

# Forebyggelse af gentaget selvmordsforsøg

## Evaluering af behandlingseffekten

Overlæge Sigurd E. Benjaminsen,  
afdelingslæge Anna F. Knudsen,  
overlæge Rita L.T. Thomsen & overlæge Kim D. Balsløv

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling P

### Resume

**Introduktion:** Gentaget selvmordsforsøg forekommer hyppigt. Der mangler viden om, hvilke behandlingsmåder der er mest effektive.

**Materiale og metoder:** Studie 1: En kohorte af 200 patienter, konsekutivt indlagt på Psykiatrisk Afdeling efter selvmordsforsøg, blev undersøgt for sammenhæng mellem kvalitetsniveau af undersøgelse, behandling og visitation og gentaget selvmordsforsøg inden for et år. Studie 2: Tre kohorter af patienter, konsekutivt indlagte på Psykiatrisk Afdeling efter selvmordsforsøg, blev sammenlignet for gentaget selvmordsforsøg inden for et år. 2001-2002-kohorten på 173 patienter havde fået problemorienteret terapi og udleveret adgangskort til en psykiatrisk skadestue. 1994-1995-kontrolkohorten på 200 patienter havde modtaget kvalitetssikret standardbehandling. 1989-kontrolkohorten på 126 patienter havde kun fået standardbehandling. På samme måde blev der sammenlignet to kohorter af psykiatriske skadestuepatienter, der var henvist efter selvmordsforsøg: 116 patienter i 2001-2002 og 75 patienter i 1994-1995.

**Resultater:** Højere kvalitetsniveau af undersøgelse og behandling var signifikant relateret til ikke gentaget selvmordsforsøg inden for et år. Der var ingen sammenhæng mellem højere kvalitetsniveau af visitationen til efterbehandling og ikke gentaget selvmordsforsøg. Hyppigheden af gentaget selvmordsforsøg blev reduceret fra 30% til 24% efter indførelse af kvalitetssikring og problemorienteret terapi, men denne reduktion var ikke signifikant.

**Diskussion:** Det er stadig usikkert, hvilke behandlingsmåder der er mest effektive ved behandling af patienter med selvmordsforsøg.

Over en fjerdedel af de patienter, der blev indlagt efter et selvmordsforsøg, foretog inden for et år et nyt selvmordsforsøg, og for et par procent resulterede det i selvmord [1, 2]. Ti år efter et selvmordsforsøg havde ca. en tiendedel begået selvmord [3, 4]. Der findes endnu ikke en behandling med veldokumenteret effekt på recidivhyppigheden af selvmordsforsøg [5]. Mest lovende har problemorienterede terapiformer og udlevering af adgangskort til akut psykiatrisk behandling været, idet fem og to randomiserede studier af henholdsvis problemorienterede terapiformer og udlevering af adgangskort til akut psykiatrisk service alle viste en tendens i samme retning af lavere recidivhyppighed af selvmordsforsøg i den eksperimentelle gruppe [5]. I en metaanalyse af disse studier var der imidlertid

ikke statistisk signifikante forskelle mellem disse behandlingsformer og standardbehandling for reduktion af recidivhyppighed [5]. I det danske sundhedsvæsen har kvalitetssikring og kvalitetsudvikling været centrale temaer i de seneste år [6]. Nærværende studie begyndte som et kvalitetsudviklingsprojekt i 1994. Projektet blev videreudviklet til en undersøgelse af behandlingseffekt på recidiv af selvmordsforsøg. I 2001-2003 indgik det som modelprojekt i Den nationale handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord [7].

Nærværende undersøgelse giver en systematisk beskrivelse af patienter med selvmordsforsøg, hvad angår sociale forhold, psykiske lidelser og den suicidale adfærd. Hovedformålet med studiet var at belyse følgende spørgsmål: Er der sammenhæng mellem kvaliteten af undersøgelse, behandling og visitation af patienter med selvmordsforsøg og recidivhyppigheden af selvmordsforsøg? Kan problemorienteret terapi og udlevering af adgangskort til psykiatrisk skadestue reducere recidivhyppigheden af selvmordsforsøg?

