
Henging

INVITERT KOMMENTAR

PÅL KLEPSTAD

pal.klepstad@ntnu.no

Pål Klepstad er spesialist i anesthesiologi, avdelingssjef på Hovedintensiv, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St. Olavs Hospital i Trondheim og professor II ved Institutt for Sirkulasjon og Bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henging er alvorlig, men ikke ensbetydende med et negativt utfall.

Henging er en av de mest vanlige metodene benyttet ved selvmord, især blant yngre personer og menn. I Norge har antallet registrerte selvmord de siste fem årene variert mellom 623 og 693 personer per år, og av disse skjedde om lag halvparten ved henging. Metoden er nesten tre ganger så vanlig som selvmord ved forgiftning (1). Sammenlignet med det store antallet innlagte pasienter med selvpåførte medikamentelle overdoser, er henging sjeldnere som skademekanisme, men langt hyppigere fatalt. Disse pasientene er oftere allerede døde når de blir funnet, og de dør oftere etter at de er innlagt på sykehus.

«Jo mer anoksi, desto større risiko for anoksisk hjerneskade og død»

Hvordan det går med pasienter som er innlagt etter henging, er temaet for artikkelen til Sun og medarbeidere som nå publiseres i Tidsskriftet. De har samlet data fra 60 pasienter innlagt på en medisinsk intensivavdeling etter henging (2). For 70 prosent av dem var hengingen i suicidal hensikt, mens man i de fleste andre tilfellene ikke sikkert kunne fastslå årsaken ut fra journalnotatene. Nesten halvparten av pasientene innlagt på sykehus døde. Forfatterne fant at påvist hjertestans, dyp koma og laktatstigning var vanligere blant dem som døde, enn blant dem som overlevde. Som forfatterne påpeker,

samsvarer funnene med resultater fra større utenlandske studier (3–4). Enkelt oppsummert: Jo mer anoksi, desto større risiko for anoksisk hjerneskade og død.

Selv om funnene er dystre, har artikkelen et klart budskap om at helsepersonell ikke skal innta en fatalistisk holdning. Dette gjelder både i prehospital tjeneste, i akuttmottak og i intensivavdelinger. De 33 pasientene som overlevde i studien til Sun og medarbeidere, hadde alle akseptabel kognitiv funksjon ved utskrivelse (2). Henging er alvorlig, men ikke ensbetydende med et negativt utfall.

Har du behov for å snakke med noen etter å ha lest denne saken?

Dersom det er akutt selvmordsfare, ring 113. Ring legevakt på tlf. 116117 for øyeblikkelig hjelp. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har en nettside der du finner en oversikt, tilpasset dine behov, over hvor du kan ringe hvis situasjonen er mindre akutt: Nssfinfo.no. På din kommunes nettsider kan du se hvilke andre lavterskeltilbud som er tilgjengelige der du bor.

Hva skjer etter utskrivning fra sykehus? Resultater fra en tidligere studie av pasienter med hjertestans har vist at selvrapportert helserelatert livskvalitet fem år etter innleggelse er sammenlignbar med normalbefolkningen (5). Pasienter med hjertestans etter henging avviker nok fra andre: de er yngre, har oftere en krevende psykiatrisk og/eller rusrelatert historikk, og selve handlingen med henging viser, i de tilfeller der intensjonen er suicidal, et sterkt ønske om ikke å leve. I en nylig publisert norsk studie hadde pasienter som overlevde et selvmordsforsøk, ett år senere dårligere selvrapportert helserelatert livskvalitet enn normalbefolkningen (6). Det vil være svært interessant å lære mer om langtidsforløpet utover ett år hos disse pasientene med hensyn til dødelighet, nye selvmordsforsøk, psykiatrisk sykdom og opplevd livskvalitet.

For hjertestans, uansett årsak, gjelder konseptet «kjeden som redder liv». Plakaten til Norsk Resuscitasjonsråd beskriver fire ledd: tidlig alarm, tidlig hjerte-lunge-redning, tidlig defibrillering og tidlig medisinsk etterbehandling (7). Nettsiden er beregnet for legfolk. For helsepersonell er kanskje kjeden publisert av American Heart Association mer relevant. Her er det også ledd i kjeden som omfatter *post-cardiac arrest care* og *recovery* (8).

