

Selv mord og selvmordsforsøk i Bærum 1984–95



Medisin
og vitenskap

På grunn av manglende systematisk registrering av selvmordsforsøk i de fleste land i verden er det publisert få longitudinelle epidemiologiske undersøkelser av selvmordsforsøk.

I denne artikkelen studeres utviklingen av selvmordsforsøks- og selvmordsraten i Bærum i en 12-årsperiode (1984–95), samt selvmordsatferden i Bærum sammenliknet med landet for øvrig.

I løpet av denne tidsperioden var det 1 031 pasienter som ble behandlet på Bærum sykehus etter et selvmordsforsøk, og 161 personer som tok sitt liv. Selvmordsforsøksraten gikk ned med 53,5 % i perioden til 79/100 000/år i 1995, noe som er betydelig lavere enn i de fleste nordeuropeiske sentre for registrering av selvmordsforsøk. Selvmordsraten er imidlertid noe høyere i Bærum enn i resten av Norge, spesielt blant kvinner. Blant selvmordsforsøkerne var det 2,4 % som tok sitt liv etter gjennomsnittlig 6,5 år, noe som er relativt lavt.

Studien gir grunnlag for å anta at oppfølging etter selvmordsforsøk i henhold til Bærumsmodellen kan ha bidratt til nedgang i antall selvmordsforsøk. Selvmordstallene er for små til at det kan trekkes konklusjoner.

I denne artikkelen studeres utviklingen av selvmordsforsøks- og selvmordsraten i Bærum i en 12-årsperiode (1984–95), samt selvmordsatferden i Bærum sammenliknet med landet for øvrig (1).

I kjølvannet av den fordobling av selvmordsraten som fant sted i Norge i årene 1970–88 ble selvmordsforebygging for alvor satt på den politiske agenda i 1990-årene. Helsedirektoratet, nå Statens helsetilsyn, utarbeidet Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge i 1993 (2). To år senere fulgte Handlingsplan mot selvmord 1994–1998 (3). I handlingsplanen står følgende: «Den overordnede målsetting med handlingsplanen er at helsetjenesten skal bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge.» Handlingsplanen retter seg primært mot tiltak overfor grupper med spesiell risiko for selvmord. Et av hovedvirkemidlene for å oppnå en reduksjon av selvmord i

Gudrun Dieserud

gudrun.dieserud@baerum.kommune.no

Avdeling Levekår/Helse

Bærum kommune

Postboks 518

1302 Sandvika

Mitchell Loeb

SINTEF Unimed NIS-Helse og

rehabilitering

Postboks 124 Blindern

0314 Oslo

Øivind Ekeberg

Institutt for medisinske atferdsfag

Postboks 1111 Blindern

0317 Oslo

Dieserud G, Loeb M, Ekeberg Ø.

Suicide and suicide attempts in Bærum 1984–95.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1026–31.

Background. Because of the lack of mandatory registration of deliberate self-inflicted injuries in most countries, few longitudinal epidemiological studies on suicide attempts have been published. This seriously impairs the possibilities for longitudinal analyses of suicide attempt rates within and between nations.

Material and methods. The present 12-year (1984–95) surveillance study includes all hospitalised suicide attempt patients (n=1 031) and all suicides (n=161) in Bærum, a suburban area outside Oslo, Norway. Statistical analyses were based on the index suicide attempt in the study period (person-based).

Results. The suicide attempt rate decreased by 53.5 % during the study period, to a rate considerably lower (79/100,000/year in 1995) than in most other study centres in Northern Europe. However, the suicide rate in Bærum is somewhat higher than the Norwegian average, particularly among women. Among the suicide attempt patients, the suicide rate was 2.4 % after an average of 6.5 years, which is rather moderate.

Interpretations. The study may indicate that the follow-up programme for suicide attempt patients in Bærum has contributed to a reduced suicide attempt rate in this community. The suicide figures are too small for any conclusions to be drawn.

Basert på en undersøkelse som tidligere er publisert i *Suicide and Life-Threatening Behavior* (1)

☞ Se også side 1025

Norge skal være å «kartlegge og evaluere de eksisterende modeller for organisert samarbeid, spre kunnskap om gode modeller og eventuelt utvikle nye modeller» for slike tiltak (3).

Forebygging

Det hersker ulike oppfatninger av om, og i så fall hvordan, selvmord kan forebygges (4–7). De fleste forebyggingsmodeller er ikke utviklet spesielt i forhold til selvmordsatferd, men baserer seg primært på modeller utviklet i kommunehelsetjenesten eller den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (7). Generelt bør forebyggingsmodeller ta utgangspunkt i:

- Kartlegging av problemets omfang (selvmords- og selvmordsforsøksepidemiologi)
- Identifisering av høyrisikoindivider (sosiale, demografiske, psykologiske, psykiatriske karakteristika)
- Kartlegging av lokale ressurser
- Etablering av tiltak som raskt kan settes inn overfor høyrisikoindivider (tidlig intervensjon) (7, 8).

