

Registrering av parasuicid ved sykehus og legevakt

Selvmondsforsøk er et viktig helseproblem. Det er ønskelig med en bedre oppfølging av denne pasientgruppen. En rutinemessig overvåking av forekomsten og alvorlighetsgraden for lettere å kunne prioritere målrettede tiltak har vært etterlyst.

Parasuicid kan defineres som ikke-fatale selvmordshandlinger uavhengig av pasientens motiver og intensjoner. Data vedrørende selvpåførte skader registrert i Skaderegisteret ved Sentralsjukehuset i Rogaland og Stavanger legevakt for året 1992 (n = 403) ble samlet inn. Et registreringsskjema ble så utfylt på grunnlag av opplysninger i sykehusjournalen, og det ble vurdert om hvert enkelt tilfelle var et parasuicid. Pasientene med ett eller flere parasuicid i 1992 ble fulgt opp i gjennomsnittlig 5,5 år med hensyn til nye parasuicid.

I 85 % av parasuicidene ble det brukt medikamenter. Ca. 15 % av alle pasientene gjennomførte nye parasuicid innen ett år etter det første registrerte.

Resultatene fra denne registreringen synes å stemme med andre epidemiologiske undersøkelser, og vi mener at registreringen uten store omkostninger kan implementeres i mottakelser på sykehus og legevakt. Registreringsskjemaet bør testes ut prospektivt.

Selv mord og selvmordsforsøk er viktige helseproblemer med stor belastning på den enkelte, på familier og på helsevesenet. I 1997 ble 533 dødsfall registrert som selvmord i Norge (1). Dette var omtrent samme antall som rundt 1980, i årene imellom har antallet vært en del høyere, med en topp i slutten av 1980-årene og i begynnelsen av 1990-årene. Det var i 1997 2,7 ganger flere selvmord blant menn enn blant kvinner. Blant menn var skyting (33 %) og hengning/kvelning (30 %) de vanligste metodene, blant kvinner hengning/kvelning (35 %) og forgiftning (29 %) (1).

Begrepene selvmordsforsøk og parasuicid brukes ofte om hverandre, men parasuicid brukes her om ikke-fatale selvmordshandlinger uavhengig av pasientens motiver, intensjoner og grunner (2).

Det er ingen landsomfattende registrering

Anders Engeland

anders.engeland@folkehelsa.no

Johannes Wiik

Statens institutt for folkehelse

Postboks 4404 Nydalen

0403 Oslo

Gunnar Lande

Pasientmottaket

Sentralsjukehuset i Rogaland

4003 Stavanger

Engeland A, Wiik J, Lande G.

Registration of parasuicide at hospitals and emergency wards.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1033–7.

Background. Suicide attempts (or parasuicides) is an important health problem. A better system for follow-up and surveillance of this group of patients is needed for better prioritization of preventive measures.

Material and methods. All self-inflicted injuries registered at the hospital and emergency ward in Stavanger, Norway, in 1992 were retrieved from the Norwegian National Injury Sample Registry (n = 403). The form for each patient was filled out on the basis of their hospital record; a judgment of whether the case was a parasuicide or not was made. Patients with a parasuicide in 1992 were followed for a period of on average 5.5 years with respect to new parasuicides.

Results. Medication was used in 85 % of the cases. About 15 % of the parasuicides went through a new episode within one year of the first registered parasuicide.

Interpretation. The results from this study are consistent with findings in other epidemiological studies, and the registration used in this study can be carried out in hospitals and emergency wards without much effort. The registration form should be further developed and tested prospectively.

☞ Se også side 1025

av parasuicid i Norge. Internasjonalt regner man imidlertid med at det er 7–15 ganger flere parasuicid enn selvmord (3), og at det er flere parasuicid blant kvinner enn blant menn, selv om kjønnsforskjellene er blitt mindre flere steder de senere årene (2). Under forutsetning av at forekomsten av parasuicid i Sør-Trøndelag er representativ for hele landet, er det beregnet at det er ca. 5 000 parasuicid årlig her i landet (4). Det er stor usikkerhet rundt dette anslaget.