### Materiale og metoder

#### Studie 1

I perioden fra den 1. december 1994 til den 31. december 1995 blev patienter, der konsekutivt blev indlagt på Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitetshospital, inkluderet i undersøgelsen efter følgende kriterier: 1) selvmordsforsøg umiddelbart før indlæggelsen. Der blev anvendt WHO's definition af selvmordsforsøg [7]. Hvis patienten blev indlagt på en somatisk afdeling til behandling af forgiftning eller skader efter selvmordsforsøget, blev patienten inkluderet ved overflytningen til Psykiatrisk Afdeling, 2) alder 15 år og derover, 3) bopæl i Fyns Amt og 4) dansk statsborgerskab eller permanent opholdstilladelse.

Alle patienter gennemgik et undersøgelsesprogram med et afkrydsningsskema, der blev udfyldt af sygeplejepersonale og læger. Efter udskrivelsen stillede to speciallæger i psykiatri diagnoser efter ICD-10, og på grundlag af patientjournalen foretog de en evaluering af kvaliteten af undersøgelse, behandling og visitation efter en konstrueret vurderingsskala. Interobserverreliabiliteten [8] for kvalitetsvurderingen blev beregnet på grundlag af de to speciallægers uafhængige vurderinger af samme patientjournaler. Der blev oprettet en klinisk database.

Gentaget selvmordsforsøg i en opfølgingsperiode på et år blev fundet ved samkørsel mellem den kliniske database og Registret for selvmord og selvmordsforsøg i Fyns Amt. Studie 1 er et kohortestudie, hvor patienterne var blevet udsat for forskelligt kvalitetsniveau af undersøgelse, behandling og visitation, når de indgik i kohorten. Patienter med gentaget selvmordsforsøg inden for et år blev sammenlignet med kohor-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Sammenligning mellem tre kohorter af indlagte patienter med selvmordsforsøg for sociodemografiske data og psykiatriske diagnoser (ICD-10)<sup>a</sup>.

	Kohorter						Statistisk signifikans
	1989 (n=126)		1994-1995 (n=200)		2001-2002 (n=173)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sociodemografiske data</b>							
Køn, mand	46	37	80	40	86	50	p=0,049
<i>Alder</i>							
15-29 år	34	27	47	24	54	31	ns
30-49 år	55	44	118	59	83	48	p=0,015
50-69 år	28	22	27	14	30	17	ns
70 år eller derover	9	7	8	4	6	3	ns
Civilstand, enlig	-	-	133	67	127	73	ns
<i>Erhvervsuddannelse</i>							
Ufaglært	-	-	121	61	100	58	ns
Faglært	-	-	60	30	62	36	ns
Mellem eller akademisk	-	-	19	10	11	6	ns
<i>Indkomstforhold</i>							
Løn, selverhverv	-	-	38	19	31	18	ns
Overførselsindkomst	-	-	150	75	132	76	ns
Anden	-	-	12	6	10	6	ns
<b>Psykiatriske diagnoser</b>							
<i>Psykisk lidelse</i>							
Organisk (F0)	1	1	3	2	7	4	ns
Skizofreni, paranoid psykose (F2)	14	11	30	15	33	19	ns
Affektiv (F3)	18	14	28	14	18	10	ns
Nervøs (F4) <sup>b</sup>	7	6	11	6	20	12	p=0,053
Anden (F5, F7)	2	2	6	3	9	5	ns
Mindst en psykisk lidelse	42	33	78	39	87	50	p=0,009
<i>Misbrug af psykoaktivt stof (F1)</i>							
Alkohol (F10)	49	39	94	47	84	49	ns
Andet psykoaktivt stof (F11-19) <sup>c</sup>	38	30	63	32	54	31	ns
Mindst en misbrugsdiagnose	55	44	116	58	105	61	p=0,008
Personlighedsforstyrrelse (F6)	45	36	76	38	92	53	p=0,002

ns=nonsignifikant.

a) 1989-kohorten blev primært diagnosticeret efter ICD-8 og konverteret til ICD-10.

b) Omfatter ikke F43 (reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion).

c) Omfatter ikke F17 (tobaksmisbrug).

tens øvrige patienter for forskelle i kvalitetsniveau af undersøgelse, behandling og visitation.

## Studie 2

I dette studie sammenlignedes tre tidsforskudte kohorter af patienter indlagte efter selvmordsforsøg på Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitetshospital. De tre kohorter blev eksponeret for forskellig undersøgelse og behandling, når de indgik i kohorten, og de blev fulgt i et år med henblik på registrering af selvmord og selvmordsforsøg. De tre kohorter blev sammenlignet for forskelle i recidivhyppighed af selvmordsforsøg inden for et år (kvasiekperimentelt studiedesign). På tilsvarende måde blev der sammenlignet mellem to tidsforskudte kohorter af psykiatriske skadestuepatienter med selvmordsforsøg. Inklusionskriterierne for de tre kohorter var de samme som ovenfor anført i studie 1.

