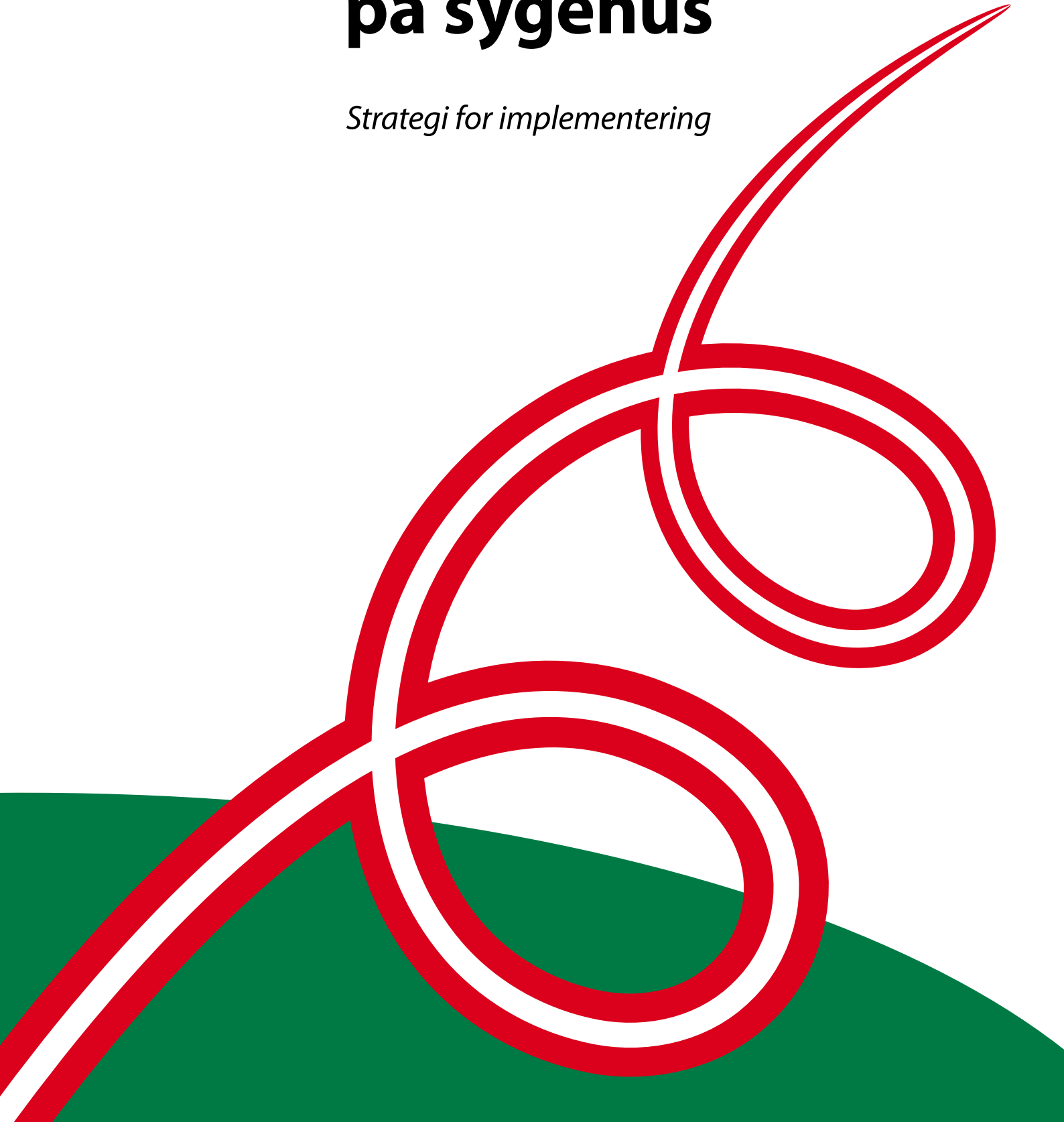




*Netværk  
af forebyggende  
sygehuse i Danmark*

# **Selvmondsforebyggelse på sygehus**

*Strategi for implementering*





# **Selvordsforebyggelse på sygehus**

*Strategi for implementering*

**Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark**

*August 2006*

ISBN: 87-91688-02-7

## **Selvordsforebyggelse på sygehus**

*Strategi for implementering*

*Udgivet af:*

**Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark**

Bispebjerg Hospital  
Bispebjerg Bakke 23  
2400 København NV  
Tlf: 35 31 24 38

E-mail: [forebyggendesygehuse@bbh.hosp.dk](mailto:forebyggendesygehuse@bbh.hosp.dk)  
[www.forebyggendesygehuse.dk](http://www.forebyggendesygehuse.dk)

*Rapporten har været i høring ved følgende parter (alfabetisk):*

Dansk Psykiatrisk Selskab  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
Dansk Sygeplejeråd  
Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker  
Kommunernes Landsforening  
Landsforeningen for efterladte efter selvmord  
Psykiatrien i Københavns Amt  
Psykiatrien i Nordjyllands Amt  
Psykiatrien i Storstrøms Amt  
Psykiatrien i Vejle Amt  
Psykiatrien i Viborg Amt  
Psykiatrien i Århus Amt  
Sundhedsstyrelsen

**August 2006**

*Layout:* Martin Savery, Marusa Design

*Tryk:* Glumsø Bogtrykkeri A/S

# Indhold

---

Arbejdsgruppens medlemmer .....	4
Forord .....	5
<b>Kapitel 1</b>	
<b>Indledning .....</b>	<b>7</b>
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Selv mord i Danmark .....</b>	<b>9</b>
Hvor ofte sker det? .....	9
Definitioner .....	9
Evidens for selvmordsforebyggende indsatser .....	10
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Implementering .....</b>	<b>11</b>
Beslutningsfasen .....	11
Planlægningsfasen .....	11
Gennemførelsesfasen .....	11
Fastholdelsesfasen .....	12
Organisering .....	12
Tværsæktorielt samarbejde .....	12
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Kvalitetssikring og standarder .....</b>	<b>15</b>
Kvalitetssikring .....	15
Standarder .....	15
Kvalitetssikringstiltag .....	16
<b>Kapitel 5</b>	
<b>Kompetenceudvikling .....</b>	<b>19</b>
Undervisning af personale .....	19
<b>Kapitel 6</b>	
<b>Patientrettet indsats .....</b>	<b>21</b>
Vurdering af patienter .....	21
Patientinformation og intervention .....	21
<b>Kapitel 7</b>	
<b>Pårørende og efterladte .....</b>	<b>23</b>
Akut hjælp til pårørende og efterladte .....	23
Anbefalinger .....	24
<b>Litteratur .....</b>	<b>25</b>

---

<b>Bilag 1</b>	
Eksempel på kriseplan og herunder grønt kort-ordningen ...	27
<b>Bilag 2</b>	
Eksempel på instruks .....	29
<b>Bilag 3</b>	
Funktionsbeskrivelse for nøglepersoner .....	35
<b>Bilag 4</b>	
Forslag til opfølgningstilbud .....	37
<b>Bilag 5</b>	
Eksempel på samarbejdsaftale med primær sektor .....	39
<b>Bilag 6</b>	
Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus .....	45
<b>Bilag 7</b>	
Specielt om efterladte og pårørende .....	47

## Arbejdsgruppens medlemmer

Publikationen er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark:

Jytte Aaen, *vicechefsygeplejerske*, Sygehus Vendsyssel  
Inger Anneberg, *journalist og forfatter*, A4Media  
Louise Tvarnø Antoft, *kvalitetskoordinator*, Sygehus Vendsyssel  
Niels Damsbo, *praktiserende læge og lektor*, Forskningsenheden for Almen Medicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet  
Michael Esmann, *souschef*, Livslinien  
Elene Fleischer, *ph.d. i suicidologi*, Fleischer Management  
Hanne Frandsen, *souschef og distriktssygeplejerske*, Distriktspsykiatrien, Ballerup  
Barbara Hjalsted, *afdelingslæge*, Sundhedsstyrelsen  
Marianne Hvid, *projektsygeplejerske*, Amager Hospital  
Bente Hjorth Madsen, *ledende psykolog*, Center for selvmordsforebyggelse (Århus)  
Merete Nordentoft, *overlæge*, Bispebjerg Hospital  
Mette Purup, *AC-fuldmægtig*, Sygehus Vendsyssel  
Mette Søgaard, *afdelingsleder*, Livslinien  
Ingeborg Thusgaard, *sygehusdirektør*, Sygehus Vendsyssel

### Redaktionsgruppens medlemmer

Jytte Aaen, *vicechefsygeplejerske*, Sygehus Vendsyssel  
Louise Tvarnø Antoft, *kvalitetskoordinator*, Sygehus Vendsyssel  
Barbara Hjalsted, *afdelingslæge*, Sundhedsstyrelsen  
Merete Nordentoft, *overlæge*, Bispebjerg Hospital  
Mette Purup, *AC-fuldmægtig*, Sygehus Vendsyssel  
Ingeborg Thusgaard, *sygehusdirektør*, Sygehus Vendsyssel

### Koordinator for arbejdsgruppen

Ingeborg Thusgaard, *sygehusdirektør*, Sygehus Vendsyssel

### Faglig koordinator for arbejdsgruppen

Merete Nordentoft, *overlæge*, Bispebjerg Hospital

### Sproglig bearbejdning

Ninna Falkesgaard

## Forord

“Selvmordsforebyggelse på sygehus. Strategi for implementering” indeholder redskaber til implementering af selvmordsforebyggelse på danske sygehuse. Publikationen skal betragtes som et supplement til Sundhedsstyrelsens ”Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale”, hvis formål er at opkvalificere sundhedspersonalets identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede.

Erfaringer viser, at den organisatoriske og ledelsesmæssige forankring på sygehuse er afgørende for, at selvmordsforebyggelse kan implementeres som en systematisk indsats på sygehuse. Derfor henvender “Selvmordsforebyggelse på sygehus” sig primært til sygehusledelserne samt afdelingsledelserne i såvel somatikken som psykiatrien.

Publikationen indeholder flere bilag, hvis formål er at lette arbejdsprocessen på de enkelte sygehuse. Der er eksempler på instrukser og samarbejdsaftaler vedr. en selvmordsforebyggende indsats, et eksempel på funktionsbeskrivelse for nøglepersoner samt undervisningsmateriale osv.

Publikationen er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.

Vi håber, at publikationen vil styrke indsatsen inden for selvmordsforebyggelse på danske sygehuse.

*Forretningsudvalget*







# Indledning

---

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark præsenterer i denne publikation en strategi for implementering af en selvmordsforebyggende indsats på danske sygehuse. Netværkspublikationen er et implementeringsredskab og tjener som supplement til Sundhedsstyrelsens "Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale" (8).

Publikationen henvender sig først og fremmest til sygehusledelserne og afdelingsledelserne i såvel somatikken som psykiatrien på danske sygehuse. Erfaringerne fra tidligere modelprojekter om selvmordsforebyggelse viser, at den organisatoriske og ledelsesmæssige forankring på sygehusene er afgørende for, at et projekt bliver implementeret som en systematisk indsats på sygehuset.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" (9). Publikationen dannede fundamentet for Socialministeriets, Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Undervisningsministeriets særlige indsats på området i perioden 1999-2004. Indsatsen har blandt andet omfattet adskillige modelprojekter, hvis mål har været at forbedre sundhedspersonalets vurdering af selvmordsrisiko og visitation af selvmordstruede.

