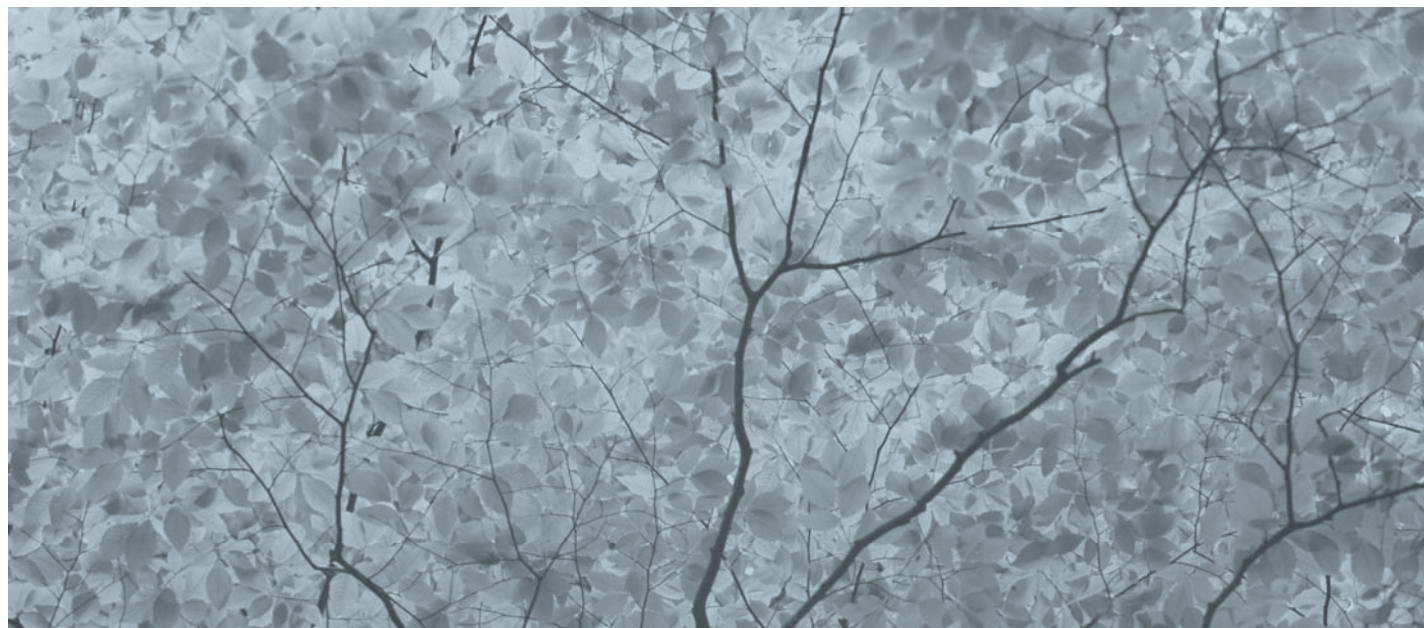




TEMARAPPORT 2006:
SELMORD OG SELVMORDS-
FORSØG UNDER INDLÆGGELSE

2006

DPSD DANSK PATIENT-SIKKERHEDS-DATABASE

Temarapport 2006: Selvmord og selv- mordsforsøg under indlæggelse

Dansk Patient-Sikkerheds-Database,
maj 2006

Temarapport 2006:
Selv mord og selvmordsforsøg under indlæggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

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

Emneord: Selvmord; Selvmordsforsøg; Psykiatrisk; Somatisk; Sygehus; Utilsigtede hændelser; Patientsikkerhed

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 25. maj 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-302-1

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2006

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	5
2	Antal selvmord under indlæggelse og umiddelbart efter udskrivelse	7
3	Rapportering til DPSD	9
3.1	Psykiatrisk afdeling	9
3.2	Ambulant behandling	11
3.3	Somatisk afdeling	11
4	Forebyggelse	12
4.1	Fysisk indretning af afdelingerne	12
4.1.1	Hængning	12
4.1.2	Kvælning ved ydre spærring – plastikposer	13
4.1.3	Udspring fra bygning	13
4.1.4	Skærende og stikkende genstande	14
4.1.5	Kemiske midler	14
4.2	Patienternes besiddelse af genstande som kan anvendes til selvmordshandling	14
4.2.1	Hængning	14
4.2.2	Medicin	15
4.3	Samarbejde med pårørende	16
4.4	Procedurer i afdelingerne	17
4.4.1	Risikovurdering af patienter	17
4.4.2	Procedurer vedrørende udgang	18
4.4.3	Sikkerhed vedrørende bortgang	19
4.4.4	Unormalt sovende patienter	19
4.4.5	Regler for rundering	19
5	Anbefalinger	20
6	Litteratur	21

1 Indledning

Lov om patientsikkerhed i sygehusvæsenet trådte i kraft 1. januar 2004. Ifølge loven har sundhedspersoner en rapporteringspligt til Dansk Patient Sikkerhedsdatabase – DPSD - om udvalgte utilsigtede hændelser – herunder selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse – som de selv er involveret i, som de observerer hos andre, og som de i kraft af deres erhverv får kendskab til. Sygehusejerne har handlepligt, dvs. de skal modtage, registrere og analysere hændelser og sende dem i anonymiseret form til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen skal på baggrund af de rapporterede hændelser udarbejde nationale faglige udmeldinger og retningslinier med henblik på at øge kvaliteten af den nationale patientsikkerhed.