I motsetning til mange sykdommer har parasuicid, med noen få unntak, vært lite systematisk fulgt opp. På grunn av høy gjentakelsesfrekvens, alvorlighetsgrad og overdødelighet blant personer som har gjennom-

ført parasuicid ville det vært ønskelig med en mer obligatorisk og rutinemessig overvåking av forekomst og alvorlighetsgrad, slik at det kan bli lettere å prioritere målrettede tiltak. I Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge gikk Helsedirektoratet, nå Statens helsetilsyn imot særskilte pasientregistre av selvmordsforsøk ut fra personvern hensyn (5). Det ble anbefalt at det utarbeides et standardisert journalark til bruk ved selvmord og selvmordsforsøk ved den enkelte behandlingsenhet.

I Norden har det vært et nært samarbeid om skaderegistreringen gjennom Arbeidsgruppe for Registrering av Olycksfall i Norden (ARON) nedsatt av Nordisk Medicinalstatistisk komité (NOMESKO). Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) ved Skaderegisteret har vært norsk representant i denne arbeidsgruppen.

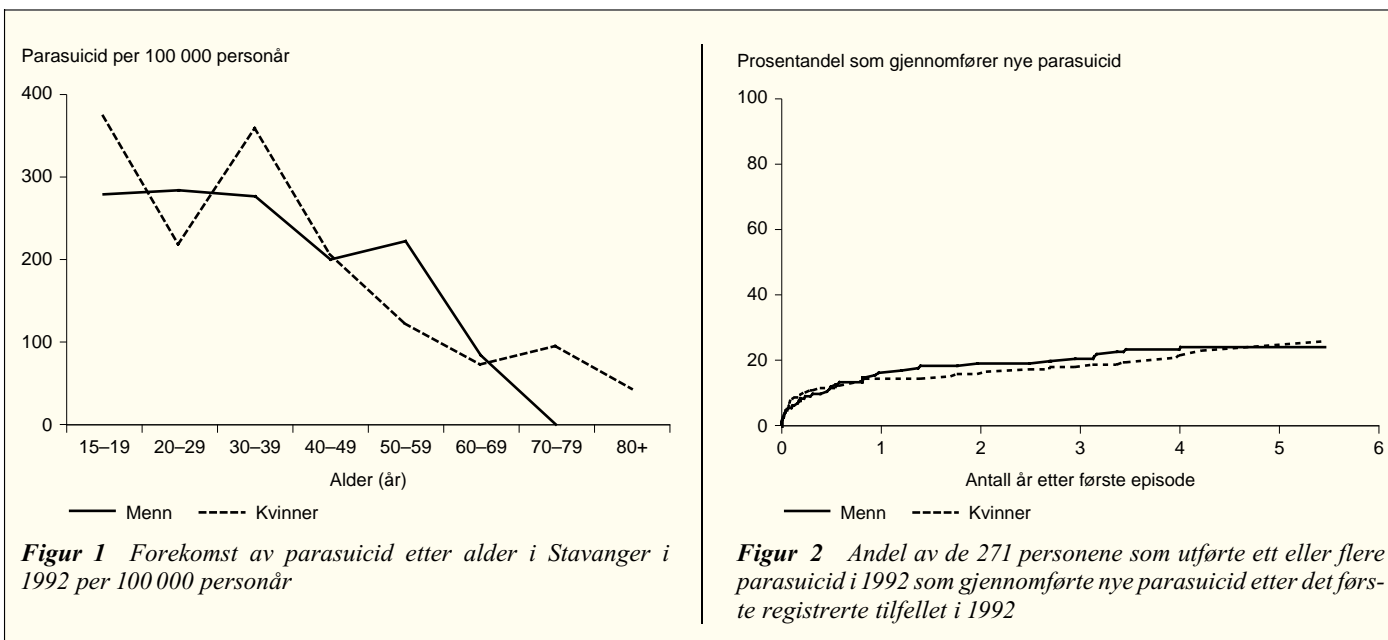
Med utgangspunkt i Target 12 i Target for health for all, WHO 1985, etablerte WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. 16 registreringssentre i 13 europeiske land deltok i denne studien (3). Det ble gjennomført en standardisert registrering av parasuicid slik at man kunne foreta sammenlikninger over landegrensene. Norge var representert med WHO-senteret tilknyttet Universitetet i Trondheim, med Sør-Trøndelag som befolkningsgrunnlag (6).

