



VURDERING OG VISITATION  
AF SELVMORDSTRUEDE  
Vejledning til sundhedspersonale

2004



Vurdering og visitation af selvmordstruede  
Vejledning til sundhedspersonale

Redaktion:

Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital  
Barbara Hjalsted, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse  
Kirsten Nielsen, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse  
Andreas Christensen, Line-by-Line

Bidragydere:

Sigurd Benjaminsen, overlæge, Odense Universitetshospital  
Mette Finnedal, psykolog, Center for Selvmordsforebyggelse, Århus  
Marianne Hvid, sygeplejerske, H:S Amager Hospital  
Eyd Hansen Høyer, 1. reservelæge, ph.d., Silkeborg Centralsygehus, Center for  
Registerforskning, Århus  
Anna F. Knudsen, afdelingslæge, Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd, Odense  
Bente Hjorth Madsen, ledende psykolog, Center for Selvmordsforebyggelse, Århus  
Merete Nordentoft, overlæge, ph.d., Bispebjerg Hospital  
Mette Søgaard, socialrådgiver, Bispebjerg Hospital  
August Wang, overlæge dr.med., Amager Hospital

Kapitel 14 om lovgivningsmæssige forhold er udarbejdet af chefkonsulent Elisabeth  
Hersby, Sundhedsstyrelsen

Afsnit 11.5 om patientregistrering er udarbejdet af afdelingslæge Ole B. Larsen,  
Sundhedsstyrelsen

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
Postboks 1881  
2300 København S

sst@sst.dk  
URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk  
Version: 1,0  
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2004

Layout og produktion: Line-by-Line

Elektronisk ISBN: 87-91437-37-7

Publikationen er støttet af Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til  
forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord

# VURDERING OG VISITATION AF SELVMORDSTRUEDE

Vejledning til sundhedspersonale

# INDHOLD

1. Forord.....	6
----------------	---

## DEL 1: VEJLEDNING

2. Indledning.....	8
3. Læsevejledning .....	10
4. Tjekliste.....	12
5. Risikofaktorer og vurdering af selvmordsrisiko .....	17
5.1 Risikofaktorer for selvmord .....	17
5.1.1 Psykisk sygdom .....	17
5.1.2 Misbrug .....	18
5.1.3 Tidligere selvmordsforsøg.....	19
5.1.4 Andre risikofaktorer .....	19
5.1.5 Forskellige risikofaktorer hos mænd og kvinder.....	19
5.2 Risikofaktorer for selvmordsforsøg .....	20
5.3 Vurdering af selvmordsrisiko .....	21
5.3.1 Vurdering af selvmordsrisiko ved selvmordsforsøg.....	22
5.3.2 Vurdering af selvmordsrisiko ved selvmordstanker .....	24
5.4 Litteratur .....	26
6. Akut selvmordsfare .....	28
6.1 Sikring af patienter i akut selvmordsfare .....	29
6.2 Overførsel af akut selvmordstruet patient.....	30
7. Samtaleteknik.....	31
7.1 Den motiverende og allianceskabende samtale .....	32
7.2 Generelt om samtalen med selvmordstruede .....	34
7.3 Ved samtalens afslutning .....	35
7.4 Litteratur .....	35
8. Visitation og opfølgning .....	36
8.1 Rammer og procedurer for psykiatrisk vurdering.....	36
8.1.1 Praktiske forhold .....	37
8.1.2 Den psykiatriske vurdering .....	37
8.2 Opfølgingsmuligheder.....	38
8.2.1 Det støttende og ledsagende princip .....	39
8.2.2 Inddragelse af pårørende .....	39
8.2.3 Akutte henvendelsesmuligheder .....	40
8.2.4 Psykiatrisk regi .....	40
8.2.5 Psykologisk regi.....	40
8.2.6 Særlige tilbud rettet mod selvmordstruede.....	41
8.2.7 Praktiserende læge.....	41

8.2.8 Misbrugsregi .....	42
8.2.9 Kommunalt regi.....	42
8.3 Litteratur .....	43
9. Organisering af afdelingens indsats.....	44
9.1 Lokale instrukser.....	44
9.2 Litteratur .....	45
10. Landsdækkende telefonrådgivninger .....	46

## DEL 2: BAGGRUND

11. Definition af selvmordsforsøg og selvmord.....	48
11.1 Selvmordsforsøg .....	48
11.2 Selvmord.....	50
11.3 Selvmordstanker .....	50
11.4 Selvutilitation (selvtilføjet skade).....	50
11.5 Patientregistrering.....	51
11.5.1 Fælles for somatiske og psykiatriske afdelinger .....	52
11.5.2 Diagnoseregistrering på somatiske afdelinger .....	52
11.5.3 Særligt for psykiatriske afdelinger.....	52
11.6 Litteratur .....	53
12. Forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.....	54
12.1 Selvmordsforsøg .....	54
12.2 Selvmord.....	56
12.3 Litteratur .....	57
13. Holdninger og myter .....	58
13.1 Holdninger til selvmord .....	58
13.1.1 Vigtigt at være bevidst om holdninger.....	59
13.1.2 Kommuniker holdningerne tydeligt .....	59
13.2 Myter om selvmord .....	60
13.3 Litteratur .....	61
14. Lovgivningsmæssige forhold.....	62
14.1 Aktuelt behandlingsforløb .....	63
14.2 Væsentlige hensyn til patienten eller andre.....	63
14.3 Videregivelse af oplysninger til pårørende .....	63
14.4 Unge under 18 år .....	64
14.5 Samtykke fra patienten.....	64
14.6 Tvangsindlæggelse .....	65
14.7 Litteratur .....	66
15. Links til internationale vejledninger.....	67



# 1.

## FORORD

Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 “Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark”. Denne publikation har dannet grundlag for den særlige indsats på området i perioden 1999-2004. Indsatsen har blandt andet omfattet en række modelprojekter rundt om i landet, hvis sigte har været lokalt at forbedre vurderingen af selvmordsrisiko og visitation af selvmordstruede.

I den femårige indsatsperiode har Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet arbejdet på at styrke samarbejdet mellem stat, amter, kommuner og det frivillige arbejde som led i opfølgningen på handlingsplanens forslag. Indsatsen har været koordineret af Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, der er nedsat i tilknytning til de tre ministerier. Referencegruppen består af sagkyndige og repræsentanter fra det frivillige sociale arbejde, amter, kommuner, H:S og de berørte ministerier og har sekretariat i Sundhedsstyrelsen.

Forslaget til handlingsplan gav blandt andet følgende anbefalinger:

- Personer, som er selvmordstruede, bør vurderes hurtigt og korrekt med den nødvendige faglige ekspertise.
- Hjælp til selvmordstruede bør etableres efter et støttende og ledsagende princip, således at pågældende ikke slippes, før anden støtte er iværksat.


Disse anbefalinger har det i praksis vist sig at være svært at leve op til. Der har i sygehusvæsenet været et uopfyldt behov for støtte til at opfylde anbefalingerne, og det er Sundhedsstyrelsens håb, at nærværende vejledning kan være et nyttigt redskab i denne proces.

Målet med vejledningen er at opkvalificere sundhedspersonalets identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede – både ved selvmordsforsøg, ved fremsatte selvmordstanker og ved mistanke om selvmordsfare.


Med udgangspunkt i vejledningens anbefalinger er det hensigten, at der udarbejdes lokale instrukser for afdelingens håndtering af selvmordstruede patienter. Desuden skal vejledningen fremme etableringen af lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og relevante parter i den primære sundheds- og sociale sektor med henblik på den videre opfølgning af selvmordstruede patienter.

Målgruppen for vejledningen er først og fremmest ledelse og personale i de somatiske skadestuer og modtageafdelinger og dernæst personalet i de psykiatriske modtagelser. Vejledningen vil desuden kunne anvendes af sundhedsprofessionelle i andre organisationer eller af andre faggrupper med kontakt til selvmordstruede samt af studerende inden for disse områder.

Vejledningen er udarbejdet af en kreds af fagpersoner, der har været involveret i opfølgningen af Forslag til handlingsplan. Der har været bred tilslutning til vejledningen i de faglige miljøer. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke alle disse fagpersoner for deres bidrag og kommentarer til vejledningens indhold.



*Jens Kristian Gøtrik*  
Medicinaldirektør



*Else Smith*  
Centerchef





# 2.

## INDLEDNING

Hver dag indbringes cirka tyve patienter til landets skadestuer og medicinske modtageafdelinger efter selvmordsforsøg. På enhver større skadestue og medicinsk modtageafdeling vil man således hyppigt komme ud for at skulle modtage, behandle, motivere og visitere en selvmordstruet patient til videre behandling. En selvmordstruet patient er en, der enten aktuelt har foretaget selvmordsforsøg eller har plagsomme selvmordstanker.

Problemstillingen fylder måske endnu mere psykologisk end rent tidsmæssigt, fordi personalet på skadestuer og medicinske modtageafdelinger først og fremmest er uddannet i somatisk behandling af akutte tilfælde, mens de ofte har mindre baggrund for og erfaring i at håndtere psykologiske og psykiatriske problemstillinger.

Denne vejledning skal understøtte og forbedre sundhedspersonalets mulighed for at identificere, vurdere og visitere selvmordstruede på somatiske afdelinger og skadestuer og sekundært på psykiatriske skadestuer. Det gælder patienter, der har foretaget selvmordsforsøg, eller som har fremsat selvmordstanker, samt patienter, hvor man i øvrigt har mistanke om selvmordsfare.

Hensigten med vejledningen er:

- At give sundhedspersonalet nogle redskaber til identifikation og vurdering af selvmordsrisiko
- At give sundhedspersonalet et oplæg, der kan påvirke holdninger omkring et tabubelagt område som selvmordsforsøg og selvmord
- At understøtte udarbejdelsen af lokale instrukser på afdelingerne og lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og det øvrige sundhedsvæsen og socialsektoren
- At vejledningen kan bruges i undervisningen af sundhedsprofessionelle

Behandlingen af de fysiske skader efter selvmordsforsøg omtales ikke i vejledningen, men er selvfølgelig en forudsætning for det videre forebyggende arbejde.



Vejledningen tænkes placeret som en opslagsbog på afdelingen.

I kapitel 4 er der en tjekliste, som sundhedspersonalet kan bruge som repetition eller huskeliste over de emner og spørgsmål, der er væsentlige at medtage i vurderingen af selvmordstruede. Tjeklisten findes også på et særskilt ark, som kan placeres let tilgængeligt i afdelingen, så personalet hurtigt kan få et overblik over vejledningens anbefalinger.

Vejledningen indeholder en gennemgang af vigtige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg, en liste over forhold, der altid bør belyses ved undersøgelse af personer, der har foretaget selvmordsforsøg, eksempler på spørgsmål, man kan stille for at få klarlagt selvmordsintentionen, og råd vedrørende den motiverende samtale og opfølgende behandlingstilbud.

Desuden finder man anbefalinger for håndtering af akut selvmordsfare og oplysninger om relevante lovgivningsmæssige forhold. Endelig er der en diskussion af holdninger og myter i forhold til selvmord. Dette er medtaget, fordi holdningsmæssige forhold kan virke hæmmende for, at selvmordstruede patienter får tilstrækkelig hjælp i sundhedsvæsenet.

I "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", som Sundhedsstyrelsen udgav i 1998, er en af anbefalingerne, at landets sygehuse skal have udarbejdet rutiner for behandling og opfølgning af selvmordstruede. Vejledningen indeholder derfor også et overblik over, hvilke rutiner man bør sikre sig på alle afdelinger, der har en akut modtagefunktion, i relation til patienter med selvmordsforsøg.

På ethvert sygehus, der modtager akutte patienter (skadestuefunktion og akut modtagelse) bør der udarbejdes lokale instrukser for de enkelte afdelingers håndtering af selvmordstruede patienter. Dette er afdelingsledelsens ansvar.

Det anbefales, at der etableres lokale samarbejdsaftaler med henblik på den videre tværsektorielle opfølgning af disse patienter. Dette er sygehusledelsens ansvar.

Internationalt findes der ikke mange tilsvarende vejledninger på dette område. I kapitel 15 er der en liste over relevante udenlandske publikationer og hjemmesider, der blandt andet giver eksempler på internationale vejledninger.



# 3.

## LÆSEVEJLEDNING

**Kapitel 4** er en tjekliste over de vigtigste handlingsorienterede anbefalinger i forhold til kontakten med selvmordstruede.

**Kapitel 5** giver en gennemgang af vigtige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg:

- psykisk sygdom
- misbrug
- tidligere selvmordsforsøg
- negative livsbegivenheder
- fysisk sygdom

Kapitlet gennemgår også, hvordan personalet kan vurdere selvmordsrisikoen. I den forbindelse gennemgås forhold, som man altid bør belyse ved undersøgelse af personer, der har foretaget selvmordsforsøg. Der er desuden eksempler på spørgsmål, man kan stille for at få klarlagt selvmordsintentionen.

**Kapitel 6** behandler identifikationen af patienter i akut selvmordsfare. Kapitlet bringer også eksempler på tiltag, der kan sikre patienter imod selvmordsforsøg under indlæggelse, ligesom der gives gode råd om overførsel fra ét afsnit til et andet.

**Kapitel 7** giver samtaletekniske råd i forhold til kommunikationen med den selvmordstruede patient. Foruden en gennemgang af grundelementer i samtalen er der eksempler på spørgsmål i den motiverende samtale og forslag til gode rammer for den.