Et oppfølgingssystem for selvmordsforsøkere, omtalt som Bærumsmodellen (ramme), søker å ivareta disse grunnleggende krav til forebyggingsmodeller (1–3, 9–11).

Omfang

Selvmondsraten i Norge økte fra 8,7 per 100 000 i 1973 til 16,8 per 100 000 i 1988. Økningen gjelder i alle aldersgrupper og for begge kjønn, men med den sterkeste økningen blant gutter i aldersgruppen 15–19 år. Høyest selvmordsrate finner vi blant menn over 80, hos kvinner er den høyeste raten i aldersgruppen 40–59 år (12). I 1996 var selvmordsraten sunket til 11,8 per 100 000, en 30 % reduksjon fra 1988 (13). Selvmord er ca. tre ganger så vanlig blant menn som blant kvinner. I 1996 begikk 517 personer i Norge selvmord, 389 menn og 128 kvinner. Det er tidligere ikke publisert selvmordsdata fra Bærum kommune i norske fagtidsskrifter.

Den manglende lovpålagte registrering av selvmordsforsøk gjør at det ikke eksisterer nasjonal statistikk over selvpåførte skader noen steder i verden. Omfanget av selvpåførte skader i en befolkning beregnes vanligvis til å være 7–15 ganger større enn tallet på selvmord. Ifølge tall fra Skaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse antas det at ca. 8 900 nordmenn ble sykehus- eller legevakthebehandlet etter selvpåført skade i 1994 (14). Sør-Trøndelag er Norges opptakssted i WHO's multisenterprosjekt for epidemiologisk kartlegging av selvmordsforsøk, og data fra Sør-Trøndelag viser en gjennomsnittsnitsrate på 186/100 000 for kvinner og 140/100 000 for menn (1989–93) (15). Det er vanlig at flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk.

Selvmondsforsøk utgjør en betydelig risikofaktor for senere selvmord. Ulike undersøkelser viser imidlertid stor variasjon i grad av risiko, sannsynligvis knyttet til forskjeller i inklusjonskriterier for datamateriale (16). Man kan forvente at gjennomsnittlig 20–40 % av selvmordsforsøkere i løpet av livet vil gjøre nye, ikke-dødelige forsøk, mens omtrent 10 % vil begå selvmord (12).

Bærumsmodellen

Kommunehelsetjenesten i Bærum har siden 1983 samarbeidet med Bærum sykehus om sikring av adekvat oppfølging for selvmordsforsøkere og deres pårørende, etter en samarbeidsmodell som omtales som Bærumsmodellen. Helsesøster og psykolog i kommunehelsetjenesten samarbeider med sosionomer og psykiater ved sykehuset om dette tiltaket. Både i Nasjonalt program for forebygging av selvmord og i Handlingsplan mot selvmord anbefales Bærumsmodellen som en brukbar strategi for høyrisikointervensjon med hovedmålsetting å redusere antall selvmord blant selvmordsforsøkere. I kommunehelsetjenesten anvendes ca. ett årsverk på 100 000 innbyggere til dette oppfølgingsarbeidet. En rekke ulike modeller for slik oppfølging er igangsatt i Norge, men ingen oppfølgingsstudier som beskriver utviklingen av selvmordsatferd etter igangsetting av tiltakskjeder er hittil publisert.

Det er tidligere godt dokumentert at selvmordsforsøkere som gruppe er karakterisert ved lite initiativ til å skaffe seg adekvat hjelp for sine psykiske problemer, samt relativt høy frafallsprosent fra etablert behandling. Begrunnelsen for å etablere tiltakskjeder for selvmordsforsøkere ligger dels i denne passiviteten eller oppgittheten i forhold til å skaffe seg eller fullføre adekvat behandling, dels i reelle problemer i forhold til å få tilgang til slik behandling. I Bærumsmodellen spiller helsesøster rollen som ombud for de selvmordsforsøkerne som i sykehuset vurderes til å trenge bistand i perioden mellom sykehusbehandling og etablering av tiltak i det ordinære behandlingsapparatet. Etter at informert samtykke til dette er innhentet i sykehuset, henvises pasienten til helsesøster i det kommunale teamet, som foretar hjembesøk så raskt som mulig etter utskrivning. Dersom pasienten utskrives før informasjon om samarbeid med kommuneteamet er gitt, sender sosionom ved sykehuset et informasjonsbrev om oppfølgingstilbudet, med svarfrist for eventuell reservasjon. Dersom ikke pasienten svarer innen oppgitt svarfrist, meldes saken til kommuneteamet, som kontakter pasienten. Helsesøsterintervensjonen bygger på en psykologisk forståelse av selvmordsatferd, med hovedvekt på problemløsning i forhold til den akutte krisen, samt motivasjonsarbeid for mer langsiktig terapi. Helsesøster er også ivarettakende i forhold til selvmordsforsøkeres pårørende. Psykologen i teamet er faglig ansvarlig og veileder for helsesøstrene (1–3, 9–11).