Etter anmodning fra NOMESKO utarbeidet representanter fra de nordiske WHO-sentrene og de nordiske skaderegistreringsenhetene et forslag til faglig innhold i et registreringsskjema for selvpåførte skader, herunder selvmordsforsøk, til bruk ved sykehus og poliklinikker. Skjemaet ble innarbeidet i NOMESKO's Classification of External Causes of Injuries (7). Det endelige spørreskjemaet inneholder 11 spørsmål (8). For å utvikle skjemaet videre, bad NOMESKO Folkehelsa ved Skaderegisteret om å foreta en utprøving av skjemaet ved en av registreringsenhetene i Norge.

Hensikten med denne undersøkelsen var å teste registreringsskjemaet for selvpåførte skader i mottakelsen på sykehus og legevakter for å få en bedre epidemiologisk oversikt over parasuicid og for å lette den individuelle oppfølging av pasientene. Testingen er beskrevet tidligere (8). Vi vil her illustrere hva slags data man kan få ved bruk av skjemaet.

Materiale og metode

Folkehelsa har siden 1985 drevet et personskaderegister som bl.a. inkluderer intoksikasjoner og selvpåførte skader. Registeret om-



fatter alle skader som mottas ved sykehus, sykehusets poliklinikk eller legevakt i fire sykehusområder. De første fem årene var det prøvedrift med justeringer underveis, men fra 1990 har registeret vært permanent. De fire sykehusene er Harstad sykehus, Regionssykehuset i Trondheim, Sentralsykehuset i Rogaland og Sentralsykehuset i Buskerud i Drammen. De fire byene som sykehusene ligger i har døgnåpen legevakt, og skadedata blir innhentet fra disse på samsvarende måte. Totalt dekker disse registreringsområdene ca. 11% av den norske befolkningen, og områdene (byene) hvor vi også har dekning fra primærhelsetjenesten (legevakten), dekker ca. 7,5% av landets befolkning. Den første rapporten om selvpåførte skader basert på Personskaderegisteret ble publisert i 1992 (9).

Skadene blir registrert på egne skjemaer av spesielle skadesekretærer, og anonymiserte data oversendes Folkehelsen. Folkehelsen kan således ikke identifisere pasientene, men sykehuset kan finne tilbake til journalen ved hjelp av et løpenummer.

I denne undersøkelsen ble det tatt utgangspunkt i alle selvpåførte skader registrert i Skaderegisteret ved Sentralsykehuset i Rogaland og Stavanger legevakt for året 1992 blant personer som var 15 år eller eldre. Sentralsykehuset i Rogaland har et befolkningsgrunnlag på ca. 250 000. De aller fleste pasienter med selvmordsforsøk i denne befolkningen blir innlagt ved dette sykehuset. Vi kan imidlertid ikke utelukke en lekkasje til andre sykehus eller at noen er blitt behandlet av primærhelsetjenesten uten innleggelse. Da vi beregnet rater, brukte vi derfor kun befolkningen i Stavanger (ca. 100 000, hvorav 80 000 var 15 år eller eldre), hvor vi har en fullstendig befolkningsbasert registrering.