*Tre kohorter af indlagte på psykiatrisk afdeling*  
2001-2002-kohorten (den eksperimentelle gruppe) blev ind-

samlet i perioden fra den 1. september 2001 til den 31. august 2002 og omfattede 173 patienter, konsekutivt indlagt på Psykiatrisk Afdeling efter selvmordsforsøg. Der blev gennemført kvalitets sikret undersøgelse og problemorienteret behandling samt udleveret adgangskort til psykiatrisk skadestue. Ved indlæggelsen blev der udført et undersøgelsesprogram med et afkrydsningsskema. Den problemorienterede behandling omfattede 12 punkter, der skulle afkrydses, hver gang der blev foretaget en behandlingsintervention. Programmet indeholdt også en manual for læger og plejepersonale.

1994-1995-kohorten (kontrolgruppe) var kohorten fra studie 1. Den omfattede 200 konsekutivt indlagte patienter, som fik gennemført kvalitetssikret undersøgelse og standardbehandling.

1989-kohorten (kontrolgruppe) blev indsamlet i perioden fra den 15. februar 1989 til den 15. oktober 1989 [9]. Den omfattede 126 patienter, konsekutivt indlagte på den psykiatriske afdeling efter selvmordsforsøg. Denne kohorte modtog alene rutineundersøgelse og standardbehandling.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 2.** Sammenligning mellem tre kohorter af indlagte patienter med selvmordsforsøg for den suicidale adfærd.

	Kohorter						Statistisk signifikans
	1989 (n=126)		1994-1995 (n=200)		2001-2002 (n=173)		
	n	%	n	%	n	%	
Tidligere selvmordsforsøg, mindst en gang	65	52	137	69	119	69	p=0,003
1-3 gange	-	-	96	48	78	45	ns
4 eller flere gange	-	-	41	21	41	24	ns
<i>Metode</i>							
Forgiftning	93	82	154	77	110	64	p=0,013
Snit eller stik	9	7	25	18	51	29	p=0,000
Anden	21	17	19	11	18	10	ns
<i>Intentionsgrad (Pierces skala)</i>							
Lille (0-8 point)	-	-	103	52	97	56	p=0,037
Moderat (9-14 point)	-	-	73	37	44	25	
Stor (15 point og derover)	-	-	24	12	32	18	
Risiko for dødelig udgang uden behandling	47	37	45	23	36	21	p=0,002
<i>Psykosociale belastninger</i>							
Dødsfald/alvorlig sygdom i familie	-	-	41	21	32	18	p=0,018
Ophør af parforhold	-	-	52	26	52	30	
Alvorlige konflikter med nærtstående	-	-	90	45	89	51	
Store økonomiske problemer	-	-	32	16	49	28	
Arbejdsrelaterede problemer	-	-	27	14	44	25	
Flytning	-	-	16	8	30	17	
Problemer med retsvæsen	-	-	11	6	25	14	
Anden	-	-	32	16	27	16	
Mindst en belastning	-	-	166	83	158	91	
<i>Motiver/intentioner</i>							
Flugt fra uudholdelig tilstand eller situation	-	-	113	57	-	-	ns
Følelse af håbløshed eller ensomhed	-	-	118	59	-	-	
Dødsønske	-	-	95	48	-	-	
Appel om hjælp eller manipulation	-	-	80	40	-	-	
Frustration eller aggressivitet	-	-	68	34	-	-	
Følelse af skyld, skam eller lavt selvværd	-	-	77	38	-	-	
Impulsiv handling	-	-	139	70	119	69	
Påvirkethed, ethvert psykoaktivt stof	-	-	-	-	98	57	
Alkohol	-	-	79	40	81	47	
Andet psykoaktivt stof	-	-	-	-	34	20	

ns=nonsignifikant.

### To kohorter af psykiatriske skadestuepatienter

En kohorte på 116 konsekutive, psykiatriske skadestuepatienter (den eksperimentelle gruppe) fik i undersøgelsesperioden i 2001-2002 tilbudt det samme undersøgelsesprogram og behandling som kohorten af indlagte, dvs. kvalitetssikret undersøgelse, problemorienteret behandling og udlevering af grønt adgangskort til den psykiatriske skadestue. En kontrolkohorte på 75 konsekutive, psykiatriske skadestuepatienter fra 1994-1995 modtog rutineundersøgelse og standardbehandling.