Formål

Vi har tidligere vist at selvmordsforsøksraten i Bærum (1984–95) var høyest for personer med sivilstatus som ugift, skilt, eller separert, samt blant arbeidsledige og blant rusmisbrukere. Vi har også funnet at ca. 35 % av kvinnene og 30 % av mennene hadde gjort tidligere selvmordsforsøk (1). Vi vil i denne artikkelen presentere epidemiologiske data over både selvmord og selvmordsforsøk i Bærum kommune, knyttet til en modell for tidlig intervensjon overfor selvmordsforsøkere. Nærmere bestemt er hensikten å presentere utviklingen av selvmordsforsøks- og selvmordsraten i Bærum over en 12-årsperiode (1984–95), vurdere om det er forskjeller i selvmordsatferden i Bærum sammenliknet med landet for øvrig, og knytte noen kommentarer til oppfølgingsteamets arbeid (Bærumsmodellen) i forhold til utviklingen av selvmordsatferden i kommunen.

Materiale og metode

Data er hentet fra Bærum kommune, Oslo nabokommune i vest. Kommunen er karakterisert ved over gjennomsnittlig utdannings- og inntektsnivå, og under gjennomsnittlig omfang av arbeidsledighet og sosiale problemer. Kommunens innbyggere har imidlertid et høyt forbruk av rusmidler, spesielt ungdom (17). Befolkningen var per 1.1. 1984 på 81 295 personer (2,0 % av Norges

befolkning), per 1.1. 1996 var den på 97 019 personer (2,2 % av Norges befolkning) (18, 19). Kjønn- og alders-sammensetningen har vært stabil i løpet av observasjonsperioden, det har også vært stabilitet i skilsmiskenivået.

Data er hentet fra to datasett:

- Alle pasienter (15 år eller eldre) behandlet etter selvpåført skade ved Bærum sykehus i tidsperioden 1984–95 (12 år). Vår undersøkelse baserer seg altså på sykehusbehandlede selvmordsforsøkere, inklusjonskriteriene er i overensstemmelse med den definisjon av selvmordsforsøk (parasuicid) WHO's registreringsprosjekt er basert på (20). På grunn av manglende internasjonal enighet om entydig bruk av begrepene parasuicid og selvmordsforsøk, har vi valgt å bruke ordet selvmordsforsøk, selv om dette begrepet er blitt kritisert for å være upresist i forhold til grad av intensjon om å dø. Materialet inneholder alle individuelle selvmordsforsøk, både forgiftninger (94 %) og selvpåførte fysiske skader. Informasjon om tidligere selvmordsforsøk og informasjon om hvert påfølgende forsøk i løpet av observasjonsperioden er inkludert i analysene. De statistiske analysene er personbaserte, med utgangspunkt i det første registrerte selvmordsforsøket i perioden. Selvmordsforsøksrate uttrykker antall selvmordsforsøk per 100 000 individer per år. Årlig gjentakelsesrate er definert som «de pasienter registrert innenfor

Tabell 1 Selvmordsforsøksrater per 100 000. Bærum 1984–95 (alder 15 år eller eldre)

Alder (år)	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Gjennomsnitt 1984–95
<i>Kvinner</i>													
15–24	176	380	234	276	365	312	173	241	199	187	139	230	243
25–34	132	267	251	164	166	177	177	158	132	80	118	66	157
35–44	415	339	189	240	192	144	159	115	159	72	98	95	185
45–54	125	211	361	107	170	270	138	95	89	118	197	97	165
55–64	151	112	94	95	156	0	83	42	108	67	67	23	83
65+	18	52	99	95	15	86	28	27	52	89	12	97	56
Totalt	174	233	202	169	178	166	127	115	122	101	102	101	149
<i>Menn</i>													
15–24	280	232	93	124	184	109	80	64	213	68	69	88	134
25–34	320	93	177	114	207	97	28	56	167	125	56	56	125
35–44	120	82	78	60	146	14	85	84	85	84	136	93	89
45–54	48	96	120	96	47	68	64	80	94	18	51	16	66
55–64	40	20	101	21	22	46	95	25	76	51	0	0	41
65+	95	69	44	83	78	0	18	89	52	51	50	49	56
Totalt	166	104	105	86	127	57	60	68	119	70	67	55	90
<i>Totalt</i>													
15–24	229	305	163	201	275	210	127	152	206	127	104	159	188
25–34	228	179	214	140	187	137	103	108	149	102	88	61	141
35–44	270	212	133	150	169	79	121	99	121	78	117	94	137
45–54	89	157	248	102	111	173	102	88	91	69	126	57	118
55–64	97	67	97	60	93	21	89	34	93	59	36	12	63
65+	51	59	75	89	42	49	24	54	52	73	28	76	56
Totalt	170	171	155	129	154	113	95	93	120	86	85	79	121

et kalenderår som hadde et nytt parasuicid (selvmordsforsøk) i løpet av de neste 12 måneder» (8).

