold til nedenstående. Det anbefales, at der konfereres med psykiater med henblik på mulig intervention.

Der skal lokalt på det enkelte hospital, i samarbejde med nærværende psykiatriske center, fastlægges retningslinjer for etablering af tilsyn i tilknytning til selvmordsforebyggelse.

Ansvarlig: Somatisk afdeling og tilsynsgående læge fra psykiatrisk afdeling. Er vurdering af psykiater umulig, skal lægen på somatisk afdeling foretage vurderingen.

Såfremt en person bedømmes selvmordsfarlig og vil forlade afdelingen, har personalet ud fra en nødretræbetragtning mulighed for at forhindre patienten i at forlade afdelingen, ved brug af rimelige midler der er afvejet i forhold til den aktuelle situation samt patientens tilstand og adfærd. Derefter tilkaldes politiet. Dette med henblik på afklaring af om patienten skal tvangsindlægges på psykiatrisk afdeling.

For børn og unge (under 18 år) skal man være opmærksom på at patienten eventuelt kan sikres behandling gennem kontakt til indehaveren af forældremyndigheder eller underretning til de sociale myndigheder.

Procedure: Følgende forhold skal belyses ved journaloptagelse for personer, der har foretaget selvmordsforsøg eller har haft selvmordstanker:

Risikofaktorer for selvmord (skal belyses både ved selvmordsforsøg og ved selvmordstanker)

- Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling inden for de seneste uger
- Tidligere selvmordsforsøg
- Selvbekadigende adfærd
- Aktuel psykisk lidelse, herunder misbrug
- Nyligt tab af nærtstående, specielt ved selvmord i familien
- Nydiagnosticeret alvorlig fysisk sygdom
- Enlig civilstand
- Detaljerede planer for selvmord

Til belysning af risikofaktorer skal følgende vigtige forhold klarlægges:

Vigtige forhold

- Belastende livsomstændigheder og -begivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøg
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Behandlingsbehov

Ved **selvmordsforsøg** belyses intentionsgraden ved at stille spørgsmål som anført i *bilag 1*.

Ved **selvmordstanker** belyses intentionsgraden også, men spørgsmålene er lidt anderledes – *se bilag 1*.

Konklusion

På baggrund af ovenstående vurdering foretages en samlet vurdering af patientens aktuelle tilstand som :

- ✓ Ingen øget selvmordsrisiko
- ✓ Øget selvmordsrisiko
- ✓ Akut øget selvmordsrisiko

Vurdering af selvmordsrisiko og de deraf afledte beslutninger skal dokumenteres i journal. Patienter, der skal bringes til psykiatrisk modtagelse, til samtale med læge, skal ledsages dertil.

Plan og samtykke

På baggrund af denne vurdering lægges planer for patientens behandling, beskyttelse og opsyn. Såfremt patienten giver samtykke og det er muligt tages der kontakt til patientens familie eller andre personer, som kan fungere som resursepersoner efter en udskrivelse, og som i den forbindelse modtager relevant information om selvmordsforsøget/-tankerne og, hvilken støtte, der vil være relevant i tiden efter.

Det er vigtigt at være opmærksom på at samtykket som hovedregel skal være skriftligt, og at evt. mundtligt samtykke skal journaliføres

Vurdering af selvmordsrisiko ved diagnostik af alvorlig somatisk lidelse

Ved diagnostik af alvorlig somatisk lidelse (cancer, dissemineret sclerose, stroke etc.) skal lægen på den somatiske afdeling være opmærksom på muligheden for psykiatrisk tilsyn, henvisning til krisepsykologisk behandling under sygesikringsoverenskomsten eller i andre regier.

Vurdering af selvmordsrisiko ved akutte henvendelser til psykiatrisk afdeling på grund af selvmordsforsøg eller selvmordstanker

Målgruppe: Patienter, der henvender sig eller bliver bragt til psykiatrisk skadestue på grund af selvmordsforsøg eller selvmordstanker skal undersøges.

Tidspunkt: Tjeklisten skal gennemgås i forbindelse med lægesamtale, og personalet på psykiatrisk skadestue kan bidrage med allerede ved modtagelsen af patienten at afklare nogen af spørgsmålene.