**Kapitel 8** gennemgår visitation, herunder psykiatrisk tilsyn, principper for støtte og ledsagelse, samt hvordan man kan inddrage pårørende. Kapitlet giver også et overblik over en række opfølgende behandlingstilbud:

- akutte henvendelsesmuligheder
- psykiatrisk regi
- psykologisk regi
- særlige tilbud rettet mod selvmordstruede

- praktiserende læge
- misbrugsregi
- kommunalt regi

**Kapitel 9** behandler organisationen af afdelingens indsats over for selvmordstruede patienter, og man finder en liste over forhold, der er relevante at medinddrage, når man skal udarbejde lokale instrukser på afdelingerne.

**Kapitel 10** bringer en kort beskrivelse af en række landsdækkende telefonlinjer, hvor man er særligt rustet til at tale med og rådgive selvmordstruede.

**Kapitel 11** gennemgår de officielle danske definitioner på selvmordsforsøg og selvmord. Desuden forklares begreberne selvmordstanker og selvmutilation (selvtilføjet skade). Der er også en gennemgang af de diagnosekoder, man anvender på henholdsvis somatiske og psykiatriske afdelinger i relation til selvmordsforsøg.

**Kapitel 12** beskriver forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord.

**Kapitel 13** diskuterer holdninger og myter i forbindelse med selvmord. Kapitlet understreger vigtigheden af, at personalet er bevidst om sine holdninger til selvmord, og at disse holdninger kommunikeres tydeligt til patienten.

**Kapitel 14** gennemgår relevante lovgivningsmæssige forhold, herunder tavshedspligt, samtykke og underretningspligt. Også lovgivningen i relation til tvangsindlæggelse gennemgås.

**Kapitel 15** indeholder eksempler på internationale retningslinjer.

Der er til hvert afsnit angivet litteraturhenvisninger. Henvisningerne foretages både til relevant lovgivning, bøger og artikler, der uddyber de pågældende afsnit, og til relevante videnskabelige undersøgelser af høj kvalitet. Danske undersøgelser er medtaget i videst muligt omfang.

Vejledningen benytter mange steder “kan” og “bør” i forbindelse med fremgangsmåder, der anbefales af Sundhedsstyrelsen. Disse formuleringer udtrykker imidlertid ikke specifikke krav til, hvilken konkret form indsatsen skal have. Dette afgøres af den enkelte afdeling, afhængig af lokale forhold.

# 4.

## TJEKLISTE

Tjeklisten bringer samlet en række punkter fra vejledningens kapitler, som er væsentlige at huske ved identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede. Tjeklisten findes også på et særskilt ark, som kan placeres let tilgængeligt i afdelingen, så personalet hurtigt kan få et overblik over vejledningens anbefalinger.

### DE VIGTIGSTE RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD

- 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

(Fra kapitel 5)

### AFDÆK FØLGENDE FORHOLD VED SELVMORDSFORSØG

- Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøget
- Belastende livsomstændigheder
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Intention om at begå selvmord
- Personlige ressourcer
- Behandlingsbehov

(Fra kapitel 5)



## GRUNDLÆGGENDE ELEMENTER I SAMTALEN

- Vind tid
- Accepter aldrig selvmord som en løsning
- Styrk kommunikationen og den menneskelige kontakt
- Indgiv håb
- Modvirk tunnelsyn
- Hjælp med løsningen af akutte problemer

(Fra kapitel 7)

## SPØRGSMÅL VED SELVMORDSFORSØG

- 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? Til hvem?
- Hvordan ser du nu på, hvad du gjorde? Er du glad for, at du overlevede?
- Hvordan vil du selv forklare dit selvmordsforsøg?

(Fra kapitel 5)

## SPØRGSMÅL VED SELVMORDSTANKER

- 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?

(Fra kapitel 5)

## OVERVEJ OPFØLGNINGSMULIGHEDERNE

- Akutte henvendelsesmuligheder
- Psykiatrisk regi
- Psykologisk regi
- Særlige tilbud rettet mod selvmordstruede
- Praktiserende læge
- Misbrugsregi
- Kommunalt regi

(Fra kapitel 8)



## Ved akut selvmordsfare

### TEGN PÅ AKUT SELVMORDSFARE

- Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg eller har 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 og udviser fx svingende sindstilstand med affektudbrud eller apati.
- Patienten er præget af stærk håbløshedsfølelse.
- Patienten har depressive vrangforestillinger.
- Patienten har over for pårørende givet udtryk for at ville dø.
- Personalet har en fornemmelse af, at patienten har stærke selvmordsimpulser, selv om vedkommende benægter det.

(Fra kapitel 6)

### SIKRING AF PATIENTER I AKUT SELVMORDSFARE

- Sikring af vinduer mv., der kan benyttes til selvmordsforsøg
- Isolering af patienten fra potentielt farlige remedier som knive, sakse mv.
- Frivillig indlæggelse på psykiatrisk afdeling – åben, lukket eller skærmet afdeling, afhængig af behovet og mulighederne for tæt observation af patienten
- Visitation af patienten med henblik på fjernelse af remedier, der kan bruges til selvskadende handlinger: snøreband, knive, barberblade, lightere, glas mv.
- Tvangsindlæggelse på indikationen: “patienten er til fare for sig selv” (se nærmere i kapitel 14 om betingelserne i psykiatriloven)
- Fast vagt
- Beroligende medicin
- Bæltefiksering (kun for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling, eventuelt udstationeret til somatisk afdeling fra psykiatrisk afdeling)

(Fra kapitel 6)

## OVERFØRSEL AF AKUT SELVMORDSTRUET PATIENT

- Patienten bør ledsages forsvarligt.
- Den formodede selvmordsfare bør tydeliggøres for det modtagende personale.
- Informationstabet bør minimeres gennem en grundig rapport til den modtagende afdeling, understøttet af skriftligt materiale.
- Patienten bør på en tillidvækkende måde introduceres til det personale, der skal overtage behandlingen.
- Der bør være udpeget et personalemedlem, der tager imod patienten, og som har mulighed for at være til patientens disposition i de første timer.
- Ved vagtskifte skal man være opmærksom på at videregive information specielt grundigt til det personale, der overtager behandlingen, og dette personale bør præsentere sig for patienten.
- Ved formodet stor selvmordsfare hos patient i somatisk afdeling bør flugtveje blokeres, indtil der er taget stilling til tvangsindlæggelse.

(Fra kapitel 6)







# 5.

## RISIKOFAKTORER OG VURDERING AF SELVMORDSRISIKO

I det kliniske arbejde vil læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale møde patienter med selvmordsadfærd, og de må ofte tage stilling til, om en patient er i risiko for at begå selvmord. Alt sundhedspersonale, der kommer i kontakt med selvmordstruede patienter, vil derfor have behov for viden om risikofaktorer for selvmord og basalt kendskab til psykiatriske symptomer hos selvmordstruede patienter. Ikke alle risikofaktorer er kendt, og de bedst udforskede er dem, der er registreret i officielle registre.

Der er klare forskelle i forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg med hensyn til alder, køn og valg af metode for selvmordshandlingen. Disse forhold er beskrevet i kapitel 12.

Tegnene på akut selvmordsfare og sikring af selvmordstruede patienter er beskrevet i kapitel 6.

Kapitel 7 gennemgår samtalen med den selvmordstruede, herunder den motiverende og allianceskabende samtale.

### 5.1 Risikofaktorer for selvmord

I Danmark har 40-50 % af de personer, der begår selvmord, været indlagt på en psykiatrisk afdeling, og over 20 % har været indlagt inden for det sidste år før selvmordet (1,2). Indlæggelse på psykiatrisk afdeling er derfor et fællestræk for en stor andel af de personer, der begår selvmord.

#### 5.1.1 Psykisk sygdom

Psykisk sygdom, der har nødvendiggjort indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, er den vigtigste risikofaktor for selvmord (1,3,4). Risikoen er stærkt øget for alle diagnostiske grupper (10-40 gange hyppigheden i baggrundsbefolkningen) (1,5). Risikoen for selvmord er dog størst ved depressive lidelser (1,6), og risikoen øges hos personer med andre psykiske sygdomme, når der samtidig er depressive symptomer til stede.

Livstidsrisikoen for selvmord er forhøjet ved samtlige psykiske sygdomme undtagen mental retardering og demens (5). For de fleste psykiske sygdomme, der har nødvendiggjort hospitalsindlæggelse, er der en livstidsrisiko for selvmord på mellem 5 og 10 %.

Blandt psykiatriske patienter, der enten havde været indlagt eller var blevet udskrevet mindre end et år før selvmordet, var den vigtigste risikofaktor deres psykiske lidelse (12-14).

Man har i flere undersøgelser foretaget en udredning af psykisk sygdom (ved journalgennemgang, praktiserende læges oplysninger eller interview med pårørende) hos personer, der er døde ved selvmord. Disse undersøgelser viser, at 85-100 % havde en psykisk lidelse, oftest depression eller alkoholmisbrug (5).

For alle psykiske lidelser gælder det, at risikoen for selvmord er størst i det første år efter den første indlæggelse (2,6,7) samt i forbindelse med hver ny sygdoms-episode, der kræver indlæggelse. Selvmordsrisikoen er størst under indlæggelse og i de første uger efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling (1,2,7).

### 5.1.2 Misbrug

Også ved alkoholmisbrug gælder det, at risikoen for selvmord er størst kort efter indlæggelse og efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling, men mønsteret er dog mindre markant end ved andre psykiske sygdomme. Der er også øget selvmordsrisiko efter lang varighed af misbruget (8), hvor den sociale deroute er åbenlys.

Selvmodet sker ofte efter tab af en nærtstående, fx ved skilsmisse eller død, hvorved den pågældende mister den sidste rest af et i forvejen meget spinkelt socialt netværk (9). Oplevelse af tab og manglende mulighed for støtte i et socialt netværk er også typisk for selvmord blandt misbrugere af medicin og stoffer (10).

Ligesom ved anden psykisk sygdom sker selvmordet typisk i de aktive faser af alkoholmisbruget og ikke i faser med afholdenhed. Man skal være opmærksom på, at der ofte samtidig med alkoholmisbruget kan være tegn på depression, som dog kan sløres af misbruget (11).

### 5.1.3 Tidligere selvmordsforsøg

Tidligere selvmordsforsøg er en vigtig risikofaktor for selvmord (15,16). Ligesom ved psykisk sygdom gælder, at risikoen for selvmord eller et nyt selvmordsforsøg er størst i den første tid efter forsøget.

Risikoen for selvmord øges med stigende antal selvmordsforsøg (15,16). En tredjedel af de patienter, der har forsøgt selvmord, foretager et nyt forsøg inden for det første år, og et par procent begår selvmord i løbet af det første år efter selvmordsforsøget (11). Ti år efter et selvmordsforsøg vil 10-12 % være døde på grund af selvmord (15,16).

Halvdelen af dem, der dør ved selvmord, har tidligere foretaget selvmordsforsøg (17). Yngre har i flere tilfælde foretaget selvmordsforsøg før selvmordet, mens de fleste ældre, der begår selvmord, ikke tidligere har forsøgt.

### 5.1.4 Andre risikofaktorer

Selvmondsadfærd findes ophøbet i familier, og undersøgelser har vist, at arvelige faktorer har betydning for adfærden (2,35). Der er både tale om egentlige genetiske faktorer og om social arv, forstået som det forhold, at selvmordsadfærd kan blive en socialt acceptabel og forståelig udtryksform i familier eller miljøer.

Negative livsbegivenheder er en risikofaktor – både for patienter, der har været indlagt for en psykisk lidelse, og for resten af befolkningen. Selvmordsrisikoen øges ved tab af nærtstående og tab af job (4,18,19). Fysisk sygdom er også en risikofaktor, specielt i det første år efter konstateringen af en alvorlig lidelse (20-23). Blandt personer, der ikke har været indlagt på psykiatrisk afdeling, er det en risikofaktor at være arbejdsløs, have en lav indkomst eller modtage pension (både alderspension og førtidspension) (1).

### 5.1.5 Forskellige risikofaktorer hos mænd og kvinder

For både mænd og kvinder gælder det, at psykisk sygdom er den vigtigste risikofaktor. Behandlet psykisk sygdom er imidlertid til stede hos flere kvinder, der begår selvmord, end hos de tilsvarende mænd (2,24). Dette gælder også for ældre (25). Forskellen kan skyldes, at en del mænd, der begår selvmord uden at have været psykiatrisk indlagt, har haft en ubehandlet psykisk sygdom. Men den kan også skyldes, at de psykiske sygdomme, som kvinderne har, er forbundet med større selvmordsrisiko, fx depressive lidelser.

For mænd har arbejdsrelaterede og økonomiske forhold samt skilsmisse større betydning for selvmordsrisikoen end for kvinder, mens specielt forhold omkring børnene spiller en rolle for kvindernes selvmordsrisiko (2,19).

#### DE VIGTIGSTE RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD

- 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

#### BESKYTTENDE FAKTORER FOR SELVMORD

- Forælder til barn under to år
- Religiøst forbud
- Gift civilstand

## 5.2 Risikofaktorer for selvmordsforsøg

Mens risikofaktorer for selvmord er velbelyste, findes der langt færre undersøgelser, der belyser risikoen for selvmordsforsøg. Man ved dog, at en række forhold forekommer hyppigere hos patienter, der forsøger selvmord, end hos resten af befolkningen. Det gælder fx alkoholmisbrug og sociale karakteristika som arbejdsløshed, førtidspension, skilsmisse, enlig civilstand og konflikter med nærtstående (26,27). Desuden har de fleste personer, der har foretaget selvmordsforsøg, en eller flere psykiatriske diagnoser (28).