Det viste sig, at det i praksis var vanskeligt at leve op til handlingsplanens anbefalinger om vurdering og visitation. Derfor udsender Sundhedsstyrelsen i 2004 "Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale" (8). Målet med denne vejledning er at opkvalificere sundhedspersonalets identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede – både ved selvmordsforsøg, ved fremsatte selvmordstanke og ved mistanke om selvmordsfare. Det er også hensigten, at der – med udgangspunkt i

vejledningens anbefalinger – udarbejdes lokale instrukser for håndtering af selvmordstruede patienter. Desuden skal Sundhedsstyrelsens vejledning fremme etableringen af lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og relevante parter i den primære sundheds- og socialsektor med henblik på den videre opfølgning af selvmordstruede patienter.

Målgruppen for Sundhedsstyrelsens vejledning er primært ledelse og personale i de somatiske skadestuer og modtageafdelinger og dernæst personalet i de psykiatriske modtagelser. Sundhedsstyrelsens vejledning er også tænkt som hjælp for sundhedsprofessionelle i andre organisationer eller andre faggrupper med kontakt til selvmordstruede (8). Vejledningen kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk/publ/Publ2004/Vurdering\\_visitation\\_selvmordstruede.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2004/Vurdering_visitation_selvmordstruede.pdf)

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Sundhedsstyrelsen foretog i 2005 en rundspørge, der viste, at vejledningen ikke overalt blev anvendt systematisk. Netværket konstaterede, at der er behov for en implementeringsstrategi i forbindelse med etablering af selvmordsforebyggelse på danske sygehuse. Med en national implementeringsstrategi sikres en mere systematisk indsats og ensartet kvalitet på landsplan.

## Målsætning for det selvmordsforebyggende arbejde

Personer som er selvmordstruede skal identificeres og uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn og etnisk baggrund, tilbydes et relevant behandlingstilbud (9).



# Selv mord i Danmark

Da sigtet med denne publikation er at tilvejebringe redskaber til implementering af selvmordsforebyggelse på sygehuse, gås der ikke her i dybden med eksisterende viden om selvmord og selvmordsforebyggelse i Danmark. En introduktion til selvmordsforebyggelsesområdet findes i Sundhedsstyrelsens "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark" (9) og i "Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale" (8).

## Hvor ofte sker det?

I Danmark begik ca. 500 mænd og ca. 200 kvinder selvmord i 2001. Antallet af selvmord pr. år har ligget stabilt i de senere år. Selvmordshyppigheden er klart større for mænd og tiltager med stigende alder. Ældre mænd har langt den højeste selvmordshyppighed.

På basis af undersøgelser i skadestuer, somatiske og psykiatriske modtageafdelinger og blandt praktiserende læger anslås det, at selvmordsforsøg forekommer ca. 10 gange så hyppigt som fuldbyrdet selvmord. Alders- og kønsfordelingen blandt mennesker, der har forsøgt selvmord, er helt anderledes end blandt dem, der er døde ved selvmord. Selvmordsforsøg er hyppigere blandt kvinder end blandt mænd og er særligt hyppige blandt unge kvinder. Ved tre fjerdedele af selvmordsforsøgene anvendes forgiftning med medikamenter som metode. Selvmordsforsøg optræder hyppigst frem til ca. 50 års alderen, hvorefter der ses en aftagende tendens. Der synes at være tale om to forskellige populationer, hvor ældre mænd er stærkt overrepræsenteret blandt dem, der er døde ved selvmord, mens yngre kvinder er stærkt overrepræsenteret blandt dem, der har forsøgt selvmord.

Efterundersøgelser af patienter, der er kommet i hospitalsbehandling på grund af selvmordsforsøg, viser, at mellem 10 og 40 % gentager selvmordsforsøg. Danske efterundersøgelser viser, at ca. 10 % ender med at begå selvmord i løbet af en 5-10-årig opfølgingsperiode. Selvmordsdødeligheden er ca. 30 gange større hos pa-

tienter med selvmordsforsøg end i befolkningen som helhed. Selvmordsdødeligheden øges med stigende antal selvmordsforsøg. De, der har forsøgt selvmord, udgør en højrisikogrube, som sammen med psykisk syge tegner sig for det absolutte flertal af selvmord i Danmark (6). Grupperne overlapper i og med, at et antal psykisk syge også har selvmordsforsøg bag sig.

## Definitioner

Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedspersonale omhandler selvmordstruede patienter. Dette begreb omfatter personer, der aktuelt har forsøgt selvmord, personer med plagsomme selvmordstanker og personer, hvis adfærd vækker personalets opmærksomhed om mulig selvmordsrisiko.

### Definition af 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.

Sundhedsstyrelsen anvender de officielle danske oversættelser af WHO's definitioner af selvmordsforsøg og selvmord (8).

I definitionen af selvmordsforsøg indgår:

- at handlingen er skadevoldende, men ikke nødvendigvis livsfarlig
- at der ikke behøver at være dødsønsker
- at handlingen ikke er vanemæssig, f.eks. ikke skyldes overdosering ved habituel misbrug
- at handlingens formål er at fremme ønskede forandringer, f.eks. at komme væk fra en utålelig situation eller tilstand, at påvirke andre eller at få hjælp

- at handlingen ville være skadevoldende, hvis ikke andre greb ind. Det vil sige, at hvis en person bliver forhindret i at foretage en selvmordshandling (f.eks. udspring fra et højt sted), er der tale om et selvmordsforsøg, også selvom selvmordshandlingen ikke foretages.

Selvmordsforsøg er defineret så bredt, at dette begreb dækker en række væsensforskellige skadevoldende adfærdsformer, der strækker sig fra et overfladisk snit i håndledet uden dødstanker, men blot med et ønske om at slippe ud af en utålelig situation, og til et livsfarligt hængningsforsøg med et eksplicit mål om at dø.

Dødsønske indgår ikke i definitionen af selvmordsforsøg, fordi det har vist sig umuligt operationelt at definere og afgrænse fænomenet. Et dødsønske er ikke en størrelse, der er enten til stede eller ikke til stede. Det kan findes i alle mulige grader. Også ved fysisk livsfarlige selvmordsforsøg kan dødsønsket være fraværende. Patienten kan være ambivalent.

#### Definition af selvmord

Et selvmord er en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald selv havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den døde ønskede forandringer (8).

I definitionen af selvmord indgår, at den afdøde:

- selv var klar over, at handlingen var dødelig
- selv havde foranstaltet og gennemført handlingen.

#### Definition af selvmutilation

Selvmutilation defineres som en bevidst selvforårsaget skade, hvor skaden er foretaget af den pågældende alene uden hjælp fra andre, og hvor skaden er af en sværhedsgrad, så der opstår vævs-skade. Handlingen er ofte vanemæssig, og hensigten er oftest lindring af psykiske symptomer (11).

Det er vanskeligt at fastsætte en helt klar grænse mellem selvmutilation og selvmordsforsøg.

#### Definition af pårørende

Forældre, børn, partnere og nærmeste venner til mennesker, der har forsøgt selvmord, betragtes som pårørende.

#### Definition af efterladte

Efterladte efter selvmord er en særlig gruppe, som har specifikke, særlige problemer, der er anderledes end de selvmordtruedes problemer. De efterladte efter selvmord er i en stærkt følelsesmæssigt belastet situation, og hændelsen kan medføre, at de selv begynder at overveje selvmord som en måde at slippe for det følelsesmæssige kaos. De risikerer altså selv at blive selvmordstruede, hvilket de professionelle skal være opmærksomme på (1).

## Evidens for selvmordsforebyggende indsatser

Internationale eksperter er enige om, at selvmordstruede personer udgør en højrisikogruppe af patienter, og at de bør tilbydes behandling. Der er mange eksempler på velbeskrevne behandlingsprogrammer.

Der er gennemført en metaanalyse i Cochrane Library af de randomiserede behandlingsforsøg, som er gennemført for denne patientgruppe (3). I metaanalysen konkluderes det, at der ikke er en enkelt intervention, som har dokumenteret effekt på gruppen som sådan, og at der er brug for flere velgennemførte randomiserede forsøg. Mest lovende er problemorienteret terapi (7) og dialectic behavioral therapy (4) samt den såkaldte grønt kort-ordning (5), hvor selvmordstruede personer får udleveret et adgangskort til psykiatrisk modtagelse, som angiver henvendelsessted og åben mulighed for henvendelse. Grønt kort-ordningen er videreudviklet således, at det grønne kort indgår som en del af såkaldte kriseplaner, som er gennearbejdede planer med aftaler om, hvilke personer og instanser en selvmordstruet patient kan involvere i en krisesituation. Se bilag 1.

For nylig har man i en stor amerikansk, randomiseret undersøgelse fundet, at kognitiv terapi bedre end standardbehandling nedsatte risikoen for gentagne selvmordshandlinger (2). De første foreløbige resultater af den af WHO initierede internationale, randomiserede undersøgelse SUPRE-MISS (multisite intervention study on suicidal behaviours) tyder på, at selv en beskeden intervention kan have effekt på hyppigheden af selvmord i en 18 måneders opfølgning (2).

# Implementering

---

Implementeringen af selvmordsforebyggelse på danske sygehuse kan med fordel opdeles i fire faser. Implementeringsplanen er en fleksibel konstruktion, der kan modelleres afhængig af, hvor implementeringen finder sted. De fire faser er: *Beslutningsfasen*, *planlægningsfasen*, *gennemførelsesfasen* samt *fastholdelsesfasen*. Implementeringsplanen kan anvendes på somatiske såvel som psykiatriske afdelinger.

## Beslutningsfasen

*Ansvarlige:* Sygehusledelsen og afdelingsledelser

Det anbefales, at sygehusledelsen inddrager afdelingsledelserne i beslutningen om en selvmordsforebyggende indsats, således at der sikres en ensartet holdning til opgaven i hele organisationen.

Sygehusledelsen afklarer allerede i beslutningsfasen det forventede ressourceforbrug og beslutter, hvorledes grundlaget sikres for implementeringen af selvmordsforebyggelse på sygehuset.

## Tids- og handleplan

Det er vigtigt at udarbejde en tids- og handleplan i beslutningsfasen. Planen kan eksempelvis indeholde følgende elementer:

- Konkret patientrettede tilbud
- Indsats for pårørende og efterladte
- Uddannelse og kompetenceudvikling af personale
- Liste over interne og eksterne samarbejdspartnere
- Varettagelse af fysisk sikkerhed i forhold til patienter
- Kvalitetssikring og evaluering
- Organisering af alle ovennævnte aktiviteter.

## Planlægningsfasen

*Ansvarlige:* Sygehusledelsen og afdelingsledelser

I planlægningsfasen etableres den organisation (se dette kapitels afsnit "Organisering"), der skal føre den selvmordsforebyggende indsats ud i praksis. Undervisning af personalet iværksættes (se kapitel 6).

Sygehusledelsen skal på et tidligt tidspunkt i processen inddrage afdelingsledelserne, der er ansvarlige for at:

- implementere og fastholde den valgte lokale handleplan for selvmordsforebyggende indsats
- planlægge evaluering og kvalitetsmonitorering af den selvmordsforebyggende indsats
- motivere medarbejderne
- sikre arbejdstilrettelæggelsen, så det er muligt at uddanne personale og gennemføre indsatsen.

## Gennemførelsesfasen

*Ansvarlige:* Sygehusledelsen og afdelingsledelser

I gennemførelsesfasen implementeres den lokale plan for opfølgende selvmordsforebyggende indsats. For at sikre en succesfuld implementering anbefales opmærksomhed på følgende forhold:

- Ledelses- og personalemæssig opbakning
- Sikring af et kvalificeret selvmordsforebyggende tilbud og kvalitetssikring heraf
- Mulighed for kompetent undervisning
- Støtte – herunder supervision og debriefing – til den enkelte og til grupper af medarbejdere.

## Fastholdelsesfasen

*Ansvarlige:* Sygehusledelsen og afdelingsledelser

I fastholdelsesfasen sikres fastholdelse, justering og videreudvikling af den lokale handleplan, der er valgt for den opfølgende selvmordsforebyggende indsats. Det anbefales, at der foregår en løbende dialog om og evaluering af processen med henblik på justering af den valgte lokale handleplan.

