

# **Selvmondsforebyggelse i arresthuse**

**Udviklings- og efteruddannelsesprojekt  
med sundhedspersonale**

**Birgit Erichsen**

**Kriminalforsorgens Uddannelsescenter 2007**

Indledning.....	1
Særlige forhold ved selvmordsforebyggelse i Kriminalforsorgen .....	3
Tilbageblik .....	4
Regeringens handleplan 1998.....	4
Selvmord og selvmordsforsøg blandt Kriminalforsorgens klienter .....	6
Målretning af forebyggelsesindsatsen .....	8
Nedsættelse af arbejdsgruppe .....	8
Fokusgruppeinterview – metode.....	9
Indledning til interview.....	10
Karakteristika ved varetægtsarrestanter og indsatte generelt .....	11
Er der altid tydelige forudgående tegn på selvmordshandling .....	11
Paradoksale tegn på selvmordsrisiko .....	12
Depression og behandling med anti-depressiv medicin.....	12
Afvejning af mulig selvmordsrisiko .....	13
Indretning af de fysiske omgivelser .....	13
Restriktive foranstaltninger .....	14
Personalets reaktioner i forbindelse med indsattes selvmord. ....	15
Kan der udarbejdes en opskrift på identifikation af selvmordsrisiko?.....	16
Kan de kendte risikofaktorer identificeres ud fra sags- og personkendskab?.....	16

Må man <i>tale</i> om selvmord med den indsatte? .....	17
Andre risikomomenter .....	18
Betydningen af indsattes netværk .....	18
Sundhedspersonalets "nykomstilsyn" .....	19
Kontrakter.....	19
Når en indsat dør efter selvmordshandling.....	20
Mundtlig videregivelse af bekymring ved afløsning.....	21
Afhjælpning af konkrete problemer .....	21
"Den der truer gør det ikke" .....	23
Afspænding af en situation.....	23
Kan vi via projektet nå frem til ændringer i arbejdsgange / procedurer?.....	24
Konfliktløsning.....	24
Relevante oplysninger om indsatte til vurdering af selvmordsrisiko.....	24
To-dages seminar for læger og sygeplejersker .....	26
Opsummering – planlægning af det videre arbejde.....	26
Seminar, november 2006 .....	26
Selvmordsforebyggelse fremover. ....	27
Belysning af selvmordsintention: .....	29
En sygeplejerske fortæller .....	30

Aktuelt: .....	30
Afslutning .....	34

## **Indledning**

Denne rapport er skrevet med udgangspunkt i et udviklings- og uddannelsesprojekt, som Kriminalforsorgens Uddannelsescenter gennemførte i 2005 / 2006 for midler, bevilliget af Socialministeriet.

I nærværende rapport vil hovedvægten blive lagt på erfaringerne fra dette projekt. Der relateres dog til generelle forhold vedrørende selvmord og selvmordsforebyggelse i Kriminalforsorgen de senere år for at placere projektet i forhold til sin kontekst.

Hovedparten af rapporten vil med udgangspunkt i citater fra et fokusgruppeinterview med læger og sygeplejersker på Københavns Fængsler behandle en vifte af relevante problemstillinger i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøg i et stort arresthus.

Der er et konkret eksempel på et samtaleforløb mellem en sygeplejerske og en indsat, der har alvorlige selvmordstanker. Det illustreres her, hvordan et samtaleforløb kan åbne for, at den indsatte ser på muligheder i sin nuværende livssituationer i stedet for forhindringer – og således efterhånden forlader sin kredsen omkring selvmordet som løsning på sin situation.

Mange kolleger fra Kriminalforsorgens Uddannelsescenter, Direktoratet for Kriminalforsorgen og fængsler og arresthuse har bidraget med kommentarer, råd og vejledning til denne rapport, hvilket har været en stor hjælp og inspiration. En særlig tak til overlæge Knud Christensen, Københavns Fængsler, som kritisk, konstruktivt og engageret har bidraget med faglige kommentarer samt overlæge Marianne Kastrup, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, der har været projektpartner. Desuden tak til Socialministeriet, som har ydet det økonomiske grundlag.

Vi håber at nærværende rapport kan tjene som inspiration til medarbejdere på fængsler, arresthuse og pensioner, der har interesse for at vide noget mere om selvmordsforebyggelse og tager gerne imod ideer og kommentarer, som kan bruges i det fortsatte arbejde på området.

Kriminalforsorgens Uddannelsescenter har netop modtaget besked om, at vi har fået ny bevilling fra Socialministeriet til et nyt projekt i 2007 og 2008 vi kan således fortsætte vores udviklingsarbejde.

Birgit Erichsen, uddannelseskonsulent, cand.psych.

## Særlige forhold ved selvmordsforebyggelse i Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgens indsatte er i forbindelse med selvmordsproblematikken i en særlig situation i kraft af, at de er frihedsberøvede. Kriminalforsorgen har derfor en særlig omsorgsforpligtelse over for de indsatte, både mere generelt og i forbindelse med forebyggelse af selvmordsadfærd. En del af de indsatte opholder sig på lukkede institutioner, det vil sige arresthus (arrestafdeling) eller et lukket fængsel. Det er af afgørende betydning, at Kriminalforsorgen varetager sin omsorgsforpligtelse optimalt, og her er et velfungerende og veluddannet personale en meget væsentlig ressource.

Det er nødvendigt at være opmærksom på særlige problemstillinger i forbindelse med det lukkede regi, hvis der skal tilrettelægges en yderligere forebyggende indsats i forbindelse med selvmord og livsfarlige handlinger (herunder selvmordsforsøg)<sup>1</sup>. Det involverede personales holdninger, viden og færdigheder (kompetencer) vurderes, foruden andre faktorer, at have afgørende betydning for, at denne indsats kan opnå resultater.

Kriminalforsorgens Uddannelsescenter har i 2002 udgivet publikationen "Selvmordsadfærd blandt indsatte"<sup>2</sup>. Denne publikation har stadig relevans og er stadig anbefalingsværdig. Der blev nogenlunde samtidigt med denne publikation udgivet en folder af Direktoratet for Kriminalforsorgen (herefter DfK) med titlen "Forebyggelse af selvmord, selvmordsforsøg og selvbeskadigelse." Denne folder er i skrivende stund under revision og vil formentlig blive udgivet i 2007.

---

<sup>1</sup> Her bruges jf. indberetningsskemaerne i Kriminalforsorgen begreberne selvmord om fuldbyrdet selvmord og begrebet livsfarlige handlinger om handlinger, som personen ville have været død af, med mindre der var blevet grebet ind. Livsfarlige handlinger inkluderer med andre ord både handlinger med intention om selvmord og handlinger uden intention herom, men derimod ikke reelt ufarlige handlinger med intention og forventning om at dø. Jf. DfK's cirkulære af 15. juli, 2005 vedrørende indsatte, der under indsættelse i Kriminalforsorgens institutioner afgår ved døden eller udsætter sig selv for livsfare.

<sup>2</sup> Sigurd Benjaminsen og Birgit Erichsen: Selvmordsadfærd blandt indsatte. Kriminalforsorgens Uddannelsescenter, 2002

## Tilbageblik

### Regeringens handleplan 1998.

Sundhedsstyrelsen publicerede i 1998 "Handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark." I denne nævnes Kriminalforsorgen både direkte og indirekte.