Denne temarapport er udarbejdet på grundlag af de rapporter, som er indsendt til DPSD. Rapporterne har vist sig egnede til at sætte fokus på:

- den fysiske indretning af afdelingerne
- patienternes besiddelse af genstande, som kan anvendes til udførelse af selvmordshandling
- samarbejde med pårørende
- procedurer i afdelingerne:
- vurdering af selvmordsrisiko
- regler for udgang
- sikkerhed vedrørende bortgang
- regler for tilsyn af patienterne (rundering)
- regler vedrørende tilsyn af unormalt sovende patienter

Der er derimod andre relevante forhold af betydning for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse, som temarapporten *ikke* beskæftiger sig med, fordi de ikke fremgår af rapporterne til DPSD. Det gælder f.eks. patientbehandling, observation af patienter med selvmordsrisiko, personalenormering, kommunikation og kontinuitet i afdeling og mellem afdelinger, personalets kompetencer, tilrettelæggelse af og opfølgning efter udskrivelse.

Rapporteringerne til DPSD er heller ikke egnede til at kortlægge omfanget af selvmord under indlæggelse, idet det ikke kan forventes, at alle hændelser rapporteres. Det mest sikre udgangspunkt for en sådan analyse er dødsattesternes oplysninger om dødsårsager og døds måde, samt de supplerende oplysninger på dødsattesterne, som påføres ved retslægelige ligsyn. Derfor er dødsattester for 2001 gennemgået.

På den baggrund har temarapporten følgende formål:

1. At undersøge, hvor stor en andel af selvmord i Danmark, som finder sted under indlæggelse eller umiddelbart efter udskrivelse
2. At afdække potentielt forebyggelige risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse og umiddelbart efter udskrivelse på baggrund af indrapporteringer til DPSD
3. At fremkomme med anbefalinger til ledelse og personale
4. At medvirke til implementering af en styrket forebyggende indsats på området.

2 Antal selvmord under indlæggelse og umiddelbart efter udskrivelse

Sundhedsstyrelsen kodede i 2001 døds måden selvmord i 727 af samtlige dødsfald det pågældende år. Kopi af disse dødsattester er gennemgået. Året 2001 er valgt, fordi det var det seneste år, hvor kodning af alle dødsattester var afsluttet.

Elleve selvmord fandt sted under indlæggelse på somatisk afdeling og 37 under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Selvmord under indlæggelse udgjorde således 6,6 % af samtlige selvmord i 2001.

Af oplysningerne på dødsattesterne fremgik det, at 23 personer (3,2 % af alle) begik selvmord inden for en måned efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling. Dette er et mindstetal, idet det ikke kan forventes, at der ved de retslægelige ligsyn i alle tilfælde har foreligget præcise oplysninger om udskrivningstidspunkt i forhold til tidspunkt for selvmord.

Af de 37 selvmord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling foregik 18 på afdelingen, ni i forbindelse med aftalt udgang og 10 i forbindelse med, at patienterne havde forladt afdelingen uden aftale. Tilsvarende fandt otte selvmord sted på den somatiske afdeling og tre i forbindelse med, at patienterne uden aftale havde forladt afdelingen.

De mest benyttede selvmordsmetoder på psykiatrisk afdeling var hængning og kvælning ved at trække plastikpose over hovedet. Udspring fra vindue på sengestue eller trappegang var den hyppigst anvendte metode under indlæggelse på somatisk afdeling. I tabel I og II ses de anvendte selvmordsmetoder.

Tabel I. Anvendte selvmordsmetoder under indlæggelse på psykiatriske afdeling. Dødsattester 2001

	På afdeling	Udgang	Forladt afdeling
Hængning	8	2	3
Plastikpose	5		
Udspring fra bygning	1	3	4
Drukning		3	1
Medicinforgiftning	2		
Udspring foran tog		1	2
Stiklæsion	1		
Andet	1		

Tabel II. Anvendte selvmordsmetoder under indlæggelse på somatiske afdelinger. Dødsattester 2001

	På afdeling	Forladt afdeling
Hængning	2	1
Udspring fra bygning	5	
Drukning		1
Medicinforgiftning	1	
Udspring foran tog		1

3 Rapportering til DPSD

Temarapporten bygger på samtlige rapporteringer om selvmord og selvmordsforsøg, som Sundhedsstyrelsen har modtaget i 2004, 2005 samt januar 2006. Derudover har Sundhedsstyrelsen som supplement anmodet om at få fremsendt resume af kerneårsagsanalyser og har i alt modtaget 16.

Der er i denne periode rapporteret 26 selvmord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling og fem selvmord på somatisk afdeling.

Når der sammenlignes med tallene for 2001, må det konkluderes, at der er foregået en underrapportering. Der er sandsynligvis to årsager. Den ene årsag kan være, at det har taget tid at få rapporteringspligten indarbejdet som en driftsopgave. Dette støttes af, at der især i 2004 var meget få rapporteringer. Den anden årsag kan være, at det for nogle afdelinger har været uklart, om selvmord skal betragtes som en ikke rapporteringspligtig komplikation eller som en rapporteringspligtig utilsigtet hændelse. Fra Sundhedsstyrelsens side vil det nu blive præciseret, at selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse er en rapporteringspligtig utilsigtet hændelse.