Et selvmordsforsøg eller selvmord er sjældent en velovervejet handling. I over to tredjedele af tilfældene er tanken om at foretage et selvmordsforsøg opstået inden for den sidste time, inden handlingen foretages (29,30). Omkring halvdelen er alkoholpåvirkede på det tidspunkt, hvor de foretager selvmordsforsøget (29,30).

### 5.3 Vurdering af selvmordsrisiko

Sundhedspersonalets vurdering af patientens selvmordsrisiko afdækkes blandt andet gennem en samtale med patienten. I afsnittene 5.3.1 og 5.3.2 er der givet en række eksempler på spørgsmål ved henholdsvis selvmordsforsøg og selvmordstanker. Spørgsmålene har udelukkende det formål at afdække risikoen. I kapitel 7 findes en gennemgang af den motiverende og allianceskabende samtale, der kan motivere patienten til at modtage opfølgende behandling eller støtte.

En eksakt vurdering af selvmordsrisiko er vanskelig og må foretages med stor usikkerhed (15,16,31,32). Risikovurderingen sker gennem en klinisk vurdering (33,34). Man kan beskrive den gruppe af patienter, som har en statistisk øget risiko for selvmordsadfærd (se afsnit 5.1 og 5.2), og i praksis foregår vurderingen af selvmordsrisiko ved at sammenligne den enkelte patient med denne gruppe, samtidig med at man tager hensyn til individuelle forhold. Sundhedspersonalets kliniske erfaringer med patienter, der har tilsvarende psykopatologi og problemer, spiller også en væsentlig rolle, ligesom forhåndskendskab til patienten ofte vil kunne lette vurderingen.

Enhver, der har foretaget et selvmordsforsøg eller fremsætter tanker eller planer om selvmord, bør tages alvorligt og vurderes med henblik på selvmordsrisiko. Vurderingen bør foretages, så hurtigt det er muligt. Er man i tvivl, bør man sikre, at patienten holdes under fortsat observation, og at der senere foretages en ny vurdering af risikoen.

#### AFDÆK FØLGENDE FORHOLD VED SELVMORDSFORSØG

- Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøget
- Belastende livsomstændigheder
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Intention om at begå selvmord
- Personlige ressourcer
- Behandlingsbehov

### 5.3.1 Vurdering af selvmordsrisiko ved selvmordsforsøg

Hvis en patient har forsøgt selvmord, bør man undersøge selvmordsforsøgets intentionsgrad. Jo mere følgende karakteristika var til stede i forbindelse med selvmordsforsøget, desto større var intentionen om at dø:

- Selvmordsforsøget blev foretaget på et sted, hvor der ikke var andre til stede.
- Selvmordsforsøget blev foretaget på et tidspunkt, hvor det var usandsynligt, at nogen ville kunne gribe ind.
- Patienten havde foretaget foranstaltninger for ikke at blive fundet og reddet.
- Selvmordsforsøget var forberedt med anskaffelse af remedier til selvmord (tabletter eller andet planlagt).
- Patienten havde givet udtryk for selvmordsintention forud for selvmordsforsøget.
- Patienten havde skrevet afskedsbrev.
- Patienten havde gjort forberedelser til døden (testamente, forsikring og lignende).
- Patienten havde ikke selv tilkaldt hjælp.
- Patienten havde bevidst anvendt en farlig metode.
- Patienten ville dø og er efterfølgende ked af, at han eller hun overlevede.



## SPØRGSMÅL VED SELVMORDSFORSØG

- 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? Til hvem?
- Hvordan ser du nu på, hvad du gjorde? Er du glad for, at du overlevede?
- Hvordan vil du selv forklare dit selvmordsforsøg?

Disse forhold bør man udspørge om, men samtidig skal man være opmærksom på, at der også blandt personer med uforberedte, impulsive selvmordsforsøg kan være en stor risiko for gentagne selvmordshandlinger. Det er vigtigt at lære at udspørge om selvmordstanker og selvmordsplaner. Spørgsmålene kan være vanskelige at stille for den uøvede. Med en vis træning kan man dog lære at stille spørgsmålene, så en selvmordstruet patient vil opleve det som en lettelse at få mulighed for at tale om disse ofte svært pinefulde tanker.

Det er også vigtigt at bedømme selvmordsfare ved at inddrage andre faktorer end patientens svar på stillede spørgsmål, fx hvilken kontakt man kan opnå med patienten, foruden patientens kropssprog og tankegang. Man kan komme ud for, at en patient svarer benægtende på alle spørgsmål, der tyder på selvmordsintention, men at man alligevel får en udefinerbar følelse af, at patienten prøver at skjule en stærk selvmordsintention. Sådan en fornemmelse er det vigtigt at tage alvorligt og i det mindste drøfte med kolleger.

### 5.3.2 Vurdering af selvmordsrisiko ved selvmordstanker

Hvis patienten har fremsat tanker om selvmord, bør man forsøge at specificere disse tanker og udrede intentionsgraden:

- Hvilke tanker har patienten? Er det passive tanker, som at “det var bedre at være død”, eller er de aktive: “tænkt på selvmord”?
- Er der en årsag til tankerne (“de andre er bedre tjent med, at vedkommende er død”)?
- Foreligger der en specifik plan? Denne forsøges beskrevet så detaljeret som muligt: Hvordan, hvornår og hvor kunne det foregå?
- Hvor gennemførlig er planen? Har patienten adgang til selvmordsmidler? Det kan fx være skydevåben eller medicin (hvilken medicin og i hvilke mængder?).
- Hvor dybt føler patienten håbløshed?
- Har patienten en psykisk lidelse?
- Er patienten i behandling (hvilken behandling og hvor)? Hvor længe har patienten været i behandling, og har patienten været indlagt for den psykiske sygdom?
- Har patienten tidligere forsøgt selvmord? Omstændighederne ved tidligere forsøg beskrives så detaljeret som muligt. Hvornår? Hvordan? Hvorfor?
- Er der nogen i familien, der enten har begået selvmord eller forsøgt selvmord?
- Har patienten et misbrug, og har han eller hun konkret drukket alkohol eller indtaget andet før selvmordsforsøget?
- Hvilke sociale og økonomiske belastninger er patienten under?
- Hvordan er patientens aktuelle sociale forhold? Bor patienten alene, er der eventuelt familiemedlemmer eller andre nære pårørende, der kan støtte patienten?
- Hvis patienten er påvirket af alkohol eller andet, bør vedkommende forblive i sikre omgivelser og observeres, indtil han eller hun er ædru, hvorefter der bør foretages en yderligere vurdering af risikoen for selvmord.



## SPØRGSMÅL VED SELVMORDSTANKER

- 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?



## 5.4 Litteratur

1. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000; 355(9197):9-12.
2. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-772.
3. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325(7355):74.
4. Agerbo E. Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ* 2003; 327(7422):1025-1026.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-228.
6. Hoyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry* 2000; 176:76-82.
7. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993; 342(8866):283-286.
8. Murphy GE. *Suicide in alcoholism*. New York: Oxford University Press, 1992.
9. Murphy GE, Armstrong JW, Jr., Hermele SL et al. Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36(1):65-69.
10. Murphy GE. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Hawton K, Van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley, 2000: 135-146.
11. Hawton K, Van Heeringen K. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1 ed. Chichester: John Wiley & Sons, LTD, 2000.
12. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM et al. The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 2. Case-control study of 59 in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178:537-542.
13. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM et al. The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178:531-536.
14. Dennehy JA, Appleby L, Thomas CS et al. Case-control study of suicide by discharged psychiatric patients. *BMJ* 1996; 312(7046):1580.
15. Nordentoft M, Breum L, Munck LK et al. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts [see comments]. *BMJ* 1993; 306:1637-1641.
16. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry* 1988; 152:359-366.

17. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173:531-535.
18. Agerbo E. Unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(8):560-561.
19. Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361(9355):363-367.
20. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992; 69:1507-1512.
21. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:542-545.
22. Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurological diseases. Methodological problems. *Arch Neurol* 1992; 49:1296-1303.
23. Stenager EN, Madsen C, Stenager E et al. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ* 1998; 316:1206.
24. Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177:546-550.
25. Erlangsen A. Disparities among the old and the oldest old in Denmark. PhD-afhandling. Institute of Public Health, Faculty of Health Science, University of Southern Denmark, Odense and Laboratory of survival and longevity, Max Planck Institute for Demographic Research, 2004.
26. Nordentoft M, Rubin P. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(4):278-285.
27. Ojehagen A, Regnell G, Traskman Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:266-271.
28. Haw C, Hawton K, Houston K et al. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178(1):48-54.
29. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 150:145-153.
30. Benjaminsen S. Selvmordsforsøg. Undersøgelse og behandling. Kvalitetsudviklingsprojekt 1994-2003. 2004. Odense, Odense Universitetshospital.
31. Benjaminsen S. Selvmord og selvmordsforsøg: Psykiatriens rolle. In: Sciødt H, editor. Synspunkter på selvmord. Odense: Center for Selvmordsforskning, 1998.
32. Benjaminsen S, Ericson B. Selvmordsadfærd blandt indsatte. København: 2002.
33. Nordentoft M. Selvmord og selvmordsforsøg. In: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P, editors. *Klinisk psykiatri*. Copenhagen: Munksgaard, 2000.
34. Benjaminsen S. Selvmordsadfærd. In: Benjaminsen S, Glenthoj B, Bartels U, Lindhardt A, editors. *Akut psykiatri*. København: Falds forlag, 2004.
35. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, editors. *New York: Academic Press, 1979: 277-287.*



# 6.

## AKUT SELVMORDSFARE

En del af de patienter, der kommer til hospitalet, kan være i akut fare for at begå selvmord. Det gælder nogle af de patienter, der har forsøgt selvmord, og der kan også være tale om patienter med stærke selvmordsimpulser, fx depressive, stærkt psykisk ustabile patienter eller patienter, der er præget af stærk håbløshedsfølelse. I det følgende beskrives kort tegn på akut selvmordsfare og sikring af patienten i den forbindelse.

Underliggende risikofaktorer for selvmordsadfærd er diskuteret i kapitel 5, hvor der også er eksempler på spørgsmål til (akut) selvmordstruede patienter. I kontakten med patienten er det vigtigt at være bevidst om grundlæggende elementer i samtalen med selvmordstruede (se kapitel 7 om samtaleteknik).

Bedømmelsen af akut selvmordsfare er vanskelig, og man skal derfor være opmærksom på de tegn, der kan være. At dette ikke er nemt, illustreres blandt andet af, at en betydelig andel af de personer, der dør ved selvmord, har haft kontakt med sundhedspersonale på selve dagen for selvmordet. Der kan ikke gives nogen endegyldig tjekliste, men nedenstående forhold er vigtige at være opmærksom på.



## TEGN PÅ AKUT SELVMORDSFARE

- Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg eller har 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 foretage selvmordshandlinger.
- Patienten virker stærkt psykisk ustabil og udviser fx svingende sindstilstand med affektudbrud eller apati.
- Patienten er præget af stærk håbløshedsfølelse.
- Patienten har depressive vrangforestillinger.
- Patienten har over for pårørende givet udtryk for at ville dø.
- Personalet har en fornemmelse af, at patienten har stærke selvmordsimpulser, selv om vedkommende benægter det.

### 6.1 Sikring af patienter i akut selvmordsfare

Ved akut selvmordsfare er det afgørende at sikre, at patienten overlever og ikke gør skade på sig selv. Dette bør gøres tydeligt for patienten for at mindske oplevelsen af umyndiggørelse. Man bør søge at opnå den ønskede virkning med det middel, som patienten opfatter som mindst indgribende. Imidlertid må det overordnede mål, at sikre patientens overlevelse, prioriteres højest.

#### Eksempler på sikring af patienter

- Sikring af vinduer mv., der kan benyttes til selvmordsforsøg
- Isolering af patienten fra potentielt farlige remedier som knive, sakse mv.
- Frivillig indlæggelse på psykiatrisk afdeling – åben, lukket eller skærmet afdeling, afhængig af behovet og mulighederne for tæt observation af patienten
- Kropsvisitering af patienten med henblik på fjernelse af remedier, der kan bruges til selvskadende handlinger: snørebånd, knive, barberblade, lightere, glas mv.
- Tvangsindlæggelse på indikationen “patienten er til fare for sig selv” (se nærmere i kapitel 14 om betingelserne i psykiatriloven)
- Fast vagt
- Beroligende medicin
- Bæltefiksering (kun for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling, eventuelt udstationeret til somatisk afdeling fra psykiatrisk afdeling)

Afhængig af forholdene kan et eller flere af ovenstående tiltag komme i betragtning. Bæltefiksering kan kun komme på tale, hvis det er den eneste måde, hvorpå man fysisk kan afholde patienten fra at foretage selvskadende handlinger.

## 6.2 Overførsel af akut selvmordstruet patient

Ved overførsel af en akut selvmordstruet patient fra et afsnit til et andet skal man være opmærksom på følgende:

- Patienten bør ledsages forsvarligt.
- Den formodede selvmordsfare bør tydeliggøres for det modtagende personale.
- Informationstabet bør minimeres gennem en grundig rapport til den modtagende afdeling, understøttet af skriftligt materiale.
- Patienten bør på en tillidvækkende måde introduceres til det personale, der skal overtage behandlingen.
- Der bør udpeges et personalemedlem, der tager imod patienten, og som har mulighed for at være til patientens disposition i de første timer.
- Ved vagtskifte skal man være opmærksom på at videregive information grundigt til det personale, der overtager behandlingen, og dette personale bør præsentere sig for patienten.
- Ved formodet stor selvmordsfare hos patient i somatisk afdeling bør flugtveje blokeres, indtil der er taget stilling til tvangsindlæggelse.