Under overskriften "Andre risikogrupper" hedder det:

*"Mennesker anbragt i institution synes at have forhøjet risiko for selvmordsadfærd... Både i danske og udenlandske undersøgelser er det dokumenteret, at hyppigheden af selvmordsadfærd er forhøjet i fængsler og arresthuse." sd. 56*

Og i en af Handlingsplanens anbefalinger peges der på:

*"At personale, der arbejder med institutionsanbragte og i fængsler og arresthuse er opmærksomme på øget risiko for selvmordsadfærd", sd. 57.*

I forbindelse med grund-, videre- og efteruddannelse nævnes fængselspersonale som en gruppe,

*"som skal tilegne sig færdigheder i at håndtere situationer med selvmordsadfærd". sd. 73.*

Kriminalforsorgen reagerede på disse bemærkninger med at nedsætte en arbejdsgruppe, hvis formål det var at afgive en indstilling. Denne indstilling udkom i november 1999.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Indstilling om forebyggelse af selvmordsadfærd blandt indsatte i Kriminalforsorgens institutioner, november 1999



Kriminalforsorgens Uddannelsescenter gennemførte i 2001 som konsekvens af indstillingen, som blandt andet anbefalede grund- og efteruddannelse af personalet, en omfattende undervisningsindsats i forhold til medarbejdere i arresthussektoren. Omkring 20 % af arresthusmedarbejderne deltog i disse kurser (11 i alt). Kurserne var overvejende bygget op som traditionel undervisning og indeholdt moduler om psykiske lidelser, misbrug og kommunikation med selvmordstruede. Desuden handlede et modul om psykisk førstehjælp til personale, der havde været involveret i selvmord / selvmordsforsøg. Ud over efteruddannelsesinitiativet blev der på anbefaling af indstillingen indført en temadag om selvmordsforebyggelse på den teoretiske del af fængselsfunktionærernes grunduddannelse. Denne temadag er siden 2001 blevet afholdt på alle hold på grunduddannelsen.

Kriminalforsorgens Uddannelsescenter fik i sensommeren 2005 bevilliget midler fra Socialministeriet til gennemførelse af et projekt, som overordnet havde til formål at *videreudvikle sundhedspersonalets kompetencer i at identificere og forebygge selvmordsadfærd<sup>4</sup> hos varetægtsfængslede.*

Det har gennem mange år været kendt, at selvmordsrisikoen er størst hos nyindsatte. Dette er tydeligt både i danske og i udenlandske arresthuse. Mange steder påpeges, at halvdelen af alle selvmord sker inden for de første 14 dage af indsættelsen<sup>5</sup>  
<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Selvmordsadfærd betegner selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord.

<sup>5</sup> Indstilling, 1999

<sup>6</sup> Benjaminsen, S. og B. Erichsen, 2001

## Selv mord og selvmordsforsøg blandt Kriminalforsorgens klienter

I det følgende vil der ganske kort blive behandlet talmateriale fra de senere år (fra 1993 til 2005). Med hensyn til dokumentation og analyse af selvmord og selvmordsforsøg tidligere end det, henvises til Christensen, WF, 1991 og Christensen, WF og Gregersen, M., 1999. I årene 2002 til 2005 udgjorde antallet af selvmord hhv. 6, 6, 9 og 8 – i gennemsnit 7.25. I perioden 1993 til 2005 udgjorde gennemsnittet af antal selvmord 6.5. I forhold til antallet af indsættelser var der i 2004 3.8 selvmord pr. 10.000 indsættelser og i 2005 3.6 pr. 10.000 indsættelser (svarende til incidensrater på hhv. 380 og 360). I befolkningen som helhed var det absolutte antal selvmord i 2005, 628.

Der har været en betydelig stigning i såvel antallet af indsættelser, som i antallet af *forskellige* personer, som blev indsat i arresthuse, fængsler og i pensioner. Antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Kriminalforsorgen er *ikke* sammenligneligt med antallet af selvmord / selvmordsforsøg i baggrundsbefolkningen. Alene den høje forekomst af misbrugere og personlighedsforstyrrelser blandt indsatte øger risikoen henholdsvis 15 – 20 gange og 7 gange (Benjaminsen, S. og B. Erichsen, 2002). Dette, kombineret med en række andre risikofaktorer, øger selvmordsrisikoen. Alene det at være sigtet eller dømt for kriminalitet og / eller at være indsat på en lukket institution udgør en belastning. Men der er også forhold, der mindsker risikoen. De indsatte på en institution i Kriminalforsorgen er mere overvågede end normalbefolkningen og af et personale, der har kendskab til og pligt til at anvende metoder, der kan lindre en psykisk anspændt situation. I tilfælde af at disse ikke er tilstrækkelige er der rådighed over mere virksomme og restriktive foranstaltninger end "udenfor". De selvmordstruede bliver set og der bliver grebet ind. Nogle af disse personer lever "udenfor" et liv, hvor de holder sig for sig selv og ikke har noget særligt netværk, - de ville kunne have det rigtig dårligt, uden at der var nogen, der lagde mærke til det eller følte sig forpligtet til at reagere på det.

Af de 8 selvmord i 2005 skete 2 på lukkede fængsler og 6 i arresthuse (herunder 1 på Københavns Fængsler). I 2005 var der 5, som døde af fuldbyrdet selvmord, dan-

ske statsborgere, mens der var 3 fra forskellige andre verdensdele end Europa. I forbindelse med selvbekadigelse med livsfare, hvis der ikke var grebet ind, herunder selvmordsforsøg, var de 30 ud af de 43 personer (46 tilfælde) danske statsborgere. Resten var fordelt på en lang række nationaliteter. Den eneste nationalitet, der er repræsenteret med mere end 1, var 4 ex-jugoslavere. Der tegner sig ellers ikke noget mønster i denne statistik fra DfK.

En yderligere undersøgelse fra Danmarks Statistik<sup>7</sup> kunne belyse 64 ud af 77 sager vedr. selvmordsforsøg / selvbekadigelse hele 2004 og indtil 29. september, 2005. Denne undersøgelse viser, at indsatte med anden etnisk baggrund end dansk var overrepræsenterede, idet 40 % havde anden etnisk baggrund end dansk. Ifølge Danmarks Statistik udgjorde procentdelen af indsatte med anden etnisk baggrund i Kriminalforsorgens institutioner 26,25 på en tilfældig dag (den 4-11, 2005).<sup>8</sup>

At hyppigheden er størst hos varetægtsindsatte ses af, at disse i 2004 udgjorde 8 ud af 9 fuldbyrdede selvmord og i 2005, 5 ud af 8. Desuden er det tydeligt, at såvel omfanget af alvorlig selvbekadigelse / selvmordsforsøg og antallet af selvmord er tydeligt faldende over tid efter indsættelsen. Det er talt op i forhold til 1. dag, 1. uge, 1. måned og herefter.<sup>9</sup> Dette mønster peger *tydeligt* på, at selvmordsfrekvensen falder omvendt proportionalt med tid i løbet af de første 14 dage af indsættelsen. Således bør opmærksomheden omkring identifikation og forebyggelse af selvmordsadfærd være *særligt intensiv* i forbindelse med nyindsættelsen. Personale og enheder, der har særligt meget med nyindsættelser / nyindsatte at gøre, skal derfor have gode faglige kvalifikationer, samt skærpet iagttagelsesevne over for signaler, der kunne være prædiktive for selvmordsadfærd.

---

<sup>8</sup> Hele dette afsnit bygger på Notat af 13. januar, 2006 med senere tilføjelser, Klientkontoret, DfK, 17. marts, 2006, journalnummer KK 05-1340-4

<sup>9</sup> Notat, DfK

## **Målretning af forebyggelsesindsatsen**

Da en stor del af de kendte risikofaktorer i forbindelse med selvmordsrisiko (psykisk sygdom, tidligere selvmordsforsøg, stofmisbrug m.m.) søges afdækket ved de første kontakter med institutionens sundhedspersonale, fandt vi det hensigtsmæssigt at undersøge, hvorvidt vi ved afdækning og beskrivelse af nuværende kompetencer og ønsker om videreuddannelse kunne pege på realistiske forbedringsområder i forhold til den indsats, der i øjeblikket foregår i forhold til identifikation af og foranstaltninger i forhold til de selvmordstruede.

Projektet i 2005 / 2006, som danner det egentlige udgangspunkt for denne skrivelse, er gennemført i samarbejde med Videnscenter for Transkulturel Psykiatri ved overlæge Marianne Kastrup. Hun har både deltaget i den overordnede planlægning af projektets tiltag og initiativer samt bidraget med sin specialviden i forbindelse med psykisk syge med anden etnisk baggrund end dansk, herunder specielt personer med diagnosen Post Traumatisk Stress Disease (PTSD) eller andre belastnings- / eller tilpasningsreaktioner.

