



# **SELVMORD & SELVMORDSFORSØG I PSYKIATRIEN**

# INDHOLD

## **INDLEDNING**

Selv mord og selvmordsforsøg i psykiatrien	3
Om data generelt	3
Om sagsbehandling generelt	4
Uddrag	4

## **ANMELDTE SELVMORD OG SELVMORDSFORSØG**

Anmeldte sager	5
Fordelingen af anmeldelser på behandlingssteder	5
Køns- og aldersfordeling	5

## **ANERKENDTE SELVMORD OG SELVMORDSFORSØG**

Anerkendte sager	7
Anerkendelsesprocenten	7
Selvmordsmetoder	7
Mængden ved mislykkede selvmordsforsøg	8

## **MØNSTRE OG KARAKTERISTIKA**

Eksempler på anerkendte sager	9
Svigtet	9
Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn	10
Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn og ikke relevant behandling	10
Ikke relevant behandling	11
Eksempler på afviste sager	12
Ingen hjemmel for tvangsindlæggelse og tvangsbehandling	12

## **ANTALLET AF SAGER I NORDEN**

Om antallet af sager – på landsplan og i Norden	15
Ingen pårørende og manglende viden	15
Tal i Norden	15

## **BILAG**

Anmeldelser og afgørelser – fordelt på regionerne	18
---	----

# SELMORD OG SELMORDSFORSØG I PSYKIATRIEN

58 patienter og efterladte har i perioden 1996-2017 fået erstattet følgerne efter et selvmord eller et selvmordsforsøg i psykiatrien.

Efter klage- og erstatningsloven kan Patienterstatningen tildele erstatninger til patienter eller de efterladte, hvis en patient er blevet skadet ved behandling i sundhedsvæsenet. Loven omfatter også patienter, der er i behandling i psykiatrien. Derfor kan der være tale om en skade, hvis en patient begår selvmord eller forsøger at begå selvmord, imens vedkommende er i behandling for sin psykiske sygdom.

Når en sag bliver anmeldt til Patienterstatningen, bliver behandlingsforløbet for en patient vurderet fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet, til sagen er endt hos os. Vi indhenter journalmateriale fra de læger og hospitalsafdelinger, der har været involveret i behandlingsforløbet, og vurderer, om, og i givet fald hvornår, en skade er sket.

Ved diagnosticering af en psykisk syg patient er det væsentligt at vurdere, om der er risiko for selvmord. Er det tilfældet, skal der træffes de nødvendige foranstaltninger i form af fx indlæggelse på en lukket afdeling, overvågning og medicinering. I forbindelse med de sager, der bliver anmeldt til Patienterstatningen, ser vi derfor på, om diagnosticeringen, behandlingen og overvågningen af patienten har været optimal i forhold til, hvad den erfarne specialist på området ville have gjort.

Når et selvmord eller et selvmordsforsøg i psykiatrien bliver anmeldt til Patienterstatningen, undersøger vi, om behandlingen og/eller sikkerhedsforanstaltningerne på den psykiatriske afdeling har fulgt de gældende retningslinjer, og hvis det ikke er tilfældet, om det er dette, der har gjort selvmordet eller selvmordsforsøget muligt. Er svaret ja, kan selvmordet eller selvmordsforsøget betragtes som en skade, der kan udløse erstatning.

Hos nogle patienter er der tale om åbenlys selvmordsfare. Andre evner at skjule deres selvmordsønsker, mens andre igen taler om det, men ikke har handlegkraft til at udføre selvmordet. Så er der dem, der bliver grebet af pludselige, voldsomme selvmordsimpulser, der kan være umulige at forudsige. En del patienter veksler mellem de forskellige stadier, og bl.a. derfor sker der selvmord i psykiatrien, der ikke kunne være forhindret uanset medicinering og sikkerhedsforanstaltninger, og disse sager kan Patienterstatningen efter loven ikke anerkende som erstatningsberettigende skader.

## **OM DATA GENERELT**

Data er hentet og bearbejdet med det formål at give et indblik i området baseret på data fra Patienterstatningens database over skadeanmeldelser.

Hvis data skal bruges i videnskabelige eller skadeforebyggende sammenhænge, kræver det en tættere vurdering af data og det relaterede journalmateriale. Patienterstatningen stiller gerne materialet til rådighed for forskere og andre, der arbejder professionelt med området.