# 7.

## SAMTALETEKNIK

Sundhedspersonale, der kommer i kontakt med en patient umiddelbart efter et selvmordsforsøg, skal turde stille nogle spørgsmål til patienten, men samtidig ikke love mere kontakt, end der realistisk set er mulighed for. På en somatisk afdeling vil der i forbindelse med en forgiftningstilstand ofte kun være tale om én samtale med den samme person. Afdelingen bør fastlægge, hvem der tager denne samtale – fx en kontaktsygeplejerske.

Som nævnt i kapitel 5 er den primære opgave at vurdere, om patienten stadig er selvmordstruet. Selv om patienten ikke vurderes at være akut selvmordstruet, er det alligevel vigtigt altid at motivere for opfølgning efter et selvmordsforsøg.

### TRE FORUDSÆTNINGER FOR SAMTALEN

- At man tør stille spørgsmål
- At man tør høre svarene
- At man har ro og fred til samtalen

Afsæt tid til samtalen, og orientér patienten om samtalens varighed. Motivér patienten til at blive på afdelingen, indtil affekten eller beruselsen er klinget af. Patienter kan forholde sig meget forskelligt til opfølgningstilbud: de kan være tilbagetrukne, virke ligeglade, være opgivende, vrede, skamfulde eller grædende. Uanset patientens stemning bør man forsøge at etablere kontakten. Dette er altid sundhedspersonalets ansvar.

Det er endvidere vigtigt at være bevidst om de myter, der findes om selvmord, så myterne ikke blokerer for at give den nødvendige hjælp. Se afsnit 13.2.

- Vind tid
- Accepter aldrig selvmord som en løsning
- Styrk kommunikationen og den menneskelige kontakt
- Indgiv håb
- Modvirk tunnelsyn
- Hjælp med løsningen af akutte problemer

### 7.1 Den motiverende og allianceskabende samtale

Formålet med den motiverende og allianceskabende samtale er at motivere patienten til at få opfølgende behandling, eventuelt kun til at modtage psykiatrisk tilsyn. Det gælder om at kunne indlede og føre en samtale uden skygge af moralsk fordømmelse, uanset selvmordsforsøgets karakter.

Nedenfor finder man eksempler på spørgsmål til den selvmordstruede og eksempler på informering af patienten ud fra et tænkt eksempel på en afdelings procedurer. Spørgsmålene må tilpasses, og de skal stilles, så de er i overensstemmelse med den konkrete patients situation og den aktuelle afdelings rutiner og procedurer.

#### 1 Indhent de konkrete oplysninger, som mangler i journalen.

- *Har du børn, hvor er de, hvem passer dem?*
- *Hvem bor du sammen med? Er der nogen, der skal have besked om, at du er her?*

#### 2 Begynd nøgternt.

- *Ved du, hvad det var, du tog?*
- *Ved du, hvordan den medicin, du tog, virker?*

#### 3 Vær konstaterende.

- *Hvordan fik du fat i de piller?*
- *Jeg vil gerne fortælle dig om, hvordan de virker.*

#### 4 Efterlys, om der er noget, klienten vil fortælle.

- *Er der noget, du synes, vi bør vide om din situation derhjemme eller på arbejdspladsen?*
- *Der er nok noget, der er blevet for meget for dig.*



## 5 Undgå hvorfor-spørgsmål, spørg hellere hvordan.

- *Hvordan har du egentlig haft det den senere tid – har du været meget ked af det?*

## 6 Undgå at undersøge i dybden.

- *Jeg er glad for, at du har følt dig tryk nok her til at fortælle lidt om din situation. Er der mere, du har lyst til at fortælle?*  
Gør ikke krav på at finde årsagen til forsøget.

## 7 Informer om sædvanlig procedure.

Afhængig af lokale procedurer kan det fx være:

- *Her på afdelingen tilkalder vi en psykiater, når der er nogen, der har forsøgt at tage livet af sig. Psykiateren er bedre end os til at vurdere, hvordan du har det psykisk. Måske vil lægen også kunne foreslå noget hjælp til dig, efter at du er kommet hjem.*
- *Vi plejer at foreslå, at man får en henvisning til psykolog gennem sin egen læge. Man skal ganske vist betale en del selv, vil det være muligt for dig?*
- *Vi har god erfaring med at henvise til ... Der er de rigtig gode til at finde ud af, hvad der er gået galt for dig, og hvordan du kan undgå det i fremtiden. Du kan altid sige nej tak, hvis du ikke har lyst til at komme der mere efter den første samtale.*
- *Herinde er vi rigtig gode til at behandle kroppen, men vi bliver bekymrede, hvis folk ikke tager imod hjælp til det andet, der har trykket dem.*
- *Vi tror, at der er brug for hjælp til at finde ud af, hvad man kan gøre i stedet for at tage for mange piller, når man kommer i en presset situation.*
- *Selv om du egentlig ikke ville dø, tror jeg, at der er noget, du gerne vil ændre i dit liv. Det er vigtigt i tide at lære at sige med ord, hvad der er galt. Det er for farligt at sige det med piller – og så bliver det måske heller ikke hørt.*

## 8 Gå ud fra, at patienten har brug for støtte af en eller anden art.

**Sørg for så konkrete aftaler om opfølgning som muligt.**

Hvis patienten er afvisende over for opfølgningsforslag, præciser da, at det er almindelig procedure at blive viderehenvist. Orientér om, at et eventuelt afslag kan fortrydes ved fx at gå til egen læge og få en henvisning til den omtalte instans.

## 7.2 Generelt om samtalen med selvmordstruede

Bliver du direkte eller indirekte opmærksom på, at en patient rummer selvmordstanker, så:

### 1 Vær nærværende og opmærksom.

### 2 Hvis du ikke helt forstår meningen med antydninger og “uldne formuleringer”, så spørg enkelt og ligefremt.

- *Når du siger sådan, får jeg lyst til at spørge dig, om du har set så sort på det hele, at du ville ønske, at du var død.*

### 3 Vær neutralt bekymret, hvis der er tale om selvmordstanker eller et tidligere forsøg.

- *Når du fortæller om de tanker, bliver jeg bekymret for, om du kan passe på dig selv. Det bliver vi nødt til at snakke om.*

### 4 Vind tid.

- *Jeg er klar over, at du har det slemt lige nu, men jeg ved, at du har en aftale om et par timer. Skal vi ikke snakke om, hvordan du har det?*

### 5 Tilbyd samvær, eller arranger, at patienten er sammen med nærtstående.

### 6 Lyt og lev dig ind i, hvordan patienten tænker.

Der kan være tale om en fordrejning af tænkningen – fx på grund af akut krise, depression eller beruselse.

- Sort/hvid-tænkning: *“Hvis min kæreste ikke kommer tilbage, er mit liv forspildt – så foretrækker jeg døden”.*
- Skyld og selvbebrejdelser: *“Jeg har allerede svigtet mine børn meget. De vil kun opleve det som en lettelse at blive fri for mig”.*

### 7 Vær realistisk og kortsigtet.

- *Du tænker meget sort nu. Nu overnatter du her, så tager vi kontakt til din sagsbehandler i morgen. Faktisk havde du det jo helt godt for nogle dage siden, så det kan du opleve igen.*

### 8 Undlad alt for megen trøst og gode råd.

Specielt kan det virke modsat med en opremsning af alle de gode grunde, den pågældende burde have til at være glad for livet. Formuler hellere en accept af, at det føles slemt lige nu, men at forandring er mulig over tid.

### 9 Vurdér, om der er noget, der kan lette situationen her og nu.

- *Skal jeg ringe til din arbejdsplads og melde afbud til det møde, som du ikke kan overskue lige nu?*
- *Skal vi finde ud af, om du har nogle aftaler, som det er bedst at aflyse?*
- *Er der nogen, der kan hente dine børn i dag?*

### 10 Time-out – snak med kolleger.

Det føles, som om man næsten ikke kan tillade sig at forlade patienten; men i de fleste situationer vil det være muligt at lave en kortsigtet aftale.

- *Jeg har brug for en tænkepause/at snakke med en af kollegerne, om der er andet, vi kan gøre. Jeg er tilbage om et kvarter.*

### 11 Brug din autoritet.

- *Når du lufter sådanne tanker, er jeg simpelthen nødt til at spørge nærmere til dem og at involvere andre i situationen. Jeg vurderer, at du er i en tilstand, hvor jeg ikke kan være sikker på, om du kan passe på dig selv.*

## 7.3 Ved samtalens afslutning

- Opsummer de aftaler, der er indgået.
- Vær opmærksom på, at patienter i krise eller depression har nedsat koncentrationsevne og derfor ikke kan rumme ret mange oplysninger.
- Brug gerne en skriftlig opsummering i stikord eller andet skriftligt materiale.
- Lov ikke mere, end du kan holde.
- Orientér patienten om, hvem han eller hun i de nærmeste timer kan henvende sig til.
- Husk at opfordre patienten til at gøre personalet opmærksom på, hvis han eller hun har påtrængende selvmordstanker. Dette gælder også, hvis patienten fortsat er indlagt.

## 7.4 Litteratur

1. Benjaminsen S, Erichsen B. Selvmordsadfærd blandt indsatte. København: Kriminalforsorgens Uddannelsescenter, 2002.
2. Hjorth Madsen B, Nordentoft M, Zöllner L. Når selvmordet truer. Munksgaard, 2003.



# 8.

## VISITATION OG OPFØLGNING

De enkelte skadestuefunktioner og akut modtageafdelinger har ansvaret for, at selvmordstruede patienter visiteres til psykiatrisk vurdering, opfølgende behandling eller støtte. Ved opfølgning forstås, at patienten modtager et relevant behandlingstilbud, efter at den akutte behandlingsfase er overstået.

På hvert sygehus bør der derfor, ud over instrukser for håndtering af selvmordstruede patienter, også findes lokale samarbejdsaftaler med henblik på den videre tværsektorielle opfølgning af disse patienter. Det er typisk overgangene mellem forskellige afdelinger, sygehuse og sektorer, der volder vanskeligheder med hensyn til koordinationen af og kontinuitet i behandlingsforløbet. Nedskrivne aftaler for samarbejdet på tværs kan være med til at kvalitetssikre dette.

Lokale samarbejdsaftaler er sygehusledelsens ansvar. Eksempler på samarbejdsaftaler kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under forebyggelse/faglige områder/selvmondsforebyggelse.

Behandlingen vil som regel starte i somatisk regi. Allerede her bør man tilstræbe en optimal tilrettelæggelse af og kvalitet i modtagelse og psykiatrisk vurdering af patienten. Dette kan ske gennem lokalt udarbejdede afdelingsinstrukser for modtagelse, vurdering, visitation og opfølgning af selvmordstruede patienter (se kapitel 9 om organisering af afdelingens indsats).

For hver selvmordstruet patient bør der foreligge en opfølgningsplan, når den akutte behandling er overstået. Det bør sikres, at den eller de ansvarlige for den videre behandling er orienteret om planen.

### 8.1 Rammer og procedurer for psykiatrisk vurdering

Efter endt behandling og/eller støtte på somatisk skadestue eller ved indlæggelse på somatisk afdeling bør der normalt foretages en psykiatrisk vurdering. Hvis der er en psykiatrisk afdeling knyttet til sygehuset, kan der rekvireres psykiatrisk tilsyn herfra. Alternativt kan patienten fx bringes

til psykiatrisk afdeling eller psykiatrisk skadestue på et andet sygehus til samtale og vurdering. Vurderingen bør foregå, når den somatiske tilstand tillader det, idet mange patienter ellers vil tage afstand fra yderligere udredning og opfølgende behandling (1).

Den psykiatriske vurdering foretages af en læge fra psykiatrisk afdeling, mens andre fagpersoner som sygeplejersker, psykologer og socialrådgivere kan bidrage med observationer af patienten, hvilket kan styrke det samlede grundlag for vurderingen af patientens tilstand.

### 8.1.1 Praktiske forhold

Samtalen med patienten bør foregå under rolige forhold i enrum. Patienten skal orienteres om formålet med samtalen. Endvidere må man sørge for sikkerheden, idet nogle patienter stadig kan være i akut selvmordsfare. Enkelte psykotiske patienter kan både være selvmordstruede og aggressive, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at have en bisidder med til samtalen. Til al patientkontakt hører, at man behandler patienten høfligt, præsenterer sig og etablerer kontakt. Hvis man ikke kan sidde over for hinanden, fordi patienten ligger i sengen, er det en god idé at sætte sig på en stol for at sikre en mere ligeværdig kommunikation.

### 8.1.2 Den psykiatriske vurdering

Ved psykiatrisk vurdering bør der foretages en almen psykiatrisk undersøgelse og en specifik vurdering vedrørende selvmordsrisiko, herunder en afklaring af patientens sociale netværk samt forslag til opfølgning eller egnet behandlingstilbud.

#### 8.1.2.1 Psykisk tilstand

Et element i undersøgelsen er en vurdering af den psykiske tilstand. Især vil psykiateren fokusere på, om der foreligger en psykotisk tilstand eller en dybere depression, hvilket er tilfældet hos 10-30 % af de selvmordstruede patienter (4). I givet fald kan patienten indlægges på psykiatrisk afdeling, idet patienten i princippet ikke kan vurdere sine egne handlinger på en realistisk måde. Hvis patienten modsætter sig et sådant tilbud, bør den behandlende læge vurdere, om patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse (se afsnit 14.6).