Det anbefales at opdatere den faglige viden gennem f.eks.:

- temadage om selvmordsforebyggelse
- undervisning (se evt. undervisningsmateriale på internettet. Læs nærmere om kompetenceudvikling i kapitel 5).

## Organisering

Det anbefales, at der nedsættes et **udvalg for selvmordsforebyggelse**, der skal arbejde efter et kommissorium besluttet af sygehusledelsen. Udvalget er rådgivende og refererer direkte til sygehusledelsen.

Det er udvalgets opgave at fastlægge en overordnet tids- og handleplan med hensyn til:

- organisering af selvmordsforebyggelse på sygehuse.

Derudover udarbejder udvalget overordnede retningslinjer i relation til særlige satsningsområder (f.eks. unge, ældre), vurdering af niveau for selvmordsforebyggelse, uddannelse af personalet samt udvikling af samarbejdsaftaler med interne og eksterne parter. Retningslinjerne forelægges sygehusledelsen til beslutning.

I de regioner, hvor der findes et selvmordsforebyggelsescenter, kan centret være rådgivende i forhold til udvalgets opgaver.

**Afdelingsledelserne** er ansvarlige for implementeringen af sygehusets handleplan for selvmordsforebyggelse på de enkelte afdelinger – herunder udvikling af afdelingsinstrukser. Afdelingsledelserne arbejder efter de rammer, der er udarbejdet af udvalget for selvmordsforebyggelse.

Afdelingsledelserne skal sikre en konkret plan for implementeringen af en selvmordsforebyggende ind-

sats, herunder udarbejdelse af lokale instrukser. Se eksempel på en lokal instruks i bilag 2 eller på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under forebyggelse/ulykker og andet/selvordsforebyggelse/fakta om selvmord. Se også Sundhedsstyrelsens vejledning (8), kapitel 9.

Det er nødvendigt, at afdelingsledelserne i implementeringsplanen tager særligt hensyn til den enkelte afdeling – herunder patientgrupper, arbejdsområder og evt. fysisk placering.

De afdelinger, der har betydelig kontakt med personer, som udviser selvmordsadfærd, skal have uddannede **nøglepersoner** til den selvmordsforebyggende indsats. Nøglepersonerne er tæt på patienten og har ansvaret for at implementere den selvmordsforebyggende indsats i dagligdagen. Nøglepersoner, der arbejder med patienter i det daglige, formidler viden og sikrer, at der er en plan for den selvmordsforebyggende indsats over for den enkelte patient under indlæggelse og efter udskrivelse (Se bilag 3).

## Tværasektorielt samarbejde

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der etableres et tværasektorielt samarbejde vedrørende opfølgning af selvmordstruede patienter efter endt sygehusbehandling. Dette vil tilgodese koordinering og sammenhæng i den samlede psykiatriske og sociale indsats over for patienter og deres pårørende. Ledelsen skal derfor identificere nøglesamarbejdspartnere og muligheder for samarbejde med omgivelserne samt udfærdige en plan for samarbejdet.

Indsatsen for mennesker med sindslidelser er et obligatorisk aftalepunkt i de sundhedsaftaler, som region og kommuner skal indgå ifølge Sundhedsloven, og hvor fokus netop er på at sikre, at det tværasektorielle samarbejde fungerer. Det anbefales at indtænke det selvmordsforebyggende arbejde vedr. hjælpe- og støtteforanstaltninger efter udskrivelsen fra sygehus i sundhedsaftalerne.

Den sociale sektor og den primære sundhedssektor, herunder den praktiserende læge, hjemmeplejen, eventuelle selvmordsforebyggelsescentre (se bilag 4), de kommende kommunale sundhedscentre etc. er eksempler på oplagte samarbejdspartnere.

I bilag 5 gives et eksempel på, hvordan en samar-

bejdsaftale med primærsektor kan udformes. Der kan findes flere eksempler på samarbejdsaftaler på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under forebyggelse/ulykker og andet/selvmondsforebyggelse/fakta om selvmord.

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at det er vigtigt, at de ansvarlige i samarbejdsaftalerne bliver nævnt ved navn. Således kommer aftalerne til at virke mere forpligtende.

Ledelsen skal sikre, at der foreligger og implementeres instrukser for opfølgning af den selvmordsforebyggende indsats efter udskrivelsen. Derved sikres behandlingskæden, dvs. at den selvmordstruede patient ikke overlades til sig selv efter udskrivelse uden yderligere tilbud.

### **Den praktiserende læge**

Almen praksis har en dobbelt funktion i forbindelse med forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, idet praktiserende læger ser en del af de selvmordstruede patienter, inden de foretager selvmord eller selvmordsforsøg. Det anslås ud fra de aktuelle tal, at hver praktiserende læge har cirka to patienter årligt, der forsøger selvmord, og cirka en patient hvert femte år som begår selvmord<sup>1</sup>. Der er ingen tal for, hvor mange der taler om selvmord eller et ønske om at dø uden at skride til selvmord eller selvmordsforsøg.

Den første funktion for den praktiserende læge er at være opmærksom på, om en patients symptomer og anamnese kan dække over ønsket om at dø. Det kan dels være tilfældet ved somatiske klager, dels men ikke mindst i forbindelse med patienter med psykiske symptomer. Det er meget væsentligt at tage problematikken direkte op med patienten. Det kan gøres ved at spørge, om de har det så dårligt, at de ikke ønsker at leve mere, og om de har gjort sig nogle overvejelser om evt. at begå selvmord.

Den anden funktion for den praktiserende læge er at koordinere den indsats, der skal sættes i værk efter udskrivelse fra en afdeling eller efter hjemsendelse fra en skadestue efter et selvmordsforsøg. I den forbindelse er det vigtigt, at den udskrivende afdeling eller skadestuen omgående sender en epikrise til patientens praktiserende læge, så denne er opmærksom på, at patienten har forsøgt selvmord, og hvor alvorligt det har været. I epikrisen oplyses evt. årsag og diagnose, og der informeres ikke mindst om plan for opfølgning. I dagtimerne kan afdelingen endda træffe telefonisk

aftale om konsultation hos patientens praktiserende læge, så patienten har en konkret aftale ved udskrivelsen. Derved kan praktiserende læger være med til at sikre, at den selvmordstruede patient ikke overlades til sig selv uden yderligere behandlingstilbud.

Den praktiserende læge har mulighed for at støtte patienten med samtaler og evt. medicinsk behandling samt henvise til behandling hos psykolog, psykiater eller distriktpspsykiatrien. Den praktiserende læge har også mulighed for at inddrage pårørende samt evt. hjemmeplejen og socialforvaltningen i opfølgningen.

I nogle regioner er der mulighed for, at den praktiserende læge kan henvise til et selvmordsforebyggelsescenter.

---

1) Disse tal fremkommer ved at dividere antallet af anslåede selvmordsforsøg med antallet af praktiserende læger, og tilsvarende ved at dividere antallet af selvmord med antallet af praktiserende læger.





# Kvalitetssikring og standarder

## Kvalitetssikring

Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, herunder selvmordsforebyggelse, indgår som en del af sygehusenes kerneydelser og skal underlægges de samme krav om kvalitetsudvikling som sygehusvæsnets øvrige ydelser.

Standarder betragtes som værktøjer, der sammen med evaluering og rapportering skal fremme kvaliteten af en given aktivitet. Netværket af forebyggende sygehusers fem standarder er udviklet i samarbejde med det europæiske netværk af Health Promoting Hospitals i WHO. Standarderne retter sig mod såvel den sundhedsfaglige, den organisatoriske som den patientrelaterede kvalitet. Hensigten med standarderne er, at de skal indgå som en integreret del af sygehusenes generelle kvalitetssystem.

Standarder er et sæt af foruddefinerede krav til sundhedsydelser og aktiviteter. Til standarderne er der knyttet en række konkrete operationelle målinger (indikatorer) og vurderinger af kvaliteten. Tilsammen udgør standarderne med tilknyttede indikatorer og vurderinger det fælles grundlag for evaluering af kvaliteten og af initiativer til kvalitetsforbedring.

De fem standarder stiller krav om processer og funktioner, der understøtter synliggørelse og kvalitetsforbedring. Standarderne er beskrivende og stiller ikke konkrete krav om bestemte løsninger.

## Standarder

Implementeringen af Sundhedsstyrelsens vejledning kan med fordel udføres med udgangspunkt i Netværkets standarder for forebyggelse og sundhedsfremme i sygehuse. Herved sikres der fremover en systematisk indsats og ensartet kvalitet på landsplan. Standardernes formål er:

- at understøtte sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehusene
- at definere en ramme for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehusene
- at bibringe sygehusene et redskab til løbende at arbejde med kvalitetsudvikling af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Nedenstående er Netværkets standarder skitserede i relation til selvmordsforebyggelse. Netværkets generelle standarder ses i bilag 6.

### Ledelse

Sygehuset har en lokal tids- og handleplan for selvmordsforebyggelse. Handleplanen indgår i sygehusets overordnede kvalitetsudviklingspolitik. Handleplanen er rettet mod patienter, pårørende og efterladte.

Den lokale handleplan indeholder ligeledes retningslinjer for kompetenceudvikling af personalet i forhold til selvmordsforebyggelse.

### Vurdering af patienternes behandlingsbehov

Ledelsen sikrer gennem udarbejdelsen af lokale afdelingsinstrukser, at selvmordstruede patienter vurderes af det sundhedsfaglige personale og tilbydes relevant opfølgende behandling.

### Patientinformation og intervention

Patienten informeres om de sædvanlige procedurer ved selvmordsforebyggende indsats samt tilbydes relevant behandlings- og opfølgningstilbud. Nøgleord i forbindelse med interventionen er motivation og fastholdelse.

### **En sundhedsfremmende arbejdsplads**

Ledelsen skaber vilkår for udvikling af sygehuset/afdelingen som en sundhedsfremmende arbejdsplads. Et eksempel på denne standard kunne være, at der lokalt etableres en akut supervisions- / debriefingmulighed for at støtte personalet, hvis de oplever et selvmord eller har andre voldsomme oplevelser på sygehuset.

### **Kontinuitet og samarbejdsaftaler**

Ledelsen udfærdiger samarbejdsaftaler med andre dele af sundhedsvæsenet og andre samarbejdspartnere om den selvmordsforebyggende indsats, f.eks. med kommunen og de praktiserende læger.

## **Kvalitetssikringstiltag**

Nedenstående eksempler på konkrete tiltag vedr. kvalitetssikring af den selvmordsforebyggende indsats på sygehusene skal tjene som inspiration for det kommende kvalitetsarbejde på området.

### **Den selvmordsforebyggende indsats**

Det skal undersøges, om patienter med selvmordsadfærd tilbydes en relevant selvmordsforebyggende indsats. Undersøg også, om pårørende og efterladte får et relevant tilbud, inden de forlader sygehuset. Det gælder pårørende i forbindelse med selvmordsforsøg og efterladte efter fuldbyrdede selvmord. Kvalitetssikring af den selvmordsforebyggende indsats kan for eksempel foretages efter udskrivelse ved hjælp af interview eller spørgeskemaer til de involverede parter. Derudover kan man foretage en journalgennemgang med henblik på at undersøge kvaliteten af vurderingen af selvmordsrisiko og tjekke, om opfølgende tilbud er blevet givet og accepteret.