Patienter med selvmordsforsøg kunne henvises til Center for forebyggelse af selvmordsadfærd, og recidivhyppigheden af gentaget selvmordsforsøg efter et år blev registreret i 2001-2002 for patienter, der var behandlet på dette center. Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet.

### Statistik

Der blev anvendt bivariate analyser med  $\chi^2$ -test og ved stratificerede analyser Mantel-Haenszel-test med et signifikansniveau på 5%

### Resultater

#### Karakteristik af kohorterne

Der var bortfald på grund af manglende registrering og bortensurering af de patienter, der var afgået ved døden på anden måde end ved selvmord i opfølgingsperioden. Bortfaldet i 2001-2002 var på seks patienter blandt de indlagte og tre blandt psykiatriske skadestuepatienter. Det tilsvarende bortfald var i 1994-1995 på henholdsvis syv og tre patienter.

I 2001-2002-kohorten af 173 indlagte patienter med selvmordsforsøg havde 50% en psykisk lidelse, 61% misbrug og 53% personlighedsforstyrrelse. De tilsvarende procentandele for 2001-2002-kohorten af 116 psykiatriske skadestuepatienter med selvmordsforsøg var henholdsvis 32%, 53% og 52%. I undersøgelsesperioden i 2001-2002 blev der indlagt 122 patienter på somatisk skadestue og afdelinger. Disse kom ikke i kontakt med den psykiatriske afdeling efter deres selvmordsforsøg, bortset fra eventuel psykiatrisk tilsyn. Psykiatrisk patientjournal fra tidligere indlæggelser forelå for 68 af de 122 patienter, og for yderligere 26 patienter var der oplysninger

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 3.** Kvalitetsniveau af undersøgelse, behandling og visitation, fordelt på patienter med henholdsvis gentaget og ikkegentaget selvmordsforsøg i en opfølgingsperiode på et år (1994-1995-kohorten).

Kvalitetsvurdering af	Interobservatør-reliabilitet, ICC <sup>a</sup>	Gentaget selvmordsforsøg				Statistisk signifikans
		ja (n=56)		nej (n=144)		
		n	%	n	%	
Selvmordsforsøgets intentionsgrad . . . . .	0,47					
God . . . . .		31	55	107	74	p=0,005
Mindste acceptable . . . . .		15	27	30	21	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		10	18	7	5	
Disponerende faktorer til forsøget . . . . .	0,55					
God . . . . .		31	55	94	65	ns
Mindste acceptable . . . . .		16	29	31	22	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		9	16	19	13	
Belastninger og udløsende faktorer . . . . .	0,34					
God . . . . .		37	66	122	85	p=0,004
Mindste acceptable . . . . .		14	25	20	14	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		5	9	2	1	
Motiver/intentioner til forsøget . . . . .	0,64					
God . . . . .		34	61	104	72	ns
Mindste acceptable . . . . .		18	32	35	24	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		4	7	5	3	
Behandlingen og plejen som helhed . . . . .	0,57					
God . . . . .		29	52	103	72	p=0,027
Mindste acceptable . . . . .		22	39	35	24	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		5	9	6	4	
Visitation til efterbehandling . . . . .	0,83					
God . . . . .		41	73	106	74	ns
Mindste acceptable . . . . .		11	20	28	19	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		4	7	10	7	
		(n=49)		(n=114)		
		n	%	n	%	
Behandling af grundlidelsen . . . . .	0,77					
God . . . . .		26	53	81	71	p=0,031
Mindste acceptable . . . . .		19	39	22	19	
Tvivlsom/dårlig . . . . .		4	8	11	10	

a) ICC = *intraclass correlation coefficient* [8]. Fortolkning af ICC: <0,21 ringe, 0,21-0,40 mindre god, 0,41-0,60 moderat, 0,61-0,80 god og 0,81-1,00 meget god interobservatørreliabilitet.

fra psykiatriske tilsyn. Sammenlignet med studiegruppen fra 2001-2002 var der signifikant flere kvinder (69%) og flere med misbrug (79%) i gruppen af ikkedeltagere, men der var ikke signifikante forskelle vedrørende sociale forhold og psykiske lidelser.