#### 8.1.2.2 Bedømmelse af selvmordsrisiko

Et andet element er en vurdering af patientens selvmordsrisiko (se afsnit 5.3).

### 8.1.2.3 Opfølgning og behandlingstilbud

Endelig følger en vurdering af, hvilke behandlingstilbud der vil være bedst egnede for patienten. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark, som Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 (5), påpeger, at alle selvmordstruede, uanset alder, køn, etnisk herkomst, eventuelt misbrug eller psykisk lidelse, bør have et individuelt tilpasset behandlingstilbud. Det er derfor væsentligt, at den person, der står for vurderingen, har viden om amtets forskellige behandlingsmuligheder.

Alle selvmordstruede patienter bør have et behandlingstilbud, der inkluderer psykiatrisk/psykologisk intervention. Vurderingen af patientens psykiske tilstand og den umiddelbare selvmordsrisiko vil være grundlaget for, om behandlingstilbuddet bør bestå i indlæggelse på psykiatrisk afdeling, ambulat psykiatrisk behandling eller anden intervention.

Det er vigtigt at huske, at et menneske i krise ikke kan tage stilling til mange forslag. Der bør ikke præsenteres for mange tilbud, og tilbuddene bør gives på en måde, så patienten ikke bliver endnu mere forvirret (se kapitel 7 om samtaleteknik). I de tilfælde, hvor patienten er afvisende over for videre behandling, bør man søge at motivere patienten og så vidt muligt insistere på, at den videre opfølgning er en del af behandlingen, ligesom den somatiske behandling har været det.

## 8.2 Opfølgningsmuligheder

Selvmodstruede personer er ofte belastede på flere områder og er præget af at være i krise. For manges vedkommende har en psykiatrisk lidelse stor betydning for selvmordsadfærden. Mange selvmordstruede ser deres situation med et unuanceret sortsyn og er ikke selv i stand til at finde relevante handlemuligheder. De er præget af en følelse af uoverkommelighed, af et følelseskaos og af desperation (5). De er ofte også ambivalente over for behandling eller afbryder en iværksat behandling i utide (9,10).



Det er derfor vigtigt

- at tilbyde aktiv opfølgning, idet mange oplever fasen efter selvmordsforsøget kaotisk og har behov for tydelig, gentaget vejledning og vedholdende støtte
- at indsatsen sker efter det støttende og ledsagende princip
- at give hurtig information mellem sygehusafdelinger, praktiserende læge og kommunen, når betingelserne herfor er opfyldt
- at styrke kommunikationen med den selvmordstruede
- at opkvalificere de professionelle med hensyn til at vurdere og håndtere selvmordstruede

### 8.2.1 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, ligesom man kan aftale reaktionen med patienten (fx telefonopkald til patienten) ved udeblivelse. Henvises 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 direkte efter udskrivelse fra somatisk skadestue eller afdeling, bør man sikre, at patienten møder op. Sygehuset kan eksempelvis sørge for transport, patienten kan følges af personale, eller man kan inddrage pårørende, jf. nedenfor, og bede disse følge patienten til behandlingsstedet (5) under forudsætning af patientens samtykke til at involvere andre.

### 8.2.2 Inddragelse af pårørende

Giver patienten samtykke til at informere og inddrage pårørende, kan man ofte med fordel inddrage dem i at støtte patienten, fx ved at ledsage patienten til fortsat behandling. Erfaringen viser, at de fleste patienter og pårørende både kan håndtere og have gavn af dette. For de pårørende kan det være en lettelse at få en konkret opgave i forhold til den selvmordstruede patient, og samtidig kan patienten få støtte i en krisepræget og kaotisk situation.

I de situationer, hvor patienten ikke får en aftaletid i direkte forlængelse af udskrivelsen, vil det være særlig relevant at inddrage de pårørende, da de pårørende i modsætning til afdelingen stadig vil være i tæt kontakt med patienten. De pårørende vil således kunne tilbyde at ledsage patienten til behandling og støtte vedkommende i ventetiden.

### 8.2.3 Akutte henvendelsesmuligheder

Afdelingen kan etablere en aftale om foreløbig professionel støtte til patienten, hvis det ikke er muligt at aftale mere permanente tiltag, før patienten udskrives, eller hvis ventetiden på behandling er lang. Det vil i visse tilfælde være muligt at indgå aftale med psykiatrisk skadestue/afdeling om støttende samtaler frem til behandlingsstart. Ligeledes vil mange praktiserende læger være indstillede på at støtte patienten i en periode.

Patienten skal altid informeres både mundtligt og skriftligt om mulighederne for akut henvendelse ved en eventuel ny krise. Hvis der findes psykiatrisk skadestue, psykiatrisk afdeling eller akutteam i amtet, skal patienten informeres om muligheden for at henvende sig der. Alternativt skal man informere patienten om henvendelsesmuligheder i den somatiske skadestue. Andre relevante muligheder er lægevagten, landsdækkende rådgivninger og telefonrådgivninger (se kapitel 10).

I mindre presserende situationer kan patienten selv kontakte egen læge, den lokale præst eller en psykolog eller sagsbehandler i kommunen.

### 8.2.4 Psykiatrisk regi

Foruden indlæggelse på psykiatrisk afdeling, ambulat behandling ved distriktpsychiatriske centre og lignende kan egen læge henvise til privatpraktiserende psykiater. Ved alle psykiatiske sygdomme forekommer der øget selvmordsrisiko. Disse patientgrupper vil således i kortere eller længerevarende perioder have behov for psykiatrisk støtte og relevant medicinering med henblik på behandling af den psykiatiske grundlidelse. Desuden vil de have behov for intensiveret støtte i akutte faser med øget selvmordsrisiko. Det er vigtigt, at man i psykiatrisk regi sørger for relevant opfølgning i tiden efter udskrivelse, samt at patienten orienteres om og motiveres for akut henvendelse ved en eventuel ny krise (5).

### 8.2.5 Psykologisk regi

Når patienten overvejende har behov for psykologisk intervention, kan man henvise til psykolog via egen læge. Ifølge sygesikringsoverenskomsten har



patienten ret til tolv samtaler med nedsat egenbetaling. Egenbetalingen udgør per 1. april 2004 284 kr. for den første samtale og 247 kr. per efterfølgende samtale. Man kan hos kommunen efter lov om aktiv socialpolitik, § 82 søge om økonomisk støtte til egenandelen. Hjælpen vil bero på en konkret økonomisk vurdering, og behandlingen skal anses for nødvendig og helbredsmæssigt velbegrunder (6). Herudover kan kommunen i medfør af § 86 i lov om social service give tilbud af behandlingsmæssig karakter til personer med særlige sociale problemer, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre den pågældendes psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

### 8.2.6 Særlige tilbud rettet mod selvmordstruede

I nogle amter findes der behandlingstilbud, der helt eller delvis retter sig til personer med en selvmordsproblematik. I Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), Århus Amt og Fyns Amt er der selvmordsforebyggende centre, der tilbyder behandling til personer bosat i regionen. I andre amter er der ved de enkelte sygehuse etableret særlige enheder eller funktioner, der sikrer opfølgning efter selvmordsforsøg.

### 8.2.7 Praktiserende læge

Ud over at henvise til anden behandling har de praktiserende læger i deres overenskomst med sygesikringen mulighed for at tilbyde et samtaleforløb med patienten. Den praktiserende læge har ofte et godt kendskab til patienten og dennes netværk og lokalområde og vil således være en relevant samtalepartner og støtte i tiden efter et selvmordsforsøg. Det er vigtigt, at patientens egen læge informeres hurtigt efter udskrivningen fra sygehuset, hvis lægen skal være støtteperson for patienten i efterforløbet. Der bør foreligge en klar og entydig plan for det videre forløb.

Undersøgelser viser, at patienter, der har foretaget selvmordsforsøg, ofte har haft kontakt med den praktiserende læge inden selvmordsforsøget, og ligeledes henvender disse patienter sig ofte til lægen en til fire uger efter forsøget (7). Hurtig besked fra sygehuset til den praktiserende læge (med patientens samtykke) om forløbet og en opfølgningsplan for patienten er altafgørende for, at lægen kan yde en hensigtsmæssig indsats. Det vil gøre opfølgningen lettere, hvis lægen med patientens samtykke får nem adgang til at kontakte patienten (fx via dennes telefonnummer).

Imidlertid nævner langt fra alle selvmordstruede patienter de psykiske problemer under konsultationen. Den praktiserende læges rolle er således generelt at søge at identificere depressive tilstande og at yde støtte og hjælp i tiden efter et selvmordsforsøg. Dansk Selskab for Almen Medicin har udarbejdet en vejledning vedrørende depressionsbehandling, hvori der indgår vejledning, der understøtter identifikation af selvmordsfare (11).

### 8.2.8 Misbrugsregi

Personer med en misbrugsproblematik bør visiteres til behandling i misbrugsregi. Ved behandling for stofmisbrug og alkoholmisbrug sker henvisningen via kommunen eller amtet. En del amter har etableret alkoholenheder, hvor patienter uden ventetid og henvisning kan henvende sig. Nogle behandlingssteder råder over psykiatrisk eller psykologisk ekspertise. Derved har patienten, ud over en egentlig misbrugsbehandling, også mulighed for at modtage behandling i forbindelse med det aktuelle selvmordsforsøg og for en eventuel underliggende psykisk lidelse.

### 8.2.9 Kommunalt regi

Mange, der foretager et selvmordsforsøg, lever under belastende livsomstændigheder. Der kan være tale om længerevarende problemer med misbrug, hjemløshed, ensomhed, isolation og dårlig økonomi samt familiære problemer. Parallelt med en egentlig behandling vil det derfor ofte være relevant at henvise patienten til kommunen med henblik på sociale foranstaltninger.

Ifølge lov om social service, § 3 sørger kommunen for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Formålet er at forebygge sociale problemer og hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder og på længere sigt sætte denne i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp. Rådgivning skal kunne gives som et anonymt og åbent tilbud. Rådgivning kan gives særskilt eller i forbindelse med anden hjælp efter serviceloven eller anden lovgivning. Kommunen skal samtidig være opmærksom på, om den enkelte har behov for anden form for hjælp efter denne eller anden lovgivning (8).

Lov om social service, § 67-70 omhandler hjælp til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Også her har kommunen og amtskommunen pligt til at tilbyde hjælp og rådgivning til personer med behov for dette (8).

For både børn, unge, forældre og voksne i øvrigt har kommunen pligt til at udøve sit arbejde via en opsøgende indsats (8). Når man henvender sig

til kommunen, får man tildelt en sagsbehandler, der kan tale med den selvmordstruede patient, samtidig med at lovgivningen afsøges for hjælpemuligheder. Sagsbehandleren kan henvise til kommunens opsøgende medarbejdere, der konkret kan hjælpe patienten i den første, svære fase. Endvidere har mange kommuner ansat psykologer, der kan tilbyde samtaler, som kan udrede relevante behandlingsbehov, eller støttende samtaler, når der er ventetid på egentlig behandling.

### 8.3 Litteratur

1. Evans J, Platts H, Lieberman A. Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of „first-timers“ and „repeaters“. *Acta Psychiatrica Scand* 1996;93:378-380.
2. Crawford MJ, Turnball G, Wesseby S. Deliberate self-harm assessment by accident and emergency staff – an intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 1998;15:18-22.
3. Black D, Creed F. Assessment of self-poisoning patients by psychiatrists and junior medical staff. *JR Soc MED* 1988;81:97-9.
4. Wang AG. Suicidal behaviour in a low-incidence population. Thesis. *Ann Soc Sci Far Suppl XXI*. Torshavn 1996.
5. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1998.
6. Lovbekendtgørelse nr. 709 af 13. august 2003 af lov om aktiv socialpolitik.
7. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self-harm. *Br J Gen Pract.* 2003;53 (490):365-70.
8. Lovbekendtgørelse nr. 764 af 28. august 2003 af lov om social service.
9. Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry* 2002;17:82-91.
10. Michel K, Valatie L, Weber V. Understanding deliberate self-harm: the patients' view. *Crisis* 1994;15(4):172-8.
11. Bibliotek for Kliniske Vejledninger (Dansk selskab for Almen Medicin): <http://bibliotek.dsam.dk/>



# 9.

## ORGANISERING AF AFDELINGENS INDSATS

Det er afdelingsledelsens og i sidste ende sygehusledelsens ansvar, at behandlingen af selvmordstruede patienter sker inden for passende organisatoriske rammer. Ansvaret for afdelingens indsats over for selvmordstruede patienter påhviler såvel ledelsen som de ansatte læger og plejepersonale. Behandlingen af selvmordstruede patienter kan endvidere indgå som tema i både den lokale psykiatriplanlægning og den lokale sundhedsplanlægning.

For at sikre god standard i behandlingen af personer, der kommer til et sygehus efter selvmordsforsøg, bør de modtagende afdelinger (skadestuer og akut modtagelser) under hensyntagen til lokale forhold etablere en række faste rutiner. Dette kan opnås ved at udarbejde lokale afdelingsinstrukser for modtagelse, vurdering, tilsyn, visitation og opfølgning af selvmordstruede patienter med udgangspunkt i denne vejlednings anbefalinger på de enkelte områder.