## OM SAGSBEHANDLING GENERELT

Patienterstatningens sagsbehandling af en sag kan strække sig over flere år, tidligere afsluttede sager kan genoptages, og ankede afgørelser kan ændres af Ankenævnet for Patienterstatningen eller ved domstolene. Derudover opdaterer og kvalitetssikrer vi løbende oplysningerne i vores database, og derfor kan oplysningerne i denne rapport adskille sig fra tidligere og kommende udgivelser.

Efter at en sag er blevet anerkendt, beregnes erstatningen. En del af erstatningen kan blive udbetalt sammen med anerkendelsen, men ofte afventer den sidste del af erstatningen, at patienten sender forskellige former for dokumentation, eller at patientens helbredstilstand stabiliseres, så skadens varige omfang kan vurderes. Anmeldelse, anerkendelse og erstatningsudbetalingen kan altså ske inden for samme kalenderår, men oftest vil anerkendelsen og udbetalingen fordele sig over et eller flere af de efterfølgende år.

## UDDRAG

- I perioden 1996-2017 har 179 pårørende eller patienter anmeldt et selvmord eller selvmordsforsøg i psykiatrien til Patienterstatningen.
- **58 patienter eller efterladte har fået erstatning** for et selvmord eller selvmordsforsøg. I 37 tilfælde lykkedes det patienten at gennemføre selvmordet.
- Anerkendelsesprocenten for anmeldte selvmord/selvmordsforsøg er 32,4 pct., hvilket er væsentligt højere end den generelle anerkendelsesprocent på det psykiatriske område i Danmark.
- Der er en overvægt af mænd, når man ser på det samlede antal anmeldte sager. Af de 179 sager har 106 mænd og 73 kvinder begået eller forsøgt at begå selvmord. Kønsfordelingen udjævner sig i de anerkendte sager: **29 kvinder og 29 mænd har fået anerkendt deres sager.**
- Der er tildelt **35,3 mio. kr.** i de 58 anerkendte sager, som er færdigbehandlet.
- En opgørelse over utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase i perioden 2012-14 (*kilde: Temadag om selvmord og selvmordsforsøg, dec. 2015, Styrelsen for Patientsikkerhed*) viser, at der i gennemsnit var **80 personer**, der hvert år begik selvmord, mens de var i kontakt med psykiatrien. 24 af dem imens de var indlagt. Til sammenligning har Patienterstatningen de seneste tre år i gennemsnit modtaget **21 anmeldelser** årligt, hvoraf **2-3 sager pr. år har fået medhold.**
- Tilsvarende tal for erstatningssager i vores nordiske nabolande, Sverige og Norge, adskiller sig fra de danske. Den svenske patienterstatning modtager få anmeldelser og har en meget høj anerkendelsesprocent, mens den norske patienterstatning får mere end dobbelt så mange anmeldelser og anerkender næsten tre gange så mange sager, sammenlignet med tallene fra den danske patienterstatning.

# ANMELDTE SAGER

Patienterstatningen har i perioden 1996-2017 modtaget 179 anmeldelser, det er i gennemsnit ni anmeldelser om året. Antallet af anmeldelser er dog steget efter 2008. I perioden 2013-17 har Patienterstatningen i gennemsnit modtaget 20 anmeldelser årligt. Stigningen skyldes sandsynligvis, at kendskabet til erstatningsordningen er blevet mere udbredt.

## FORDELINGEN AF ANMELDELSER PÅ BEHANDLINGSSTEDER

Der er en helt naturlig overvægt af anmeldelser, der vedfører behandling på sygehuse, dvs. på de psykiatriske afdelinger, skadestuer og centre i regionerne, fordi det er her, patienterne søger hen og bliver indlagt.