**Tabel 1** og **Tabel 2** viser, at der var signifikante forskelle mellem 2001-2002-kohorten og de to kontrollkohorter for køn og alder for forekomst af psykisk lidelse, misbrug og personlighedsforstyrrelse samt for tidligere selvmordsforsøg og selvmordsforsøgsmetode. Mest belastet var 2001-2002-kohorten. Blandt personlighedsforstyrrelser var der stor overvægt af kategori B-typer (dvs. *borderline*, emotionelt ustabile, impulsive, histrioniske og dyssociale), som forekom hos 29% i 1994-1995-kohorten og hos 36% i 2001-2002-kohorten. Andelen med skizofreni eller anden psykose var øget fra 11% i 1989, over 15% i 1994-1995 til 19% i 2001-2002, men stigningen var ikke statistisk signifikant.

Det fremgår af Tabel 2, at ca. to tredjedele af patienterne tidligere havde forsøgt selvmord, og at over halvdelen kun

havde en lille intention om at dø. De fleste patienter angav flere intentioner med selvmordsforsøget. De hyppigst forekommende intentioner var at blive fri for håbløshedfølelse eller ensomhed (59%) eller flugt fra en uudholdelig psykisk tilstand eller utålelig situation (57%). Kategorien »appel om hjælp eller manipulation« fandtes hos 40%, men appel om hjælp (»råb om hjælp«) som intention blev kun angivet af 25% af patienterne. Ca. 90% havde mindst en psykosocial belastning i tiden før selvmordsforsøget. På Pierces intentionsskala angav ca. to tredjedele af patienterne, at selvmordsforsøget var sket som »en pludselig indskydelse«. Ca. halvdelen var påvirkede af alkohol eller andet, da de foretog selvmordsforsøget.

### Studie 1

Kvalitetsniveauet blev vurderet på en 4-punktsskala, men da der kun var relativt få patienter med de to laveste kvalitetsniveauer blev disse sammenlagt til tvivlsom/dårlig. Interobservatørreliabiliteten ved kvalitetsvurderingen var lav for flere

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 4.** Recidivhyppighed af selvmordsforsøg i en etårsopfølgingsperiode i tre kohorter, behandlet for selvmordsadfærd med forskellige metoder.

	Kohorter					
	1989 (n=126)		1994-1995 (n=200)		2001-2002 (n=173)	
<b>Indlagte på psykiatrisk afdeling, etårsopfølgning</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Selv mord	3	2	3	2	3	2
Selv mordsforsøg	35	28	53	27	38	22
I alt, gentagen selvmordshandling	38	30	56	28	41	24 <sup>a</sup>
Undersøgelse	Standard		Kvalitetssikret		Kvalitetssikret	
Behandling af selvmordsadfærd	Standard		Standard		Problemorienteret	
			<b>(n=75)</b>		<b>(n=116)</b>	
<b>Hjemsendte fra psykiatrisk skadestue, etårsopfølgning</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Selv mord	-	-	3	4	1	1
Selv mordsforsøg	-	-	21	28	27	23
I alt, gentagen selvmordshandling	-	-	24	32	28	24 <sup>a</sup>
Undersøgelse	-		Standard		Kvalitetssikret	
Behandling af selvmordsadfærd	-		-		Problemorienteret	
					<b>(n=64)</b>	
<b>Behandlede i Forebyggelsescentret, etårsopfølgning</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Selv mord	-	-	-	-	0	0
Selv mordsforsøg	-	-	-	-	4	6
I alt, gentagen selvmordshandling	-	-	-	-	4	6
Undersøgelse	-		-		Kvalitetssikret	
Behandling af selvmordsadfærd	-		-		Problemorienteret	

a) Ikkestatistisk signifikant fald i recidivhyppighed.

faktorer. I **Tabel 3** er der kun medtaget de faktorer, hvor reliabilitetskoefficienten (ICC) var over 0,30.

Det ses af Tabel 3, at kvalitetsniveauet af undersøgelse og behandling var signifikant højere for de patienter, som ikke foretog et selvmordsforsøg i opfølgingsperioden, end for de patienter, som gentog et selvmordsforsøg. Derimod var der ingen sammenhæng mellem kvalitetsniveau af visitation til efterbehandling og gentaget selvmordsforsøg.