Det anbefales, at der etableres aftaler for det tværsektorielle samarbejde (fx mellem sygehuset og kommunen) vedrørende opfølgning af selvmordstruede patienter efter endt sygehusbehandling. Dette vil tilgodese koordinationen og sammenhængen i den samlede psykiatriske og sociale indsats over for patienterne og deres pårørende. Eksempler på afdelingsinstrukser og lokale samarbejdsaftaler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under forebyggelse/faglige områder/selvmondsforebyggelse.

### 9.1 Lokale instrukser

#### De organisatoriske rammer

- Instrukserne bør være nedskrevne.
- Det bør fastlægges, hvordan instrukserne formidles til afdelingspersonalet (inkl. nyttilkomne).
- Personalet bør regelmæssigt uddannes og superviseres vedrørende modtagelse og behandling af selvmordstruede patienter.
- De fysiske rammer bør sikre patientens og personalets sikkerhed, herunder hindre patienternes adgang til at foretage nye selvskadende handlinger.

- Der bør lokalt etableres en akut supervisions-/debriefingsmulighed for at støtte personalet efter selvmord eller andre voldsomme oplevelser på sygehuset.
- Der bør findes et program for kvalitetsudvikling af de beskrevne rutiner.

### **Indsatsen i forhold til patienterne**

- Det bør være fast rutine, at patientens familie kontaktes (med patientens samtykke).
- Selvmordstruede patienter bør tilbydes psykiatrisk tilsyn og vurdering som led i det akutte forløb.
- Patienten bør tilbydes psykiatrisk behandling eller anden relevant opfølgning hurtigst muligt efter det akutte forløb.
- Afdelingen bør ligge inde med skriftlig information om lokale og landsdækkende krisetilbud.
- Der bør foreligge en opfølgningsplan for den selvmordstruede patient ved udskrivelsen.
- Patientens egen læge bør ved udskrivelsen, med patientens samtykke, hurtigst muligt underrettes om patientens sygdomsforløb, eventuel medicin og det planlagte opfølgingsforløb samt behov for støtte og behandling fra den praktiserende læges side.

### **Indberetning og samarbejde**

- Afdelingen skal sikre korrekt indberetning med diagnosekoder til Landspatientregisteret i Sundhedsstyrelsen (se afsnit 11.5 om patientregistrering).
- Sygehuset bør indgå lokale samarbejdsaftaler med kommunerne om hjælpe- og støtteforanstaltninger efter udskrivelse fra sygehuset.

## **9.2 Litteratur**

1. Vejledning af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser. Vejledningen kan læses og downloades på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under udgivelser.



# 10.

## LANDSDÆKKENDE TELEFONRÅDGIVNINGER

Der findes en række landsdækkende telefonrådgivninger, hvor man anonymt kan ringe ind, hvis man er i krise. Nedenfor er angivet nogle rådgivninger, hvor man er særligt rustede til at tale med selvmordstruede. Beskrivelserne stammer fra de pågældende rådgivningers eget præsentationsmateriale. Oversigten er fra marts 2004.

**Livslinien** er en frivillig humanitær organisation, der forebygger selvmord og selvmordsforsøg i Danmark. De har specielt erfaring med at rådgive børn og unge.

Telefon: 70 201 201  
[www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)  
Åbningstider: alle dage 16-23

---

**PsykiatriFonden** er en privat, humanitær organisation, hvis formål er at udbrede kendskabet til psykiske sygdomme og problemer, deres årsager, forebyggelse og behandling på baggrund af nye forskningsresultater.

Telefon: 39 25 25 25  
[www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)  
Åbningstider: man-fre 11-23,  
lør-søn 11-19

---

**DepressionsForeningen** er en politisk og religiøst uafhængig patientforening.

Telefon: 33 12 47 74  
[www.depressionsforeningen.dk](http://www.depressionsforeningen.dk)  
Åbningstider: alle dage 19-21,  
lørdag dog lukket

**Landsforeningen SIND** er en patientforening, der ønsker at forbedre forholdene inden for psykiatrien.

Telefon: 35 24 07 50  
www.sind.dk  
Forskellige åbningstider.  
Hovedkontor oplyser nærmeste rådgivning

---

**Linien** er en selvejende institution under Socialministeriet, som skal yde medmenneskelig støtte til sindslidende mennesker og deres pårørende samt mennesker i krise og andre, der måtte have behov for det.

Telefon: 35 36 26 00  
www.linien.dk  
Åbningstider: alle dage 16-24

---

**Sct. Nicolai Tjenesten** er en folkekirkelig samtaletjeneste, der giver ensomme, ulykkelige og rådvilde mennesker mulighed for at tale med et andet menneske om deres problemer.

Telefon: 70 12 01 10/33 12 14 00  
www.sctnicolaitjenesten.dk  
Åbningstider: man-lør 09-03,  
søn- og helligdage dog 13-03

---

**Børnetelefonen** er børnenes og de unges telefon. Her har børn og unge mulighed for at snakke med en af vores voksne rådgivere og få gode råd.

Telefon: 35 555 555  
www.bornenettet.dk  
Åbningstider: man-tor 12-21,  
fre 12-19



# 11.

## DEFINITION AF SELVMORDS- FORSØG OG SELVMORD

I den kliniske praksis kan det være vanskeligt at afgrænse specielt selvmordsforsøg pga. uenighed i opfattelserne af dette begreb. I det følgende vil definitionerne derfor blive gennemgået. Sundhedsstyrelsen anvender de officielle danske oversættelser af WHO's definitioner af selvmordsforsøg og selvmord (jf. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen, 1998).

### 11.1 Selvmordsforsøg

**Definition:** *Et selvmordsforsøg er 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 (1).*

I definitionen af selvmordsforsøg indgår

- At personen har en forestilling om, at handlingen eller den påtænkte handling er skadevoldende.
  - At der ikke behøver at være dødsønsker.
  - At handlingen ikke behøver at være livsfarlig.
  - At handlingen ikke er vanemæssig, fx ikke skyldes overdosering ved habituel misbrug.
  - At handlingens formål er at fremme ønskede forandringer, fx 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 (fx udspring fra et højt sted) er der tale om et selvmordsforsøg, også selv om selvmordshandlingen ikke foretages.



Selvordsforsøg blev tidligere opfattet som et mislykket selvmord (2). Da selvordsforsøg ofte ikke er motiveret af et dødsønske, eller evt. er ledsaget af et ambivalent dødsønske, har det været foreslået, at betegnelsen selvordsforsøg skulle erstattes af andre betegnelser som bevidst selvforgiftning, bevidst selvskade eller parasuicidium (3-5,6). I Danmark følger man imidlertid WHO's nuværende terminologi og anvender således betegnelsen "selvordsforsøg" (1).

Selvordsforsøg 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, til et livsfarligt hængningsforsøg med et eksplicit mål om at dø.

Dødsønske indgår ikke i definitionen af selvordsforsøg, fordi det har vist sig umuligt operationelt at definere og afgrænse fænomenet "dødsønske", det vil sige at definere dødsønske på en måde, så det kan anvendes i det daglige kliniske arbejde eller til forskningsformål. Dødsønske er ikke en kvalitativ størrelse, der er enten til stede eller ikke til stede. Det kan findes i alle mulige grader.

Ved selvordsforsøg er der ofte både et ønske om at leve og et ønske om at dø, og patientens angivelse af dødsønske ændrer sig over tid. Patienten kan fx umiddelbart efter et selvordsforsøg sige, at han eller hun ønsker at dø, medens vedkommende få dage senere siger, at den skadevoldende handling ikke blev foretaget for at dø. Også ved fysisk livsfarlige selvordsforsøg kan dødsønsket være fraværende, eller patienten kan være ambivalent.

Man har valgt at bibeholde ordet selvordsforsøg også for ufarlige, skadevoldende handlinger uden intention om at dø, fordi ikke kun de farlige selvordsforsøg, men også de ufarlige forsøg med lav intentionsgrad øger risikoen for senere selvmord.

"Selvordsforsøg" refererer således ikke nødvendigvis til et aktuelt dødsønske. Dette kan give anledning til misforståelser, idet et selvordsforsøg i hverdagssproget betyder "et forsøg på at dræbe sig selv" (8). Det er vigtigt at være klar over, at begrebet "selvordsforsøg" anvendt af fagfolk har en bredere betydning, end når ordet bruges i hverdagssproget.

## 11.2 Selvmord

**Definition:** *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 (1).*

I definitionen af selvmord indgår, at den afdøde

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

Definitionen forudsætter, at den afdøde havde viden eller forventning om et dødeligt udfald, og at den afdøde havde ønske om forandringer. For begge forhold gælder, at det i sagens natur er vanskeligt at afgøre med sikkerhed. Trods dette er der i praksis mindre usikkerhed om klassificeringen af selvmord end af selvmordsforsøg.

## 11.3 Selvmordstanker

Begrebet “selvmordstanker” er vanskeligt at definere og afgrænse operationelt. Selvmordstanker strækker sig fra forestillinger om at dø til vedvarende og påtrængende overvejelser om at begå selvmord (1). Hvis “tanker om at dø” betegnes som selvmordstanker, vil der antageligt være mange, som har haft selvmordstanker igennem et livsforløb, hvorimod “selvmordstanker”, defineret som overvejelser om selvmord, vil forekomme sjældnere.

## 11.4 Selvmutilation (selvtilføjet skade)

Der findes flere former for selvmutilation. Winchel & Stanley (9) definerede selvmutilation som en bevidst selvforårsaget skade af ens eget legeme, hvor skaden er foretaget af den pågældende alene uden hjælp fra andre, og hvor skaden er af en sværhedsgrad, så der opstår vævsskade (fx resulterende i ar). Udelukket er selvbeskadigende handlinger, som patienten oplyser er foretaget med ønske om at dø, eller som har seksuel ophidselse som formål.

**Det karakteristiske for selvmutilation i forhold til selvmordsforsøg er**

- at handlingen ikke foretages for at fremme ønskede forandringer via handlingens konsekvenser

- at handlingen er strengt privat og en form for selvhjælp (ikke et råb om hjælp)
- at handlingen ofte er vanemæssig

Selvmutilation og selvmordsforsøg forekommer ofte hos den samme patient. Der kan være tale om en gråzone, hvor det er vanskeligt at skelne, om patienten har foretaget det ene eller det andet.

Man skelner mellem lille og stor selvmutilation (10). Det sidstnævnte ses meget sjældent og overvejende hos svært psykotiske, der lemlæster sig selv ved fx at stikke en saks i øjet eller ved at kastrere sig selv.

Ved lille selvmutilation skærer den pågældende sig overfladisk på arm, krop eller ben, brænder sig med en cigaret, slår hovedet kraftigt mod en væg eller lignende (9-12). Før en selvmutilerende handling har personen oftest en oplevelse af frustration, der kan aktiveres af banale hændelser. Den pågældende føler sig tiltagende anspændt, forstemt, ophidset, vred eller angst. Der kommer tilskyndelse til selvmutilation, som personen i begyndelsen forsøger at beherske. Impulserne om at beskadige sig selv bliver mere og mere påtrængende. Til sidst skærer den pågældende sig i armen eller lignende og oplever umiddelbart derefter afspænding og lettelse. Somme tider beskriver selvmutilerende personer en nydelse ved at se blodet pible frem.

## 11.5 Patientregistrering

Der er en betydelig underrapportering af sygehuskontakter på grund af selvmordsforsøg til Landspatientregisteret (14). For at sikre pålidelig statistik til blandt andet forskning og forebyggelse er det meget væsentligt, at selvmordsforsøg bliver korrekt registreret, og det er afdelingernes opgave at sikre rutiner for en korrekt registrering af alle sygehuskontakter som følge af selvmordsforsøg.

Herunder er det vigtigt, at holdningen til registrering blandt personalet baseres på et kendskab til, at oplysningerne anvendes i forebyggelsesøjemed, således at alle verificerede selvmordsforsøg indberettes korrekt.

Registreringen af sygehuskontakter vedrørende selvmordsforsøg er forskellig på henholdsvis somatiske og psykiatriske skadestuer og afdelinger. Retningslinjerne for indberetning til Landspatientregisteret findes i publikationen "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2004" fra

Sundhedsstyrelsen, der udsendes årligt og kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under “udgivelser”.

### 11.5.1 Fælles for somatiske og psykiatriske afdelinger

Selv mord indberettes kun, hvis dette sker efter kontaktstart. Selv mord før kontakt indberettes således *ikke* til Landspatientregisteret.

Selv mordsforsøg identificeres i Landspatientregistret først og fremmest ved kontaktårsagen, der er den overordnede angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsagskode 4 anvendes ved selvmordsforsøg og selv mord. Indberetning af kontaktårsag er obligatorisk for somatiske afdelinger og for psykiatriske skadestuer, men ikke obligatorisk for psykiatriske sengeafdelinger og ambulatorier.

Ved brug af kontaktårsagskode 4 skal der indberettes koder for sted, skade-mekanisme og aktivitet. Disse oplysninger kodes efter Nordisk Ulykkesklassifikation. Kravet til indberetning af disse koder er på et overordnet niveau, med mulighed for yderligere specificering, jf. Nordisk Ulykkesklassifikation. Involverer selvmordsforsøget en køretøjsulykke, skal dette videre specificeres med koder for transportform for tilskadekomne og transportform for eventuelle modpart.

### 11.5.2 Diagnoseregistrering på somatiske afdelinger

Ud over kontaktkode og koder for sted, skademekanisme og aktivitet skal man indberette aktionsdiagnose for den somatiske skade, det vil sige den skade, der har ført til sygehuskontakten. Man kan desuden indberette en eller flere bidiagnoser.