Hospitaler, centre og skadestuer: 159 anmeldelser

Almen praksis: 14

Privatpraktiserende læger: 5

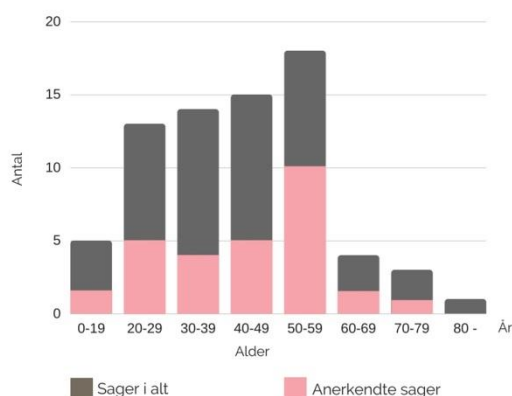
Vagtlæger: 1

## KØNS- OG ALDERSFORDELING

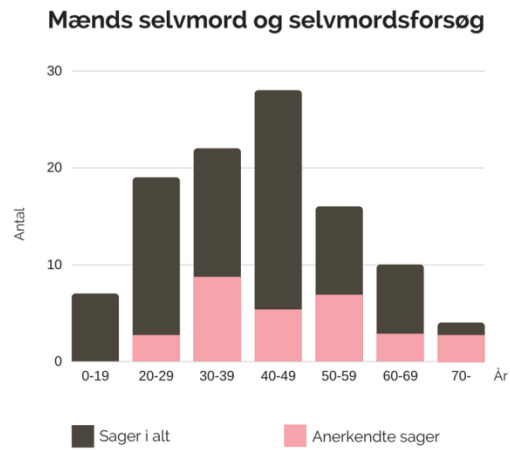
Patienterstatningen modtager flest anmeldelser vedrørende mænd, der har forsøgt eller har begået selvmord. Ud af de i alt 179 anmeldelser er 106 mænd og 73 kvinder. Den kønsmæssige forskel udligner sig i sager, der bliver anerkendt. Anerkendelsesprocenten for mænd er 27 og for kvinder 40.

Aldersmæssigt er der blandt de anmeldte sager flest kvinder mellem 20-50 år, der begår eller forsøger selvmord, mens der er dobbelt så mange kvinder i alderen 50-59, der får medhold sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Kvindens selvmord og selvmordsforsøg



Blandt mændene er der flest i aldersgruppen 40-49 år, der forsøger eller begår selvmord, mens anerkendelserne er rimeligt jævnt fordelt over alle aldersgrupper, bortset fra aldersgruppen til og med 19 år, hvor ingen har fået anerkendt deres sag.



# ANERKENDTE SAGER

## ANERKENDELSESPROCENTEN

Af de 179 sager omhandlende selvmord/selvordsforsøg i psykiatrien, der er anmeldt til Patienterstatningen, er de 58 sager blevet anerkendt. Det giver en anerkendelsesprocent på 32,4 hvilket er væsentligt højere end den generelle anerkendelsesprocent for det psykiatriske område.

## SELMORDSMETODER

Den oftest anvendte metode til at begå eller forsøge at begå selvmord i de sager, Patienterstatningen har anerkendt, er "spring fra højde", mens flest selvmord gennemføres med døden til følge ved hængning.

**TABEL 5**

### SELMORDSMETODER

	Selvordsforsøg	Antal dødsfald
Under køretøjer	2	7
Hængning	2	12
Drukning		4
Spring fra højder	15	4
Ved hjælp af skarp genstand	1	2
Overdosis	1	3
Andet		5
<b>I alt</b>	<b>21</b>	<b>37</b>



# Selv mord i psykiatrien

Hver **3.** anmeldte selvmordsforsøg i psykiatrien sker ved at springe fra højder.



Kilde: Patienterstatningens database

## MÉNGRADEN VED MISLYKKEDE SELVMORDSFORSØG

21 patienter har fået erstatning, fordi det er lykkedes dem at forsøge selvmord under omstændigheder, hvor det ikke burde kunne lade sig gøre. I 18 af sagerne har selvmordsforsøget resulteret i varigt mén. I 12 af disse sager har patienter forsøgt selvmord ved at springe ud fra højder. Halvdelen af dem sidder i dag tilbage med alvorlige og livsforandrende mén.

**TABEL 6**

### MÉNGRAD VED SELVMORDSFORSØG VED SPRING FRA HØJDER

	Antal sager
< 8 ≥ 25 pct.	5
< 25 ≥ 50 pct.	4
< 50 pct.	3

# EKSEMPLER PÅ ANERKENDTE SAGER

Patienterstatningen tilkender erstatning i de sager, hvor det skønnes, at der er begået et svigt – enten i selve behandlingen eller i tilknytning til tilsynet på et lukket afsnit i psykiatrien.

Når en patient eller efterladte får medhold, og der bliver givet erstatning, skyldes det, at vi vurderer, at patienten er lykkedes med at begå eller forsøge selvmord, selv om patienten burde havde været under skærpet opsyn. Det har eksempelvis været i sager, hvor patienten har fået ordineret konstant opsyn, fordi patienten blev vurderet selvmordstruet ved screening, men hvor opsynspersonen har været fraværende i et øjeblik på grund af toiletbesøg eller andet, og hvor patienten har udnyttet øjeblikket.