I 1992 ble det registrert i alt 403 selvpå-

førte skadetilfeller hvor pasienten var 15 år eller eldre. Seks personer døde senere av skadene de hadde påført seg ved den første registrerte hendelsen. Journalene på de resterende 397 pasientene ble funnet frem og et spørreskjema for selvpåførte skader ble utfylt basert på opplysningene i journalen (8). Det ble stilt spørsmål om kontakt med helse-tjenestene i tiden før den aktuelle episoden, om utløsende årsak til episoden, om pasienten tidligere var behandlet for villet egen-skade eller parasuicid, om pasientens arbeidssituasjon, om det fantes noen psykiat-risk vurdering av hendelsen, om pasienten fortsatt var suicidal, om hvilken måte parasuicidet ble utført på (med ev. involverte produkter/mengde) og om det fantes opplysninger om tidligere psykiatrisk diagnose. I denne retrospektive undersøkelsen ble det også bedt om en vurdering fra det helseper-sonellet som gjennomgikk journalen av hvorvidt de anså hendelsen som et parasuicid. De skulle ikke forsøke å kartlegge om intensjonen var å dø. For alle pasientene ble nye parasuicid registrert frem til juni 1997. Dette representerer et gjennomsnitt på ca. fem års oppfølgingstid. De utfylte anonymiserte skjemaene ble oversendt Folkehelsen.

Insidensrater for parasuicid i Stavanger i 1992 ble beregnet ved hjelp av den gjennomsnittlige befolkningen i byen samme år. På bakgrunn av opplysningene om hvordan parasuicidet var utført, ble det laget en variabel betegnet «alvorligste metode», hvor det ble vurdert hvilke av metodene som ble brukt som var den alvorligste. For å illustrere hvor stor andel av pasientene som gjentok parasuicidet og samtidig kontrollere for ulik sensureringstid, laget vi figurer basert på Kaplan-Meier-kurver (10). Relativ risiko for residiv (ett eller flere nye parasuicid) for ulike grupper av pasienter ble beregnet ved Cox' regre-sjonsanalyse i programpakken SPSS (10, 11).

Resultater

Av utgangsmaterialet på 397 selvpåførte skader i 1992 blant personer som var 15 år eller eldre (224 blant menn og 173 blant kvinner), var 10% rene alkoholintoksikasjoner (henholdsvis 11% og 8% av episodene hos menn og kvinner). Disse er heretter utelatt. Av de resterende 358 episodene ble 89% (henholdsvis 85% og 94% hos menn og kvinner) vurdert som parasuicid. I 9% av episodene var det ikke godt nok grunnlag til å bekrefte eller utelukke at det var parasuicid.

Heretter inkluderes kun pasienter som hadde minst én hendelse i 1992 vurdert som parasuicid, dvs. 141 menn og 130 kvinner, hvor mennene stod for 169 parasuicid og kvinnene for 140 i 1992. Gjennomsnittsalderen for de 271 pasientene var 34 år for menn og 35 år for kvinner. Halvparten av pasientene var mellom 25 og 41 år. I perioden 1992-97 var det totalt 426 registrerte selvmordsepisoder blant de 271 personene. Av disse personene var 141 personer bosatt i Stavanger, 68 menn og 73 kvinner. Antall parasuicid var høyest i forhold til befolkningen blant personer under 40 år (fig 1). Det var totalt 214 parasuicid per 100 000 menn og 208 per 100 000 kvinner over 15 år i Stavanger (episoderater). Antall personer som gjennomførte ett eller flere parasuicid i Stavanger i 1992 var 178 per 100 000 menn og 176 per 100 000 kvinner over 15 år (personrater).

De mest brukte metodene i parasuicidene registrert i 1992 var bruk av medikamenter (85%) og kutt i håndledd/albue (9%), og andelen hvor medikamenter ble brukt, var noe høyere for kvinner enn for menn (tab 1). Alkohol ble i tillegg konsumert i forbindelse med 40% av episodene blant menn og 30% av episodene blant kvinner.

Totalt 63% av mennene og 52% av kvin-

nene var i aldersgruppen 20–39 år (tab 2). Nesten 90 % av pasientene ble innlagt i sykehus. Minst 39 % av mennene og 45 % av kvinnene hadde vært i kontakt med helsetjenesten den siste måneden før hendelsen. For mer enn 30 % av pasientene var det ikke kjent om de hadde vært i kontakt med helse-tjenesten eller ikke.