## **Nedsættelse af arbejdsgruppe**

Uddannelsescenteret etablerede indledningsvis en arbejdsgruppe, bestående af overlæge Knud Christensen og sygeplejefaglig leder Annette Lindberg, læge Jacob Tolland, alle Københavns Fængsler, overlæge Marianne Kastrup, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Rigshospitalet samt uddannelseschef Jørgen Balder og uddannelseskonsulent, cand.psych. Birgit Erichsen, begge Kriminalforsorgens Uddannelsescenter. Med udgangspunkt i at Københavns Fængsler samlet huser 577 indsatte, svarende til 8 – 9.000 indsættelser per år, og også tegner sig for en stor del af det samlede antal selvmord og livsfarlige handlinger, valgte vi at gennemføre kompetenceudviklingen med så mange som muligt fra sundhedspersonalet på Københavns Fængsler.

Det viste sig, at både sygeplejersker, læger og deltidsansatte speciallæger i psykiatri (3 x 8 timer ugl.), samt den deltidsansatte psykolog (12 timer ugl.) var interesserede i at deltage. Ud over møder i arbejdsgruppen afholdt vi som forberedelse to mø-

der med sundhedspersonalet på Københavns Fængsler og gennemførte et fokusgruppelinterview med 2 læger og 2 sygeplejersker.

### **Fokusgruppelinterview – metode.**

Fokusgruppelinterview er her brugt som en metode, der søger at afdække en nærmere defineret målgruppes viden, holdninger og handleberedskab i forhold til en nøje defineret problemstilling.

Metoden er kvalitativ og har ingen objektiv videnskabelig eller statistisk karakter. Interviewmetoden er inspireret af Emil Kruses beskrivelse af fokuseret interview.<sup>10</sup>

Målgruppen bestod af to læger og to sygeplejersker fra Vestre Fængsel: Det var således en lille og ikke nødvendigvis repræsentativ gruppe. Deltagerne meldte sig selv til at deltage i interviewet. De havde ingen mulighed for at forberede sig inden interviewet. Deres svar var således helt spontane eller afhængige af den øvrige dialog. Vi kunne have brugt båndoptager, men valgte at benytte en referent, der omhyggeligt noterede alt, hvad der blev sagt bordet rundt.

Nedenstående tekst er baseret på udsagn i fokusgruppelinterviewet, suppleret med forfatterens og (i nogle tilfælde) andres fortolkning og kommentarer til de konkrete udsagn, samt henvisninger til relevant litteratur, som underbygger disse udsagn.

Generelt var talelysten stor, hvilket ind i mellem gav problemer med at fastholde temaerne og den strukturelle ramme for interviewet. Alle 4 var lige aktive med at komme med udtalelser. Der blev ikke henvist til lovgivning, vejledninger og cirkulærer, men disse forudsætninger lå naturligvis bag respondenternes udtalelser.

---

<sup>10</sup> Emil Kruse (2005); Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag .Dansk Psykologisk Forlag.

Sundhedspersonalets arbejdsområde byder både på traditionelle sundhedsmæssige opgaver plus den særlige udfordring, det er at udføre dette arbejde med frihedsberøvede. Hertil kommer, at de indsatte generelt og forventeligt er præget af en ringere helbredsmæssig status (såvel somatisk som psykisk) end en population af jævnaldrende med samme kønsfordeling i samfundet i almindelighed. Desuden er der en del indsatte, der taler et (eller flere) andre sprog end dansk og har en anden etnisk, kulturel og / eller religiøs baggrund.

I forhold til den anvendte metode bør fordele og ulemper ved den naturligvis overvejes. Intervieweren havde på daværende tidspunkt været ansat i Kriminalforsorgen i 13 år og kan således ikke ligefrem betragtes som udefra kommende eller udenforstående. Dette indebærer en forståelse i forhold til frihedsberøvelsens problemstillinger i bred almindelighed, kendskab til personalet og til institutionen. Det kan afstedkomme "blinde pletter" og "selektiv opmærksomhed". Som en fordel kan nævnes, at der har været mulighed for at anvende viden og forhåndskendskab til personalet og relevante problemstillinger til at formulere spørgerammen for interviewet. En udenforstående interviewer ville nok ikke have mødt en så afslappet og åben gruppe, som det var tilfældet.

Det følgende afsnit er bygget op omkring udsagnene i fokusgruppe-interviewet. Citater fra de medvirkende er skrevet i kursiv og i anførelsestegn. Den øvrige tekst af kommenterende og uddybende art er skrevet artiklens forfatter, hvis ikke andet er angivet.

## **Indledning til interview**

I fokusgruppeinterviewet anvendtes en spørgeramme: Denne udgør en styring og er udtryk for forberedte tematiseringer. Den kan imidlertid godt fraviges i forhold til den måde diskussionen udvikler sig på – især her, hvor der ikke skulle sammenlignes med interview med andre grupper.

Spørgerammen var konstrueret sådan, at spørgsmålene tog udgangspunkt i den *generelle* opfattelse af og eventuelle erfaring med livsfarlige handlinger og selvmord.

Interviewet indledtes således med et åbent spørgsmål til erfaringer generelt. Der var naturligvis forskellige erfaringer rundt om bordet og hurtigt blev der fokuseret på professionelle problemstillinger i forhold til indsatte.

## **Karakteristika ved varetægtsarrestanter og indsatte generelt**

En gav udtryk for, at de indsatte oplever sig som *"i en ingen - vej – ud - situation"*. De er *"depersonaliserede", "numre", "tingsliggjorte og institutionaliserede."* Derfor har de ikke altid lyst til at åbne sig over for fængselspersonalet, (hermed tænkes på *alle ansatte* i fængslet) som de oplever gør dem til en ting. Dette udsagn stemmer nøje overens med forskning og teori om karakteristika ved mennesker på lukkede institutioner, såvel i fængsler som i psykiatriske hospitaler<sup>11,12</sup> Det blev yderligere fremført, *"at mange indsatte var kontaktsvage og indelukkede". "Mange kunne have gavn af psykologbehandling."* Der er 12 psykologtimer om ugen og kun til krisebehandling (til 577 indsatte). Desuden er der 3 psykiatriske konsulenter, som hver har 8 timer om ugen, først og fremmest til diagnosticering og dernæst til forslag om medikamentel behandling.

## **Er der altid tydelige forudgående tegn på selvmordshandling**

*"I to af de tilfælde, hvor der var fuldbyrdet selvmord, var der ingen tegn på risiko forud for selvmordet. De var helt upåfaldende. Der har heller ikke efterfølgende været muligt at identificere tegn, der indikerede risiko for selvmord"*

Fuldbyrdede selvmord forekommer uden et eneste tegn til omgivelserne – heller ikke ved en retrospektiv vurdering eller en såkaldt psykologisk autopsi findes noget, der kunne have givet mistanke om et forestående selvmord.

---

<sup>11</sup> Goffmann: Anstalt og menneske, Jørgen Paludans Forlag, 1961

<sup>12</sup> Yngve Hammelin: Fangernes tabsliste, 1986 87 – gengives i flere værker af Yngve Hammerlin

Man må gå ud fra, at der er en eller anden tilskyndelse til en selvmordshandling ligesom til alle andre handlinger. Imidlertid er der selvmord, hvor det er umuligt at få øje på denne tilskyndelse. Der er også nogle, der aldrig nævner muligheden for selvmord "som løsning" for nogen .