Der er også sager, hvor patienten har haft mulighed for at begå eller forsøge selvmord i sikrede områder på psykiatriske afdelinger. Det har været ved at springe ud af et uaflåst vindue eller ved at hænge sig i en livrem eller i et snørebånd. Skader som disse bør ikke kunne opstå i afdelinger, der er indrettet til at tage imod selvmordstruede patienter, og derfor har Patienterstatningen anerkendt disse sager.

## SVIGTET

De anerkendte sager kan inddeles på mange måder. I denne rapport har vi valgt tre overordnede kategorier, når det gælder det svigt, der med overvejende sandsynlighed har ført til, at patienten begik selvmord eller forsøgte selvmord.

- Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn
- Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn og ikke relevant behandling
- Ikke relevant behandling

Den type af svigt, der typisk fører til selvmord og selvmordsforsøg, handler om ikke tilstrækkelig tilsyn/opsyn.

## TABEL 7

### SVIGTETS KARAKTER

	Antal sager
Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn	28
Ikke tilstrækkelig opsyn/tilsyn og ikke relevant behandling	18
Ikke relevant behandling	12
<b>I alt antal sager</b>	<b>58</b>

*Opdelingen er baseret på den lægelige vurdering af sager og afgørelsen til patienten/efterladte*

## IKKE TILSTRÆKKELIG OPSYN/TILSYN

Utilstrækkeligt opsyn/tilsyn er eksempelvis i situationer, hvor en patient har fået tildelt fast vagt fordi vedkommende var selvmordstruet, men vagten af forskellige årsager har svigtet. Det er bl.a. sket i sager, hvor vagten har forladt patienten i et kort tidsrum for at gå på toilettet. Det er også tilfælde, hvor patienten burde havde fået ordineret fast vagt, men ikke har fået det. Og så er der sager, hvor sikkerhedsforanstaltningerne ikke har været, som det må forventes at være på et lukket afsnit; der har været åbne vinduer, adgang til ledninger, eller patienten har været i besiddelse af bæltter, som kan anvendes til selvmordsforsøg. Kategorien er kendetegnet ved, at anerkendelsen alene vedrører observation og tilsyn af patienten med henblik på at undgå, at patienten flygter og/eller begår selvmord.

Eksempel 1.: *"Patienterstatningen...har vurderet, at det under indlæggelse på et lukket afsnit på en psykiatrisk afdeling må forventes, at vinduer mod det fri er sikret mod, at patienten ad den vej kan forlade afdelingen..."*

(Mand på 31 år overlever et selvmordsforsøg i forbindelse med indlæggelse på lukket afsnit).

Eksempel 2.: *"X blev ved indlæggelsen vurderet som svær psykisk syg og selvmordstruet, og man...iværksatte observation og behandling samt planlagde videre tiltag på relevant vis. Patienterstatningen har imidlertid fundet, at man i stedet for skærmning burde have ordineret fast vagt, hvorved man kunne have afværget X's selvmordsforsøg."*

(Mand på 52 år overlever et selvmordsforsøg under indlæggelse).

Eksempel 3.: *"Patienterstatningen har vurderet, at optimal behandling havde tilsagt, at den faste vagt ikke havde efterladt X på hendes stue uden opsyn....Patienterstatningen har lagt vægt på, at det klart fremgår af afdelingens instruks for fast vagt til selvmordstruede, at der skal være visuel kontakt mellem vagten og patienten så længe den faste vagt er ordineret."*

(Kvinde på 47 år begår selvmord under indlæggelse på lukket afsnit)

## IKKE TILSTRÆKKELIG OPSYN/TILSYN OG IKKE RELEVANT BEHANDLING

I en del tilfælde består svigtet i en kombination af utilstrækkelig opsyn/tilsyn og manglende relevant behandling.

Eksempel 1. *"De diagnostiske overvejelser omkring X synes ikke tilendebragt, hvilket kan anfægtes i et forløb over godt en måned med en patient med ret store humørsvingninger og tre alvorlige selvmordsforsøg bag sig før indlæggelsen, tilbagevendende selvmordstanker og i hvert fald et tilfælde med beskrevne selvmordsimpulser under indlæggelse."*

(Mand på 48 år begår selvmord i forbindelse med besøg i hjemmet).

Eksempel 2. *"Samlet set burde det komplicerede forløb ... have ført til overvejelser om revurdering af diagnosen, kontakt til den behandlende praktiserende speciallæge og eventuel second opinion eller klinisk konferencedrøftelse i afdelingen. En ændring af diagnosen til en diagnose indenfor det affektive område ville have ført til en ændring af behandlingen, herunder vurdering af suicidalrisiko, og ud fra denne fastlæggelse af observationsniveau samt indskrænkning af udgang..."*

(Mand på 61 år begår selvmord i forbindelse med udgang under indlæggelse).