### **Registrering**

Der skal gøres en indsats for, at der sker en korrekt registrering af sygehuskontakter i forbindelse med selvmordsforsøg (8). Det er vigtigt, at patienten får den rigtige kontaktårsagskode (kontaktårsagskode 4). Ligeledes er det vigtigt, at man ved videre behandling af patienten benytter de korrekte SKS-koder, herunder også SKS-koderne for forebyggelse (vedr. psykosociale

forhold). Det forventes, at der snart knyttes DRG-værdier til de forebyggende SKS-koder. Se: [www.forebyggendesygehuse.dk/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/SKS\\_koder.pdf](http://www.forebyggendesygehuse.dk/fileadmin/user_upload/_temp_/SKS_koder.pdf)

Det er vigtigt, at holdningerne til registrering blandt personalet baseres på et kendskab til, at oplysningerne anvendes i forebyggelsesøjemed, således at alle verificerede selvmordsforsøg indberettes korrekt. Monitring af kvaliteten af registrering kan foregå ved hjælp af audit.

### **Instrukser**

Der skal laves lokale instrukser vedr. selvmordsforebyggende arbejde. Kvalitetssikring af instrukserne kan ske gennem spørgeskema eller interview, hvor der spørges, om der findes lokale instrukser, og om de i så fald er kendte, og om de anvendes.

### **Samarbejdsaftaler**

Der skal laves lokale samarbejdsaftaler vedr. selvmordsforebyggende arbejde med den primære sundhedssektor, f.eks. de praktiserende læger og hjemmeplejen, de lokale sundhedscentre samt socialsektoren, f.eks. kommunale socialrådgivere og behandlingssinstitutioner. Kvalitetssikring af samarbejdsaftalerne kan foregå gennem spørgeskema eller interviews med ansatte i den sekundære sektor såvel som i den primære sektor. Der kan spørges ind til, om der findes lokale samarbejdsaftaler, og om de i så fald er kendte, og om de anvendes.

### **Undervisning**

Det er vigtigt, at undervisning af frontpersonale og evt. nøglepersoner i selvmordsforebyggende indsats bliver kvalitetssikret. I evalueringen af undervisningen kan der anvendes spørgeskema eller interview, hvor der bl.a. kan sættes fokus på undervisningens indhold, omfang og anvendelighed. Inden undervisningen finder sted, kan der med fordel laves en undersøgelse af deltagernes viden om selvmordsforebyggelse i praksis. Efter endt undervisning kan der laves endnu en undersøgelse, hvorved læringsprocessen kan evalueres.

### **Informationsmateriale**

Der kan udarbejdes informationsmateriale til patienter, pårørende og efterladte. Kvalitetssikringen skal have fokus på forståelighed og anvendelighed. Det bør evalueres, om materialet er distribueret hensigtsmæssigt, og om der på afdelingerne er adgang til informa-

tionsmateriale fra eksterne aktører som f.eks. Livslinien og Landsforeningen for efterladte efter selvmord. Evaluering kan foretages via interview.

### **Kerneårsagsanalyse**

I Sundhedsstyrelsens "Temarapport: Selvmord og selvmordsforebyggelse under indlæggelse" (10) fremgår det, at 6,6 % af alle selvmord i Danmark i 2001 skete under indlæggelse. Sker der et selvmord eller et selvmordsforsøg på sygehuse, præciserer man fra Sundhedsstyrelsens side, at selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse er en rapporteringspligtig utilsigtet hændelse. Indsatsen for forebyggelse af selvmord på sygehuse bør systematisk integrere patientsikkerhedsmetoder som kerneårsagsanalyse, da denne vil give faglig viden, som kan optimere den selvmordsforebyggende indsats på sygehusene. Sygehusledelserne bør opfordre til, at alle selvmord skal rapporteres til det lærende rapporteringssystem ([www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)) med henblik på at foretage kerneårsagsanalyse.



# Kompetenceudvikling

---

## Undervisning af personale

Når en selvmordsforebyggende indsats implementeres på sygehuset, er det afgørende at sikre, at alt sundhedsfagligt personale får relevant undervisning i forhold til de selvmordsforebyggende arbejdsopgaver samt at styrke supervisionstilbuddet på de enkelte afsnit. Derved forbedres patientbehandlingen.

Viden om selvmord, selvmordsforsøg og selvskadende adfærd er en forudsætning for en god behandling.

Undervisningen skal foregå på flere niveauer og tilpasses de enkelte målgrupper. Undervisningen skal tilrettelægges, så det personale, der arbejder inden for de enkelte specialer, får specialviden inden for netop deres områder. Det kan f.eks. dreje sig om børn og unge, ældre eller sindslidende.

Det anbefales, at man indfører en fast rutine for undervisningen på hver afdeling.

Supervision og debriefing skal være en selvfølge for det personale, der arbejder med selvmordstruede patienter.

Anbefalingerne kan udmøntes i følgende:

- Uddannelse af personale
- Ekstra opkvalificering af "frontpersonale" f.eks. i skadestuerne
- Regelmæssig undervisning til alt personale
- Introduktion til nyansat personale
- Formaliseret regelmæssig supervision
- Undervisning til studerende og elever
- Særlige instrukser når selvmord forekommer i afdelingen, herunder debriefing
- Organisering af ovennævnte.

Undervisningsemner:

- Holdninger
- Myter og tabuer
- Definitioner
- Faktuel viden – omfang og udvikling – statistik
- Risikofaktorer
- Risikovurdering
- Selvmordsprocessen
- Procedurer ved akut selvmordsfare, herunder de lokale vejledninger og standarder
- Samtalen med den selvmordstruede
- Behandling
- Opfølgning – herunder det støttende og ledsagende princip
- Forebyggelse
- Hvad gør jeg efter samtalen med den selvmordstruede (refleksion, kollegial støtte, supervision, udvikling)
- Efterladte/pårørende (se kapitel 7)
- Lovgivningsmæssige forhold
- Patientsikkerhed.

Det er lærerigt, hvis dele af undervisningen foregår som øvelser eller rollespil. Det kan desuden anbefales at anvende film i undervisningen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>) Eksempler på film: "Når livet bliver for langt", "Efterladte efter selvmord" og "Det tavse råb". Til sidstnævnte er der udviklet undervisningsmateriale, det kan downloades fra: [www.sst.dk/publ/Publ2004/Selvmod\\_undervisningsmateriale.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2004/Selvmod_undervisningsmateriale.pdf)

For at sikre at implementeringen følges op af kompetenceudvikling, må følgende være opfyldt:

- Fastlæggelse af ledelsen som øverste ansvarlige
- Udpegelse af nøglepersoner på området
- Tilrettelæggelse af undervisningen
- Gennemførelse af undervisningen
- Udvikling af undervisningsprogrammer til personale målgruppen
- Udvikling af undervisningsprogrammer til patient målgruppen
- Løbende justering af undervisningsprogrammer (ajourføres med ny viden etc.)
- Uddannelse af undervisere
- Evaluering af tilbudet.

# Patientrettet indsats

---

## Vurdering af patienter

Ledelsen skal sikre, at der foreligger lokale instrukser for vurdering af behovet for selvmordsforebyggende indsats rettet mod specifikke patientgrupper. Konkret indebærer det, at den selvmordsforebyggende indsats skal iværksættes for alle patienter med selvskadende handlinger eller tanker herom.

Vurderingen af patienten bør tage udgangspunkt i tjeklisten i Sundhedsstyrelsens vejledning kapitel 4 (8). Tjeklisten kan downloades som særskilt ark fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Listen kan ophænges i afdelingen som lamineret ark.

Tjeklisten er en samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens vejlednings anbefalinger i forbindelse med identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede patienter.

## Patientinformation og intervention

Vurderes det, at der er behov for en selvmordsforebyggende indsats, informeres patienten om afdelingens tilbud og motiveres til at tage imod dem. Sammen med patienten opstilles en plan for relevante aktiviteter. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen anbefales følgende:

- Alle selvmordstruede patienter bør tilbydes psykiatrisk vurdering eller tilsvarende kvalificeret vurdering som led i det akutte forløb
- Patienten bør tilbydes psykiatrisk behandling eller anden relevant behandling hurtigst muligt efter det akutte forløb
- Afdelingen bør ligge inde med skriftlig information om lokale og landsdækkende krisetilbud
- Det bør sikres, at patienten ikke besidder redskaber egnede til selvmordshandlinger, og at sådanne redskaber heller ikke findes i patientens omgivelser

- Det bør være fast rutine, at patientens pårørende kontaktes (med patientens samtykke)
- Der bør foreligge en opfølgingsplan for den selvmordstruede patient ved udskrivelsen
- Ved udskrivelsen bør patientens egen læge hurtigst muligt underrettes om patientens sygdomsforløb, eventuel medicin og det planlagte opfølgingsforløb samt behov for støtte og behandling fra den praktiserende læges side.

Det er vigtigt, at ledelsen sikrer, at den gennemførte intervention dokumenteres via registrering og evaluering.

Risikovurdering og intervention i relation til selvmordstruede patienter skal være ledelsesmæssigt forankret:

- Ledelsen sikrer, at selvmordsforebyggelse er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens handlingsplan (9) og vejledning (8). Herunder at alle patientgrupper uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn, etnisk baggrund og psykisk lidelse får et behandlingstilbud
- Ledelsen afdækker, hvilke regionale samarbejdspartnere der varetager selvmordsforebyggende arbejde på et professionelt niveau
- Ledelsen sikrer samarbejde med pårørende
- Ledelsen sikrer, at samarbejde med eksterne aktører og pårørende prioriteres tidsmæssigt
- Ledelsen sikrer, at oplysninger fra samarbejdspartnere og pårørende indgår i vurderingen af selvmordsrisikoen hos den enkelte
- Ledelsen sikrer, at personalet er bekendt med lovgivningsmæssige forhold om tavshedspligt (8)
- Ledelsen sikrer, at der lægges særligt vægt på kendskab til risikofaktorer og vurdering af disse (se evt. 10)
- Ledelsen sikrer, at intentionsgraden belyses ved journaloptagelsen for personer, der har forsøgt selvmord, foretaget selvskadende handling eller har haft selvmordstanker

- Ledelsen sikrer tværsektorielt samarbejde, med henblik på at alle patientgrupper kan tilbydes opfølgning
- Ledelsen sikrer, at alle patienter, der kommer til sygehuset i forbindelse med selvmordsforsøg eller selvskadende handling, tilbydes en kvalificeret behandling. Når patienterne er somatisk færdigbehandlet, bør der etableres kontakt med den efterfølgende behandlingsinstans. Samarbejdet skal være så tæt, at det støttende og ledsagende princip bliver efterlevet. (Se boksen nedenfor)
- Ledelsen sikrer undervisningstilbud til afdelingspersonale i risikovurdering samt motiverende og støttende samtaler.

#### **Det støttende og ledsagende princip**

Uanset hvilket regi patienten visiteres til, er det vigtigt at sørge for, at patienten når frem til det foreslåede og af patienten accepterede behandlingstilbud. Mange selvmordstruede patienter vil have brug for en støttende og ledsagende indsats i ventetiden. Afdelingen bør derfor etablere den første aftale om videre behandling med behandlingsstedet. Man bør give patienten aftalen skriftligt sammen med behandlingsstedets adresse og telefonnummer, lige som man kan aftale, at der f.eks. ringes til patienten ved udeblivelse. Hvis patienten til egen læge, er det vigtigt, at epikrisen tilsendes lægen hurtigst muligt (med patientens samtykke). Epikrisen bør altid indeholde oplysninger om, hvilke opfølgningstilbud patienten er blevet foreslået.

Har patienten fået en behandlingstid umiddelbart efter udskrivelse fra somatisk skadestue eller afdeling, bør man sikre, at patienten møder op. Sygehuset kan f.eks. sørge for transport, patienten kan følges af personale eller man kan inddrage pårørende og bede dem følge patienten til behandlingsstedet, under forudsætning af patientens samtykke til at involvere andre (8).