## **Paradoksale tegn på selvmordsrisiko**

Nogle af de forudgående tegn kan være så tilsyneladende paradoksale, at det kræver viden og erfaring at genkende dem. Der er eksempler i Kriminalforsorgen på indsatte, der umiddelbart op til selvmordet virkede glade, rolige og afslappede. Selvom det at have taget en beslutning giver selv sagt en vis lettelse. Imidlertid vil det være vanskeligt i forebyggelsesøjemed at skride ind i forhold til indsatte, der virker til at have det godt eller i alt fald bedre end de plejer. Dog kan man sige, at hvis en indsat står i en objektivt set ekstremt belastende situation – for eksempel i tiden umiddelbart op til en dom, som forventes at blive hård, eller hvis de tydeligvis har mistet meget socialt og måske oven i købet er voldsomt eksponeret i pressen - må den lettelse og afslappethed, de viser, netop ses som så paradoksal, at der er grund til at være særligt opmærksom.

## **Depression og behandling med anti-depressiv medicin**

Mennesker med depression har en relativt set meget høj risiko for at begå selvmord. desuden er det vigtigt at være opmærksom på indsatte, som for nyligt er blevet sat i medikamentel behandling med anti-depressiv medicin, idet foretagsomheden hos den deprimerede som regel øges før nedtryktheden. Det giver risiko for, at en selvmordsideation (forestilling om selvmord) lettere omsættes til konkret handling, når hæmningerne aftager.<sup>13 14</sup>

---

<sup>13</sup> Mennesker med affektive lidelser (herunder depression) har ca. 20 gange forhøjet risiko for at begå selvmord (Jes Gerlach: Depression – symptomer, årsager og behandling, Psykiatrifonden, 2006), Yderligere materiale om selvmord og depression på [www.kbhamt.dk](http://www.kbhamt.dk) / depression.



## Afvejning af mulig selvmordsrisiko

*"Selvutilitation ("livsfarlige handlinger") er et nødråb, der gør det muligt at få øje på den indsatte og handle på det." "Selvmordsriko kan foruden med viden også vurderes ud fra erfaring og fornemmelse. Risikoen er ikke stor, hvis indsatte giver udtryk for fremtidsperspektiv (fx glæder sig til et besøg), og at deres liv er noget værd. Denne følelse beskytter mod selvskadende affekthandlinger."*

## Indretning af de fysiske omgivelser

En af respondenterne giver udtryk for, at der ikke bør fristes med stimuli til at begå selvmord, de steder de indsatte færdes (og selvfølgelig navnlig ikke i cellen) og at fuldbyrdede selvmord i fængsler og arresthuse stort set altid sker ved hængning. Derfor bør man så vidt muligt undgå kroge, armaturer, rør på toiletterne o.l. Dette synspunkt illustreres med bemærkningen: *"Vi piller dem jo ned fra vinduerne, de hænger i armaturerne"*.

Vedrørende indretning af og tilstedeværelse af effekter på cellen (tændstikker, bæltter, snøreband, saksen og ting der kan knuses og skæres med) kan disse mulige redskaber til selvbeskadigelse / selvmordsforsøg ikke unddrages de indsatte. Det vil give et alt for restriktivt regime i forhold til det faktiske antal selvmord / selvmordsforsøg i Kriminalforsorgens regi<sup>15</sup> og komme til at belaste en stor gruppe indsatte, som ikke er i risiko for at begå selvmord eller selvmordsforsøg, – men derimod i stedet ville komme det, provokeret af den afmagtsfølelse og den følelse af krænkelse af deres personlige integritet, dette måtte udløse.

---

<sup>14</sup> Behandling af depressive tilstande, [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk) (Lægemiddelkataloget).

<sup>15</sup> Hvilket konstant bliver påpeget af Direktoratet for Kriminalforsorgen, når denne problematik rejses af medierne.

Ifølge én af respondenterne bør der alligevel *generelt* sigtes mod en minimering af effekter, stimuli og indretning, som indlysende kunne inspirere til selvmord.

Dette er en større principiel diskussion, hvor mange hensyn skal afvejes mod hinanden – princippet om normalisering vil tale for en naturlig indretning af de fysiske omgivelser, mens man i helt konkrete sager, hvor der bliver begået fuldbyrdet selvmord eller der bliver omfattende skader efter en livsfarlig handling, ofte vil diskutere, hvorvidt det var passende, at den indsatte havde adgang til et lagen, en kniv, en æske tændstikker, lange snørebånd et spejl eller lignende. I januar 2007 reagerede offentligheden, herunder pressen på, at en indsat på et arresthus kunne benytte en strømførende ledning til at begå selvmord. Som sidstnævnte eksempel viser, vil det hele tiden være en afvejning i forhold til i hvilket omfang, det kan lade sig gøre at fjerne enhver stimulus og ethvert middel til at foretage en livsfarlig handling / begå selvmord.

## **Restriktive foranstaltninger**

Observationscelleanbringelse, hvor indsatte fratages alle effekter og tilses hyppigt af fængselspersonalet *skal* anvendes i situationer, hvor indsatte vurderes at være i risiko for bl.a. selvbeskadigelse og forsøg på selvmord. En endnu mere restriktiv foranstaltning er anbringelse i sikringscelle, som ifølge Straffuldbyrdslovens § 66 stk. 1, nr. 2 skal tages i brug for at forhindre selvmord. Dog kan selv indsættelse i sikringscelle ikke fuldstændig fjerne enhver risiko, da der er set selvbeskadigelse og efterfølgende død med medbragte (ikke fundne) effekter.

Opsynspersonalet beslutter og effektuerer overvågning (herunder "lys 1" på Københavns Fængsler), observationscelle eller sikringscelle. En af indikationerne for disse restriktive tiltag er hindring af selvskadende adfærd (men der er også andre grunde.) Det civile personale (sundhedsmedarbejdere, forsorgsmedarbejdere eller andre) kan tilråde det, og de skal videregive observationer af risiko for selvskadende virksomhed. Overordnede i opsynspersonalet kan derimod i en given situation beordre en sådan foranstaltning.

Der vil ved restriktive foranstaltninger i nogle tilfælde, ud fra en overfladisk betragtning, kunne være konflikt mellem (uønskede) skadevirkninger som krænkelse af den indsattes integritet og belastende mangel på stimuli på den ene side og varetagelse af Kriminalforsorgens omsorgsforpligtelse på den anden side.

Disse meget indgribende foranstaltninger må imidlertid kun iværksættes, når der er betydelig risiko for selvmord eller anden livsfarlig virksomhed. Foranstaltningerne anvendes ud fra Kriminalforsorgens princip om mindst mulig indgriben. Det *kan* være den mest indgribende foranstaltning, der skal til for at afhjælpe problemet. Det vil sige, at her overskygger omsorgspligten ulemperne ved foranstaltningen.

Kriminalforsorgens virksomhed er her – som på andre måder – underlagt kontrol fra både internt hold (fængselsledelsen, Direktoratet for Kriminalforsorgen) og eksternt hold (Folketingets ombudsmand), Folketingets § 71 udvalg, samt af CPT (The Council of Europe's Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (CPT)). Hertil kommer pressens temmelig store interesse. Da pressen som hovedregel ikke har tilstrækkelige forudsætninger for at vide, hvor vanskelig vurderingen af for eksempel selvmordsrisiko er, forekommer det, at et konkret fuldbyrdet selvmord bliver blæst op i helt overdrevne proportioner.

### **Personalets reaktioner i forbindelse med indsattes selvmord.**

*"Hvad nu, hvis han er død. Det er forfærdeligt. Min verden vælter hver gang. De skal ikke gøre det i affekt i hvert fald. Men jeg er her jo stadigvæk. Vi hjælper hinanden."*

Erfaringsmæssigt er det en stor belastning for det personale, der bliver involveret i forbindelse med en indsats selvmord. Det gælder også for eksempel for den sidste, der var i kontakt med indsatte inden selvmordshandlingen, de, som var med i genoplivningsforsøget – men også medarbejdere, der oplevede en afmagt ved ikke at kunne gøre noget i den forbindelse og så videre. Det er vigtigt for det psykiske arbejdsmiljø og for at forebygge psykiske efterreaktioner at personalet netop, som det udtales i citatet, har en tradition for at hjælpe hinanden. Det kan både være gennem al-

mindelige interesse, empati og omsorg eller ved formaliserede metoder som defusing og debriefing.