Aktionsdiagnosen skal ved kontaktårsagskode 4 tilhøre diagnoseinterval-lerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999, fx DS518 “Snitsår på underarm”.

### 11.5.3 Særligt for psykiatriske afdelinger

Kontaktårsagsindberetning er, som anført, kun obligatorisk for psykiatriske skadestuepatienter.

I psykiatrien anvendes foruden aktionsdiagnose for den psykiatriske sygdom også diagnosekoder for den somatiske skade og diagnosekoder for “Forsætlig selvbeskadigelse” (DX60-84), der specificerer, dels om der er tale om

selvmord, selvmordsforsøg eller selvbeskadigelse, dels om dette er sket før eller efter kontaktstart.

Eksempel: DX7001 "Selvmord ved hængning, strangulation og kvælning efter indlæggelse".

## 11.6 Litteratur

1. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Del I og II. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
2. Stengel E, Cook NG. Attempted suicide: Its social significance and effects. Maudsley Monograph, No 4. London: Chapman and Hall, 1958.
3. Kessel N. Self-poisoning. *BMJ* 1977; ii: 1265-70, 1336-40.
4. Kessel N, Grossman G. Suicide in alcoholics. *BMJ* 1965; 2: 1671-2.
5. Morgan HG. Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm. Chichester: Wiley, 1979.
6. Kreitman N. Parasuicide. London: Wiley, 1977.
7. Diekstra RFW, Garnefski N. On the nature, magnitude and causality of suicidal behaviours: An international perspective. I: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention. Toward the year 2000*. New York: Guilford, 1995: 36-57.
8. Politikens Retskrivnings- og Betydningsordbog. København: Politikens Forlag, 1996.
9. Winchel RM, Stanley M. Self-injuries behaviour: a review of the behaviour and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-17.
10. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. I: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley, 2000.
11. Benjaminsen S, Erichsen B. Selvmordsadfærd blandt indsatte. København: Kriminalforsorgens Uddannelsescenter, 2002.
12. Indstilling om forebyggelse af selvmordsadfærd blandt indsatte i Kriminalforsorgens institutioner. København: November 1999.
13. Bertelsen A. Personlig meddelelse. WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. Psykiatrisk Hospital i Århus.
14. Søgaard M, Nordentoft M. Sikring af visitation efter selvmordsforsøg. Et toårigt modelprojekt i H:S. København: Bispebjerg Hospital, 2004.



# 12.

## FOREKOMSTEN AF SELVMORDS- FORSØG OG SELVMORD I DANMARK

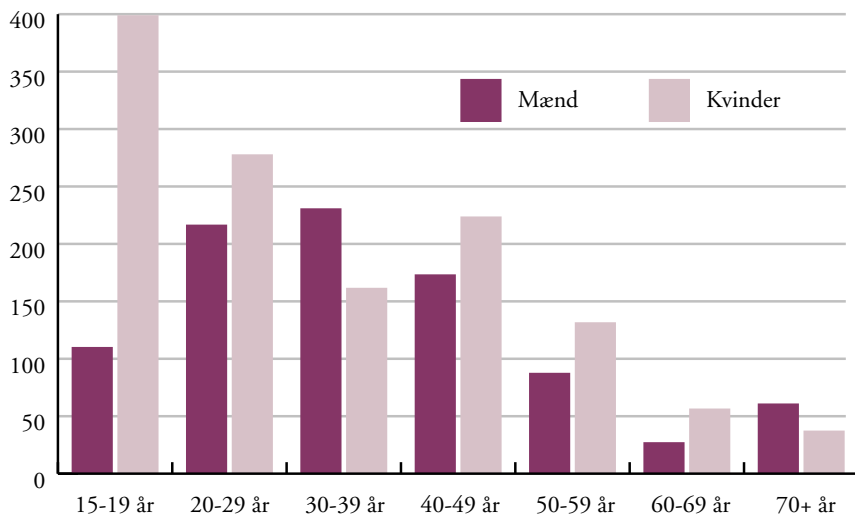
Selvordshyppigheden i Danmark har ændret sig meget i løbet af årene. I perioden op til 1980 var der en stærk stigning i hyppigheden, og i perioden fra 1980 og frem har der været et drastisk fald, således at selvmordshyppigheden i denne periode er blevet mere end halveret.

I 1980 var den danske selvmordshyppighed blandt de højeste i verden. I den officielle statistik vedrørende hospitalsbehandlede selvmordsforsøg er der en betydelig underrapportering, og kun i Fyns Amt har der været konstant fokus på registreringen af selvmordsforsøg. Data fra Fyns Amt tyder på, at der i løbet af de seneste ti år er sket en stærk stigning i antallet af selvmordsforsøg blandt unge piger.

### 12.1 Selvmordsforsøg

Selvordsforsøg forekommer hyppigere end selvmord, men både i Danmark og i andre lande er der mangel på pålidelig statistik, der kan dokumentere, hvor meget hyppigere selvmordsforsøg er. Data fra Fyns Amt tyder på, at selvmordsforsøg forekommer cirka ti gange så hyppigt som selvmord, og at alders- og kønsfordelingen for selvmordsforsøg er meget anderledes end for fuldbyrdede selvmord. Selvmordsforsøg forekommer således hyppigere blandt yngre og kvinder, mens fuldbyrdede selvmord oftere ses i ældre aldersgrupper og blandt mænd. Data fra Fyns amt tyder på, at der i de seneste ti år er sket en kraftig stigning i antallet af selvmordsforsøg blandt de 15-19-årige piger.

**Figur 1: Aldersspecifikke rater per 100.000 for personer, der har foretaget mindst ét selvmordsforsøg, Fyns Amt 2001**



*Kilde: Register for selvmordsforsøg.*

Fordelingen af metoder er forskellig ved selvmordsforsøgene og de fuldbyrdede selvmord. Således anvendes forgiftning i forbindelse med tre fjerdedele af alle selvmordsforsøg, mens forgiftning er ansvarlig for mindre end halvdelen af alle fuldbyrdede selvmord.

Noget af forskellen på forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg blandt mænd og kvinder kan forklares ved forskellig metodevalg, idet mænd oftere end kvinder anvender såkaldte determinante metoder, det vil sige metoder, hvor sandsynligheden for overlevelse er lille (fx skydning eller hængning). Også ældre bruger oftere determinante metoder, sammenlignet med yngre. Kvinder bruger i højere grad end mænd medikamenter i forbindelse med selvmordsforsøg.

Psykisk lidelse spiller en stor rolle ved selvmordsforsøg. Flere danske undersøgelser har konkluderet, at mellem 10 og 20 % af de personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er psykotiske, mens mere end halvdelen lider af depression, misbrug eller personlighedsforstyrrelser (7,8).

Selvmordsforsøg forekommer hyppigst i socialt underprivilegerede grupper, fx blandt personer på overførselsindkomst (1).

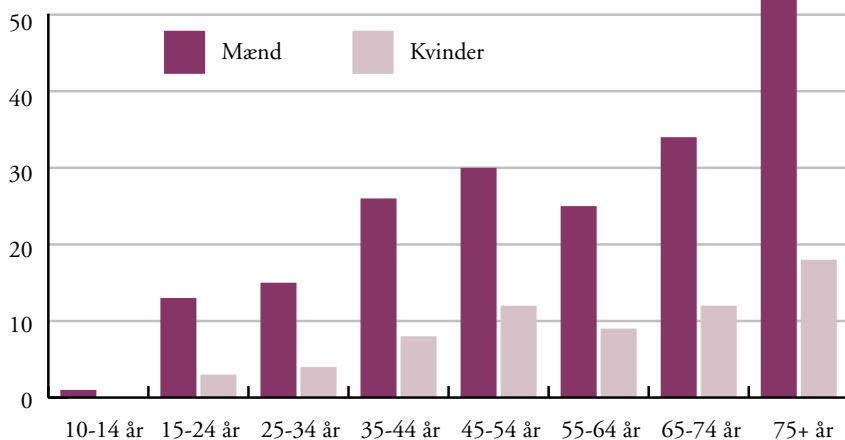
## 12.2 Selvmord

Selvmordshyppigheden i Danmark har, sammenlignet med resten af verden, ligget højt i hele den periode, vi har statistiske oplysninger om, det vil sige fra 1835. Aktuelt ligger Danmark i den øverste halvdel blandt de vesteuropæiske lande, kun overgået af få andre lande som Belgien, Schweiz, Østrig, Frankrig og Finland. I de østeuropæiske lande har selvmordshyppigheden i det seneste årti ligget betydeligt højere end i Vesteuropa.

Af WHO's internationale selvmordsstatistik fremgår det, at den registrerede selvmordshyppighed i alle lande undtagen Kina er højere blandt mænd end blandt kvinder, men der er store variationer i, hvor stor forskellen er på mænds og kvinders selvmordshyppighed. I Danmark og mange andre vesteuropæiske lande er der cirka tre gange så mange mænd som kvinder, der dør ved selvmord.

Ifølge de seneste opgørelser fra Dødsårsagsregisteret (2000) sker der godt 700 selvmord om året i Danmark. Det er betydelig flere, end der dør i forbindelse med trafikulykker (498 døde i 2000). Selvmord optræder som anført hyppigst hos mænd og hyppigere hos ældre end hos yngre. Mere end en fjerdedel af alle selvmord i Danmark blev i 2000 begået af personer over 65 år, som kun udgør 15 procent af befolkningen.

Figur 2: Aldersspecifikke selvmordsrater i Danmark år 2000.  
Selvmord per 100.000



Kilde: Dødsårsager i Danmark. Sundhedsstyrelsen, 2000.  
[http://www.sst.dk/informatik\\_og\\_sundhedsdata.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata.aspx?lang=da)



Selv mord blandt børn og unge er relativt sjældne. Alligevel er selvmord den fjerdehyppigste dødsårsag blandt de 10-14-årige (efter ulykker, leukæmi og medfødte misdannelser). Den vigtigste risikofaktor for selvmord blandt børn og unge er psykisk sygdom eller forældres selvmord eller psykiske sygdom (9).

## 12.3 Litteratur

1. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992; 69:1507-1512.
2. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Brønnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:542-545.
3. Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurological diseases. Methodological problems. *Arch Neurol* 1992; 49:1296-1303.
4. Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ* 1998; 316:1206.
5. Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177:546-550.
6. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-772.
7. Nordentoft M, Rubin PJ, Welcher B. Suicide and suicide attempts among young persons in Copenhagen. *Nord J Psychiatry* 1993; 47:61-69.
8. Nielsen B. Prædiktorer for gentagen suicidal adfærd. Et klinisk epidemiologisk studie. Odense Universitet, 1994.
9. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325(7355):74.
10. Mortensen PB, Agerbo E, Eriksson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000; 355(9197):9-12.



# 13.

## HOLDNINGER OG MYTER

Holdninger og myter i forbindelse med selvmord spiller en stor rolle for, hvordan sundhedspersonale opfatter en patient, der kommer til afdelingen efter et selvmordsforsøg. Det kan have betydning for den hjælp, patienten modtager, og holdningerne og myterne kan påvirke både identifikation, vurdering og visitation af den selvmordstruede patient.

### 13.1 Holdninger til selvmord

Samfundets holdninger til selvmord har varieret gennem tiderne og også mellem forskellige landes kulturer. Holdningerne spænder lige fra at opfatte selvmordet som en pligt og noget heroisk, over at betragte det som tilladt og acceptabelt, og til, at selvmord skal være ulovligt og strafbart. Den fremherskende holdning til selvmord her i landet er at betragte den, som tager sit eget liv, som et menneske i dyb nød og med et stort behov for hjælp (1). Aktuelt ser man også en tendens til at opfatte selvmordet som et privat valg, som legitimeres af retten til at bestemme over eget liv.

En selvmordshandling foretages for at blive fri for uudholdelige følelser, utålelige tanker og ubærlig forpintethed. Handlingen foretages altså for at blive fri for denne pinagtige bevidsthed snarere end for at dø. Ofte er personen præget af tunnelsyn, hvor vedkommende kun ser én udvej ud af ubehaget, nemlig at foretage selvmordshandlingen.

En selvmordshandling er således en selvvalgt handling, der har til formål at løse et problem, en krise, et personligt dilemma eller en utålelig situation. Der kan også være en hensigt om at påvirke andre, fx ved at straffe dem eller påføre dem skyld gennem selvmordshandlingen (2).

Ofte er selvmordsønsker et forbigående fænomen, og selvmordstruede er også i mange tilfælde præget af ambivalens. De fleste, der overlever et selvmordsforsøg, er efter et stykke tid ikke kede af, at de overlevede.

Forskellige uhensigtsmæssige holdninger blandt sundhedspersonalet kan gøre det vanskeligere for personer, der er selvmordstruede, at få hjælp i sundhedsvæsenet. Disse holdninger kan komme til udtryk i udsagn som følgende:

- Godt, at hun fik fred.
- Det er synd at give de unge diagnosen selvmordsforsøg.
- De ønsker bare opmærksomhed og ligger på afdelingen og holder hof.
- Der er jo alligevel ikke noget at gøre.
- Han manipulerer med os alle sammen.

Sådanne holdninger kan også afspejle forskellige opfattelser af, hvornår der rent faktisk er tale om et selvmordsforsøg, og hvor selvmordstruet en patient skønnes at være.

### 13.1.1 Vigtigt at være bevidst om holdninger

Følelsesmæssigt kan man som sundhedspersonale opleve afmagt, håbløshed, irritation, frustration, overinvolvering eller andre uhensigtsmæssige reaktioner på patienters selvmordsforsøg (3).