Ansvarlig: Lægen på psykiatrisk afdeling skal bruge nedenstående tjekliste ved journaloptagelse for hhv. selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Procedure: Følgende forhold skal belyses ved journaloptagelse for personer, der har foretaget selvmordsforsøg eller har haft selvmordstanker:

Risikofaktorer for selvmord (skal belyses både ved selvmordsforsøg og ved selvmordstanker)

- Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling inden for de seneste uger
- Tidligere selvmordsforsøg
- Aktuel psykisk lidelse, herunder misbrug
- Nyligt tab af nærtstående, specielt ved selvmord i familien
- Nydiagnosticeret alvorlig fysisk sygdom
- Enlig civilstand
- Detaljerede planer for selvmord

Til belysning af risikofaktorer skal følgende vigtige forhold klarlægges:

Vigtige forhold

- Belastende livsomstændigheder og -begivenheder forud for selvmordsforsøget

- Motiver til selvmordsforsøg
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Behandlingsbehov

Ved **selvmordsforsøg** belyses intentionsgraden ved at stille spørgsmål som anført i *bilag 1*

Ved **selvmordstanker** belyses intentionsgraden også, men spørgsmålene er lidt anderledes – se *bilag 1*.

Konklusion

På baggrund af ovenstående vurdering foretages en samlet vurdering af patientens aktuelle tilstand som :

- ✓ Ingen øget selvmordsrisiko
- ✓ Øget selvmordsrisiko
- ✓ Akut øget selvmordsrisiko.

På baggrund af denne vurdering lægges planer for patientens behandling, beskyttelse og opsyn. Såfremt patienten giver samtykke og det er muligt, tages der kontakt til patientens familie eller andre personer, som kan fungere som resursepersoner efter en udskrivelse, og som i den forbindelse modtager relevant information om selvmordsforsøget/-tankerne og, hvilken støtte, der vil være relevant i tiden efter. *Det er vigtigt at være opmærksom på at samtykket som hovedregel skal være skriftligt, og at evt. mundtligt samtykke skal journalføres*

Vurdering af selvmordsrisiko og de deraf afledte beslutninger skal dokumenteres i journal.

Vurdering af selvmordsrisiko for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling

Målgruppe:

- Alle patienter der ved indlæggelse er vurderet med øget selvmordsrisiko.
- Alle patienter der under indlæggelse har udviklet selvmordstanker eller udvist selvdestruktiv adfærd.
- Alle patienter hvis kliniske tilstand er afgørende forværret under indlæggelsen, dvs. pt. er skønnet tiltagende forpint.
- Alle patienter der under eller op til indlæggelse har været udsat for voldsomme sociale hændelser.

Tidspunkt: Vurderes minimum ugentligt indtil selvmordsrisiko er aftaget,

Derudover:

- ved lempelser i beskyttende tiltag
- ved flytning til andet afsnit
- ved orlov (se specialinstruks)
- ved udskrivning

Ansvarlig: Vurderinger foretages af sygeplejerske eller læge, og dokumenteres i journal.

Procedure: Følgende forhold skal belyses for patienter med øget selvmordsrisiko.

Tegn på akut selvmordsfare

- Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg, eller haft påtrængende selvmordstanke
- Patienten fremsætter fortsatte tanker og ønsker om selvmord, og er ude af stand til at tage afstand fra disse
- Patienten gør aktive forsøg på at komme til at foretage selvmordshandlinger
- Patienten virker stærkt psykisk ustabil med fx affektudbrud eller apati
- Patienten er stærkt præget af håbløshedsfølelse
- Patienten har depressive vrangforestillinger eller anden psykotisk tilstand med depressive komponenter
- Patienten har overfor pårørende udtrykt dødsønske
- Personalet har en fornemmelse af at patienten har selvmordsimpulser.

Ved **selvmordstanker** belyses intentionsgraden ved at stille spørgsmål som anført i *bilag 2*.

Konklusion:

Ud fra ovenstående checklister foretager lægen en samlet vurdering af patientens aktuelle tilstand som:

- ✓ Ingen øget selvmordsrisiko
- ✓ Øget selvmordsrisiko
- ✓ Akut øget selvmordsrisiko

Vurderingen og de deraf afledte beslutninger skal dokumenteres i journal

På baggrund af denne vurdering lægges planer for patientens behandling, beskyttelse og opsyn.

Såfremt patienten udskrives og giver samtykke, tages der kontakt til patientens familie eller andre personer, som kan fungere som resursepersoner efter en udskrivelse, og som i den forbindelse modtager relevant information om selvmordsforsøget/-tankerne og, hvilken støtte, der vil være relevant i tiden efter.