37 % av de mannlige og 54 % av de kvinnelige pasientene hadde tidligere vært behandlet for villet egenskade/parasuicid. For mer enn halvparten av pasientene ble den aktuelle hendelsen vurdert psykiatrisk. 36 % av de mannlige og 49 % av de kvinnelige pasientene hadde en tidligere psykiatrisk diagnose.

Av de 271 personene gjennomførte 25 % et nytt parasuicid i løpet av oppfølgingsperioden, og 11 % prøvde å ta sitt liv mer enn to ganger i perioden 1992–97. En pasient ble registrert med 28 parasuicid. Tidspunktet for første nye parasuicid etter indekstilfellet er illustrert i figur 2 for menn og kvinner separat. 16 % av mennene og 14 % av kvinnene gjennomførte et nytt parasuicid i løpet av det første året.

Personer som bodde alene ved det første registrerte parasuicidet og personer som tidligere var blitt behandlet etter selvpåført skade/parasuicid, hadde høyest risiko for å gjennomføre nye parasuicid (tab 3).

Diskusjon

Et av formålene med denne retrospektive undersøkelsen var å finne ut hvor mange opplysninger om pasienter som gjennomfører parasuicid som allerede ligger i sykehusjournalen og som derfor ikke krever tilleggsspørsmål (tilleggsressurser). De fleste spørsmålene i det foreslåtte registreringsskjemaet fant man svar på i den eksisterende journalen. Det betyr at registreringen er et spørsmål om å systematisere og ev. samle opplysningene elektronisk på ett sted slik at de er lette å hente frem og analysere. Analysene ovenfor viste at vi kan få tilstrekkelige data, målt i forhold til opplysninger man får ved kostbare intervjuundersøkelser, til epidemiologisk overvåking fra ett slikt registreringsskjema. Det som manglet var at helsepersonellet må forholde seg til definisjonen av parasuicid, dvs. man må aktivt sortere ut de selvpåførte skadene som ikke kommer inn under denne definisjonen, selvmutilasjon og selvpåførte skader med annen hensikt enn å illudere selvmordsforsøk. Vi mener at et spørsmål om dette på spørreskjemaet eller i journalen skulle være relativt enkelt å forholde seg til for mottakelsespersonellet i sykehus eller på legevakt. Denne retrospektive undersøkelsen har også vist at registreringspersonalet stort sett klarer dette selv. I vår undersøkelse var det 9 % av tilfellene hvor man ikke kunne avgjøre om det var et parasuicid eller ikke basert på journalopplysningene. I en aktuell situasjon må andelen usikre nødvendigvis bli betydelig mindre enn i en retrospektiv journalundersøkelse.

Tabell 1 Skademetode som ble brukt ved 318 selvmordsforsøk i 1992 (i noen tilfeller er flere av metodene under brukt)

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Kutt i håndledd/albue	14	(8)	14	(9)	28	(9)
Medikamenter	136	(81)	135	(91)	271	(85)
Skudd	3	(2)	0	(0)	3	(1)
Annet	19	(11)	3	(2)	22	(7)

Tabell 2 Karakteristika ved de 271 personene som utførte ett eller flere parasuicid i 1992 (etter opplysninger fra første hendelse)