De psykiatriske afdelinger har i samme periode rapporteret 50 selvmordsforsøg under indlæggelse og de somatiske to forsøg. Det må formodes, at der også her er tale om en underrapportering, men størrelsesordenen kan ikke vurderes, idet der ikke eksisterer et objektivt sammenligningsgrundlag.

Derudover har de psykiatriske afdelinger rapporteret ti selvmord og syv selvmordsforsøg hos patienter, som var i distriktpsykiatrisk behandling. Afdelingerne har ikke pligt til at rapportere disse hændelser, men de er medtaget i undersøgelsen, idet de medvirker til at belyse den kendte problemstilling, at mange selvmord hos psykiatriske patienter finder sted umiddelbart efter udskrivelse.

3.1 Psykiatrisk afdeling

Otte selvmord foregik på afdelingen, 12 i forbindelse med aftalt udgang og seks i forbindelse med, at patienterne havde forladt afdelingen uden aftale. Hængning var den hyppigst anvendte metode. Af tabel III fremgår de anvendte selvmordsmetoder.

Tabel III. Anvendte selvmordsmetoder under indlæggelse på psykiatriske afdelinger. DPSD

	På afdeling	Udgang	Forladt afdeling
Hængning	6	4	1
Plastikpose	1		
Udspring fra bygning		2	1
Medicinforgiftning	1	2	
Udspring foran tog		1	3
Snitsår			1
Skydning		1	
Uoplyst		2	

Langt de fleste selvmordsforsøg fandt sted på afdelingerne, tre i tilslutning til aftalt udgang og tre i forbindelse med, at patienterne havde forladt afdelingen uden aftale.

Medicinforgiftning og hængningsforsøg var hyppigst anvendte metode. Af tabel IV fremgår, hvilke metoder, der har været forsøgt.

Tabel IV. Anvendte metoder til selvmordsforsøg under indlæggelse på psykiatriske afdelinger. DPSD

	På afdeling	Udgang	Forladt afdeling
Hængning	12	2	
Plasticpose	2		
Udspring fra bygning	3		2
Medicinforgiftning	14	1	
Udspring foran tog			1
Snitsår	6		
Kemiske midler	2		
Strøm	1		
Selvmutilerende adfærd	4		

En del af selvmordsforsøgene var meget alvorlige. i nogle tilfælde overlevede patienterne med betydelige skader. I andre tilfælde fik personalet i sidste øjeblik iværksat en livreddende behandling. De følgende beskrivelser indsat i tekstbokse stammer fra afdelingernes rapporter samt kerneårsagsanalyser.

En patient fandtes liggende på jorden uden for afdelingen. Patienten var sprunget ud af vindue på sengestuen og var faldet 2-3 meter. Patienten pådrog sig derved tre brud på rygsøjlen.

En patient havde bundet en plasticpose rundt om halsen. Patienten var skærmet på niveau 3, så en medarbejder opdagede hurtigt ”at patienten blev for stille”. Da hun løftede dynen, fandt hun patienten cyanotisk, ikke kontaktbar, uden puls og respiration. Der blev iværksat genoplivning og tilkaldt hjertestophold. Patienten blev overflyttet til en somatisk afdeling.

3.2 Ambulant behandling

Selvordsmetode hos de 10 patienter i ambulant behandling var i to tilfælde skydning, to hængning, to udspring, en plasticpose, en medicin og to uoplyst. Seks af de syv selvmordsforsøg blev foretaget med medicin og et med kulilteforgiftning.

3.3 Somatisk afdeling

Samtlige fem rapporterede selvmord på somatisk afdeling foregik ved udspring gennem vindue fra sengestue eller trappegang. Det ene af de to forsøg var forsøg på udspring og det andet medicinforgiftning.

Det drejede sig om en yngre patient med mange impulshandlinger, hvis tilstand var vanskelig at vurdere. Efter afdelingens regler blev alle 11 patienter tilset af den faste nattevagt ved vagtens begyndelse. Patienten sov. Senere på natten blev nattevagten opmærksom på, at en dør til et fælles opholdsrum stod åben. Den havde kort forinden været lukket. Ved besigtigelse af rummet fandtes patienten hængende i sit badekåbebælte fastgjort til en ribbe. Patienten blev frigjort. Der var tegn på iltmangel i for af cyanose og bevidstløshed, men patienten overlevede.

4 Forebyggelse

Der er ikke tvivl om, at mange selvmord forebygges i kraft af, at patienterne er indlagt, fordi der her foretages relevant observation, vurdering, behandling og pleje. Det fremgår af flere rapporter, at personalets opmærksomhed og indskriden medførte, at patienternes handlinger i en række tilfælde ikke endte som fuldbyrdet selvmord. Der omtales et eksempel herpå. Alligevel er der fortsat meget, som kan læres både af de hændelser, som førte til selvmord og af de, som forblev et forsøg.