– Alle registrerte selvmord i kommunen i samme tidsperiode (15 år eller eldre), enten dødsfallene er skjedd i eller utenfor kommunen (basert på folkeregistertilhørighet) (F. Gjertsen, Statistisk sentralbyrå, personlig meddelelse).

Statistiske analyser

Analysene er utført ved hjelp av statistikkprogrammer i Epi Info (versjon 6) og Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, versjon 6.1). Khikvadrattest ble brukt for sammenlikninger mellom proporsjoner, mens t-test ble brukt for sammenlikninger mellom normalfordelte gjennomsnitt. Tendenser over tid er beregnet ved bruk av lineær regresjonsanalyse med angivelse av R^2 (test av tilpasning av modellen). $P < 0,05$ ble ansett som statistisk signifikant.

Resultater

Selvmordsforsøk i Bærum

Totalt ble 1 031 personer (15 år eller eldre) (64 % kvinner) innlagt i alt 1 446 ganger etter selvmordsforsøk i perioden 1984–95. Gjennomsnittsalderen var 37,1 år (SD 16,0) for kvinner og 36,6 år (SD 16,2) for menn

($t = 0,44$, ikke signifikant). Ca. 50 % av de innlagte var i aldersgruppen 15–34 år. Den gjennomsnittlige selvmordsforsøksraten i perioden var for kvinner 149, for menn 90 (ratio 1,7 : 1) og for begge kjønn 121. Høyest rate for begge kjønn samlet ble funnet i aldersgruppen 15–24, nest høyest rate for kvinner var i aldersgruppen 35–44, mens tilsvarende for menn var i aldersgruppen 25–34 (tab 1).

I løpet av 12-årsperioden ble det observert et signifikant, absolutt fall i selvmordsforsøksraten fra 170 per 100 000 personår (95 % konfidensintervall 139–201) til 79 (95 % KI 59–99) for begge kjønn samlet. For kvinner ble raten redusert fra 174 (95 % KI 129–218) til 101 (95 % KI 70–133), mens reduksjonen for menn var fra 166 (95 % KI 121–211) til 55 (95 % KI 31–79) (fig 1). En test av eventuell lineær sammenheng mellom tidsperspektiv (år) og selvmordsforsøksrater, gav signifikant R^2 for både kvinner ($R^2 = 0,82$), menn ($R^2 = 0,44$) og begge kjønn samlet ($R^2 = 0,84$).

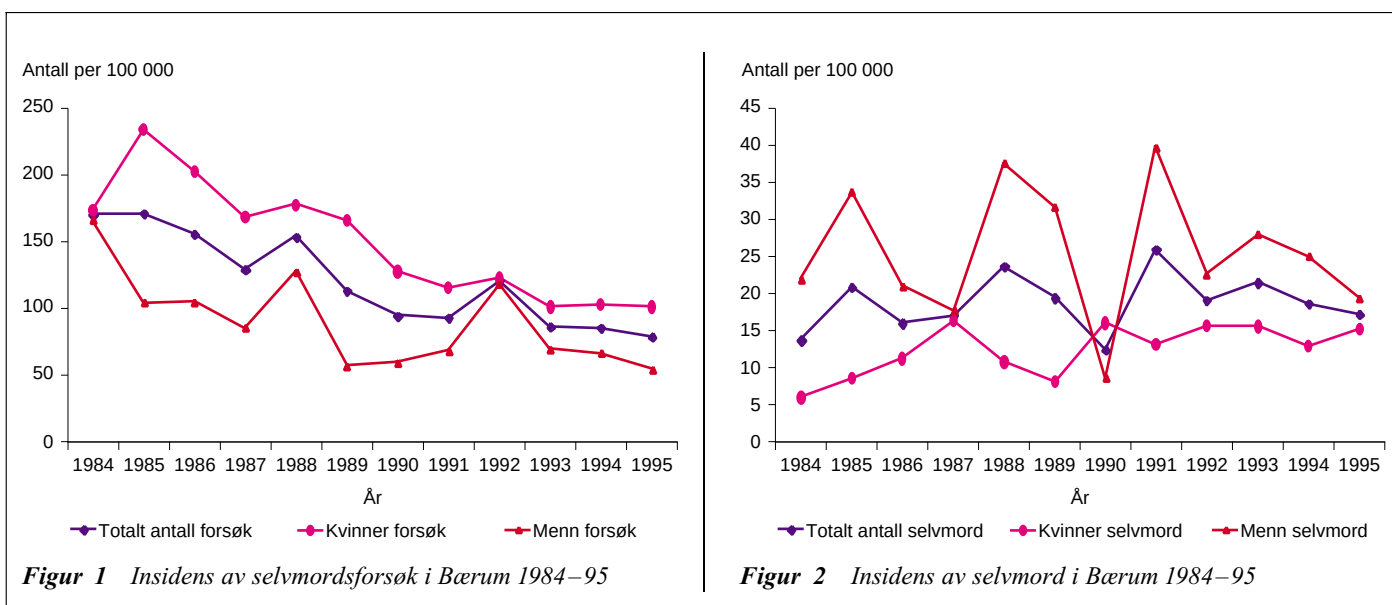
Den gjennomsnittlige årlige gjentakelsesraten for forsøk var 15 % (ingen signifikant kjønnsforskjell). Etter at stoffmisbrukerne ble tatt ut av analysen, sank raten til 14 % (15 % kvinner, 13 % menn). Av førstegangs-forsøkerne gjentok 18 % (17 % kvinner, 18 % menn) atferden i løpet av observasjonsperio-