Eksempel 3. *"Det findes ikke at være erfaren specialist standard at udskrive en patient med kendt selvmordsrisiko efter så kort tid uden at foretage en konkret vurdering af selvmordsrisiko. Det er anført, at patienten benægter selvmordstanker, men derudover er der ikke taget stilling til risiko. Der er i journalen divergens mellem sygeplejerskens oplysninger og vurdering af patienten og de efterfølgende lægenotater."*

(Kvinde på 44 år begår selvmord få dage efter udskrivelse).

## **IKKE RELEVANT BEHANDLING**

I nogle sager er fokus i afgørelsen på selve behandlingen og ikke måden, hvorpå patienten har været eller ikke har været under opsyn.

Eksempel 1. *"Det er Patienterstatningens vurdering, at Psykiatrien i X-region ikke levede op til erfaren specialist standard ved ikke at indlægge X i psykiatrisk regi.... Erfaren specialiststandard havde været, at x-region havde indlagt X i psykiatrisk regi og at man ikke havde ændret diagnosen fra depression til livskrise."*

(Kvinde på 59 år begår selvmord på plejecenter).

Eksempel 2. *"Patienterstatningen har lagt vægt på, at X udviste tegn på alvorlig depression og havde udtrykt tanker om at tage sit eget liv, da han henvendte sig på den psykiatriske skadestue...Der er videre lagt vægt på, at X også d. XX havde selvmordstanker, og han d. XX selv ønskede at blive indlagt. Men at han alligevel blev udskrevet. Endelig har Patienterstatningen lagt vægt på, at X begik selvmord kort tid efter udskrivelsen."*

(Mand på 62 år begår selvmord kort tid efter udskrivelsen.)

# EKSEMPLER PÅ AFVISTE SAGER

Regler for tvang i psykiatrien er lavet for at beskytte patienten, men de kan være svære at forholde sig til som pårørende.

Der vil være situationer, hvor det ikke er muligt at forhindre en person i at begå selvmord, selv om personen er i behandling i psykiatrien, eller hvor pårørende søger hjælp til et psykisk sygt familiemedlem. Det er eksempelvis i situationer, hvor en person fremstår velovervejet i samtalen med sundhedspersonalet, men har besluttet at afslutte sit liv, uden at give udtryk for det. For pårørende kan det virke oplagt at indlægge personen med tvang, men det forhindrer psykiatriloven, med mindre der er klare indicier for, at vedkommende er til fare for sig selv eller andre. Dertil kommer, at ønsket om at begå selvmord kan opstå uden noget forvarsel i forbindelse med psykisk ustabilitet. Det betyder, at det ikke i alle tilfælde er muligt for sundhedspersonalet i psykiatrien at forudse, at en patient er til fare for sig selv.

I de seneste tyve år har Patienterstatningen afvist 121 sager om selvmord eller selvmordsforsøg i psykiatrien. Nogle anmeldelser er blevet afvist, fordi patienten overlevede sit selvmordsforsøg uden mén, mens andre er afvist, fordi der ikke er en sammenhæng mellem behandlingen og selvmordshandlingen. Blandt de afviste sager er der også anmeldelser, hvor patienten er blevet indlagt på psykiatrisk afsnit på grund af et selvmordsforsøg, eller fordi vedkommende har udvist suicidal adfærd, og hvor patienten enten er blevet afvist, udskrevet, eller hvor det er lykkedes vedkommende at begå selvmord, mens han/hun var i behandling i psykiatrisk regi. Disse sager er specielle, fordi der har været omstændigheder, hvor det ikke har været muligt at behandle patienten – enten fordi vedkommende har frabedt sig behandling, eller fordi personalet på psykiatrisk afdeling ikke har vurderet, at patienten var psykotisk og dermed ikke kunne indlægges med tvang.

## **INGEN HJEMMEL FOR TVANGSINDLÆGGELSE OG TVANGSBEHANDLING**

Eksempel 1. En ung mand kommer i behandling for depression på et psykiatrisk center. X har det skidt og har selvmordstanker, men fortæller, at han ikke har modet til at gennemføre selvmord. Personalet skønner, at X har øget selvmordsrisiko, men at det er troværdigt at lave aftaler med ham om, at han ikke realiserer sine tanker om selvmord, og at han indvilliger i at indgå i et samtaleforløb.