### **Kan der udarbejdes en opskrift på identifikation af selvmordsrisiko?**

Deltagerne i interviewet tog afstand fra, at der kunne udformes en "opskrift" på, hvordan en selvmordstruet kan identificeres. Alligevel efterlyses redskaber til at "turde" samtalen om selvmordstanker / selvmordsintentionen. Det er desuden vigtigt at kunne vurdere den indsatte livslyst og sætte fokus på muligheder og ressourcer frem for forhindringer og begrænsninger. På spørgsmålet om hvad der p.t. blokerer for at tage en sådan samtale, nævnes at man bør lære det.

Da interviewereren spørger til, om temaet selvmordstanker rutinemæssigt berøres i den samtale, sundhedspersonalet har med nyindsatte, tilkendegiver alle 4, at det gør det, hvis det skønnes relevant. Dette skøn kan basere sig både på oplysninger, den indsatte selv kommer med, oplysninger i den pågældendes anamnese eller ytringer fra den indsatte, der kunne være udtryk for tanker om selvmord.

### **Kan de kendte risikofaktorer identificeres ud fra sags- og personkendskab?**

Tidligere selvmordsforsøg og andre livsfarlige handlinger *kan* være prædiktive for nye livsfarlige handlinger, ligesom tidligere indlæggelser på psykiatriske afdelinger samt ikke mindst kriminalitetens art (impulsstyret kriminalitet.) Hvis personen er sigtet / dømt for kriminalitet, der har et impulsstyret præg eller har en personlighedsforstyrrelse med impulspræg, er der grund til at tage sig i agt for, at en impuls til at skade sig selv, lettere end hos andre mennesker, kan blive omsat i handling uden de store overvejelser eller mentale "bremseklodser".

En livsfarlig handling kan også udøves i forbindelse med en svær affektreaktion.<sup>16</sup> Denne kan godt have manipulativ karakter, men hvis handlingen er farlig, skal der reageres på samme måde, som hvis den ikke er manipulativ.

I forbindelse med sigtelse / varetægtsfængsling bliver der i mange tilfælde foretaget personundersøgelse og / eller mentalundersøgelse. Lægen rekvirerer desuden lægelige oplysninger efter samtykke med den indsatte, herunder den indsattes eventuelle psykiatriske sygdomshistorie, som således vil være belyst. Fra den 15-12, 2006 bliver livsfarlige handlinger registreret i klientsystemet.

### **Må man *tale* om selvmord med den indsatte?**

*"Ingen tror på forestillingen om at det at benævne selvmord, i sig selv, kan være fremmende for ideation (meget konkrete forestillinger og tankevirksomhed) om selvmord."*

Der stilles spørgsmål om dette til fokusgruppen, dels fordi det tidligere har været en gængs forestilling, at det at benævne selvmord skulle kunne inspirere til det. Der er vel ikke et "korrekt" svar på dette, idet det kommer an på i hvilken sammenhæng og med hvilken konkretiseringsgrad og til hvem, spørgsmålet bliver stillet – så det er et spørgsmål, der går tilbage til spørgerens professionelle vurdering i forbindelse med timing og andre professionelle dyder..

*"Der skal stilles åbne spørgsmål. Man skal være i stand til at opsnappe ord og sætninger – en slags "fokuseret, aktiv lytning". Men jeg kan godt en gang imellem komme til kort."*

Der er i afsnittet "En sygeplejerske fortæller" i denne rapport et eksempel på en samtale, hvor selvmordet bliver direkte benævnt. Som det fremgår af denne samtale,

---

<sup>16</sup> Mundtlig oplysning, Knud Christensen

er det netop med udgangspunkt i den indsatte egne udsagn omkring hans situation og hans syn på livet lige på det tidspunkt.

## **Andre risikomomenter**

Et andet vigtigt forhold (risikomoment) er, om den indsatte har meget at miste i forhold til tidligere status i samfundet, hvilket der er flere eksempler på blandt dem, der har begået selvmord.

*"Vi skal sætte os selv i deres sted: Hvad mister de ved at blive varetægtsfængslet, sigtet osv.?"*

Et eksempel er det såkaldte extended suicide, hvor meningen var at dræbe sig selv og hele familien, men af en eller anden grund bliver selvmordet ikke fuldbyrdet.

Der blev her også nævnt forskellige "pæne" mennesker (hvor sagerne var kendt for alle gennem omfattende presseomtale). Det var selv sagt personer, der i forbindelse med varetægtsfængslingen / retssagen havde oplevet en omfattende deroute i forhold til deres hidtidige liv.

*"Generelt har førstegangsindsatte meget at miste. Efter meget alvorlige forbrydelser kan den indsatte blive meget følelsesladet."*

## **Betydningen af indsatte netværk**

Et godt netværk (primært udenfor, men i nogle tilfælde også indenfor), nævnes som en beskyttelsesfaktor mod selvmordsadfærd.

Generelt har det betydning, hvor resilient, den indsatte er og hvilke coping-strategier han kan benytte sig af og hvilke sårbarhedsfaktorer, der gør sig gældende.

Isolationsfængslede har iflg. sagens natur ikke kontakt med deres eksterne netværk eller med medindsatte. Imidlertid er personalets opsøgende forpligtelse anvist i Straffuldbyrdelseslovens Kapitel 25, §§ 207-214 om særlige tilbud til varetægtsarrestanter, som er isolerede efter rettens bestemmelse.

De isolationsfængslede *skal* tilbydes kontakt med psykolog, præst osv. De er således dermed ikke helt unddraget kontakt, hvilket ellers kunne give risiko for udvikling af deprivationssyndrom. På grund af de restriktive tiltag og den megen kontrol og overvågning (besøg overvåges af politi, korrespondance ud og ind kontrolleres, der er særlige forhold omkring afvikling af gårdtur ("isogårdtur", så de ikke møder medindsatte), manglende fællesskab med medindsatte osv., vil de typisk føle sig psykologisk og socialt isolerede. Det er påvist, at isolationsfængsling i nogle tilfælde giver psykiske eftervirkninger.<sup>17</sup>

### **Sundhedspersonalets "nykomsttilsyn"**

Nykomsttilsyn på Københavns Fængsler er en helt fast procedure, hvor somatisk helbred, misbrugsstatus og psykisk tilstand afdækkes. Det kan være vanskeligt at afkode, om det er relevant at komme ind på selvmordstanker. Respondenterne vurderer ikke, at det vil være vanskeligt for dem at tage temaet op i denne samtale, såfremt de skønner det relevant.

### **Kontrakter**

I øjeblikket indgår sundhedspersonalet i nogle tilfælde en kontrakt med en indsat, der har givet udtryk for tanker eller planer om at foretage selvbeskadigende handlinger eller en egentlig selvmordshandling. En kontrakt "trækker tiden ud", sætter selvmordstanken "på hold" – *"du gør ikke noget før på mandag, hvor vi taler sammen igen"*. Dette forhold forsøger at imødekomme og lægge låg på den *impulsivitet* og

---

<sup>17</sup> Senest i Henrik Steen Andersen: Mental Health in Prison Populations. A review – with special emphasis on a study of Danish Prisoner of Remand. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 110

det *affektpræg*, der som tidligere nævnt kan ligge bag en livsfarlig handling. Da fængselsfunktionærene altid vil være tilgængelige døgnet rundt, adspørges om *også fængselsfunktionærer* vil kunne indgå en sådan kontrakt. Det mener fokusgruppen i enighed, at de kan. En veluddannet, moden og dygtig kontaktperson / fængselsfunktionær med en god kontakt til den indsatte vil og bør også kunne indgå en sådan aftale. En fængselsfunktionær skal ikke *kun* varetage opsynsopgaver, men også udføre opgaver, der som denne, har støttende og motiverende karakter og bruge sine observationer til at handle ud fra – hvad enten det er ved at tilkalde kollega fra egen eller anden faggruppe eller at handle på det selv. En sygeplejerske med erfaring med at arbejde med at indgå en sådan kontrakt fremhæver, at det kan være godt at være to om opgaven – eller at diskutere det med en kollega hen ad vejen, så man ikke er alene om at bære ansvaret.