den, mens 26 % (30 % kvinner, 22 % menn) av dem som rapporterte tidligere forsøk ved intervju tidspunktet, gjentok atferden i løpet av perioden (1995 tatt ut for å gi alle minimum 12 måneders observasjonstid).

Nesten 90 % av selvmordsforsøkerne ble henvist til oppfølging etter utskrivning, hvorav 45 % til det selvmordsforebyggende team (49 % kvinner, 36 % menn), et tiltak som kommer i tillegg til annen oppfølging. Ca. 12 % ble direkte innlagt i psykiatrisk sykehus, mens både psykiatrisk poliklinikk og familievernkontoret gav oppfølging til ca. 11 % hver. Rusmiddelomsorgen gav oppfølging til 13 %, og 27 % av pasientene i aldersgruppen 15–18 år startet behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Selvmord i Bærum

Selvmordsraten i Bærum og i landet som helhet fremgår av tabell 2. I løpet av 12-årsperioden var det 161 selvmord i Bærum, 105 menn og 56 kvinner (15 år eller eldre). Det fremgår at selvmordsraten i Bærum gjennomsnittlig er høyere enn landsgjennomsnittet for kvinner: 12,5 per 100 000 personår (95 % KI 1,2–23,9) mot 9,3 (95 % KI 7,9–10,7), mens gjennomsnittsraten er omtrent den samme for menn: 25,3 (95 % KI 8,5–42,1) mot 26,9 (95 % KI 24,4–29,4). Totalt er gjennomsnittsraten i Bærum 18,7



(95 % KI 8,7–28,7) mens raten for hele landet er 17,9 (95 % KI 16,5–19,4).

Mens det har vært et betydelig fall i selvmordsforsøksraten i Bærum, har det ikke vært observert en tilsvarende reduksjon i selvmordsraten i samme tidsperiode (fig 2). Vi har tvert imot fått en økning (ikke signifikant) fra gjennomsnittsraten for de tre første årene i observasjonsperioden (1984–86) på 16,8 per 100 000 personår (95 % KI 11,2–22,5) til en gjennomsnittsrate på 19,1 (95 % KI 13,4–24,8) for de tre siste årene i perioden (1993–95) i Bærum (begge kjønn samlet). Økningen ble funnet blant kvinnene, der gjennomsnittsraten steg fra 8,6 (95 % KI 3,0–14,3) til 14,5 (95 % KI 7,6–21,4) (ikke signifikant), mens det for mennene i Bærum ble funnet en ikke-signifikant reduksjon i samme periode. I Norge hadde vi i observasjonsperioden, for begge kjønn samlet, en signifikant reduksjon i gjennomsnittsraten for selvmord fra 17,6 per 100 000 personår (95 % KI 16,8–18,4) til 15,8 (95 % KI 15,0–16,5). Reduksjonen er ikke signifikant når vi ser på menn og kvinner hver for seg. Det er altså ikke samme tendens i Bærum som i resten av landet. Kvinnene lå noe un-

der landsgjennomsnittet i første treårsperiode. I den siste perioden lå de betydelig over. Forholdstallet mellom menn og kvinner i Bærum er 1,9:1, mens det i hele landet er 2,8:1.

Blant de 1 031 registrerte selvmordsforsøkene, var det 25 personer (2,4 %) som begikk selvmord. Blant dem som tok sitt liv var det således 15 % som var registrert med tidligere selvmordsforsøk i observasjonsperioden.