De følgende seks måneder går X jævnlige til samtaler. Han er stabil, men taler stadig om selvmord, selv om han tager afstand fra at ville gennemføre det. I forløbet trækker den unge mand sig gradvis fra omgivelserne og sover det meste af dagen. Alligevel afviser X at modtage medicinsk behandling. Han er hverken interesseret i medicin eller samtaler. Pludselig holder han op med at komme til de aftalte samtaler. Efter fire ugers fravær ønsker han at genoptage samtalerne.

En uge før den første genoptagne samtale kontakter forældrene til den unge mand Psykiatrisk Center. De er dybt frustrerede over situationen og føler sig magtesløse og ulykkelige.

Da X møder til samtalen, bliver han tilbudt indlæggelse, hvilket han på ingen måde er interesseret i. Han tager også kraftig afstand fra medicinsk behandling. Da talen falder på en

tvangsindlæggelse, stejler X og truer med at afbryde al videre kontakt, hvis han fornemmer, at en tvangsindlæggelse er under opsejling.

Under samtalen fremstår X vågen, klar og fuldt orienteret og virker ikke psykotisk. Han laver en ny aftale med Psykiatrisk Center, og forældrene bliver orienteret om udfaldet af samtalen. Et nyt møde næste dag bliver aftalt med forældrene og sønnen. Mødet bliver dog aldrig gennemført. Forældrene finder sønnen død på sit værelse den følgende morgen.

Patienterstatningen afviser sagen, fordi X undervejs i samtaleforløbet ikke havde udviste psykotiske symptomer. Vi lægger også vægt på, at X over et forløb på 11 måneder afviser både medicinsk behandling og indlæggelse, og at X ikke ved samtalen dagen før selvmordet havde udvist en adfærd, der berettigede til en tvangsindlæggelse:

I begrundelsen for afvisningen skriver vi bl.a.:

*"...at betingelserne for at tvangsindlægge X ikke var til stede ved samtalen d. xx.xx.20xx. Der er i den forbindelse lagt vægt på, at X ved samtalen havde en formel og emotionel kontakt med lægen. Han blev heller ikke vurderet til at være forpint eller akut selvmordstruet, til trods for hans tankeindhold blev beskrevet som idiosynkratisk, forskruet og ejendommelig....Der blev vurderet, at X ikke var psykotisk eller i så svær effekt, at det kunne sidestilles med en psykotisk tilstand."*

(Mand på 25 år begår selvmord dagen efter samtale i Psykiatrisk Center)

---

## TVANG I PSYKIATRIEN

Hvornår og i hvilket omfang en psykisk syg patient kan blive tvunget til behandling, er reguleret ved lov. Både når der er tale om tvangsindlæggelse, tvangsbehandling og overvågning (personlig skærmning).

Behandling i psykiatrien er som hovedregel baseret på borgerens samtykke til behandling. Kun i helt særlige tilfælde kan der anvendes tvang. Det er i tilfælde, hvor en læge vurderer, at patienten er sindssyg, psykotisk eller er til fare for sig selv eller andre.

Loven er til for at beskytte patienten mod unødigt tvang og for at sikre individets ret til selv at bestemme.

*Kilde: Retsinformation.dk Lovbekendtgørelsen nr. 1160 af 29. september 2015*

---

Eksempel 2. En midaldrende kvinde, der gennem årene har udviklet et alkoholproblem, bliver indlagt på somatisk afdeling efter et selvmordsforsøg med piller og alkohol. De seneste par måneder har X været i antabusbehandling, men er begyndt at drikke intenst den seneste uge op til selvmordsforsøget. Da X kommer til sig selv på intensiv, nægter hun at blive overflyttet til psykiatrisk afdeling og bliver i stedet overflyttet til somatisk afdeling, hvor hun får tildelt en vagt. Dagen efter tager hun afstand fra sit selvmordsforsøg og fortæller, at hun ikke længere tænker på at begå selvmord. Hun nægter stadig at modtage psykiatrisk behandling. Hun vil hverken vurderes af psykiatrisk skadestue eller tage imod en henvisning til Center for Selvmordsforebyggelse.

X bliver informeret om, at hun vil blive udskrevet, og at hun til hver en tid kan henvende sig til egen læge eller på Center for Selvmordsforebyggelse, hvis hun ændrer mening. Derudover bliver der lagt en handlingsplan, hvor der indgår en aftale med patientens veninde om, at X tager med veninden hjem, og at veninden vil holde øje med X i de næste to døgn. Derudover bliver antabusbehandling genoptaget, og X får udleveret medicin mod alkoholabstinenser. X giver sit samtykke til planen og bliver udskrevet. Dagen efter forsvinder hun fra venindens lejlighed og begår selvmord.