Joint Commission har foretaget kerneårsagsanalyser af 415 selvmord under indlæggelse. Organisationen fandt, at sikkerhedsproblemer i patientens omgivelser var medvirkende årsag i knap 90 % af tilfældene, vurdering af patienterne i godt 80 %, uddannelse af personalet i 60 %, kommunikation i knap 50 % og tilgængelighed af information i 30 %. Af andre medvirkende årsager nævnes manglende kontinuitet i behandlingen, kortlægning af personalets kompetencer, personaleressourcer/personalesammensætning, ledelsesproblemer, planlægning af behandling, svigt i at følge procedurer samt organisationskultur – i nævnte rækkefølge. Nærværende rapport belyser i hovedsagen sikkerhedsproblemer i omgivelserne og patientvurdering.

4.1 Fysisk indretning af afdelingerne

4.1.1 Hængning

Hængning var den hyppigst anvendte metode både når det gælder fuldbyrdet selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse.

Afdelingerne bør systematisk gennemgås med henblik på at reducere mulighederne for at fæstne selvmordsredskaber til bærende elementer. Af bærende elementer, som nævnes i rapporterne til DPSD kan nævnes dørhåndtag, håndtag på garderobeskab, sengegalge, hovedgærdet på seng, vandrør, stativ til ophængning af bruseforhæng, ribbe (motionsredskab), håndklædekroge, vindueskarm. Det anbefales, at gardin stænger, stativer til bruseforhæng, håndklædekrog, skabshåndtag etc. ikke bør kunne bære en vægt på mere end 25 kg. Rørføringer bør skjules og bruseslanger afkortes.

Patienten blev indlagt på lukket afdeling efter at have snittet sig overfladisk. Patienten vurderedes nærpsykotisk, specielt var der mistanke om paranoide forestillinger, men blev vurderet til ikke at være selvmordstruet. Virkede bange og ville ikke gerne være alene på stue. Patienten blev fundet død på stuen to timer efter indlæggelsen. Havde hængt sig i livrem fastgjort til dørhåndtag.

En destruktiv patient med mange tidligere selvmordsforsøg henvendte sig i skadestuen på grund af selvmordstanker. Blev tilbudt overnatning med henblik på vurdering af indlæggelse. Gik på badeværelse og forsøgte at hænge sig i bruserslange.

Ligeledes bør ophængningsredskaber i afdelingerne elimineres. Der er rapporteret to tilfælde af selvmordsforsøg, hvor bruseslanger blev anvendt.

Der bør være særlig opmærksomhed på badeværelser og toiletter, idet de er de hyppigst benyttede rum for selvmord og forsøg herpå.

Etablering af enestuer med bad og toilet på de psykiatriske afdelinger øger behovet for at indrette rummene således, at det fysisk er meget vanskeligt for patienterne at skade sig selv.

4.1.2 Kvælning ved ydre spærring – plastikposer

Kvælning er en velkendt selvmordsmetode på psykiatriske afdelinger. Sundhedsstyrelsen har i februar 2006 i form af en OBS meddelelse på DPSD' hjemmeside udsendt anbefaling om, at plastikposer ikke bør finde anvendelse f.eks. som skraldeposer på psykiatriske afdelinger.

En patient med et mangeårigt alkoholmisbrug og hallucinationer blev indlagt på lukket afsnit efter at have skåret sig i håndleddet. Fandtes om morgenen to dage efter indlæggelsen død i sengen. Havde trukket en plasticpose over hovedet.

4.1.3 Udspring fra bygning

Udspring fra bygning var en hyppig anvendt metode og resulterede som regel i fuldbyrdet selvmord. Især var det den foretrukne metode under indlæggelse på somatiske afdelinger. Stort set alle udspring skete fra vindue på sengestue eller trappeopgang på sygehuset.

Det anbefales, at der på sygehusene tages stilling til, hvilke vinduer i afdelinger, trappeopgange og tilbygninger, som bør kunne åbnes, og om de i givet fald bør kunne åbnes med eller uden personalets assistance. Særlig opmærksomhed bør der være i de konkrete situationer, hvor en patient er vurderet som selvmordstruet.

Patienten blev indlagt på medicinsk afdelingen grundet medicin overdosering i selvmords øjemed. To dage efter indlæggelsen vurderedes patienten ved stuegang som ikke værende selvmordstruet. Fast vagt fandtes herefter ikke nødvendig. Samme eftermiddag forlod patienten afdelingen. Sprang ud fra 2. sals vindue i trappeopgang på sygehuset. Patienten døde af kvæstelserne.

En ældre patient blev indlagt på medicinsk afdeling. Var forvirret og opkørt. Gik rastløs rundt på afdelingen. Patienten var hallucineret. Tog om natten overtøj på og vandrede rundt på gangen. Blev ledt ind på stuen. Patienten sagde, at hun ville gå i seng. Sprang senere på natten ud af vinduet på stuen. Hun døde af kvæstelserne.

En restriktiv politik med hensyn til åbentstående vinduer, eller mulighed for at patienter selv kan åbne vinduer, vil ikke alene have betydning for patienter med selvmordsrisiko, men også for senildemente, konfuse eller hallucinerede patienter. Blandt de rapporterede hændelser er fraseret fire, hvor det vurderes, at der ikke var tale om selvmord, fordi den ene patient i rapporten beskrives som konfus og de tre andre som hallucinerede. De fire patienter, som var indlagt på somatiske afdelinger, sprang ud fra vindue på sygehuset. Alle fire døde. Ovenfor er beskrevet en af hændelserne.