Menn brukte stort sett de samme selvmordsmetoder som i landet for øvrig, med skudd (37 %), hengning (26 %) og forgiftning (25 %) som de vanligste metoder. Kvinnene i Bærum benyttet oftere forgiftning som metode (65 %) enn kvinner i landet for øvrig (39 %) i 1995 (21).

Diskusjon

Selvmordsforsøksraten i Bærum har i observasjonsperioden gått betydelig ned, og er lavere enn i andre sammenliknbare studier. Den gjennomsnittlige raten i en stor europeisk multisenterstudie fra 1989–92 var 184 per 100 000 personår for kvinner og 133 for menn (22). Dette WHO-prosjektet er svært

viktig, fordi på grunn av mangel på registreringsplikt i forhold til selvpåførte skader har det vært publisert svært få longitudinelle epidemiologiske undersøkelser av selvmordsforsøk, noe som har vanskeliggjort analyser av utviklingen av denne type atferd både nasjonalt og mellom nasjoner. Data fra Sør-Trøndelag inngår i den europeiske studien, og der var ratene 186 for kvinner og 140 for menn (1989–93) (15). De tilsvarende tall for Bærum var i den samme perioden 133 for kvinner og 76 for menn. Resultater fra en dybdestudie av 50 selvmordsforsøkere fra Asker og Bærum i 1995 viser at de aller fleste behandlingstrengende selvmordsforsøkere behandles ved Bærum sykehus, tallene derfra ansees derfor å være relativt pålitelige (23). I Oslo var raten av selvpåførte forgiftninger hos pasienter som ble innlagt i de medisinske avdelinger 310 for menn og 260 for kvinner i 1980 (24), men her var også forgiftninger som følge av uhell, og rene alkohol- og opiatforgiftninger inkludert. Aldersfordelingen i materialet fra Bærum (1) er i overensstemmelse med de europeiske gjennomsnittstallene (22) ved at tyngdepunktet ligger hos de unge (15–34 år, menn og kvin-

Tabell 2 Selvmordsrater per 100 000. Bærum og Norge 1984–95 (alder 15 år eller eldre)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Gjennomsnitt
<i>Bærum¹</i>													
Kvinner	5,9	8,6	11,2	16,3	10,8	8,0	15,9	13,1	15,6	15,5	12,8	15,2	12,5
Menn	21,9	33,7	21,0	17,7	37,6	31,6	8,6	39,7	22,6	28,0	25,0	19,3	25,3
Totalt	13,7	20,8	16,0	17,0	23,7	19,4	12,4	25,9	19,0	21,5	18,7	17,1	18,7
<i>Norge</i>													
Kvinner	9,0	9,2	9,4	9,4	11,3	10,2	9,8	10,0	9,4	7,8	8,4	7,6	9,3
Menn	27,7	26,2	25,2	29,3	30,3	28,6	28,7	29,3	26,2	26,1	21,8	23,9	26,9
Totalt	18,1	17,5	17,2	19,1	20,6	19,2	19,1	19,5	17,7	16,8	15,0	15,6	17,9

¹ Ratene i Bærum varierer en del som følge av små tall, kvinner 2–6/år, menn 9–19/år

ner samlet) (1989–92), mens den største gruppen selvmordsforsøkere i materialet fra Sør-Trøndelag finnes i aldersgruppen 34–45 år for begge kjønn samlet (1989–93) (15). Som konklusjon viser denne studien at selvmordsforsøksraten i Bærum er lavere enn forventet.

I tillegg er det en markert nedgang i selvmordsforsøksraten (53,5 %) i Bærum i 12-årsperioden. En tilsvarende utvikling er sett i studier fra Norge (15) og andre europeiske land (25), men observasjonstiden i de andre studiene er så vidt kort at det er vanskelig å gjøre sammenlikninger av disse tallene. Siden det ikke foreligger systematisk nasjonal registrering av selvpåførte skader, er det vanskelig å vite om nedgangen i selvmordsforsøksraten i Bærum er uttrykk for en generell tendens i landet, eller om den er en følge av at det foregår registrering og systematisk oppfølging, noe som innebærer en økt oppmerksomhet omkring problematikken og bedret kompetanse i alle ledd av oppfølgingskjeden.

Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner om hva slags innflytelse Bærumsmodellen har hatt på omfanget av suicidal atferd i kommunen. Det er imidlertid lite sannsynlig at en 53,5 % reduksjon i selvmordsforsøksraten har funnet sted uten at noe av årsaken til dette er knyttet til den systematiske oppfølgingen av alle fleste selvmordsforsøkere blir gitt etter sykehusbehandlingen. En slik tolking vil være helt i tråd med de positive resultater (nedgang i suicidal atferd) som er påvist som resultat av en rekke ulike oppfølgingssystemer (26). Eksempelvis har Motto og medarbeidere (1976, 1981, 1991) påvist en signifikant reduksjon i selvmordshyppighet blant selvmordsforsøkere som ble tilskrevet av helsepersonell over en femårsperiode etter forsøket. Pasientene hadde i utgangspunktet motsatt seg oppfølging, og i brevene ble pasientene minnet om muligheten for kontakt med behandler, hvis de ønsket det (26). Et viktig poeng i denne sammenhengen er at det ser ut til å være mulig å redusere repetisjon av selvmordsatferd ved hjelp av enkle grep, men tiltakene må vare over tid. I tillegg til dette kan også den økte oppmerksomhet omkring selvmordsproblematikk generelt ha bidratt til større åpenhet, flere henvisninger og mer hjelpsøking fra mennesker som har problemer. Da de fleste barbiturater ble avregistrert, førte det til en signifikant reduksjon i antall forgiftninger med disse midler i Oslo (27). Forgiftninger med antidepressive medikamenter og nevroleptika økte imidlertid slik at antall forgiftninger forble uendret det følgende året. Et tiltak som ikke setter søkelyset på pasientenes problemer var således ikke tilstrekkelig til å oppnå atferdsendring.

Den relativt lave selvmordsforsøksraten i Bærum henger trolig sammen med flere faktorer. Forekomsten av selvmordsforsøk var omtrent fire ganger høyere blant dem som var arbeidsledige i denne undersøkelsen (1).

Siden arbeidsledigheten i Bærum var svært lav i observasjonsperioden, bidrar dette til en lavere rate. Selvmordsforsøk er også mindre uttalt i de høyeste sosialgrupper, og Bærum kjennetegnes av høy sosioøkonomisk standard.

Flere studier har vist at nærmere 50 % av selvmordsforsøkere har gjort minst ett tidligere forsøk (8, 25). I Bærum er denne andelen noe lavere (33 %). Dette kan delvis henge sammen med den høye sosioøkonomiske standard i befolkningen, men det er også mulig at den bedre oppfølging har bidratt til dette. Det høye sosioøkonomiske nivå i kommunen kan også bidra til å forklare den relativt høye selvmordsraten blant kvinner i Bærum. Det er holdepunkter for at kvinner med akademisk utdanning har høyere selvmordsrate enn andre, og utdanningsnivået i Bærum er relativt høyt. Vi har ingen sikker forklaring på at så mange kvinner i Bærum benytter forgiftning som selvmordsmetode. Muligens kan det høye forbruket av alkohol og andre rusmidler i kommunen spille en rolle.

En dødelighet på 2,4 % som følge av suicid i løpet av en gjennomsnittlig observasjonstid på 6,5 år er relativt lav, også tatt i betraktning av at det på grunn av forskjeller mellom forskjellige populasjoner bør utvises forsiktighet når forskjellige studier sammenliknes. Den kumulative mortalitet som følge av suicid er 1–15 % i studier med observasjonstid på 1–15 år (28–31). Det lave antall selvmord gjør det ikke mulig å konkludere med at den relativt lave selvmordsraten i oppfølgingsperioden er en følge av bedret oppfølging. Dessuten har det store flertallet av dem som tok sitt liv ikke vært i kontakt med det selvmordsforebyggende team.

Det kan være vanskelig å dokumentere at det er mulig å forebygge selvmord. En tvil omkring dette kan forsterkes ved å lese foreliggende litteratur. Gunnell & Frankel (32) konkluderte da også med at det ikke foreligger noen randomiserte kontrollerte studier som har vist at en intervensjon har hatt selvmordsforebyggende effekt. Hvis man ikke er tilstrekkelig oppmerksom på de store metodeproblemene som er knyttet til selvmordsforskning, er det imidlertid lett å foreta statistisk type 2-feil, altså en feilaktig konklusjon om at et virksomt tiltak ikke har effekt. Utvalgets størrelse er en kritisk faktor ved studier av sjeldne fenomener, slik som selvmord. Gunnell & Frankel (32) beregnet hvor stort utvalg som var nødvendig for å påvise en reduksjon i selvmordsraten på 15 %. I en generell befolkning med selvmordsrate på 10/100 000/år kreves det nesten 13 millioner personer. I et utvalg blant selvmordsforsøkere med risiko på 3 % i en åtteårsperiode kreves et utvalg på nesten 45 000 personer.

For å påvise effekt av selvmordsforebyggende tiltak mener vi derfor det er nødvendig å utvikle andre metoder enn randomiser-

te kontrollerte undersøkelser. Det bør foretas intervensjon overfor grupper med høy risiko, gruppene bør være mest mulig homogene, og det er nødvendig med studier fra flere sentre. Baldessarini og medarbeidere (33) fant eksempelvis i en litteraturgjennomgang at litiumbehandling ved bipolar lidelse fører til at selvmordsrisikoen reduseres med over 80 %.