### **Når en indsat dør efter selvmordshandling**

Direkte adspurgt mener sundhedspersonalet i fokusgruppen godt, de vil kunne leve med, at indsatte *alligevel foretager* en selvbeskadigende handling eller findes død efter selvmord.

*"Vi kan ikke redde hele verden"... "Vi forsøger at lave aftaler med dem, men derfor kan der godt ske noget alligevel. Hvis man ikke kan tackle det, kan man ikke arbejde her."*

Som supplement til kontrakterne nævnes, at den indsatte desuden er bekendt med at han kan kalde personalet, hvis de får tanker om selvbeskadigelse eller selvmord, men *"Hvis ikke de vil medvirke, kommer de i obs. cellen. Aftalen er: "Du gør ikke noget, før vi ses igen."*

Hermed må menes, at sygeplejersken / lægen vil videregive en information til opsynspersonalet om, at vedkommende giver udtryk for, at han tænker på selvmord og at dét, at det ikke har kunnet lade sig gøre at indgå en kontrakt, efterlader vedkommende med en bekymring. Herefter tager opsynspersonalet beslutning om relevant foranstaltning.



## Mundtlig videregivelse af bekymring ved afløsning

Deltagerne giver udtryk for, at der ikke ved alle afløsninger er overlapning mellem vagterne; derfor er det ikke altid muligt at videregive sine iagttagelser mundtligt. Det giver sig selv, at mere afgørende iagttagelser skal noteres i patientjournalen. Der opstod i forbindelse med dette tema en diskussion om, hvad et klinisk skøn egentlig baserer sig på. Alle var enige om at intuition, viden og erfaring spiller sammen i denne sammenhæng, mens det var forskelligt hvor meget vægt den enkelte lagde på intuitionen – det var især de tre kvindelige respondenter, der lagde vægt på intuitionen, mens den mandlige respondent lagde mere vægt på viden og erfaring. . Ved mundtlig overdragelse kan der gives udtryk for en bekymring, mens man i en patientjournal skal notere afgørende iagttagelser.

## Afhjælpning af konkrete problemer

*"Det er svært at give dem lov til at ringe til børn. Men det kan lade sig gøre, det er en sej kamp – men det skal gå gennem betjentene eller Politiet, hvis der er tale om retslig isolation."... Regelsættet er sådan – men tankesættet hos fængselsfunktionærerne bør laves om".*

Problemer i forhold til f.eks. akutte, erkendte problemer, der opstår som en følge af indsættelsen skal selvfølgelig afhjælpes, således at den indsatte ikke gribes af "tunnelsyn" og håbløshed". Konkret sker det ved, at samtalen med sundhedspersonalet eventuelt afbrydes, og der etableres kontakt med en relevant fagperson (fængselsfunktionær, socialrådgiver eller speciallæge i psykiatri).

Om arbejdsgange og procedurer giver de interviewede udtryk for, at sundhedspersonalet føler sig som sekundære til opsynet. I den forbindelse bemærker overlæge Knud Christensen til udskriften af fokusgruppeinterviewet:

*"Derfor skal alle inkl. helsemedarbejdere, socialrådgivere og medhjælpere medvirke til, at fængselsfunktionæren informeres om blot en mistanke til, at en indsat kan være truet af selvbeskædigende adfærd, så fængselsfunktionæren kan træffe egen be-*

*slutning om +/- "lys" (dvs. tilsyn) eller mere indgribende foranstaltninger som obs. celle anbringelse, begge tiltag er alene fængselsfunktionærernes redskaber."*

*"Dette forhold kan "lindres" ved at alle, også helsepersonalet gør sig klart, hvilke kompetencer helsepersonalet allerede har og ved at helsepersonalet bruger disse kompetencer, **uden** at handle inden for fængselsfunktionærernes suveræne kompetencer. Dette og kun dette (respekt for andres suveræne kompetencer) medfører, at helsemedarbejdere naturligt kan kræve, at fængselsfunktionærerne ikke tiltager sig kompetencer indenfor helsesektorens suveræne område. Forholdet kræver også, at sygepleje- lægegruppen erkender begrænsninger i forhold til indbyrdes kompetencer og tildelte opgaver, ikke at glemme i denne sammenhæng! Supplerende oplyser Knud Christensen, at det hyppigt forekommer, at opmærksomheden på risiko for indsatte selvbeskadigelse opstår hos fængselsfunktionærerne, før den opstår hos helsepersonalet!*

Indtil videre har deltagerne i fokusgruppeinterviewet aldrig oplevet, at en indsat begår selvmord *umiddelbart* efter at have truet med det,. Men samtidig kan det ikke udelukkes, at det kan ske. Det er klart, at en fremsat trussel må give anledning til videregivelse af denne oplysning, ledsaget af helsepersonens vurdering af oplysningen til opsynspersonalet, der herefter kan iværksætte den relevante foranstaltning.

Statistiske oplysninger og de generelle anbefalinger omkring selvmordsforebyggelse peger imidlertid på, at de, som fuldbyrder selvmord, meget ofte tidligere har forsøgt at begå selvmord og ofte ikke bare én gang (disse tal gælder en normalpopulation). I forhold til populationen af indsatte gælder det, at *mange* indsatte begår selvbeskadigelse / livsfarlige handlinger, herunder selvmordsforsøg (tidligere "selvbeskadigende handlinger"). *Meget få* begår fuldbyrdet selvmord. Så selvom tidligere selvbeskadigelse er prædiktiv for selvmord, er det af ringe værdi i forhold til det meget begrænsede antal fuldbyrdede selvmord.

## **"Den der truer gør det ikke"**

Intervieweren spørger fokusgruppen om, hvad de tænker om udsagnet: "Den, der truer, gør det ikke!"

*"Det er en myte! Tankerne kan være der. Og på sigt kan det så komme til selvmord, selvom impulsen ikke er der lige her og nu. Det er vigtigt at nævne det over for den selvmordstruede. Når vi anbefaler lys <sup>18</sup> eller observationscelle, siger fængselsfunktionærerne ofte "ja, ja, ja". De (fængselsfunktionærerne) tror på myterne"*

Udsagnet peger på, at der hos fængselsfunktionærer kan være en vis træghed i forhold til at tage trusler om selvbeskadigelse / selvmord alvorligt. Noget, som de også selv giver udtryk for. Det er et kendt fænomen hos alle faggrupper med en omsorgsforpligtelse, at såvel trusler om selvbeskadigende handlinger som trusler om selvmord *også* bruges manipulativt. Det er naturligvis vigtigt at undgå at blive manipuleret (ikke mindst fordi det ikke fremmer behandlingen), men det er endnu vigtigere at handle adækvat på kommunikation af mulig selvbeskadigelse. Så i tvivlstilfælde bør man reagere, som om den indsatte er i risiko for selvmordsadfærd.

### **Afspænding af en situation.**

Sundhedspersonalet oplever af og til, at det er lidt vanskeligt at få fængselsfunktionærerne / Politiet til at tillade, at den indsatte får lov til at ringe eller andet, der kan afspænde indsattes situation. Dog giver de udtryk for, at det fremmer sagen, hvis ønsket fremsættes ud fra helbreds- eller omsorgshensyn.