For henging vil alarm og tidlig hjerte-lunge-redning selvsagt være helt avgjørende for overlevelse. Men etter en vellykket gjenoppliving har man en pasient som krever flerfaglig medisinsk omsorg i to unike faser. Fase én er avansert intensivmedisin med organunderstøttende behandling som omfatter invasiv respiratorbehandling, bruk av vasoaktive medikamenter, temperaturkontroll og andre intensivmedisinske tiltak. I denne fasen er også utredning av mulig anoksisk skade viktig. Utredningen følger normalt anerkjente retningslinjer, som de gitt av International Liaison Committee on

Resuscitation (9). En slik oppfølging vil både gi adekvat intensivmedisin til dem som kan overleve til en meningsfull tilværelse, men også kunne avslutte livsforlengende behandling hos dem uten mulighet for oppvåkning. Dette er i samsvar med hva som oppfattes som fornuftig for vurdering av livsforlengende behandling (10).

«Overlevende etter henging er en spesielt sårbar gruppe»

Fase to er god oppfølging etter intensivoppholdet for overlevende og deres familier. Overlevende etter henging er en spesielt sårbar gruppe. Som for andre intensivoverlevende er det risiko for psykiske senfølger, blant annet posttraumatisk stresslidelse (11). Noen av pasientene har i tillegg en psykiatrisk tilstand som ledet til selvmordsforsøket. Det er derfor nødvendig med et nært samarbeid mellom somatisk og psykiatrisk helsetjeneste i omsorgen for pasientene.

For henging gjelder det samme som for andre intensivpasienter. Det er ikke én faktor eller én profesjon alene som bestemmer utfallet. God varslingsjeneste, god prehospital medisin, god intensivmedisin og god oppfølging etter intensivopphold er alle avgjørende for et godt utfall.

REFERENCES

1. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/dar/> Lest 27.8.2024.
2. Sun H, Hotvedt C, Jacobsen D. Pasienter innlagt for henging uten skjelettskade ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål 2010-21. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0796. [CrossRef]
3. Salvetti M, Schnell G, Pichon N et al. Epidemiology and outcome predictors in 450 patients with hanging-induced cardiac arrest: a retrospective study. Front Neurol 2023; 14: 1240383. [PubMed][CrossRef]
4. Kim MJ, Yoon YS, Park JM et al. Neurologic outcome of comatose survivors after hanging: a retrospective multicenter study. Am J Emerg Med 2016; 34: 1467–72. [PubMed][CrossRef]
5. Wimmer H, Lundqvist C, Šaltytė Benth J et al. Health-related quality of life after out-of-hospital cardiac arrest – a five-year follow-up study. Resuscitation 2021; 162: 372–80. [PubMed][CrossRef]
6. Persett PS, Bjornaas MA, Jacobsen D et al. Health-related quality of life in patients discharged from hospital after suicide attempt with violent methods compared to self-poisonings. Nord J Psychiatry 2024; 78: 37–45. [PubMed][CrossRef]
7. Norsk Resusciteringsråd. Kjeden som redder liv. <https://www.nrr.org/hjertestart/velkommen-til-hjertestarter-info/hjertestarter-3/> Lest 27.8.2024.

8. American Heart Association. Out-of-hospital Chain of Survival <https://cpr.heart.org/en/resources/cpr-facts-and-stats/out-of-hospital-chain-of-survival/> Lest 27.8.2024.
9. Sandroni C, Cronberg T, Sekhon M. Brain injury after cardiac arrest: pathophysiology, treatment, and prognosis. *Intensive Care Med* 2021; 47: 1393–414. [PubMed][CrossRef]
10. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Rapport IS-2091. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/fc013b2b-2a7c-4a02-a7fd-9db5440dbf42:a7a8146c56bc9b0ff9bc8caaf9ef59e6bb226606/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf Lest 1.9.2024.
11. Langerud AK, Rustøen T, Småstuen MC et al. Intensive care survivor-reported symptoms: a longitudinal study of survivors' symptoms. *Nurs Crit Care* 2018; 23: 48–54. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 10. september 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0449
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. juni 2026.