Selv om det viktigste målet for selvmordsforebyggende arbeid er å forhindre selvmord, er andre viktige mål å hindre nye selvmordsforsøk og å hjelpe pasientene og familiene til å få et bedre liv. Intensjonen i Bærumsmodellen er helt i tråd med de anbefalinger som er gitt i den britiske publikasjon *Effective health care* fra 1998, der konklusjonen etter en gjennomgang av effektstudier av forskjellige intervensjonstiltak blant annet er at reduksjon i gjentatt selvmordsatferd er påvist fra ulike former for tidlig intervensjon etter sykehusbehandlede selvmordsforsøk (34). Intervensjonen må inkludere tiltak rettet mot både psykologiske, sosiale, psykiatriske og misbruksrelaterte problemer, samt omfatte rutiner for å fange opp dem som faller ut av avtalt eller etablert behandling (34). Ut fra den samlede evidens av effekt fra tidlig intervensjon overfor selvmordsforsøkere finner vi det sannsynlig at det selvmordsforebyggende teamet i Bærum har bidratt noe til den observerte reduksjon i selvmordsforsøk.

Litteratur

1. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg Ø. Suicidal behavior in the municipality of Bærum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicid Life Threat Behav* 2000; 30: 61–73.
2. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1–1993. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
3. Handlingsplan mot selvmord 1994–1998. Prosjektplan og handlingsplan. Statens helsetilsyns skriftserie 4–95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
4. Bilbak US, Bolstad PJ, Fretland S, Hauso Ø, Leversund J. Har forebyggende tiltak mot selvmord effekt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1746–50.
5. Hytten K. Suicid – prediksjon og risikovurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 59–73.
6. Mehlum L. Suicidal atferd blant unge – er det mulig å forebygge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1733–4.
7. Silverman MM, Maris RW. The prevention of suicidal behaviors: an overview. *Suicid Life Threat Behav* 1995; 25: 10–21.
8. Bjerke T, Hjelmeland H, Jørgensen PT, Stiles TC, Skjærvold L. Parasuicide i Sør-Trøndelag 1989–92. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1221–4.
9. Selvmordsforebyggende arbeid. Bærumsmodellen. Helsetilsynets utredningsserie 4–1994. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
10. Brent DA, Kolko DJ. The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. I: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, red. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990: 253–302.
11. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York: Wiley, 1985.
12. Retterstøl N. *Selvmord*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

13. Gjertsen F. Færre selvmord i 1996. *Suicidologi* 2000; 1: 7–8.
14. Gjertsen F. Utviklingstendenser i selvmord 1950–1995. *Nytt i Suicidologi* 1998; 2: 8–11.
15. Hjelmeland H, Bjerke T. Parasuicide in the county of Sør-Trøndelag, Norway: general epidemiology and psychological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 272–83.
16. Rygnestad T. En 15-årsoppfølging etter akutt selvpåført forgiftning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3065–9.
17. Strandba A. Gutter og jenter i Asker og Bærum. Rapport 97: 5. Oslo: NOVA, 1997.
18. Statistiske opplysninger. Sandvika: Bærum kommune, 1985.
19. Statistiske opplysninger. Sandvika: Bærum kommune, 1996.
20. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 97–104.
21. Norges offisielle statistikk. Dødsårsaker 1995. NOS C 490. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1995.
22. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Rates and trends of attempted suicide in Europe 1989–1992. I: Kerkhof A, Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Lennqvist J, red. *Attempted suicide in Europe*. Leiden: DSWO Press, 1994: 209–29.
23. Dieserud G. Suicide attempt. Unsolvable lives? Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.
24. Jacobsen D, Frederichsen PS, Knutsen KM, Serum Y, Talseth T, Ødegård OR. A prospective study of 1212 cases of acute poisoning: general epidemiology. *Hum Toxicol* 1984; 3: 93–106.
25. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–92. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327–38.
26. Goldney RD. Suicide prevention is possible: a review of recent studies. *Archives of Suicide Research* 1998; 4: 329–39.
27. Ekeberg Ø, Jacobsen D, Flaaten B, Mack A. Effect of regulatory withdrawal of drugs and prescription recommendations on the pattern of self-poisonings in Oslo. *Acta Med Scand* 1987; 221: 483–7.
28. Dahlgren KG. Attempted suicide – 35 years afterwards. *Suicide Life Threat Behav* 1977; 7: 75–9.
29. Ekeberg Ø, Ellingsen Ø, Jacobsen D. Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 398–405.
30. Hawton K, Fagg J. Trends in deliberate self poisoning and self injury in Oxford, 1976–90. *BMJ* 1992; 304: 1409–11.
31. Nordentoft M, Rubin Å. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 278–85.
32. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308: 1227–33.
33. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 2): 77–84.
34. House A, Owens D, Patchett L. Deliberate self-harm. *Effective Health Care* 1998; 4: 1–12.

○