	Menn (n = 141)		Kvinner (n = 130)	
	Antall	(%)	Antall	(%)
<i>Alder (år)</i>				
15–19	16	(11)	20	(15)
20–39	89	(63)	68	(52)
40–64	33	(23)	37	(29)
65+	3	(2)	5	(4)
<i>Innlagt</i>				
Poliklinisk behandling	16	(11)	18	(14)
Innlagt	125	(89)	112	(86)
<i>Kontakt med helsetjenesten siste måned før hendelsen</i>				
Ja	55	(39)	59	(45)
Nei	44	(31)	29	(22)
Ukjent	42	(30)	42	(32)
<i>Utløsende årsak</i>				
Tap av nærstående person	23	(16)	14	(11)
Problemer i familie eller parforhold	30	(21)	46	(35)
Diverse eksterne problemer	10	(7)	3	(2)
Somatiske sykdomsproblemer	6	(4)	8	(6)
Psykisk/rus	67	(48)	53	(41)
Ukjent	5	(4)	6	(5)
<i>Tidligere behandlet for villet egenskade/ selvmordsforsøk</i>				
Ja	52	(37)	70	(54)
Nei	65	(46)	55	(42)
Ukjent	24	(17)	5	(4)
<i>Bo-/samboerforhold</i>				
Bor alene	49	(35)	26	(20)
Bor med barn	3	(2)	12	(9)
Bor med partner	23	(16)	30	(23)
Bor med barn og partner	18	(13)	29	(22)
Alle andre boforhold unntatt institusjon	37	(26)	21	(16)
Bor på institusjon	6	(4)	6	(5)
Ukjent	5	(4)	6	(5)
<i>Psykiatrisk vurdering</i>				
Ja	74	(53)	75	(58)
Nei	67	(48)	54	(42)
Ukjent	0	(0)	1	(1)
<i>Tidligere psykiatrisk diagnose</i>				
Ja	50	(36)	63	(49)
Nei	57	(40)	45	(35)
Ukjent	34	(24)	22	(17)

Tabell 3 Relativ risiko for residiv i løpet av 5,5 år for de 271 personene som utførte ett eller flere parasuicid i 1992 og overlevde den første hendelsen (opplysninger fra første hendelse)

	Totalt antall	Med residiv (%)	Relativ risiko	(95 % KI)	Relativ risiko ¹	(95 % KI)
<i>Bosted</i>						
Stavanger	141	29	1,0	–	1,0	–
Utenfor Stavanger	129	23	0,7	(0,4–1,2)	0,8	(0,5–1,2)
Ukjent	1	0	0,0	–	0,0	–
<i>Kjønn</i>						
Kvinner	130	25	1,0	–	1,0	–
Menn	141	26	1,1	(0,7–1,7)	1,2	(0,8–2,0)
<i>Alder (år)</i>						
15–19	36	19	1,0	–	1,0	–
20–39	157	24	1,3	(0,6–2,8)	1,2	(0,5–2,8)
40–64	70	34	1,9	(0,8–4,3)	1,8	(0,8–4,3)
65+	8	13	0,7	(0,1–5,3)	0,8	(0,1–7,0)
<i>Innlagt</i>						
Poliklinisk behandling	34	15	1,0	–	1,0	–
Innlagt	237	27	2,0	(0,8–5,1)	2,3	(0,9–6,0)
<i>Kontakt med helsetjenesten siste måned før hendelsen</i>						
Ja	114	26	1,0	–	1,0	–
Nei	73	16	0,6	(0,3–1,1)	0,7	(0,3–1,3)
Ukjent	84	33	1,3	(0,8–2,2)	1,2	(0,7–2,1)
<i>Utløsende årsak</i>						
Tap av nærstående person	37	19	1,0	–	1,0	–
Problemer i familie eller parforhold	76	17	0,9	(0,4–2,3)	1,1	(0,4–2,8)
Diverse eksterne problemer	13	39	2,4	(0,8–7,6)	2,6	(0,8–8,1)
Somatiske sykdomsproblemer	14	14	0,8	(0,2–3,7)	1,0	(0,2–5,0)
Psykisk/rus	120	36	2,2	(1,0–4,8)	2,0	(0,9–4,6)
Ukjent	11	0	0	–	0	–
<i>Tidligere behandlet for villet egenskade/selvmondsforsøk</i>						
Ja	122	38	1,0	–	1,0	–
Nei	120	13	0,3	(0,1–0,5)	0,3	(0,2–0,5)
Ukjent	29	28	0,7	(0,3–1,4)	0,7	(0,3–1,5)
<i>Bo-/samboerforhold</i>						
Bor alene	75	37	1,0	–	1,0	–
Bor med barn	15	20	0,4	(0,1–1,4)	0,4	(0,1–1,5)
Bor med partner	53	13	0,3	(0,1–0,7)	0,3	(0,1–0,8)
Bor med barn og partner	47	23	0,5	(0,3–1,1)	0,5	(0,3–1,1)
Alle andre boforhold unntatt institusjon	58	24	0,6	(0,3–1,1)	0,7	(0,4–1,5)
Bor på institusjon	12	42	1,1	(0,4–2,8)	1,1	(0,4–2,9)
Ukjent	11	18	0,4	(0,1–1,8)	0,5	(0,1–2,0)
<i>Psykiatrisk vurdering</i>						
Ja	149	24	1,0	–	1,0	–
Nei	121	28	1,2	(0,8–2,0)	1,3	(0,8–2,1)
Ukjent	1	100	17,1	(2,2–130)	8,5	(1,1–67,8)
<i>Tidligere psykiatrisk diagnose</i>						
Ja	113	36	1,0	–	1,0	–
Nei	102	13	0,3	(0,2–0,6)	0,5	(0,2–1,1)
Ukjent	56	29	0,8	(0,4–1,4)	0,8	(0,4–1,4)
<i>Alvorligste metode</i>						
Medikamenter	231	26	1,0	–	1,0	–
Kutt i håndledd/albue	22	23	0,9	(0,3–2,1)	1,0	(0,4–2,4)
Svelget kniv	3	33	1,5	(0,2–10,8)	2,0	(0,3–15,4)
Skudd	3	33	1,6	(0,2–11,2)	3,9	(0,5–31,0)
Annet	12	17	0,6	(0,2–2,5)	0,8	(0,2–3,4)