#### **Særligt for psykiatrien**

- Ledelsen sikrer, at der etableres retningslinjer for vurdering af selvmordsrisikoen hos psykisk syge patienter og patienter med misbrugsproblemer. Det gælder ved henvendelse til psykiatrisk skadestue, ved indlæggelse, ved orlov og udgang, ved

udskrivelse og ved ambulant efterbehandling i psykiatrisk regi

- Ledelsen sikrer, at der etableres retningslinjer for, hvornår og hvor ofte selvmordsrisikoen skal vurderes, og hvem der er ansvarlig for vurderingen
- Ledelsen sikrer, at der sker dokumentation i journalen med en angivelse af patientens aktuelle risikoniveau som:
  - ingen øget selvmordsrisiko
  - øget selvmordsrisiko
  - akut øget selvmordsrisiko.
- Ledelsen sikrer, at der på baggrund af vurderingen lægges en plan for patientens behandling og beskyttelse, samt at der er opsyn med patienten
- Ledelsen sikrer, at patienter med psykisk sygdom og/eller misbrugsproblemer får tilbudt relevant og så vidt muligt evidensbaseret behandling af deres grundlidelse for at mindske selvmordsrisikoen
- Ledelsen sikrer, at der etableres retningslinjer for patienters udgang og orlov, så aftaler med patienten træffes på baggrund af dennes aktuelle risikoniveau
- Ledelsen sikrer, at der etableres retningslinjer for samarbejde med primærsektoren (eks. praktiserende læge), socialpsykiatriske institutioner, distriktskykiatriske centre og misbrugscentre, herunder at alle informationer tilsendes relevante instanser og samarbejdspartnere, som indgår i opfølgningen efter patientens udskrivelse, såfremt patienten har givet skriftligt samtykke
- Ledelsen sikrer, at personalet har kendskab til de fysiske muligheder for at begå selvmord, og hvorledes disse muligheder kan reduceres.

#### **Særligt for somatikken**

- Ledelsen identificerer opfølgningstilbud for patientgrupper, der ikke kan tilbydes behandling i eget regi
- Ledelsen sikrer som minimum, at der informeres om muligheden for henvisning til behandling hos privatpraktiserende psykolog, evt. med sygesikringsoverenskomst
- Ledelsen etablerer et samarbejde med lokale psykologer, der kan garantere hurtig kontakt til patienten.



# Pårørende og efterladte

---

På sygehusene er det afgørende, at personalet har faktisk viden om de særlige problemer for efterladte efter selvmord og pårørende til personer, der har forsøgt selvmord. Det er vigtigt, at personalet har en vis indsigt i, hvad der gavner de pårørende og efterladte samt viden om, hvordan de bedst kan støttes i at komme videre i livet.

For at yde optimal støtte er det nødvendigt, at personalet som udgangspunkt har indsigt i egne holdninger til selvmord og selvmordsforsøg, så de ikke, f.eks. via nonverbal kommunikation, signalerer afstandtagen eller placerer skyld. Skjulte, ureflekterede holdninger kan betyde, at kommunikationen besværliggøres, og at pårørende og efterladte føler sig dårligt behandlet.

## Akut hjælp til pårørende og efterladte

Det er vigtigt med akut førstehjælp til efterladte efter selvmord og pårørende til personer, der har forsøgt selvmord. For de efterladte kan akut førstehjælp muligvis medvirke til at mindske risikoen for fremtidig selvmordsadfærd. For de pårørende er akut førstehjælp afgørende for, at de kan opnå en positiv kontakt med den, der har forsøgt selvmord. Den person, der har forsøgt selvmord, er ofte efter udskrivelsen afhængig af de pårørendes støtte.

- Sørg for, at der er mulighed for en samtale i et uforstyrret rum. Undgå "venteværelsetrafik"
- Lad de efterladte eller pårørende fortælle deres historie uden afbrydelser og vær empatisk lyttende
- Giv de efterladte eller pårørende konkrete og praktiske råd i forhold til morgendagen
- Fortæl børnene det, som det er
- Hjælp de efterladte eller de pårørende til at få kontakt til venner eller andre, der kan være sammen med dem i de første døgn

- Fortæl, at det er muligt at få en samtale med sygehusets krisepsykolog eller evt. sygehuspræsten
- Vær særligt opmærksom på den person, der har fundet afdøde, uanset hvem det er
- Giv de efterladte eller de pårørende informationsmateriale om relevante foreninger og støttemuligheder
- Vær opmærksom på, at der kan være praktiske problemer, der skal løses (f.eks. oprydning efter selvmordet, penge til taxa, pasning af børn og dyr)
- Vær opmærksom på, at folk i chok ikke hører alt, hvad der siges. Derfor er det en god ide med en invitation til samtale igen om et par dage. Giv navn og tlf. nr. skrevet ned og udleveret til de efterladte eller pårørende, så de kan finde tilbage til den person, de havde første samtale med
- Fortæl at mænd, kvinder, børn og gamle sørger på forskellig måde, og ingen måde er mere rigtig end andre.

### Særligt for efterladte efter selvmord

- Fortæl, hvor den afdøde ligger – og fortæl, på hvilke tidspunkter den afdøde kan ses
- Husk de efterladte på, at evt. børn og børnebørn også skal have mulighed for at se den afdøde, når denne er sat i stand, men giv en opfordring til, at de voksne ser den afdøde først.

### Særligt for pårørende til en person der har forsøgt selvmord

- Giv de pårørende konkrete og praktiske oplysninger om den nødvendige behandling
- Fortæl, hvilken sengeafdeling der bliver stamafdeling. Fortæl, på hvilke tidspunkter der er besøgstid mv.

## Anbefalinger

På afdelingen, hvor man kommer i berøring med efterladte eller pårørende, bør der udarbejdes en handleplan.

### Forslag til indhold i handleplan i forhold til pårørende og efterladte

- Hvem tager samtalen med den/de efterladte eller de pårørende, som er på sygehuset for at se den afdøde/den der har forsøgt selvmord? Er det en læge, en sygeplejerske, et særligt uddannet team? Er det muligt at hente støtte fra hospitalets egen krisepsykolog eller fra sygehuspræsten? Evt. henvisning til psykiatrisk skadestue
- Er der gode rammer til denne samtale?
- Hvad skal samtalen indeholde som et minimum?
- Hvilke instanser kan man efterfølgende henvise til? Er det muligt at lave en afdækning af henvisningssteder i området? Instanserne kan f.eks. være:
  - Egen læge, som henviser til psykolog (via Sygesikringen). Konkret viden er en fordel, så den efterladte eller pårørende ved, hvad betingelserne er
  - Kommunale tilbud. I nogle kommuner findes der særlige tilbud til børn/unge, der har mistet et familiemedlem. Ligeledes tilbyder nogle socialforvaltninger støtte/rådgivning, og nogle kommuner har nøglepersoner med særlig viden om kriser, både i børn/unge-afdelingen eller i hjemmeplejen
  - Gode frivillige tilbud, herunder lokale præster, selvhjælpsorganisationer
  - Forebyggelsescentre – gælder kun for efterladte. (Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland). Forebyggelsescentre giver ofte tilbud om en enkelt samtale med efterladte eller psykoeducation i form af temaaftner, men ikke behandlingstilbud, med mindre den efterladte selv er selvmordstruet
- Anskaffelse af pjecer fra de tilbud, der måtte være i lokalområdet, samt viden om relevante hjemmesider
- Retningslinjer for samarbejde med pårørende under patientens indlæggelse, udgang og udskrivning, herunder samarbejde om at reducere selvmordsrisiko.

### Specifikt i forhold til pårørende til en person der har forsøgt selvmord

- Hvad gør afdelingen, hvis den, der har forsøgt selvmord, ønsker at holde forsøget skjult og ikke ønsker at informere familie/netværk? Hvordan orienterer man netværket til et menneske, der har forsøgt selvmord?
- Der er underretningspligt til det offentlige, hvis der er tale om et barn under 18 år. Hvordan håndterer afdelingen det, hvis barnets forældre ønsker selvmordsforsøget fortiet?

I bilag 7 findes yderligere information om reaktioner blandt pårørende og efterladte, forslag til indhold af en samtale med pårørende og efterladte etc.

# Litteratur

---

## Primær litteratur

1. Anneberg, Inger. Sorgen ved selvmord. En bog til de efterladte. København: Høst og Søn, 2002.
2. Brown GK, Ten HT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial 1. JAMA 2005;294:563-570.
3. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, Van Heeringen K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD001764.
4. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060-1064.
5. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study 1. Br J Psychiatry 1993;163: 111-112.
6. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet 2000;355:9-12.
7. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. Br J Psychiatry 1990;157:871-876.
8. Sundhedsstyrelsen, Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.

9. Sundhedsstyrelsen, Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
10. Sundhedsstyrelsen. Temarapport: Selvmord og selvmordsforebyggelse under indlæggelse. Dansk Patient-Sikkerheds-Database. 2006.
11. Winchel RM, Stanley M. Self-injuries behaviour: a review of the behaviour and biology of self-mutilation. Am J Psychiatry 1991;148:306-17.

## Sekundær litteratur

MUUSMANN Research & Consulting. Evaluering af modelprojekter til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet. Referencegruppen til forbyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, 2004.

Det fysisk aktive sygehus. Definition og strategi for implementering. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004.

Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.

Hjerterehabilitering på danske sygehuse. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjerteforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, 2004.

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.



# Eksempel på kriseplan og herunder grønt kort-ordningen

---

Eksemplet er inspireret af praksis på Psykiatrisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

### Personale og patient forbereder kriseplanen

- Kontaktperson er tilgængelig, også ved akut henvendelse
- Der udarbejdes en kriseplan
- Kriseplanen øves, repeteres og revideres
- Besøg på psykiatrisk modtagelse
- Der udfærdiges et "grønt kort" – dvs. et kort med adresse og telefonnummer og en tekst, der angiver, at patienten er velkommen på psykiatrisk modtagelse (grønt kort-ordningen)

### Eksempel på kriseplan – Hvad kan den enkelte gøre, hvis man får det dårligt

- Aflede mig selv, f.eks. se tv, strikke, sy, surfe på nettet, gå på msn, tegne eller male
- Flytte mig fra situationen, gå ind i et andet rum
- Tænke: "Jeg har prøvet det før – det går over igen"
- Løbe en tur
- Skrive mine tanker ned i en dagbog
- Tage Truxal 25 mg
- Jeg har lovet ikke at gøre skade på mig selv
- Ringe til Opus. Tlf.: .....(man-fre 9-16)
- Ringe til mine forældre. Tlf.: .....
- Ringe til en ven eller veninde (navngivet på forhånd). Tlf.: .....
- Ringe til Psykiatrifondens tlf. linje. Tlf.: ..... (åbningstider anføres)
- Ringe til Livslinien. Tlf.: ..... (åbningstider anføres)
- Ringe til Psykiatrisk udrykningstjeneste via vagtlægen.  
Tlf.: ..... (åbningstider anføres)
- Tage en taxa til psykiatrisk skadestue på Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 Kbh. NV. Tlf.: .....

Derudover inddrages familien med henblik på at kunne huse eller tilse patienten og monitorere evt. indlæggelsesbehov.



# Eksempel på instruks

---

Nedenstående vejledning, fra H:S' intranet, kan anvendes som inspiration til lokale instrukser.

## Selvordsrisiko – vurdering af

(Vejl. 47-0 K)

*Vurdering af selvmordsrisiko for patienter med øget selvmordsrisiko.*

Type: H:S Tværgående Vejledning

Kategori: Klinisk

Ikrafttrædelse: 16-06-2005

### 1. Formål

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

Vejledningen vedrører oplysninger der bør indhentes og forholdsregler ved selvmordstruede patienters henvendelse på psykiatrisk og somatisk afdeling, ved diagnostik af alvorlig somatisk lidelse, hos indlagte psykiatriske patienter, ved orlov, udgang og udskrivelse samt ved ambulante behandling af selvmordstruede patienter.