4.1.4 Skærende og stikkende genstande

Det anbefales, at der udarbejdes en politik for sanering af afdelingerne for skærende og stikkende genstande med særligt henblik på, hvilken procedure der skal iværksættes, når afdelingen har selvmordstruede patienter. Det gælder både faste installationer som f.eks. spejle og brugsgenstande.

Der er rapporteret seks tilfælde af selvmordsforsøg på psykiatriske afdelinger, hvor patienterne havde snittet eller stukket sig og fire tilfælde af selvmutilerende adfærd hos ungdomspsykiatriske patienter, hvor skærende genstande blev anvendt. Der er ikke i alle rapporter oplysninger om, hvilke genstande, der blev anvendt, men der er indrapporteret brug af saks, bordbestik, barberblad, barberskraber og nåle.

Patienten havde de seneste dage været tiltagende angst med indre kaos. Patienten kunne ikke kontrollere sig selv og havde skrigeture. Patienten blev ikke opfattet som selvmordstruet. Alligevel observeredes patienten tæt. Der aftaltes hvil på stuen ½ time. Her skar patienten sig i begge håndled med saks, således at pulsåren i venstre håndled var synlig. Havde forinden forsøgt at kvæle sig ved at trække plasticpose over hovedet. Selvmordsforsøget blev afbrudt, fordi patienten observeredes gennem en dør, som stod halvåben.

4.1.5 Kemiske midler

Det hører med til saneringen af afdelingerne med henblik på at reducere risiko for selvmord og selvmordsforsøg, at gennemgå opbevaringen af kemikalier specielt rengøringsmidler. De bør være låst inde, når de ikke er i brug.

En patient indtog uden varsel og uset skurepulver, som hun fandt i terapirummet. Kort efter indtog patienten toiletrensningemiddel, som hun tog fra rengøringsvogn på gangen.

4.2 Patienternes besiddelse af genstande som kan anvendes til selvmordshandling

4.2.1 Hængning

For at hænge sig skal personen dels have et redskab til at vikle om halsen, dels have et sted at fiksere dette redskab. Sidstnævnte er gennemgået ovenfor. Rapporterne peger på, at patienterne ved selvmord og selvmordsforsøg på afdelingen i de fleste tilfælde selv var indehaver af redskabet til at vikle om halsen. Som redskaber

nævnes livremme, bælte til morgenkåbe, ”stofbindebånd”, snørebånd, opladerledning til mobiltelefon og ledning til ghettoblaster. Livremme og morgenkåbebælter er hyppigst. Men også genstande i afdelingen benyttes. Gardinsnore og lampeledninger er eksempler. Det anbefales, at der udarbejdes retningslinier for gennemgang af selvmordstruede patienters ejendele for at minimere risikoen for let tilgængelige redskaber til at vikle om halsen. Gennemgangen må også omfatte patientens skab, taske etc. Endvidere anbefales det, at der ved gennemgang af afdelingen tages stilling til, om gardiner kan betjenes på anden vis end med gardinsnore og om løse elledninger kan afkortes.

Patienten havde mange gange truet med selvmord, men havde inden selvmordsforsøget over for personalet taget afstand fra både tanker og planer. Afdelingen havde en politik om, at der måtte bruges mobiltelefon uden kamera. Opladeren var fjernet fra patienten døgnet før selvmordsforsøget, men han havde en anden ledning i sit aflåste skab. Forsøgte selvmord ved at binde denne ledning om halsen men blev opdaget ved tilsyn af personalet.

4.2.2 Medicin

Medicinforgiftning var en hyppig anvendt metode ved selvmordsforsøg under indlæggelse og i ambulant regi. Enkelte selvmord i tilslutning til indlæggelse skyldtes medicinforgiftning. I de rapporterede hændelser opstod medicinforgiftning enten i forbindelse med, at patienten havde medbragt medicin på afdelingen ved indlæggelsen, fik fat i medicinen i forbindelse med hjemmebesøg, fik en medpatient til at medbringe medicin, eller patienten tog ikke den ordinerede medicin, men opbyggede i stedet et lager.

Patienten havde om morgenen på indlæggelsesdagen indtaget en overdosis medicin i selvmords øjemed. Blev set på somatisk skadestue, som sendte hende hjem. Blev indlagt om eftermiddagen på psykiatrisk afdeling. Vurderedes som selvmordstruet, og blev tæt observeret. Var næste morgen sløv, kastede op, havde lavt blodtryk. Patienten fortalte, at hun havde indtaget Panodil om aftenen. Blev overflyttet til akut modtageafdeling. Ved ransagning af patientens taske fandtes både antidepressiv, beroligende og smertestillende medicin. Sygehusets procedure er visitation af patienter på psykiatrisk skadestue ved indlæggelse. Det blev ikke udført.

Det anbefales at, der udarbejdes procedure for visitation af patienter, herunder for hvilke patienter der skal visiteres og hvornår. Proceduren bør også omfatte patienter, som har været på hjemmeside.