Det er vigtigt at være opmærksom på at samtykket som hovedregel skal være skriftligt, og at evt. mundtligt samtykke skal journaliføres

Forud for konkret udgang, vurderes patienten i henhold til vejledningen herfor.

Vurdering af selvmordsrisiko i forbindelse med udgang og orlov for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling

Målgruppe: Alle patienter, der ved tidligere vurdering er fundet med øget selvmordsrisiko.

1. gangs indlagte patienter, skal vurderes minimum i forbindelse med 1. udgang.

Tidspunkt: I forbindelse med udgang eller orlov fra psykiatrisk sengeafdeling.

Ansvarlig: Efter udgang/orlov er aftalt på behandlingskonference/stuegang, og dette er dokumenteret af læge i journalen, foretages den aktuelle vurdering af plejepersonale /kontaktperson.

Procedure:

Inden der tages stilling til udgang/orlov, skal plejepersonalet vurdere

Patientens stemningsleje og adfærd samt eventuelle ændringer

Er ønsket om udgang/orlov planlagt eller impulsstyret?

Har der været kontakt fra evt. bekymrede pårørende?

Hvis patienten på baggrund af ovenstående fortsat vurderes egnet til udgang, skal følgende afklares / aftales:

Aftalens indhold

- Hvad er formålet med udgang?
- Hvad er tidsplanen
- Der laves aftale om hvornår patienten kommer tilbage
- Der skal foreligge dokumenteret plan, for det tilfælde at patienten ikke overholder aftalen, herunder om patienten skal tilbagebringes
- Om muligt inddrages pårørende i aftalen

Konklusion:

Vurdering iht. ovenstående, samt aftaler dokumenteres i journalen.

Ved væsentlige ændringer i patientens tilstand skal patienten vurderes af læge, og resultatet heraf dokumenteres i journalen.

Vurdering af selvmordsrisiko for ambulante patienter psykisk regi

Målgruppe:

- Alle patienter der følges efter en indlæggelse hvor der er vurderet øget selvmordsrisiko.
- Alle patienter med debuterende psykisk sygdom.
- Alle patienter der i det ambulante forløb fremkommer med selvmordstanker.

Tidspunkt: Ambulant vurdering foretages indenfor to uger og patienten vurderes efterfølgende efter dokumenteret plan indtil selvmordsrisiko er aftaget,

Ansvarlig : De løbende vurderinger foretages af kontaktperson eller læge. Lægen skal dokumentere vurderingen i journalen.

Procedure: Følgende forhold skal belyses:

Tegn på akut selvmordsfare

- Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg, eller haft påtrængende selvmordstanke
- Patienten fremsætter fortsatte tanker og ønsker om selvmord, og er ude af stand til at tage afstand fra disse
- Patienten gør aktive forsøg på at komme til at foretage selvmordshandlinger
- Patienten virker stærkt psykisk ustabil med fx affektudbrud eller apati
- Patienten er stærkt præget af håbløshedsfølelse
- Patienten har depressive vrangforestillinger eller anden psykotisk tilstand med depressive komponenter
- Patienten har overfor pårørende udtrykt dødsønske
- Personalet har en fornemmelse af at patienten har selvmordsimpulser

Ved **selvmordstanker** belyses intentionsgraden ved at stille spørgsmål som anført i *bilag 2*.

Konklusion:

Ud fra ovenstående checklister foretager lægen en samlet vurdering af patientens aktuelle tilstand som:

- ✓ Ingen øget selvmordsrisiko
- ✓ Øget selvmordsrisiko
- ✓ Særlig øget selvmordsrisiko

På baggrund af denne vurdering lægges planer for patientens behandling, beskyttelse og opsyn. Såfremt patienten giver samtykke og det er muligt tages der kontakt til patientens familie eller andre personer, som kan fungere som resursepersoner efter udskrivelsen, og som i den forbindelse modtager relevant information om selvmordsforsøget/-tankerne og, hvilken støtte, der vil være relevant i tiden efter.

Det er vigtigt at være opmærksom på at samtykket som hovedregel skal være skriftligt, og at evt. mundtligt samtykke skal journaliføres

Vurdering af selvmordsrisiko og de deraf afledte beslutninger skal dokumenteres i journal.

Ansvar og organisering

Hospitalsdirektioner, center-, klinik- og afdelingsledelser er ansvarlig for implementering af vejledningen.

Definitioner

Selvmordsforsøg: Et selvmordsforsøg er en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis eller lignende 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 (dansk oversættelse af WHO's definition, som også SST anvender – 1998).