Overlæge Knud Christensen, Københavns Fængsler oplyser, at der i tilfælde af, at en varetægtsarrestant skønnes truet på sit helbred, er en helt klar procedure: Helsepersonale *kan* og *skal hyppigt* meddele fængslet og dermed fængselsfunktionærer, an-

---

<sup>18</sup> Lys 1 giver mulighed for at observere den indsatte bag lukket dør med regelmæssige mellemrum. Denne metode benyttes på Vestre Fængsel

klager og forsvarer, hvis den indsatte er *alvorligt helbredstruet* og *på hvilken måde, samt hvad der kan tænkes at reducere helbredstruslen*, derefter er det så op til fængslet, opsynspersonalet, forsvarer og politi, hvad de vil gøre for om muligt at aflaste indsatte helbredstrussel

## **Kan vi via projektet nå frem til ændringer i arbejdsgange / procedurer?**

*“Vi arbejder ud fra det eksisterende regelsæt. Imidlertid er det ønskeligt, at det uniformerede personale ændrer deres tankesæt”.*

Der gives også udtryk for, at sundhedspersonalet oplever sig som sekundært i forhold til opsynet.

Det er væsentligt at slå fast, at der ikke må være en uklarhed om grænsefladen mellem forskellige faggrupper, der arbejder under fælles mål og fælles ledelse Ingen faggrupper er sekundære til andre. Tydeliggørelsen af dette er vigtigt – og en vigtig opgave både uddannelsesmæssigt og ledelsesmæssigt.

## **Konfliktløsning**

Implementering af øgede krav til de ansattes kompetencer i konfliktløsning medvirker til at kunne forebygge selvmordsadfærd. Hvis ikke, er det et område, der bør udvikles yderligere. Psykiatrien har i de senere år haft held med at nedbringe antallet af fikseringer af patienter gennem forudgående samtale herom, samt i tilfælde hvor det alligevel sker, en efterfølgende samtale med henblik på, at patienten f.eks. kan forestille sig andre handlemuligheder i den givne situation end dem, der førte til bæltefikseringen.

## **Relevante oplysninger om indsatte til vurdering af selvmordsrisiko.**

Der forefindes en frustration i fokusgruppen gående på, at oplysninger om tidligere surrogatfængslinger og andre relevante oplysninger (for eksempel om tidligere indlæggelser / tvangsindlæggelser på psykiatriske afdelinger på røde eller gule papirer,

tidligere selvmordsforsøg i andre regier) ikke altid har været tilgængelige. Papirer om den indsatte kommer ifølge en af respondenterne nogle gange lang tid efter, at vedkommende er blevet indsat på Københavns Fængsler. Selv om helsepersonalet i princippet også selv skal opsøge relevante oplysninger, er disse alligevel ifølge respondenterne ikke altid fremme i tide – for eksempel på grund af egen travlhed.

Overlæge Knud Christensen oplyser, at der undertiden skal rykkes for oplysninger. Oplysningerne kan for eksempel kun indhentes med samtykke fra den indsatte, hvilket sjældent afvises. Hvis der ikke er samtykke, prøves med henvisning til undtagelsesforhold alligevel at hente relevante oplysninger.

Tjekliste i forbindelse med selvmordstruede patienter. Sundhedsstyrelsen, 2004. Kan downloades på [www.stt.dk](http://www.stt.dk)

## **To-dages seminar for læger og sygeplejersker**

For projektmidlerne afholdt vi et to-dages seminar (internat) begyndelsen af februar 2006. Temaerne i programmet var:

Kommunikation med selvmordstruede klienter *ved chefpsykolog Bente Hjorth Madsen, Center for selvmordsforebyggelse, Psykiatrien Aarhus Amt*

Psykisk sygdom og varetægtsfængsling *ved overlæge Dorte Sestoft, Frederiksberg Hospital*

"Hvad kan vi lære af det hidtidige input"? Opsummering i mindre grupper

Plenum *ved Birgit Erichsen og Marianne Kastrup*

Personlighedsforstyrrelser og suicidal adfærd *ved forskningsoverlæge Erik Simonsen, Roskilde Amtssygehus, Fjorden*

Etniske minoriteter – særlige problemstillinger *ved overlæge Marianne Kastrup, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Rigshospitalet*

## **Opsummering – planlægning af det videre arbejde**

Det var vores formulerede intention, at det fortsatte arbejde med selvmordsforebyggelse skulle ske i gensidig dialog med sundhedspersonalet. Det viste sig på to-dages seminaret, at det, deltagerne pegede på i forhold til den videre proces, var et ønske om faglig supervision af det selvmordsforebyggende arbejde. Dette blev arrangeret, men der var imidlertid ikke tilstrækkelig tilslutning fra sundhedspersonalets side til at det kunne gennemføres.

Herefter afsluttedes projektet i forhold til sundhedspersonalet på Københavns Fængsler.

## **Seminar, november 2006**

Efter forslag fra ledende sygeplejerske på Københavns Fængsler, Annette Lindberg, besluttede vi at iværksætte endnu et seminar – denne gang for sygeplejersker i de

øvrige arresthuse og arrestafdelingerne i fængslerne, samt for fængselsfunktionærer fra arresthuse uden sygeplejerske. Der var stor interesse fra denne målgruppe og vi kunne gennemføre seminaret med 28 deltagere.

Kurset blev planlagt og udviklet i samarbejde med Livsliniens afdelingsledere Mette Søegaard og Charlotte Berendt-Poulsen.<sup>19</sup>, overlæge i psykiatri Marianne Kastrup og uddannelseskonsulent Birgit Erichsen.

I dette seminar valgte vi, at medarbejderne fra Livslinien stod for forløbet og at det hovedsageligt var bygget op som træning af kommunikative færdigheder og færdigheder i at vurdere selvmordsrisiko. Der blev arbejdet med konstruerede cases, som var realistiske i forhold til varetægtsindsatte.

### **Selvmondsforebyggelse fremover.**

Selvmondsforebyggelsen skal være så effektiv som muligt på grund af etiske hensyn til det enkelte menneske, der oplever selvmord som den eneste udvej på en vanskelig livssituation.

Det at være frihedsberøvet skærper almindelige problematikker og kriser (for eksempel verserende sager i forbindelse med forældremyndighed, aftaler om samvær med børn o.l.) eller andre belastende livssituationer, som nærmeste pårørendes alvorlige sygdom eller død. Situationer, som man i princippet bedre kan agere i forhold til, hvis man ikke er frihedsberøvet.

Desuden byder det almindelige liv udenfor på forskellige ventiler, mulighed for at komme lidt på afstand af problemerne (sove længe, drikke sig fuld, gå til fest, gå en tur i naturen og så videre). På de åbne situationer vil udeblivelse eller flugt nok blive

---

<sup>19</sup> Livslinien er en rådgivning, der henvender sig til personer berørt af en selvmordsproblematik, såvel selvmordstruede som pårørende, efterladte og fagpersoner. Livslinien er organiseret med et lønnet sekretariat, samt 150 professionelle, frivillige medarbejdere, der yder rådgivning pr. telefon og e-mail.

benyttet før selvmordshandling (selv om der er set selvmord i et åbent fængsel), men s indsatte i arresthuse og lukkede fængsler ikke har disse muligheder.



## Belysning af selvmordsintention:

For at kunne foretage en vurdering af et menneskes risiko for at begå selvmord er en af metoderne at få en dialog i gang med vedkommende om hvor konkret deres intention om at begå selvmord er. Forudsætningen for denne samtale er at kontakten er god og at den professionelle er lyttende, empatisk og respektfuld.

Nedenfor anvises en spørgeguide, som overlæge i psykiatri Merete Nordentoft anbefaler.<sup>20</sup>

- Har du haft selvmordstanker?
- Har du selvmordstanker nu?
- Er det noget, du har tænkt på ofte?
- Hvor ofte – gennem længere tid?
- Har du haft selvmordsplaner
- Hvad havde du konkret tænkt dig at gøre?
- Hvilken metode har du tænkt dig at bruge?
- Har du overvejet, hvor farlig den planlagte metode er?
- Har du truffet nogle forberedelser

I det følgende vil jeg gengive et eksempel på anvendelse af denne metode over for en indsat i et af fængslerne. Samtalen gennemføres af en sygeplejerske, der har lært metoden i forbindelse med kurserne i selvmordsforebyggelse i 2001 og senere selv har undervist i den på disse kurser og på temadagen på grunduddannelsen. Sygeplejersken har i flere tilfælde anvendt denne metode i samtaleforløb på med indsatte i lukket fængsel eller fængslets arrestafdeling. For at anvende metoden skal man naturligvis være rutineret i den professionelle samtale.