### 2. Definitioner

**Selvordsforsøg:** 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 (Sundhedsstyrelsen 2004)

### 3. Omfang og gyldighedsområde

Vejledning omfatter alle psykiatriske og somatiske afdelinger, inkl. skadestuer.

### 4. Ansvar og organisation

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

### 5. Fremgangsmåde

Patienter som henvender sig eller bringes til somatisk eller psykiatrisk afdeling på grund af selvmordsadfærd eller selvmordstanker er i en øget risiko for gentagne selvmordshandlinger og selvmord. Patienter på somatisk afdeling som nyligt har fået konstateret en alvorlig somatisk sygdom har ligeledes øget selvmordsrisiko. Psykiatriske patienter er i øget risiko for selvmord, specielt førstegangsindlagte patienter, og de første uger efter indlæggelse og udskrivelse. Patienter med affektive lidelser er i særlig høj risiko for selvmord, men også patienter med lidelser i skizofrenispektret og patienter med personlighedsforstyrrelser har øget selvmordsrisiko.

#### 5.1 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.

*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.

**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 nødretsbe-  
tragtning mulighed for at forhindre patienten i at for-  
lade afdelingen, ved brug af passende midler og der-  
efter tilkalde 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 for-  
ældremyndigheder eller underretning til de sociale  
myndigheder.

**Procedure:** Følgende forhold skal belyses ved journal-  
optagelse for personer, der har foretaget selvmordsfor-  
søg 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 infor-  
mation 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. Pa-  
tienter, der skal bringes til psykiatrisk modtagelse, for  
at få samtale med læge, skal ledsages dertil.

**Vurdering af selvmordsrisiko ved diagnostik af al-  
vorlig 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.

**5.2 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 selvmords-  
forsøg eller selvmordstanker skal undersøges.

**Tidspunkt:** Tjeklisten skal gennemgås i forbindelse  
med lægesamtale, og personalet på psykiatrisk ska-  
destue 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 journal-  
optagelse for personer, der har foretaget selvmordsfor-  
søg 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
- Aktuell 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 selvmordsforsøg
- 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 resursepå personer 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.

### **5.3 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 lægejournal.

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

#### **Tegn på akut selvmordsfare**

- Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg, eller haft påtrængende selvmordstanker
- 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 journalføres.

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

#### **5.4 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.-gangsindlagte 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.

#### **5.5 Vurdering af selvmordsrisiko for ambulante patienter psykiatrisk 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 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.

## 6. Referencer

## 7. Bilag

*Bilag 1* – Spørgsmål i psykiatrisk/somatisk afdeling ved henvendelse p.g.a selvmordsforsøg/tanker til bedømmelse af intentionsgrad

*Bilag 2* – Spørgsmål til indlagte/ambulante patienter med selvmordstanker til bedømmelse af intentionsgrad

### Bilag 1

Spørgsmål ved henvendelse i *psykiatrisk/somatisk afdeling* p.g.a **selvmordsforsøg** til bedømmelse af intentionsgrad:

- Har du forsøgt at begå selvmord?
- Hvad har du gjort konkret?
- Handlede du efter en pludselig indskydelse?
- Havde du overvejet, hvor farligt selvmordsforsøget var?
- Hvad vidste du om de piller, som du tog en overdosis af?
- Hvad troede du, at der ville ske, ved at du tog disse piller?
- Havde du undersøgt, hvor farlige pillerne var? Har du læst i bøgerne om dem?

- Ønskede du at dø? Eller ville du blot væk fra det hele?
- Hvilken tilstand var du i, da du forsøgte selvmord?
- Havde du drukket alkohol lige inden? Var du påvirket af alkohol? Eller af andre stoffer?
- Tilkaldte du selv hjælp?
- Hvordan blev du fundet? Hvem fandt dig?
- Havde du gjort noget for ikke at blive fundet?
- Havde du skrevet afskedsbrev?
- Hvordan ser du nu på, hvad du gjorde? Er du glad for, at du overlevede?
- Hvordan vil du selv forklare dit selvmordsforsøg?

Spørgsmål ved henvendelse i *psykiatrisk/somatisk afdeling* p.g.a **selvmordstanker** til bedømmelse af intentionsgrad:

- Har du tænkt på døden, fx at du ønskede at dø?
- Har du haft selvmordstanker? Har du det stadig?
- Er det noget, som du ofte har tænkt på? Hvor ofte? Gennem længere tid?
- Har du haft selvmordsplaner?
- Hvad havde du konkret tænkt på?
- Hvordan ville du begå selvmord?
- Har du overvejet, hvor farlig den selvmordsmetode er?
- Har du forberedt et selvmord? Hvordan?

### Bilag 2

Spørgsmål til *indlagte og ambulante patienter* med **selvmordstanker** til bedømmelse af intentionsgrad

- Har du tænkt på døden, fx at du ønskede at dø?
- Har du haft selvmordstanker? Har du det stadig?
- Er det noget, som du ofte har tænkt på? Hvor ofte? Gennem længere tid?
- Har du haft selvmordsplaner?
- Hvad havde du konkret tænkt på?
- Hvordan ville du begå selvmord?
- Har du overvejet, hvor farlig den selvmordsmetode er?
- Har du forberedt et selvmord? Hvordan?



### Funktionsbeskrivelse for nøglepersoner

---

Nedenfor bringes et eksempel som inspiration til lokale funktionsbeskrivelser for nøglepersoner i selvmordsforebyggelse. Eksemplet er hentet fra Sygehusledelsen på Sygehus Vendsyssel.

#### Funktionsbeskrivelse for nøglepersoner i selvmordsforebyggelse

##### Organisation:

<b>Afdeling:</b>	Samtlige afdelinger
<b>Stilling:</b>	Nøgleperson i selvmordsforebyggelse
<b>Udpeges af:</b>	Afdelingsledelsen
<b>Refererer til:</b>	Afdelingssygeplejersken/oversygeplejersken

##### Funktion:

<b>Generelt:</b>	Der skal være minimum en uddannet nøgleperson pr. afdeling der kan være ressourceperson i forbindelse med arbejdet med forebyggelse af selvmord blandt patienter på afdelingsniveau
<b>Arbejdsopgaver:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansvarlig for at udøve sundheds- og sygepleje af sundhedsfremmende og -bevarende, behandlende, lindrende og rehabiliterende karakter rettet mod alle befolkningsgrupper</li><li>• Ansvarlig for at identificere patienters/klienters behov for sygepleje, sætte mål for plejen, udføre og iværksætte plejen samt evaluere og justere denne</li><li>• Ansvarlig for at varetage administrative funktioner i forbindelse med pleje- og behandling patienter med selvmordsforsøg</li><li>• Ansvarlig for at samarbejde tværfagligt af afdelinger og sygehuse, medvirke til en udbredelse af en åben og anerkende kultur og kendskabet til selvmordsforebyggelse i hele organisationen</li><li>• Ansvarlig for at dokumentere sygeplejen af hensyn til sikkerhed og kontinuitet over døgnnet</li><li>• Ansvarlig for at varetage sygeplejens vejledende og undervisende opgaver over for patienter og pårørende samt medarbejdere.</li></ul>

<b>Uddannelse og udvikling:</b>	<p>Nøglepersonen har sammen med afdelingssygeplejersken ansvaret for uddannelse af afsnittets sygeplejepersonale, studerende og elever inden for selvmordsforebyggelse generelt.</p> <p>Nøglepersonen i selvmordsforebyggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• skal via vejledning, supervision og undervisning sikre, at sygeplejepersonalet udfører korrekt registrering, booking og anvender de udarbejdede redskaber ex. interviewmetoder i overensstemmelse med de fastsatte mål og kvalitetskriterier</li> <li>• er ansvarlig for introduktion og vejledning af nyt personale jvf. instrukser</li> <li>• skal bistå afdelingen med udvikling, gennemførelse og implementering af forebyggelsesprojekter.</li> <li>• skal deltage to gange årligt i ERFA møder med øvrige instruktører</li> </ul>
---------------------------------	---

### Kvalifikationer:

<b>Generelt:</b>	<p>Dansk autorisation som sygeplejerske  Bred sygeplejefaglig baggrund  Gode samarbejdsevner</p>
------------------	--

*December 2005*

### Forslag til opfølgningstilbud

---

Opfølgning sikres bedst ved et specialistteam bestående af socialrådgiver, psykiater og psykologer. For at sikre den fornødne specialistviden og opbygning af erfaring anbefales det, at teamet etableres i et center, der har ansvaret for selvmordsforebyggelse i et afgrænset geografisk område (flere kommuner, naturlige dele af regionen). Det anbefales, at der ikke etableres centre med mindre end fire behandlere foruden administrativt personale. Befolkningsunderlaget skal minimum være ca. 300.000 borgere.

Et sådant center skal kunne:

- tage kontakt med patienten inden for 24 timer efter henvisning
- tilbyde vurdering inden for max 3 (5) hverdage
- tilbyde korterevarende kognitiv terapi med vægt på problemløsning og forebyggelse af tilbagefald
- være lettilgængeligt (alle professionelle kan henvisne, borgerne kan henvende sig uden henvisning)
- være aktivt med hensyn til kontaktetablering og fastholdelse
- praktisere en åben dør-politik, så patienter opfordres til at henvende sig igen ved selvmordstanker
- modtage klienter i alle aldre
- inddrage pårørende i overensstemmelse med lokale pårørendepolitikker og under hensyntagen til patientens interesse heri
- være opmærksom på kontinuitets- og nærhedsprincippet, så der etableres tryghed ved at kunne genhenvises, især efter recidiv til selvmordsforsøg
- aktivt minde patienter om tilbudet efter afslutning af behandling (opfølgning på en ressourcebesparende måde, f.eks. ved brev til patienten)
- være aktiv i forhold til at etablere samarbejde med især somatiske afdelinger og skadestuer og tilbyde undervisning i risikovurdering og den motiverende samtale
- etablere en aktiv mediepolitik, så kendskab til selvmordsforebyggelse udbredes
- have kendskab til alle relevante henvisningsinstanser i området og tage initiativ til social koordinering.





# Eksempel på samarbejdsaftale med primær sektor

---

18.11.02

### **Vejledning til samarbejdsaftale mellem kommunerne og de psykiatriske centre**

Med det formål at styrke samarbejdet mellem kommunerne og de psykiatriske centre er der under de regionale planlægningsudvalg på psykiatriområdet udarbejdet en aftaleskabelon. Aftaleskabelonen der er grundlaget for samarbejdet, skal sikre helhed, sammenhæng og koordination i den samlede psykiatriske indsats for sindslidende borgere.

Aftaleskabelonen udfyldes lokalt, og aftalen indgås mellem de enkelte kommuner og de psykiatriske centre. I aftaleskabelonen fastlægges de generelle overordnede principper, som er retningsgivende for indholdet af de konkrete forhandlinger.

Aftaleskabelonen er udformet, så den kan fungere som en vejledning for de lokale forhandlinger, og med mulighed for, at de konkrete aftaler kan tilpasses de lokale forhold og forudsætninger. Skabelonen angiver rammen for samarbejdet, mens det nærmere indhold for samarbejdet fastlægges lokalt mellem kommunerne og de psykiatriske centre (sengeafdelinger, ambulatorier og distriktpsychiatrien).

Samarbejdsaftalen skal afspejle parternes reelle forventninger og krav til hinanden. Samarbejdsaftalen skal samtidig synliggøre fordelingen af ansvar, kompetence, gensidige forpligtelser og omfanget af det nødvendige samarbejde. Endelig skal aftalerne respektere de ressourcemæssige rammer, der er på området i både kommunerne og amtet.

De psykiatriske centre indkalder de relevante parter og tager initiativ til, at aftalerne forhandles. De psykiatriske centre sikrer, at der sker genforhandling inden aftalens udløb. Parterne udfylder i fællesskab aftalen ud fra de emner og det aftaleindhold, der er beskrevet i aftaleskabelonen. Der udarbejdes en aftale for hver kommune (3 i Gentofte, 5 i Ballerup, 8 i Glostrup og 2 på Amager). Når aftalen genforhandles, vurderer aftalparterne, om aftalen skal ændres fuldstændigt, eller om der blot skal foretages justeringer.