## Studie 2

**Tabel 4** viser, at recidivhyppigheden af gentaget selvmordshandling faldt fra 30% til 24% blandt de indlagte på den psykiatriske afdeling og fra 32% til 24% blandt psykiatrisk skadestuepatienter, hvilket svarer til en reduktion af recidivhyppigheden på henholdsvis 20% og 25%. Denne reduktion af recidivhyppigheden var ikke statistisk signifikant. Ved stratificeret analyse af materialet, hvor indlagte og psykiatrisk skadestuepatienter hver udgjorde et stratum, var odds-ratio (OR) (konfidensinterval (KI) 95%) = 1,42 (0,93-2,18). Der var således heller ikke et statistisk signifikant fald i recidivhyppigheden blandt de poolede patienter (p=0,106).

Det var ikke alle 12 punkter i den problemorienterede behandling, der blev brugt i det enkelte tilfælde. Fordelingen af gennemførte behandlingsskridt på de to grupper af gentagere og ikkegentagere af selvmordsforsøg viste en statistisk signifikant sammenhæng mellem ikke gentaget selvmordsforsøg og følgende behandlingsskridt: »at vinde tid« (p=0,052), »at indgå verbal antisuicidal kontrakt« (p=0,010), »at afvise

suicidal adfærd og styrke kommunikationen om aktuelle problemer« (p=0,015), »at modvirke håbløshedsfølelse« (p=0,014) og »at give psykisk støtte« (p=0,052). For yderligere to behandlingsskridt var der en tendens til korrelation med ikke gentaget selvmordsforsøg: »at bearbejde problemløsninger« (p=0,127) og »at reducere psykisk forpindethed« (p=0,149). Ikke alle patienter fik udleveret et adgangskort til psykiatrisk skadestue, men procentandelen med udleveret adgangskort var næsten den samme i de to grupper af henholdsvis gentagere (70%) og ikkegentagere (77%) af selvmordsforsøg.

Patienter, der var behandlet i Forebyggelsescentret, havde en recidivhyppighed af selvmordsforsøg på kun 6%, men sammenlignet med de øvrige patienter var der i denne gruppe signifikant færre med psykisk lidelse (28% mod 50%, p=0,000) og misbrug (22% mod 61%, p=0,000).

## Diskussion

Det er i overensstemmelse med resultater fra flere andre studier, at der blandt patienter med selvmordsforsøg var overvægt af de yngre aldersklasser og af enlige, og at der var henholdsvis mange med ingen eller kort uddannelse og uden erhvervsarbejde [1, 2, 10, 11]. Det er ligeledes i tråd med fund fra andre studier, at der var en høj forekomst af psykiske lidelser, misbrug og personlighedsforstyrrelser [1, 2, 11, 12]. Det er også fundet i andre undersøgelser, at den hyppigst forekommende selvmordsforsøgsmetode var medicinforgiftning, og den næsthypigste var snit og stik, samt at over halvdelen tid-

ligere havde foretaget et selvmordsforsøg, og at ca. en femtedel havde foretaget fire eller flere forsøg [13]. Endelig har man også i flere andre studier rapporteret om høj forekomst af psykosociale belastninger før et selvmordsforsøg [1, 14].

Motiver og intentionen med et selvmordsforsøg er beskrevet i kvalitative studier, men er sparsomt undersøgt i systematiske, kliniske studier [15, 16]. Der har været to hovedantagelser om intentionen med et selvmordsforsøg. Den ene ser selvmordsforsøget som en kommunikationsform, f.eks. »et råb om hjælp«, og den anden opfatter selvmordsforsøget som en flugt fra pinagtige tanker og følelser, dvs. at selvmordshandlingen ses som et forsøg på at blive »fri for bevidsthed« [16-18]. Nærværende studie tyder på, at begge intentioner hyppigt forekommer, men at flugt er den hyppigste. Selvmordsforsøget skete oftest som en impulsiv handling og ofte i påvirket tilstand. Impulsivitet og påvirkethed af alkohol eller andet stof spiller antagelig en væsentlig rolle i mange tilfælde af selvmordsforsøg [16, 19].

Der var korrelation mellem højere kvalitetsniveau af undersøgelse og behandling og ikke gentaget selvmordsforsøg, men denne korrelation er ikke nødvendigvis en årsags-sammenhæng. Der kan være konkurrerende årsager. For eksempel er misbrug og personlighedsforstyrrelse risikofaktorer for gentagelse af selvmordsforsøg [1]. Kvalitetsniveauet var imidlertid ikke relateret til diagnosekategorierne.