Under 14 dages indlægges på psykiatrisk afdeling, havde patienten snydt med sin medicin (uoplyst hvilken) ved ikke at indtage den. Indtog herefter medicinen på én gang. Måtte overflyttes til intensiv afdeling.

Ligeledes bør der være retningslinier for observation af patienters medicinindtagelse – hvem og hvornår. Særligt bør der observeres, når medicinen kan medføre alvorlig forgiftning og/eller patienten er selvmordstruet.

Afdelingen havde seponeret ”farlig medicin”, da patienten havde forsøgt selvmord ved medicinindtagelse. Patienten havde antidepressiv medicin liggende hjemme og tilegnede sig dette i forbindelse med hjemmebesøg. Blev ladet sovende i afdelingen frem til middag. Patienten fandtes da ikke kontaktbar. Patienten blev overflyttet til intensiv afdeling og var tæt ved at dø.

4.3 Samarbejde med pårørende

På baggrund af de hændelser, som er rapporteret, kan der peges på tre områder af betydning for at mindske selvmordsrisikoen i forbindelse med indlæggelse, udgang og udskrivelse:

- Samarbejde med pårørende om at kommunikere selvmordstrusler til personalet.
- Samarbejde med pårørende om at sanere hjemmet for selvmordsredskaber. Konkret kan nævnes skydevåben og medicin.
- Samarbejde med pårørende om observation af patient under hjemmebesøg.

Patienten blev indlagt på mistanke om middelsvær depression. Patienten blev vurderet til ikke at være selvmordstruet. Lægesamtale blev gennemført to timer før patienten på eget initiativ forlod afdelingen. Patienten havde ikke omtalt selvmordstanker. Personalet frarådede patienten at forlade afdelingen, men skønnede at hun ikke kunne tilbageholdes. Patienten gik op på en togperron og ind i et kørende tog. Hun fik brud på underbenet. Efterfølgende omtalte de pårørende, at de havde mistanke om selvmordstanker, som de ikke havde omtalt ved samtale på afdelingen.

Patienten blev indlagt og behandlet for depression. Der blev bl.a. afholdt par-samtaler og familiesamtaler. Efter et længere udslusningsforløb blev patienten udskrevet til hjemmet. Patienten blev opfattet som ikke selvmordstruet. Fem dage efter udskrivelsen skød patienten sig i hjemmet. Han havde våben i hjemmet, da han var medlem af en skydeklub.

Patienten blev indlagt for depression og efter indtagelse af overdosis sovemedicin. Han havde tidligere haft selvmordstanker. Han ønskede sig næste morgen udskrevet. Det blev aftalt, at patienten tog hjem for at overnatte og skulle så møde næste dag i afdelingen. Hustruen ville være sammen med patienten konstant. Efter han havde været på toiletbesøg fandt hustruen ham hængt.

I afdelingens efterfølgende kerneårsagsanalyse omtales det, at der ikke var klarhed over, hvad ”konstant opsyn” indebar for en pårørende, om ”konstant opsyn” ved pårørende under udgang skal anvendes som en procedure, og om der i givet fald skal udarbejdes retningslinier herfor.

4.4 Procedurer i afdelingerne

4.4.1 Risikovurdering af patienter

Risikovurdering af patienter er en vanskelig opgave. Det anbefales derfor, at der tages stilling til

- om der i afdelingerne bliver foretaget vurderinger i tilstrækkeligt omfang
- om der er fastlagt retningslinier for indholdet af en vurdering
- om der anvendes valide vurderingsmetoder
- om personalet er uddannet til at anvende dem og
- om afdelingerne analyserer eventuelle vurderingssvigt

Det er et gennemgående træk i rapporterne, at selvmordet eller selvmordsforsøget var uventet for personalet, og de er derfor optaget af, om de har forstået/vurderet patienten korrekt. Det er ligeledes et gennemgående træk i rapporterne, at patienterne ikke havde givet udtryk for selvmordstanker eller planer eller havde benægtet dette på forespørgsel. Det understreger behovet for en systematisk vurdering af patienterne, som både omfatter udspørgen og klinisk vurdering. Patienternes egne udsagn og personalets samt pårørendes mistanke om selvmordsimpulser anses for vigtige prädiktorer for selvmordshandlinger. Derimod kan patienternes seneste benægtelse af selvmordstanker ikke anvendes som en sikkerhed for, at en selvmordshandling ikke vil finde sted. En amerikansk undersøgelse af 76 selvmord under indlæggelse eller umiddelbart efter udskrivelse viste således, at 78 % benægtede selvmordstanker ved den sidste samtale herom inden selvmordet.

I flere af de kerneårsagsanalyser, som Sundhedsstyrelsen har modtaget, udpeges problemer med risikovurdering af patienten som en kerneårsag. Det drejer sig hovedsageligt om, at der ikke er foretaget en vurdering, at vurderingen ikke er standardiseret, eller at vurderingen ikke har vist, at patienten aktuelt var i en særlig risiko.