Samarbejdsaftalen godkendes af centerledelsen og kommunen. Kopi af den endelige aftale eller genforhandlet aftale sendes til Psykiatriaafdelingen.

*(se næste side)*

**Aftaleskabelon for samarbejdsaftaler mellem kommunerne og de psykiatriske centre**

Emne	Aftaleindhold
<p><b>Aftaleparterne og nedsættelse af aftalegruppe</b></p>	<p>Aftaleskabelonen er udarbejdet med et formål at styrke samarbejdet mellem kommunerne og de psykiatriske centre. Skabelonen er udformet, så den kan fungere som en vejledning for de lokale forhandlinger. Det nærmere indhold for samarbejdet fastlægges lokalt mellem kommunerne og de psykiatriske centre.</p> <p>Aftaleskabelonen udfyldes lokalt, og aftalen indgås mellem de enkelte kommuner og de psykiatriske centre. Det skal fra start aftales, hvem aftaleparterne er. Til at udfylde samarbejdsaftalen nedsættes en aftalegruppe. Deltagere i aftalegruppen udpeges af ledelsen i kommunerne og de psykiatriske centre. Det bør tilstræbes, at der deltager såvel ledelsesrepræsentanter som praktikere med den fornødne kompetence. Disse er sluttelig garanter for en sikring af koordinering på området.</p> <p>Aftalegruppen forhandler/genforhandler samarbejdsaftalen og drøfter det løbende samarbejde. Aftalegruppen aftaler og tilrettelægger mødeindhold, mødefrekvens m.v.</p>
<p><b>Målgruppe</b></p>	<p>Som udgangspunkt omfatter aftalen borgere der indlægges/behandles på det psykiatriske center eller i distriktskykiatrien, og som ved indlæggelsen gør brug af eller skønnes at kunne få brug for kommunale hjælpeforanstaltninger.</p> <p>Aftaleparterne kan vælge at præcisere målgruppen nærmere og aftale, hvordan der skal samarbejdes om f.eks. psykisk syge med misbrug, selvmordstruede, gerontopsykiatriske patienter og patienter der indlægges akut.</p> <p>Samarbejdet mellem kommune og det psykiatriske center skal ske inden for den gældende lovgivning, der omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om sygehusvæsenet</li> <li>• Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien</li> <li>• Lov om social service</li> <li>• Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område</li> <li>• Forvaltningsloven</li> </ul>
<p><b>Målsætning og hovedprincipper for samarbejdet</b></p>	<p>Aftaleparterne skal redegøre for målsætning, værdigrundlag og principper for samarbejde og koordinering mellem borger, kommune og det psykiatriske center.</p> <p>Der skal i målsætningerne lægges vægt på, at borgeren sættes i centrum efter principper om tilgængelighed, sammenhæng, helhed og koordinering af tilbudene.</p>

Emne	Aftaleindhold
<b>Psykiatriske skadestue/modtageenhed</b>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet med kommunen i forbindelse med henvendelser på psykiatrisk skadestue.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det aftales, hvordan kommunen og det psykiatriske center skal samarbejde om skadestuehenvendelser, og hvordan der kan informeres om, at en borger har været i kontakt med psykiatrisk skadestue.</li> <li>• Den psykiatriske skadestue/modtageenhed bør løbende tage stilling til, om kommunen skal kontaktes med henblik på samarbejde.</li> </ul>
<b>Samarbejdet ved indlæggelsen</b>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og det psykiatriske center (sengeafdelinger, ambulatorier, distriktpsychiatrien) i forbindelse med indlæggelse.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der skal i forbindelse med indlæggelsen i fællesskab ske en afdækning af den personkreds (sagsbehandlere, læger, hjemmeplejen, støtte- og kontaktperson, praktiserende læge, distriktsygeplejerske, psykiatrikoordinator, pårørende med flere) der findes omkring den sindslidende.</li> <li>• Det skal aftales, hvordan og hvornår det psykiatriske center skal give besked til kommunen om, at der er sket en indlæggelse/indskrivning.</li> <li>• Der skal udpeges en kontaktperson i kommunen og på det psykiatriske center. En sindslidende kan således have flere kontaktpersoner, som tilsammen er ansvarlige for en koordineret handleplan.</li> <li>• Der skal aftales et møde, hvor den sindslidende, det professionelle netværk og eventuelle pårørende inviteres. De nærmere kriterier for afholdelse af møde aftales nærmere.</li> <li>• På mødet udpeges en tovholder i den sindslidendes professionelle netværk. Det skal aftales, hvad der forventes af tovholderen, herunder hvem der har ansvar for indkaldelse til møder, mødeledelse og referat. De enkelte instansers kontaktpersoner har pligt til at holde tovholderen underrettet om omstændigheder omkring den sindslidende, herunder om ændringer i aftaler om forløbet.</li> <li>• Det skal aftales, hvordan de professionelle skal involveres i sagen, hvem der har hvilke opgaver, og hvad der skal ske under indlæggelsen.</li> </ul>
<b>Samarbejdet under indlæggelsen</b>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og det psykiatriske center (sengeafdelinger, ambulatorier, distriktpsychiatrien) under indlæggelsen.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal aftales, hvordan det psykiatriske center skal samarbejde med kommunen i forbindelse med skift til andet psykiatrisk eller somatisk afsnit.</li> <li>• Det skal aftales, hvordan der skal samarbejdes om de patienter, der forlader afdelingen i utide.</li> <li>• Aftaleparterne skal drøfte den støtte, der kan tilbydes efter udskrivningen.</li> </ul>

Emne	Aftaleindhold
<p><b>Samarbejdet ved udskrivningen.</b></p>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og det psykiatriske center i forbindelse med udskrivning.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aftaleparterne skal fastlægge aftale om, at der afsættes den nødvendige tid til udveksling af information og koordinering af opgaverne i forbindelse med udskrivning af en patient.</li> <li>• Der skal fastlægges varsler for, hvornår det psykiatriske center skal give besked til kommunen om, at der vil ske en udskrivning.</li> <li>• Der skal udarbejdes udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for de patienter, der må antages ikke selv at søge nødvendig behandling eller sociale tilbud efter udskrivning.</li> </ul>
<p><b>Samarbejdet om indskrevne i distriktpsykiatrien og ambulatorier</b></p>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og distriktpsykiatrien/ambulatoriet.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der skal i fællesskab ske en afdækning af den personkreds (sagsbehandlere, læger, hjemmeplejen, støtte- og kontaktperson, praktiserende læge, psykiatrikoordinator, pårørende med flere), der findes omkring den sindslidende.</li> <li>• Der skal udpeges en kontaktperson i kommunen og i distriktpsykiatrien/ambulatoriet.</li> <li>• Det skal aftales, hvordan distriktpsykiatrien/ambulatoriet skal samarbejde med kommunen i forbindelse med genindlæggelse på det psykiatriske center</li> <li>• Der skal fastlægges varsler for, hvornår distriktpsykiatrien/ambulatoriet skal give besked til kommunen om, at der vil ske en udskrivning til egen læge eller en afslutning af patienten.</li> </ul>
<p><b>Børn og unge af psykisk syge forældre</b></p>	<p>Der skal ske en tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og de psykiatriske centre (sengeafdelinger, ambulatorier, psykiatrisk skadestue og distriktpsykiatrien) om børn og unge af psykisk syge forældre.</p> <p>I aftalerne skal der som minimum fastlægges retningslinier for følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der skal ske en afklaring af den personkreds, såvel de professionelle som den psykisk syge forældre og øvrig familie/pårørende, der er om barnet.</li> <li>• Der skal ske en afklaring af de involverede fagpersoners roller og opgaver.</li> <li>• Der skal udarbejdes fælles mål for indsatsen. Såvel den psykiatriske behandlingsplan som den kommunale handleplan kan inddrages.</li> <li>• Det skal afklares, hvordan indsatsen koordineres i forhold til barnet, den psykisk syge forældre og øvrig familie/pårørende.</li> </ul>

Emne	Aftaleindhold
Forebyggelse	<p>Der skal ske en drøftelse og tilrettelæggelse af samarbejdet mellem kommunen og det psykiatriske center (sengeafdelinger, ambulatorier, distriktpsychiatrien) om forebyggelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det kan drøftes, hvordan det psykiatriske center (sengeafdelinger, ambulatorier, distriktpsychiatrien) og kommunen kan samarbejde om den primære forebyggelse for at hindre en psykisk sygdom i at komme i udbrud. Drøftelserne kan omhandle folkesundhed, levevilkår, støtte af familiernes funktions- evne og lokalsamfundets rummelighed.</li> <li>• Det kan drøftes, hvordan det psykiatriske center (sengeafdelinger, ambulatorier, distriktpsychiatrien) og kommunen kan samarbejde om den sekundære forebyggelse af sindslidelser. Den sekundære forebyggelse sigter på tidlig diagnosticering, behandling og bedring. Det handler om gode behandlings- miljøer, selvmordsforebyggelse, kriseintervention og udadrettet rådgivning og vejledning.</li> <li>• Der kan samarbejdes om vejledning, rådgivning og undervisning af medarbejdere i det psykiatriske center, distriktpsychiatri og kommune. I undervisningen kan der være fokus på forskellige typer af sindslidelser og mestring af arbejdet med sindslidende.</li> </ul>
Andet	<p>Aftaleparterne kan vælge at samarbejde om emner, der særligt har lokal betydning, og derfor ikke er nedskrevet i aftaleskabelonen, herunder fælles uddannelse, fælles temadage, samt udveksling af medarbejdere mellem kommunerne og de psykiatriske centre.</p> <p>Aftaleparterne kan lave og anvende en checkliste. Checklister udarbejdet af pilotprojekter vedlægges til inspiration.</p>
Godkendelse, løbetid og genforhandling.	<p>Samarbejdsaftalen godkendes af centerledelsen og kommunen. Aftalens løbetid fastsættes til 2 år. Der skal ske genforhandling inden aftalens udløb. Kopi af indgået aftale/genforhandlet aftale sendes til Psykiatriaafdelingen.</p>



# Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus

---

I det følgende redegøres for de fem kernestandarder udviklet af Netværk af forebyggende Sygehuse i Danmark vedrørende sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus:

- Standard 1 stiller krav om, at sygehuset har en skriftlig politik for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme
- Standard 2 beskriver sygehusets ansvar for at foretage en vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle patientforløb
- Standard 3 stiller krav om, at sygehuset sikrer rettidig information til patienten, og at der systematisk tilbydes sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på baggrund af identificerede behov
- Standard 4 beskriver sygehusets ansvar for at understøtte en sund og sikker arbejdsplads for personalet
- Standard 5 stiller krav om fokus på kontinuitet og samarbejde med andre sundhedsaktører.

### Standard 1 – Ledelse

Sygehuset har en skriftlig politik for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Politikken indgår i den overordnede kvalitetsudviklingspolitik, som har til formål at forbedre sygehusets resultater. Politikken er rettet mod patienter, pårørende og personale.

**Formål:** at beskrive rammerne for sygehusets sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme som en integreret del af sygehusets kvalitetspolitik.