Selv mord er stadig på mange måder et tabubelagt emne, og dette kan påvirke personalets tanker, følelser og handlinger i mødet med personer, som befinder sig i selvmordsfare. Denne påvirkning kan være stærk og ofte skjult, og den kan svække personalets evne og vilje til at hjælpe. Derfor er det vigtigt at være bevidst om egne holdninger til selvmordsforsøg og selvmord, når man arbejder med patienter, der har en selvmordsproblematik. Dette gælder både for den enkelte og for personalegruppen som helhed. Det er her vigtigt, at sundhedspersonalet har den nødvendige faktuelle viden og mulighed for at kunne visitere patienterne til passende opfølgning.

### 13.1.2 Kommuner holdningerne tydeligt

Over for patienten bør man klart udtrykke, at man ikke opfatter selvmord som en god idé, hverken for patienten eller dennes nærmeste, og at man vil gøre alt, hvad der er muligt, for at forhindre, at vedkommende tager livet af sig. Dette bør formidles gennem en professionel, neutral og empatisk holdning til patienten. Etisk tages der udgangspunkt i en respekt for livet og i det enkelte menneskes egenverdi.

## 13.2 Myter om selvmord

Der eksisterer mange myter om selvmord, som der ikke er klinisk belæg for, og som kan blokere for at give hjælp til selvmordstruede. Der skal her nævnes nogle af de hyppigste misforståelser (4):

- *At spørge til selvmordstanker kan fremprovokere selvmordsforsøg.*

Når en selvmordstruet person får en anledning til at tale om tankerne, skaber det en forbindelse til verden, til et andet menneske, og på samme tid mindskes et følelsesmæssigt indre pres. De fleste selvmordstruede beskriver det som en lettelse at få sat ord på problemerne, men det er selvfølgelig vigtigt, at lytterens reaktion er hensigtsmæssig og formidler håb og løsning.

- *Folk, som foretager ufarlige selvmordsforsøg, ønsker ikke at dø.*

Der er ingen entydig sammenhæng mellem farligheden af selvmordsforsøget (metoden) og dødsønske. Det vil sige, at både somatisk farlige og ufarlige selvmordsforsøg bør risikovurderes.

- *Folk, som taler om selvmord, tager ikke deres liv.*

Det er rigtigt, at de fleste, som kommunikerer selvmordsimpulser, ikke tager livet af sig. Men de fleste, som begår selvmord, har faktisk givet signaler inden – direkte eller indirekte. Ved mistanke om selvmord må man derfor spørge direkte og undersøge, hvor stærke impulserne er.

- *Selvmord er et personligt valg.*

Beslutningen om selvmord tages ofte i et kaos af turbulente følelser og er sjældent et resultat af grundig overvejelse og en realistisk vurdering af alle muligheder.

Afdelingen bør sørge for, at personalet får lejlighed til at diskutere disse og andre myter, således at man kan fremme et fælles holdningsmæssigt grundlag for arbejdet med selvmordstruede patienter.

### 13.3 Litteratur

1. Silvola K, Tallaksen DW, Amundsen K et al (red.). Førstehjelp ved selvmordsfare. Tromsø: Vivat, 2001.
2. Benjaminsen S, Erichsen B. Selvmordsadfærd blandt indsatte. København: Kriminalforsorgens Uddannelsescenter, 2002.
3. Wasserman DW. The Intensive Care Unit and the Suicide Attempt Patient. Acta Psychiatr Scand 1985; 71:581-595.
4. Nils Retterstøl, Øivind Ekeberg og Lars Mehlum. Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.





# 14.

## LOVGIVNINGSMÆSSIGE FORHOLD

Reglerne om sundhedspersoners tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling eller til andet formål findes i lov om patienters retsstilling. Patienten har krav på beskyttelse af sit privatliv, og tavshedspligten er en afgørende forudsætning for, at der kan etableres et tillidsforhold mellem patienten og sundhedspersonen og også for at skabe tillid i befolkningen til sundhedsvæsenet. Dette gælder også i sammenhæng med selvmordstruede.

En oplysning om, at en person har begået selvmord, og en oplysning om, at en person er selvmordstruet, er en tavshedsbelagt oplysning.

Det er patientretsstillingslovens klare udgangspunkt, at videregivelse af helbredsoplysninger mv., herunder oplysning om, at en patient er selvmordstruet, kræver patientens samtykke. Sundhedspersonen kan altid med patientens samtykke videregive oplysninger til fx andre sundhedspersoner, private personer og myndigheder om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. I tilfælde, hvor det er relevant at videregive helbredsoplysninger mv. om en patient, skal sundhedspersonalet derfor forsøge at opnå patientens samtykke til videregivelsen. Dette vil i de fleste tilfælde let kunne opnås.

I nogle situationer er der mulighed for at videregive oplysninger til en anden sundhedsperson uden patientens samtykke. I den forbindelse skal der ofte udøves et konkret skøn, der kan indebære en vanskelig afvejning af patientens krav på tavshedspligt over for sundhedspersonalets ønske om at videregive oplysninger samt eventuelle pårørendes ønske om at modtage oplysninger for at hjælpe patienten gennem forløbet.

## 14.1 Aktuelt behandlingsforløb

Med henblik på at sikre en mere smidig kommunikation omkring den enkelte patient i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb fremgår det således af patientretsstillingsloven, at man kan videregive oplysninger om patienten uden vedkommendes samtykke, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb og under forudsætning af, at videregivelsen sker ud fra patientens interesser og behov. Et aktuelt behandlingsforløb er et samlet og kontinuerligt behandlingsforløb, hvor der er tale om at fortsætte eller følge op på en behandling.

En videregivelse af oplysninger om en selvmordstruet patient til patientens egen læge kan derfor ske uden patientens samtykke, hvis patienten i forbindelse med udskrivningen fra sygehuset henvises til en fortsat behandling hos egen læge. For at varetage hensynet til patientens privatliv skal patienten vide, at denne videregivelse finder sted, og patienten kan på ethvert tidspunkt frabede sig, at oplysninger videregives, hvilket i givet fald skal respekteres.

## 14.2 Væsentlige hensyn til patienten eller andre

En anden undtagelse er den situation, hvor patienten af den ene eller den anden grund ikke selv er i stand til at give samtykke, fx på grund af bevidstløshed, og hvor det af hensyn til patienten skønnes nødvendigt at videregive oplysninger til andre sundhedspersoner. De fleste af disse situationer er allerede omfattet af bestemmelsen om videregivelse på grund af et aktuelt behandlingsforløb.

## 14.3 Videregivelse af oplysninger til pårørende

Patientretsstillingsloven giver også mulighed for med patientens samtykke at videregive helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling, fx til patientens pårørende. I situationer, hvor patienten ikke vil give samtykke, eller hvor patienten ikke er i stand til at give samtykke, må det overvejes, om videregivelse om nødvendigt alligevel kan finde sted uden patientens samtykke.

Sådanne situationer kan kun rent undtagelsesvis komme på tale, idet det klare udgangspunkt som nævnt er, at patienten selv træffer beslutning vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Som udgangspunkt er en tilkendegivelse om at ville begå selvmord en tavshedsbelagt oplysning.

I en konkret sag har domstolene dog udtalt, at det ikke var brud på tavshedspligten, at læger underrettede faderen, hos hvem en voksen datter boede, om at datteren ønskede sig udskrevet fra sygehuset og havde fremsat selvmordstrusler. Ved afgørelsen af, hvorvidt hensynet til andres tarv berettiger til brud på tavshedspligten, indgår et skøn. Landsretten udtalte, at det ved udøvelsen af dette skøn må anses for berettiget blandt andet at tage hensyn til, at selvmord kan være en voldsom begivenhed for omgivelserne. Landsretten lagde vægt på, at truslen var fremsat under omstændigheder, der berettiget gav anledning til den opfattelse, at der var en nærliggende risiko for, at truslen om selvmord ville blive realiseret.

## 14.4 Unge under 18 år

Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, gælder der ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Som udgangspunkt skal forældrene aktivt informeres om deres børns forhold. Den 15-17-årige kan dog selv give samtykke til behandling.

Efter loven om forældremyndighed og samvær, § 19, stk. 1 har den af forældrene, som ikke har forældremyndigheden, ret til efter anmodning at få orientering om barnets forhold fra skoler, børneinstitutioner samt social- og sundhedsvæsenet. Myndigheden eller institutionen kan nægte at give oplysninger, hvis det er til skade for barnet. Der må ikke gives oplysninger om forældremyndighedsindehaverens forhold.

Hvis der er tale om unge under 18 år med selvmordsadfærd, skal sundhedspersonalet vurdere, om der er pligt til at underrette kommunen i medfør af lov om social service, hvis der er formodning om, at den unge har brug for særlig støtte. Der er fastsat nærmere regler herom i bekendtgørelse nr. 1092 af 8. december 2000 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service. Hvis man vurderer, at der er behov for at underrette kommunen, bør det ske i samarbejde med den unge og dennes forældre.

## 14.5 Samtykke fra patienten

Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. til brug for behandling kan ske med patientens mundtlige eller skriftlige samtykke. Samtykket kan gives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen.



Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling skal som udgangspunkt være skriftligt.

Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. skal altid være konkret og basere sig på den fornødne information. Det forudsættes således, at patienten orienteres om formålet med og omfanget af videregivelsen. Samtykket skal gives i forbindelse med den aktuelle situation.

## 14.6 Tvangsindlæggelse

Som et led i behandlingen af patienter, der har foretaget selvmordsforsøg, bør der tages stilling til, om der er behov for psykiatrisk behandling, eller om vedkommende bør tilbydes behandling uden for psykiatrien.

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, men i nogle tilfælde er det ikke muligt at motivere patienten for behandling eller indlæggelse.

Hvis lægen skønner, at psykiatrilovens betingelser for frihedsberøvelse er opfyldt, har han eller hun pligt til at tvangsindlægge en selvmordstruet patient. Betingelserne for at tvangsindlægge en selvmordstruet person er, at det vil være uforsvarligt ikke at indlægge den pågældende med henblik på behandling, fordi personen frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv, og lægen vurderer den pågældende til at være sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed.

En læge kan ikke tvangsindlægge en patient på en afdeling, hvor lægen selv er ansat. Lægen afleverer eller sender den udarbejdede lægeerklæring om tvangsindlæggelse til politiet, som afgør, om patienten skal tvangsindlægges.

Ved tvangsindlæggelse af børn og unge bør indlæggelse så vidt muligt foregå på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. I de områder af landet, hvor der ikke er børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, må det bero på en konkret vurdering, om det tjener barnets tarv bedst at indlægge det på en voksenpsykiatrisk afdeling eller en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i en anden del af landet.

## 14.7 Litteratur

1. Regelsættene nedenfor kan læses og downloades på Retsinformation, som er statens juridiske online-informationssystem: [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk).
2. Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.
3. Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
4. Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
5. Vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende.
6. Lovbekendtgørelse nr. 764 af 28. august 2003 af lov om social service.
7. Bekendtgørelse nr. 1092 af 12. december 2000 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.
8. Ugeskrift for Retsvæsen 1996 1261 Ø.
9. Lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven).
10. Bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser.
11. Bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.
12. Cirkulære nr. 202 af 8. december 1998 om behandlingsplaner for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.
13. Vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

# 15.

## LINKS TIL INTERNATIONALE VEJLEDNINGER

Nedenfor er nævnt en række internationale publikationer og hjemmesider, som beskriver vejledninger og strategier for selvmordsforebyggelse.

1. Canadian Task Force on Preventive Health Care: Prevention of suicide, 1994 (Canada): [http://www.ctfphc.org/Full\\_Text/Ch40full.htm](http://www.ctfphc.org/Full_Text/Ch40full.htm) (Opdatering af anbefalingerne, 2003: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/169/3/207.pdf>)
2. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service: National strategy for suicide prevention, 2001 (USA): <http://hstat.nlm.nih.gov>
3. Holkup P. Evidence-based protocol. Elderly suicide: secondary prevention. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2002 Jun. 56 p. [120 references] (USA): <http://www.guidelines.gov>
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Washington (DC): American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2000 Oct 17. 55 p. [189 references]
5. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Jul;40(7 Suppl):24S-51S. [189 references]: <http://www.guidelines.gov>
6. New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health: the assessment and management of people at risk of suicide, 2003: <http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0005/ACF50E.pdf>
7. Department of Health: National suicide prevention strategy for England, 2002: <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/suicide-prevention-sep02.pdf>
8. National Institute for Mental Health in England: Preventing suicide: a toolkit for mental health services, 2003: <http://rms.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder>
9. US Preventive Services Task Force: guide to clinical preventive services: screening for suicide risk, 1996 (USA): <http://www.ahcpr.gov/clinic/2ndcps/suicide.pdf>
10. NICE – The National Institute for Clinical Excellence (sundhedsmyndighed for England og Wales og en del af National Health Service): [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

11. Statens helsetilsyn. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Utredningsserien 3:2001: [www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2743/ik-2743.pdf](http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2743/ik-2743.pdf)
12. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) and The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). Guidelines for the Management of Deliberate Self Harm in Young People. Melbourne: May 2000: [www.acem.org.au/open/documents/youthsuicide.pdf](http://www.acem.org.au/open/documents/youthsuicide.pdf)
13. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Am J Psychiatry. 2003 Nov;160(11 Suppl):1-60. Se også: [www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/pg\\_suicidalbehaviors.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_suicidalbehaviors.pdf)



[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
Postbox 1881  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00  
Telefax 72 22 74 11  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)