Patienterstatningen vurderer, at behandlingen af X har været korrekt og afviser sagen med følgende begrundelse:

*"Vi har derudover lagt vægt på, at X hverken ønskede psykiatrisk tilsyn eller henvisning til Center for Selvmordsforebyggelse. Da hun tog afstand fra selvmordsforsøget og oplyste, at hun ikke længere ønskede at begå selvmord, var der herefter ikke grundlag for at tvangsindlægge X. Man aftalte i øvrigt, at X skulle kontakte egen læge, hvis hun alligevel ønskede behandling via Center for Selvmordsforebyggelse."*

(60-årig kvinde begår selvmord, dagen efter, at hun bliver udskrevet efter behandling for et selvmordsforsøg)

# OM ANTALLET AF SAGER – PÅ LANDSPLAN OG I NORDEN

Antallet af selvmordssager, der lander på Patienterstatningens bord, ligger langt under, hvad der indrapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Sammenligner vi med vores nordiske naboer, er variationen også stor.

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemgik i 2015 alle afsluttede sager fra perioden 2012-2014, der var rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase som selvmord, selvmordsforsøg og selvskadende adfærd. I perioden var der i gennemsnit 80 personer om året, der begik selvmord, imens de var i kontakt med psykiatrien. 24 af dem begik selvmord, mens de var indlagt i psykiatrien. Selvmordene blev begået enten ved udgang/orlov, eller ved at patienten havde forladt afdelingen uden tilladelse eller på selve afdelingen.

I tilsvarende periode har Patienterstatningen i gennemsnit modtaget 11 sager om året. Tallet omfatter både sager, der vedrører selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien. Over en periode på tyve år har vi anerkendt 37 selvmord og 21 selvmordsforsøg. Vi ser altså et fåtal af de sager, som rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

## **INGEN PÅRØRENDE OG MANGLENDE VIDEN**

Den store forskel mellem de tal, der indrapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase og til os kan skyldes flere ting: For at søge erstatning for et selvmord skal der være pårørende, der rejser en erstatningssag. En del psykiatriske patienter har ingen pårørende, hvorfor det kan være en af forklaringerne på den store forskel på antallet af selvmord rapporteret til DPSD og antallet af sager i Patienterstatningen.

Behandlingen i sundhedsvæsenet skal også have resulteret i en skade, for at de pårørende får medhold i en eventuel sag. Måske er der en del pårørende, der på forhånd opgiver at anmelde en sag, hvis der er tale om en patient, der har været en del af det psykiatriske system gennem længere tid, og hvis de pårørende har accepteret en forhøjet selvmordsrisiko.

Men forskellen kan også skyldes manglende viden hos både patienter, pårørende, efterladte og personale i psykiatrien om, at et selvmord eller et selvmordsforsøg kan betragtes som en behandlingsskade, og derfor kan give ret til en erstatning.

## **TAL I NORDEN**

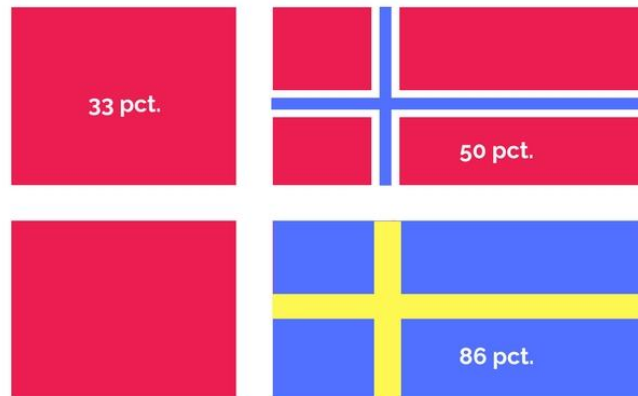
Sverige og Norge har et tilsvarende skadeerstatningssystem, som det vi har i Danmark. Der er små variationer i, hvordan skader vurderes fra land til land, og hvilket dækningsområde patienterstatningerne dækker. Men i sager inden for selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien svarer de tre erstatningsordninger i store træk til hinanden. Derfor er det også forventeligt, at antallet af anmeldelser og afgørelser er nogenlunde ens for de tre lande, når vi korrigerer for indbyggertal.