- 1.1 Sygehusledelsen identificerer lederskab og fordeler ressourcer og ansvar med henblik på gennemførelse, evaluering og regelmæssig revidering af politikken
- 1.2 Personalet er bekendt med politikken for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og politikken indgår i introduktionen af nyansatte

- 1.3 Ledelsen sikrer, at der forligger en plan for kvalitetsvurdering, herunder retningslinier for indsamling og analyse af data vedr. sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og at der sker løbende overvågning af opfyldelse heraf
- 1.4 Ledelsen sikrer, at medarbejdere har den nødvendige kompetence til at varetage sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme og støtter personalets kompetenceudvikling i det omfang, der er behov herfor
- 1.5 Ledelsen sikrer tilstedeværelse af strukturer og faciliteter, herunder ressourcer, plads, udstyr osv. mhp. gennemførelse af sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

### Standard 2 – Vurdering af patienter

Ledelsen sikrer, at det sundhedsfaglige personale i samarbejde med patienten systematisk vurderer behovet for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

**Formål:** at understøtte patientbehandlingen og forbedre prognoser samt at fremme patienternes sundhed og velvære.

- 2.1 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinier og/eller procedurer mhp. vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme for alle patienter uafhængigt af diagnose
- 2.2 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinier og/eller procedurer mhp. vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme rettet mod specifikke patientgrupper (f.eks. hjertepatienter eller patienter med KOL)
- 2.3 Vurderingen af en patients behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker første gang, patienten kommer i kontakt med sygehuset. Behovet revideres i overensstemmelse med ændringer i patientens kliniske tilstand eller efter anmodning fra patienten.

- 2.4 Identifikation af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker med respekt for patientens sociale og kulturelle baggrund
- 2.5 Oplysninger fra samarbejdspartnere (henvisende læge, speciallæge m.v.) indgår i vurderingen af patientens behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

### Standard 3

#### – Patientinformation og intervention

Patienten informeres om væsentlige faktorer vedrørende egen sygdom eller sundhedstilstand, muligheder for og effekt af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, samt tilbydes systematisk intervention som en del af alle patientforløb.

**Formål:** at styrke patientens medvirken som aktiv deltager og at understøtte integrationen af systematisk sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle patientforløb.

- 3.1 På grundlag af en vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme informeres patienten om en mulig indsats og sammen med patienten opstilles en plan for relevante aktiviteter
- 3.2 Ledelsen sikrer, at den gennemførte intervention dokumenteres og evalueres, herunder om forventede og planlagte resultater er opnået
- 3.3 Patientens evaluering af den givne information og intervention i relation til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme vurderes regelmæssigt
- 3.4 Ledelsen sikrer, at data indberettes til alle relevante regionale og nationale kliniske kvalitetsdatabaser og/eller registre
- 3.5 Ledelsen sikrer, at der foreligger skriftlig patientinformation om de væsentligste sygdomme i alle relevante afdelinger, herunder relevant information om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme
- 3.6 Ledelsen sikrer, at patienter, pårørende, personale og besøgende har adgang til generel sundhedsinformation, herunder sygehusets sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

### Standard 4

#### – En sundhedsfremmende arbejdsplads

Ledelsen skaber vilkår for udviklingen af sygehuset/afdelingen som en sundhedsfremmende arbejdsplads.

**Formål:** at understøtte etableringen af en sund og sikker arbejdsplads for personalet og at understøtte sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

- 4.1 Ledelsen sikrer fastlæggelse og implementering af en politik for en sund og sikker arbejdsplads for personalet. Denne målsætning dækker sundheds- og sikkerhedsspørgsmål
- 4.2 Ledelsen sikrer, at der sker løbende udvikling af sygehuset som en sundhedsfremmende arbejdsplads.

### Standard 5

#### – Kontinuitet og samarbejde

Ledelsen har en plan for samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet og andre samarbejdspartnere om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

**Formål:** at sikre samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og med relevante samarbejdspartnere med henblik på optimering af den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats i patientforløbene.

- 5.1 Ledelsen sikrer, at sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme er i overensstemmelse med gældende love og sundhedsplaner
- 5.2 Ledelsen identificerer nøglesamarbejdspartnere og muligheder for samarbejde med omgivelserne (den primære sundhedssektor, patientsammenlutninger, politikere og andre organisationer i omgivelserne) samt udfærdiger en plan for samarbejdet
- 5.3 Ledelsen sikrer, at der foreligger og implementeres retningslinier og/eller procedurer for opfølgning af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats efter udskrivelsen
- 5.4 Ledelsen sikrer, at oplysninger om given information og intervention vedr. sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme tilsendes relevante instanser og samarbejdspartnere, som indgår i opfølgning efter patientens udskrivelse.



# Specielt om efterladte og pårørende

---

Sygehuspersonale, der kommer i kontakt med pårørende og efterladte i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøg, har behov for viden om, hvordan de to grupper kan reagere, og hvordan den professionelle støtte og hjælp bedst kan gives.

Et selvmord og et forsøg på selvmord udløser mange spørgsmål og megen skyldfølelse. Med vores sædvanlige rationelle tilgang søger vi en årsag – der må være en forklaring. For de fleste mennesker er det svært at acceptere det uforklarlige. Samtidig er det meget svært at tale om selvmord. Der er så mange følelser i spil. Det gælder både for de efterladte, der prøver at leve med tabet, savnet og selvbekjendelserne, og for den pårørende, der har været udsat for et forsøg på selvmord blandt sine nærmeste, og derfor lever i angst for at sige eller gøre det forkerte og måske udløsende. Lige som det gælder for venner, kollegaer eller andre, der står lidt længere ude i periferien. De ved alt for sjældent, hvordan situationen skal gribes an og vælger derfor ofte den løsning, der gør allermost ondt på den efterladte eller pårørende – de siger eller gør ikke noget!

Det er meget forskelligt, hvorledes vi hver især bearbejder kriser og sorg, når vi rammes af et selvmord eller et forsøg på selvmord. Nogle har behov for professionel hjælp, andre har brug for frivilligt netværk. **Alle** har brug for omsorg og støtte.

Pårørende og efterladte bør ses som to helt forskellige grupper med specifikke, særlige problemer, der er anderledes end de problemer, der måtte være for den, der har forsøgt selvmord, eller den der har taget sit eget liv.

### Reaktioner

Der er mange følelsesmæssige reaktioner forbundet med at være efterladt efter et selvmord eller pårørende til mennesker, der har forsøgt selvmord. For de efterladte kan hændelsen bevirke, at de begynder at overveje selvmord som en måde, hvormed de slipper for det følelsesmæssige kaos. De risikerer altså at blive selvmordstruede, hvilket de professionelle skal være

opmærksomme på. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på, at mange efterladte vil tage stærkt afstand fra brugen af selvmord som en udvej. Nedenstående punkter er nogle af de reaktioner, man kan forvente i mødet med efterladte efter selvmord eller pårørende til personer der har forsøgt selvmord:

- Følelse af chok og uvirkelighed
- Skyld. Gentagne spørgsmål om hvorfor?
- Skam
- Følelse af svigt. Selvbekjendelser
- Spekulationer over hvad andre tænker
- Spekulationer over hvordan man videregiver, hvad der er sket.

### Særligt for efterladte efter selvmord

- Vrede, både mod den afdøde, mod dem der ikke forhindrede det, systemet, Gud osv.
- Lettelse, f.eks. fordi der har været mange forudgående forsøg og mange års pinefuld lidelse for hele familien
- Sorg, smerte, fortvivlelse, savn.

### Særligt for pårørende til personer der har forsøgt selvmord

- Angst for at det kan ske igen
- Meningsløshed, tab af tillid.

Nogle familier reagerer ved at forsøge at skjule, at der er tale om selvmord eller selvmordsforsøg. Andre signalerer åbenhed og vil gerne bakkes op i denne åbenhed.

Angsten for at være åben om selvmordsforsøget kan hænge sammen med angst for, om det vil "smitte". Det er en regulær bekymring, men fortidelse mindsker ikke denne eventuelle risiko. Det er vigtigt, at personalet på sygehusene forstår, at selvmord og selvmordsforsøg stadig er tabuiseret i vores tid, og at mennesker føler

sig ramt af tabuet, når en af deres nærmeste tager sit liv eller forsøger at tage sit liv. Accept af, at der virkelig er tale om selvmord eller selvmordsforsøg og støtte til åbenhed, er derfor en stor opgave for personalet.

Ligeledes er det vigtigt at forstå, at de følelser, som de efterladte efter selvmord kan stå med, kan virke særdeles modsatrettede, fra følelsen af svigt til følelsen af lettelse, fra dyb sorg til voldsom vrede, alt sammen på samme tid.

Pårørende til mennesker, der har foretaget et alvorligt selvmordsforsøg, vil være påvirkede, og de vil leve i en konstant angst for, hvornår det kan ske igen. For begge grupper gælder det, at der kan være bagvedliggende problemer i forbindelse med et selvmord eller selvmordsforsøg, f.eks. misbrug og psykisk sygdom. Denne forhistorie kommer måske frem i samtalen med personalet, og da skal personalet være i stand til at forholde sig til denne.

Mange pårørende og efterladte har et akut behov for at drøfte, hvad de skal sige til børnene i familien og vennekredsen. Rådet fra eksperter lyder: Sig det, som det er.

Det er vigtigt at begynde med sandheden – ikke kun stumper af sandheden. Det er vigtigt at gøre selvmordet eller selvmordsforsøget konkret. Tavshed om selvmordet kan skade børn for resten af livet, fordi de altid vil fornemme, at noget er galt.

### **Forslag til samtalens indhold med de pårørende og efterladte**

Samtalen med pårørende og efterladte kan ikke følge en bestemt skabelon, men den professionelle bør være opmærksom på bestemte fokuspunkter (de nedenstående punkter), som ofte berøres i løbet af en samtale med efterladte efter selvmord, eller ved samtale med pårørende til personer, der har forsøgt selvmord:

- Åbenhed eller ej? For mange pårørende og efterladte er det et stort tema. Hvordan håndterer vi selvmord eller selvmordsforsøg i forhold til vores omgivelser? Den professionelle bør i hvert tilfælde vurdere familiens stilling i forhold til åbenhed, men udgangspunktet må altid være, at man forsøger at påvirke så meget som muligt i retningen af åbenhed. Al erfaring viser, at det er langt nemmere at bearbejde, hvad der er sket, hvis selvmordet ikke behandles som en hemmelighed.

### **Særligt for efterladte efter selvmord**

- Den professionelle bør ikke svare direkte på spørgsmål om skyld, og man bør undlade at gå med på en fordeling af skyld og ansvar. Efterladte vil ofte føle skyld. Det er vigtigt at acceptere dette, men som professionel kan man i stedet for opfordre til, at den efterladte i tiden efter selvmordet opsøger så meget viden om, hvad der er gået forud, som det er muligt. Efterladte har meget ofte brug for at stykke de mange puslespilsbrikker sammen. Instanser som kan hjælpe dem er f.eks.:
  - Obduktionsrapport, samtale med f.eks. embedslæge eller egen læge om indholdet af denne
  - Politiets rapport og billeder, en samtale med politiet om den rapport, der er skrevet
  - Samtale med personalet, hvis vedkommende har været indlagt, eller hvis selvmordet er foregået på institution/sygehus/plejehjem
  - Bak op om involvering af familie/venner/netværk, som måtte have en viden om selvmordet.

### **Særligt for pårørende til personer der har forsøgt selvmord**

- Hvis personalet ikke allerede på sygehuset gør selvmordsforsøget til genstand for en åben samtale, bliver det langt sværere for familien at genoprette kommunikationen, når personen, der forsøgte selvmord, kommer hjem.

### **Undervisning af personalet**

For de personalegrupper, som møder efterladte efter selvmord og pårørende til mennesker, der har forsøgt selvmord, er viden om disse to grupper afgørende. Der bør være indlagt i den i forvejen obligatoriske undervisning for nyansatte, at personalet får viden om pårørende og efterladte. Undervisning kan omfatte:

- Egne holdninger til selvmord og selvmordsforsøg
- Den svære samtale. Hvad er vigtige elementer i forhold til at tale med netop disse to grupper
- Faktuel viden om selvmord og selvmordsforsøg samt reaktioner hos pårørende og efterladte.