---

<sup>20</sup> Nyhedsbrev om selvmordsforebyggelse, august 2001, sd. 7

## **En sygeplejerske fortæller**

### **Case – Et samtale med indsat med selvmordsplan**

Den indsatte, herefter kaldet Kim er indsat på lukket fængsel, hvor han afsoner en dom på tre år for salg af narko og grov voldskriminalitet.

Forhistorie: Kim er enebarn og 32 år: Forældrene blev skilt, da han var lille. Faderen fik forældremyndigheden ved skilsmissen. Han var blandingsmisbruger og sad sammenlagt i fængsel i 17 år. Faren er død for nylig efter et voldeligt overfald fra en bekendt, han skyldte penge for narko.

Der har ikke været kontakt til moderen, siden Kim var fem år.

Indsatte har kun i ringe omfang været hos faderen under sin opvækst, men derimod på en lang række døgninstitutioner for børn og unge. Han blev bortvist fra flere af dem på grund af trusler, hærværk og overfald på medbeboerne. Skolegangen har tilsvarende været præget af mange skift og bortvisninger. Han har en elendig eksamen fra 9. klasse og har siden da ikke været tilknyttet hverken uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet. Han har levet af kriminalitet og overførselsindkomst. Han har adskillige tyveri-, volds- og narkodomme bag sig og har siddet sammenlagt 8 år i fængsel. Han har misbrugt spiritus, benzodiazepiner og hash fra han var 11 år og hårde stoffer fra 17-årsalderen.

### **Aktuelt:**

Afsoner i frivilligt enrum på 2. måned på grund af gæld og trusler fra "gamle" fjender. Har ikke under afsoningen tidligere haft henvendelser til sundhedspersonalet, men der har været diverse disciplinære problemer. Han er i den sidste tid blevet mere og mere indesluttet og opleves skiftevis som aggressiv og trist.

En fængselsfunktionær under oplæring arbejder midlertidigt på afdelingen, og Kim giver over for hende udtryk for, at han har det skidt. Fængselsfunktionæren beder allerede dagen efter sygeplejersken om at tilse indsatte, da hun har en fornemmelse

af, at Kim kunne finde på at beskadige sig selv eller begå en livsfarlig handling med henblik på at dø.

Der ligger en udtalelse fra en psykiater i Kims sag. Her hedder det: "Indsatte fremtræder emotionelt svært tilgængelig; virker afglidende og afvisende på en aggressiv måde. Der er ingen tegn på sindssygdom. Er af den såvel indadreagerende som udadreagerende og meget impulsstyrede personlighedstype. Har under tidligere afsoning haft et selvmordsforsøg med meget høj intentionsgrad."

Kim er en stor robust mand med farverige tatoveringer på armene og han kan umiddelbart have en lidt intimiderende fremtoning. Sygeplejersken er selvfølgelig vant til denne type indsatte, men er ikke vant til, at de selv søger ham. Desuden er Kim meget imødekommende og giver hånd hver gang, de mødes og slår ham jovialt på skulderen (hvilket slet ikke er sædvanligt). Noget som sygeplejersken fandt mere grænseoverskridende end det at tale med indsatte om selvmordstanker.

Sygeplejersken (S) beretter om følgende samtaleforløb med Kim (K). Forløbet strækker sig over ca. to og en halv uge og replikkerne er nedskrevet efterfølgende:

S: Opleves det tungt at leve?

K: Mit liv er fucked op!

S: Tænker du på døden?

K: Det ville være fint at være død!

S: Hvad er døden for dig?

K: Så er der ikke flere fucking problemer. Så er der bare fred!

S: Har du et ønske om at være død?

K: Det er jo det, jeg sidder og siger for helvede!

S: Har du tænkt på selvmord andre gange?

K: Jeg forsøgte jo at hænge mig, sidst jeg var i spjældet...

S: Hvad fik dig til at hænge dig?

K: Det var det samme lort! Jeg kan kun en ting – lave kriminalitet og smadre folk. Jeg var fucking træt ved tanken om at komme ud til det samme lort igen.

S: Tænker du på selvmord i øjeblikket?

K: Men tankerne kommer mest om natten!

S: Hvordan har du tænkt dig at begå selvmord?

K: Ligesom sidst – i et tov i tremmerne, men denne gang skal det være om natten.

S: Hvornår har du tænkt dig at gøre det?

K: Etårs dagen for min fars død ville være en god dag at dø - det er om 17 dage.

S: Var du sammen med din far, da han døde?

K: Nej for helvede, jeg sad jo spjældet og han blev sparket ihjel.

*Han fortæller nu spontant om sit forhold til faderen – han er smågrædende og samtidig lidt ophidset.*

K: Jeg gider ikke snakke mere nu!

S: Kunne vi ikke lave en aftale om, at du ikke begår selvmord i nat? Jeg kigger op til dig i morgen formiddag?

K: Ja øh og det er jo ikke min fars dødsdag i morgen.

*Næste dag:*

S: Hvad er det bedste, du har oplevet i dit liv?

K: Jeg blev en gang sendt ud at sejle. Det var et eller andet pædagogisk pis. Men det var skidefedt at sejle i de varme lande. Det var under den tur, jeg begyndte at ryge dope.

Vi snakker lidt frem og tilbage om, hvad der var fedt, - livet om bord, samarbejdet og så videre.

S: Tænker du på døden? Hvad kunne få dig til at lade være med at begå selvmord?

K: At der var et ordentligt liv udenfor!

Sygeplejersken fortæller mig desuden om de temaer, han og den indsatte har talt om i samtaleforløbet. I flæng kan nævnes søvnmønster, skyld og ansvar i forbindelse

med faderens død, faderens ønsker for Kims liv, misbrugsproblematikken, gæld og fjender, søfarts-uddannelse I begyndelsen af samtaleforløbet berørtes "Hvem skal finde dig" – og "Hvem skal ikke finde dig?" (efter selvmordet)?" Misbrugsbehandling, håndtryk og nærhed, håb om stoffri tilværelse, uddannelse og så videre. Som det fremgår, er der flere åbninger mod livet i Kims udsagn og det er vigtigt at samtalepartneren både er i stand til at lytte til selvmordstanker, men også til at *høre* og *fremme* tanker, der handler om, hvordan indsatte kan forholde sig konstruktivt til sin livssituation..

Som det kan ses af samtaleforløbet, er der en gradvis afstandtagen fra selvmord, efterhånden som dagene går – og faderens dødsdag nærmer sig. Dagen før det planlagte selvmord flytter indsatte til en behandlingsafdeling (stoffri afdeling med behandlingstilbud). Den indsatte ser lyst på fremtiden og er på det pågældende tidspunkt stoffri – han bliver senere udsluset gennem det åbne system.

## **Afslutning**

Denne rapport følger nøje gennemførelsen af vores projekt. En stor del af de bevilligede midler har, som det fremgår, været anvendt til udviklings- og efteruddannelsesarbejde.

I forbindelse med fordybelsen i problematikker i forbindelse med selvmordsforebyggelse i forhold til indsatte, er jeg i løbet af projektperioden støt på mange temaer og problematikker, der kunne være interessante at undersøge nærmere ved en anden lejlighed. Det kunne være gennemgang og analyse af afdøde indsattes afskedsbreve, den eventuelle virkning af at gennemføre forebyggende samtaler med indsatte, der har gennemført en livsfarlig handling, hvilke myter / fortællinger er der knyttet til personalets forestillinger om livsfarlige handlinger i Kriminalforsorgen, hvilke både generelle og specifikke uddannelses- og efteruddannelses tiltag ville kunne minimere livsfarlige handlinger / selvmord i Kriminalforsorgens regi og så videre og så videre. Bolden være hermed givet videre.

Birgit Erichsen, 1. maj 2007.