Befolkningstallet er stort set ens for Norge og Danmark. I Norge var der i 2016 5,233 mio. indbyggere. I Danmark var det tilsvarende tal 5,731 mio. I Sverige var antallet 9,903 mio.



indbyggere – altså næsten dobbelt så mange som i Norge og Sverige. Alligevel er der stor forskel på, hvor mange sager de tre patienterstatningsorganisationer har afgjort i perioden 2012-2016. Den norske organisation har afgjort 165 sager i perioden og har en anerkendelsesprocent på 50. I Danmark har vi afgjort langt færre sager og anerkender kun 33 pct. af sagerne i tilsvarende periode.

### Anerkendelses-procenten i de nordiske lande



Sverige adskiller sig på mange måder. Dels har de langt færre sager – både anerkendte og afviste – en forskel, der bliver mere markant, hvis der korrigeres for indbyggertal. Til gengæld ligger anerkendelsesprocenten meget højt - 86 pct., og i de sager, hvor det er lykkedes patienten at fuldbyrde sit selvmord, er anerkendelsesprocenten 100 pct.

#### TABEL 8

#### AFGØRELSE HOS DEN NORSKE PATIENTERSTATNING

Afgørelser i perioden 2012-2016

	Medhold	Afslag	I alt
Selv mord	71	65	136
Selv mordsforsøg	12	17	39
<b>I alt</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>165</b>

Tallene er indhentet fra Norsk Pasientskadeerstatning.  
Indbyggertallet i Norge var i 2016: 5,233 mio.

**TABEL 9****AFGØRELSER HOS DEN SVENSK PATIENTERSTATNING**

Afgørelser i perioden 2012-2016

	<b>Medhold</b>	<b>Afslag</b>	<b>I alt</b>
Selv mord	26	0	26
Selv mordsforsøg	18	7	25
<b>I alt</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>51</b>

Tallene er indhentet hos Lof – Landstingens Ömsesiga Forsäkringsbolag.  
Indbyggertallet i Sverige var i 2016 : 9,903 mio.

**TABEL 10****AFGØRELSER HOS DEN DANSKE PATIENTERSTATNING**

Afgørelser i perioden 2012-2016

	<b>Medhold</b>	<b>Afslag</b>	<b>I alt</b>
Selv mord	17	31	48
Selv mordsforsøg	6	23	29
<b>I alt</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>76</b>

Indbyggertallet i Danmark var i 2016: 5,731 mio.

# ANMELDELSER OG AFGØRELSER – FORDELT PÅ REGIONERNE

**TABEL 1**

ANMELDELSER FORDELT EFTER ANMELDELSÅR

***	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	**Staten	Ikke registreret	Total
1996	1			1				2
1997	1							1
1998							2	2
1999								0
2000	1						3	4
2001							2	2
2002							2	2
2003	3	1						4
2004	1	1		2				4
2005							3	3
2006	3		1	1	2	1		8
2007	1	2		1	1		3	8
2008		2	1	2				5
2009	2	1	3	1				7
2010	7	1	6	2	2			18
2011	5		3	5	3	2		18
2012	5		1	2	1			9
2013	6	2	1		2			11
2014	2	3	1	1	1	1		9
2015	7	4		8		2		21
2016	8	5	3	6	1	3		26
2017*	5	1	3	4	2			15
<b>I alt</b>	<b>58</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>179</b>

\*2017 er ikke færdigkodet, der kan derfor være flere anmeldelser. \*\*Ni sager handler om selvmord eller selvmordsforsøg forårsaget af bivirkninger til medicin, patienten har fået ordineret, og behandles som mulige lægemiddelskader. Lægemiddelskader dækkes af Staten via Sundheds- og Ældreministeriet. \*\*\* Før 2007 blev sagerne inddelt efter amter. Tallene er korrigeret, så de passer til den region, de tilhører i dag.

**TABEL 2****ANERKENDTE SAGER FORDELT EFTER AFGØRELSEÅR**

***	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Ikke registreret	Total
1996							
1997	1						1
1998							
1999							
2000							
2001						1	1
2002						2	2
2003	2						2
2004	1	1		2			4
2005						1	1
2006	2		1				3
2007	1	1			1	2	5
2008			1	2			3
2009	1	1	1				3
2010			2	1	1		4
2011	1			4	1		6
2012	1		1				2
2013	4	2			1		7
2014	1	2	1				4
2015	1			2			3
2016	4	2					6
2017*			1				1
I alt	20	9	8	11	4	6	58

*\*2017 er ikke færdigkodet, der kan derfor være flere anerkendelser. \*\*\* Før 2007 blev sagerne inddelt efter amter. Tallene er korrigeret, så de passer med til den region, de ville tilhøre i dag.*