Patienten havde en bipolar sindslidelse og var aktuelt indlagt med en depression. Blev vurderet til at være i bedring og der var ikke mistanke om selvmordsplaner. Patienten fik udgang efter aftale. Patienten hængte sig under udgangen. Som medvirkende kerneårsag udpegede afdelingen, at der ikke anvendtes en ensartet systematik til vurdering af patienters depressionsgrad. I afdelingens opfølgende handlingsplan indgår indførelse af systematisk screening for patienters selvmordsrisiko ud fra en konkret vejledning, samt at personalet deltager i undervisning om screening af patienter for selvmordsrisiko.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2004 "Vurdering og visitation af selvmordstruede". I publikationen er der en række checklister, som kan anvendes til vurdering af selvmordsrisiko, herunder spørgsmål til patienter, som har forsøgt selvmord (og som følge heraf er i stor risiko for at gentage forsøget), spørgsmål til patienten om selvmordstanker, samt vurdering af tegn på akut selvmordsfare.

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark har i efteråret 2005 i samarbejde med Sundhedsstyrelsen foretaget en rundspørge til 50 kontaktpersoner på forebyggende sygehuse om kendskab til Sundhedsstyrelsens vejledning, udarbejdelse af lokale instrukser og samarbejdsaftaler med kommunerne. Rundspørgen vedrørte modtageafdelinger og skadestuer. Der indkom svar repræsenterende 65 afdelinger eller skadestuer. Den viser, at vejledningen ikke har nået hele målgruppen. Femog-tredive procent svarede, at de ikke havde modtaget vejledningen. Hos otte af de 41 afdelinger, der angav at have modtaget vejledningen, har den givet anledning til udarbejdelse af lokale instrukser. Hos 11 andre har den givet anledning til andre s

Som supplement til ovennævnte publikation fra Sundhedsstyrelsen har Netværk af forebyggende sygehuse udarbejdet en strategi for implementering af selvmordsforebyggelse på sygehuse. Publikationen "Selvmordsforebyggelse på sygehus – Strategi for implementering" forventes at udkomme i juli 2006.

Anvendelse af et værktøj til systematisk vurdering af selvmordstruede patienter er et skridt på vejen til at reducere selvmordshyppigheden under indlæggelse og i tilslutning til udgang og udskrivelse. Men opgaven er vanskelig, og nedenstående eksempel viser, at der ikke findes en bestemt metode, som sikrer, at alle selvmord og selvmordsforsøg undgås.

Patienten blev indlagt efter selvmordsforsøg, hvor han skar sig i håndleddet. Patienten havde en svær depression, men blev bedre under behandling. Afdelingens opfattelse blev bekræftet af psykolog, som patienten havde samtaler med. I forbindelse med udslusningsforløb havde patienten overnattet hjemme flere gange, og der var ligeledes udgang efter aftale, den dag patienten begik selvmord ved udspring fra bro. Inden den pågældende udgang var patienten vurderet af erfaren kontaktperson med godt kendskab til patienten. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vurdering af sådanne patienter blev anvendt. Vurderingen blev efterfølgende evalueret af speciallæge, som fandt, at vurderingen havde været af høj kvalitet.

4.4.2 Procedurer vedrørende udgang

Gennemgang af dødsattesterne for 2001 viser, at ni af 37 selvmord under indlæggelse foregik i forbindelse med aftalt udgang. Næsten halvdelen (12 af 26) af rapporterne til DPDB om selvmord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling viste, at selvmordet foregik i tilslutning til aftalt udgang. En del af disse selvmord skete ganske kort tid efter, patienten havde forladt afdelingen. Det rejser spørgsmålet, om der er klare procedurer for udgang, og især for hvilke overvejelser og observationer, der skal gøres, inden patienten forlader afdelingen. Nogle af afdelingernes kerneårsagsanalyser beskæftiger sig med dette.

Patienten blev indlagt på grund af en svær psykose med forpinthed. Patienten talte meget om døden, men omtalte ikke direkte impulser om selvmord. Patienten blev bedre under behandling med antipsykotisk medicin. Der blev aftalt orlov i hjemmet i afventning af en røntgenundersøgelse. Efter nogle dages orlov skød patienten sig.

Som kerneårsager nævner afdelingen bl.a., at kvalificeringen af personalet i vurdering af selvmordsrisiko ikke var tilstrækkelig specifik til at opfange tanker og planer om selvmord, samt at der ikke rutinemæssigt blev foretaget screening for selvmordsrisiko ved hjemsendelse af patienter.

4.4.3 Sikkerhed vedrørende bortgang

Undersøgelsen af selvmord på baggrund af dødsattesterne i 2001 viste, at 10 af 37 selvmord under indlæggelse på psykiatriske afdelinger foregik, efter patienterne havde forladt afdelingerne uden aftale. Seks af de 26 selvmord under indlæggelse på psykiatriske afdelinger rapporteret til DPSD foregik ligeledes, efter patienterne uden aftale havde forladt afdelingerne. Det er ikke muligt at vurdere hvor mange af disse, som var indlagt på henholdsvis åbne og lukkede afdelinger. Men tallene giver anledning til at foreslå afdelingerne at gennemgå sikkerhedsprocedurer vedrørende bortgang.

Patienten forlod afdelingen ved middagstid uden at give personalet besked herom. En medpatient gjorde personalet opmærksom på, at patienten var gået, og at den pågældende havde været væk længe. Personalet undersøgte patientens stue og fandt et afskedsbrev. Politi og ægtefælle blev kontaktet. Næste dag blev patienten fundet død med overskårne pulsårer.