Der var ikke sammenhæng mellem kvalitet af visitation til efterbehandling og gentaget selvmordsforsøg. I flere studier er det vist, at et stort antal af patienter med selvmordsforsøg ikke har benyttet et efterbehandlingstilbud [20]. Det kan også have været tilfældet i nærværende studie. Dette problem kan pege på behovet for bedre behandlingsskæder for patienter med selvmordsforsøg.

I det kvasiexperimentelle kohortestudie var faldet i recidivhyppigheden af selvmordsforsøg ikke statistisk signifikant. Validiteten af resultatet afhænger af, hvorvidt de tre kohorter lignede hinanden. Sammenlignet med kontrolkohorterne var der i 2001-2002-kohorten forholdsvis flere patienter med psykiske lidelser, misbrug og personlighedsforstyrrelser samt større andel med tidligere selvmordsforsøg. Dette tyder på, at patienterne i 2001-2002-kohorten var i højere risiko for gentaget selvmordsforsøg end patienterne i kontrolkohorterne [1, 2]. Forskellene mellem kohorterne vil således tendere mod en stigende recidivhyppighed, men resultatet viste et fald på 20-25%.

Recidivhyppigheden af selvmordsforsøg blandt patienterne i Forebyggelsescentret var kun på 6% i 2001-2002 mod 24% blandt de øvrige patienter. Efter henvisningsreglerne skulle der kun henvises patienter uden andet behandlingstilbud, og denne selektion medførte en mindre andel med psykiske lidelser og misbrug i Forebyggelsescentret. Da der således var tale om *confounding by indication*, kunne der ikke sammenlignes med de øvrige kohorter.

Det er stadig usikkert, hvilken behandlingsmetode der er

mest effektiv til at forebygge gentaget selvmordsforsøg [5].

Der er behov for store, randomiserede undersøgelser, hvor rutinebehandling sammenlignes med nye behandlingsmetoder.

Korrespondance: *Sigurd E. Benjaminsen*, Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: sib@dadlnet.dk

Antaget: 16. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Cand.scient. *Lise Hansen* og overlæge *Kurt Bjerregaard Stage* takkes for hjælp ved den statistiske bearbejdelse af data. Projektet er støttet fra Udviklingsafdelingen, Fyns Amt, og fra Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

#### Litteratur

- Nielsen B. Prædiktorer for gentagen suicidal adfærd [ph.d.-afhandl]. Odense: Eget forlag, 1994.
- Stenager EN. Attempted suicide treatment and outcome [ph.d.-afhandl]. Odense: Odense University Press, 1996.
- 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. *BMJ* 1993;306:1637-41.
- Nielsen B, Petersen P, Rask PH et al. Selvmord og andre dødsårsager hos patienter indlagt efter selvmordsforsøg. *Ugeskr Læger* 1995;157:2149-53.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Library Document*. Chichester: Wiley, 2005.
- Mainz J, Hammershøj EM, Worming AM et al. Kvalitetsvurdering, kvalitets-sikring og kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 1992;154: 1151-6.
- Nordentoft M, Laigaard A, Koch I et al. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
- Bartko JJ, Carpenter WT. On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis* 1976; 163:307-17.
- Stenager EN, Christensen LL, Jepsen IM et al. Selvmordsforsøg og depression. *Ugeskr Læger* 1991;153:836-9.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. Attempted suicides in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempts during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327-38.
- Welcher B, Rubin P, Nordentoft M. Admission of self-poisoned patients during one year at the Poisoning Treatment centre, Copenhagen, Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1993;suppl 371:38-44.
- Suominen K, Henriksson M, Suokas J et al. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:234-40.
- Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U et al. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO multicenter study on parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:156-63.
- Bancroft JHJ, Skrimshire AM, Casson J et al. People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts with helping agencies. *Psychol Med* 1977; 1977;7:289-303.
- Bancroft JHJ, Hawton K, Simkin S et al. The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry. *Br J Med Psychol* 1979;52:353-65.
- Williams JMG, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. I: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley, 2000:79-93.
- Fleischer E. Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøg som talehandling [ph.d.-afhandl]. Odense: Odense Universitetsforlag, 2000.
- Shneidman E. Definition of suicide. Northvale, New Jersey: Aronson, 1994.
- Hufford MR. Alcohol and suicidal behaviour. *Clin Psychol Rev* 2001;21:797-811.
- Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W et al. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995;25:963-70.