¹ Justert for bosted, kjønn, alder og tidligere behandlet for villet egenskade/selvmondsforsøk

Registreringsskjemaet kan kobles til sykehusenes pasientadministrative system (journalssystemet), slik at man har et eget skjema for pasienter med parasuicid som kan utgjøre en slags B-journal. Denne kan brukes både i registreringsøyemed og for senere oppfølging, og en kobling til Dødsårsaksregisteret kan også bli aktuelt for forskningsformål.

Når det gjelder kvaliteten på opplysningene som er samlet sammen retrospektivt i denne undersøkelsen, vil den variere. Opplysninger om for eksempel kjønn og alder vil være pålitelige, mens opplysninger om alkoholpåvirkning og tidligere psykiatrisk diagnose sannsynligvis er mindre pålitelige og kun vil angi et minimum.

I denne studien var det relativt liten forskjell mellom menn og kvinner med hensyn til forekomst av parasuicid, men antall parasuicid var høyest blant menn. Det var 15% flere parasuicid blant menn enn blant kvinner. Det var en høy residivforekomst blant pasientene i denne undersøkelsen. I løpet av det første året etter det første registrerte tilfellet gjennomførte ca. 15% av pasientene et nytt parasuicid, og ca. 25% hadde gjennomført et nytt forsøk innen fem år.

Det er store variasjoner i de registrerte ratene for parasuicid, både nasjonalt og internasjonalt (12–14). Variasjonen reflekterer nok, i tillegg til reelle forskjeller, betydelige klassifikasjons- og registreringsproblemer. De «gjennomsnittlige» europeiske parasuicidratene for perioden 1989–92 var 193 per 100 000 personår for kvinner og 140 per 100 000 personår for menn over 14 år (14). Gjennomsnittlig årlig rate for parasuicidtilfeller som førte til hospitalisering per år i Bærum for perioden 1984–95 var henholdsvis 149 for kvinner og 90 for menn (12).