4.4.4 Unormalt sovende patienter

Rapporterne om medicinforgiftninger i selvmordsøjemed tyder på, at afdelingerne bør overveje procedurer for, hvordan der skal reageres over for patienter, som sover påfaldende længe og/eller på usædvanlige tidspunkter. I flere tilfælde har personalet observeret sådanne patienter, men i øvrigt tøvet med at reagere.

Patienten havde aggressiv adfærd om morgenen. Hun fik beroligende medicin og gik derefter ind på sit værelse. Ved tilsyn kl. 9 bad patienten personalet om at lade hende være i fred. Ved tilsyn kl. 10 observeredes patienten sovende. Blev kaldt på til middag, men var dybt sovende. Kl. 13:30 forsøgtes patienten vækket, men var da bevidstløs. Ved ransagning af værelset fandtes afskedsbrev. Patienten blev flyttet til intensiv afdeling, hvor hun kort tid efter havde respirationsstop – men overlevede. Ved eftertænkning havde patienten om morgenen indtaget medicin, som ikke var ordineret.

4.4.5 Regler for rundering

Det var et fåtal af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse, som foregik om natten. Femten af de rapporterede selvmord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling fandt sted i dagarbejdstid, fire under aftenvagt og to om natten. Seks var uoplyste (bortgåede patienter eller patienter med udgang). Et af de rapporterede selvmord fra somatisk afdeling fandt sted om natten, de øvrige i dag eller aften-timerne. Af selvmordsforsøgene på psykiatrisk afdeling fandt 23 sted i dagarbejdstid, 20 i aftenvagt og syv i nattevagt.

Det foreslås alligevel, at afdelingerne gennemgår procedurer for rundering om natten. Det gælder især procedurer for rundering, når selvmordstruede eller vanskeligt vurderbare patienter er indlagt.

Ved indlæggelsen blev patienten vurderet som værende i en blandingstilstand; en agiteret depression eller en vred mani. Under indlæggelsen havde patienten dog ikke virket deprimeret eller givet udtryk for selvmordstanker. Patienten blev tilset af nattevagten kort efter midnat. Før vagtskiftet næste morgen fandt nattevagten patienten død. Hun havde hængt sig på stuen. I afdelingens kerneårsagsanalyse foreslås, at sovende patienterne skal tilses tre gange i løbet af natten, og at patienter, som ikke sover, tilses løbende.

5 anbefalinger

Indarbejd patientsikkerhed ved nybygning/indretning af afdelinger og sengestuer

Tilbagevendende systematisk gennemgang af eksisterende afdelinger med henblik på at reducere de fysiske muligheder for at begå selvmord. Tænk på:

- at bærende elementer ikke bør kunne bære en vægt på mere end 25 kg
- at rørføringer bør skjules
- at bruseslanger, gardinsnore, elledninger bør afkortes eller erstattes af andet
- at plastikposer bør fjernes
- at forekomst af skærende og stikkende genstande bør minimeres

Overvej hvilke vinduer i afdelinger, trappeopgange og tilbygninger, som nødvendigvis skal kunne åbnes og i givet fald hvor meget.

Udarbejd retningslinier for gennemgang af selvmordstruede patienters ejendele for redskaber, som kan anvendes som selvmordsredskab

Udarbejd procedure for visitation af patienter for besiddelse af medicin

Udarbejd retningslinier for samarbejde med pårørende under patienters indlæggelse, udgang og udskrivning

Udarbejd retningslinier for systematisk risikovurdering af patienter samt for uddannelse af personalet i brug af de valgte metoder

Vær opmærksom på risikovurdering ved patienters udgang

Gennemgå sikkerhedsprocedurer for at reducere hyppighed af patienters bortgang uden aftale

Udarbejd retningslinier for hvordan der skal reageres på unormalt sovende patienter samt regler for rundering

Udarbejd retningslinier for håndtering af proceduresvigt

Brug kerneårsagsanalyser eller andre analyser til at identificere kvalitets- og sikkerhedsproblemer

6 Litteratur

Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical Correlates of Inpatient Suicide. J Clin Psychiatry 2003;64:14-9.

Case: Suicidal Patient Attempts to Hang Herself in Bathroom. Commentary by Gibson J and Taylor DH. AHRQ Web M&M: Morbidity & Mortality Rounds on the WEB. June 2003: <http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=20>

Høyer, EH. Systematisk vurdering af selvmordsrisiko blandt patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Psykiatrien i Århus Amt og Center for Registerforskning, Aarhus Universitet.

Joint Commission. Inpatient Suicide: Recommendations for Prevention. 1998. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea7.htm>.

Joint Commission. Root Causes of Inpatient Suicides (1995-2004). 2006. http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/1A0D7C31-2BF2-4D6C-B415-B1C27E2075ED/0/se_rc_inpatient_suicides.jpg.

Mills PD et al. Actions and Implementation Strategies to Reduce Suicidal Events in the Veteran Health Administration. Jt Comm J Qual Saf 2006;32:130-41.

Selvmondsforebyggelse på sygehus – Strategi for implementering. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. I trykken.

Vurdering og visitation af selvmordstruede. Sundhedsstyrelsen. København 2004.