I denne studien ble kun pasienter behandlet ved Sentralsjukehuset i Rogaland og Stavanger legevakt inkludert. Ved beregning av befolkningsrater har vi kun brukt befolkningsunderlaget i Stavanger by. Det antas at det er meget få herfra som behandles utenom legevakt/poliklinikk/sykehus. I Stavanger i 1992 ble, ifølge Personskaderegisteret, 2% av pasientene over 15 år som ble behandlet etter selvpåførte skader totalt, behandlet ved Stavanger legevakt. I Sør-Trøndelag har man beregnet at kun ca. 2% av parasuicidpasientene var registrert utenfor de somatiske sykehusene (2).

Våre funn vedrørende menn stemmer godt overens med det man fant for Trondheim ved WHO-senterets registrering (15). For kvinner er imidlertid våre rater ca. 20% lavere enn ratene funnet for Trondheim. Vi fant altså at det var flere menn enn kvinner som gjennomførte parasuicid, mens man i Trondheim fant at det var ca. 20% flere kvinner enn menn. Tradisjonelt har det vært flere kvinner enn menn i denne pasientgruppen i vestlige land. Dette har imidlertid endret seg mot mindre kjønnsforskjeller de siste tiårene (2). Også i Trondheim var det i 1994

like mange menn som kvinner som ble registrert med selvmordforsøk. Dette skyldtes nedgang hos kvinner, ikke en økning hos menn (2).

Ved WHO-sentrene i Europa var 64 % av parasuicidtilfellene blant menn og 80 % av tilfellene blant kvinner forgiftninger i 1989–92 (14). I Sør-Trøndelag var andelen noe høyere i 1989–93; 83 % blant menn og 91 % blant kvinner (2). I Stavanger fant vi at 80 % av tilfellene blant menn og 91 % av tilfellene blant kvinner var forgiftninger i 1992.

I Sør-Trøndelag hadde ca. halvparten av parasuicidpasientene i 1989–93 gjennomført parasuicid tidligere, og andelen som begikk nye parasuicid innen ett år var 16 % for kvinner og 14 % for menn (15). Tilsvarende tall ble også funnet i Bærum (12). Dette stemmer godt overens med tallene fra vår undersøkelse.

Konklusjon

Vi mener registreringskjemaet kan brukes ved sykehus og legevakt hvor man ønsker spesiell overvåking og oppfølging av para-

suicidpasienter. Skjemaet bør prøves ut prospektivt og fortløpende i en reell mottakelsessituasjon.

Undersøkelsen ble finansiert av Rådet for psykisk helse.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2000-08-31-09.html (1.2.2001).
2. Hjelmeland H. Parasuicide: general epidemiology and prediction of repetition of suicidal acts with special reference to intentions and sex differences. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1997.
3. Statistisk sentralbyrå. Ukens statistikk nr. 27, 1996. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1996.
4. Gjertsen F. Utviklingstendenser i selvmord 1950–1995. Nytt i suicidologi, 2/98. Oslo: Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, 1998.
5. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1/93. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
6. Bjerke T, Stiles TC, red. Suicide attempts in the Nordic countries. Trondheim: Tapir, 1991.
7. Classification of External Causes of Injuries. 3. rev. utg. København: NOMESCO, 1997.
8. Wiik J, Engeland A. Selvmordsforsøk. Para-

suicidregistrering ved sykehus og legevakt. Utvikling/uttesting av en registreringsmodal. Rapport nr. 3/2000. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2000.

9. Guldvog B, Thorgersen A, Ueland Ø. Ulykker, vold og selvpåført skade. Personskaderapport. Årsaker, omfang, konsekvenser og forebyggende strategier. Rapport nr. 1/1992. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1992.

10. Cox DR, Oakes D. Analysis of survival data. London: Chapman and Hall, 1984.

11. SPSS Advanced Statistics 7.5. Chicago: SPSS, 1997.

12. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg Ø. Suicidal behavior in the municipality of Bærum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. Suicide Life Threat Behav 2000; 30: 61–73.

13. Dieserud G. Suicide attempt. Unsolvable lives? Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.

14. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327–38.

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.