Christina Petrea Egeskov, Bo Andersen Ejdesgaard og Agnieszka Konieczna

Udvidelse af Register for Selvmordsforsøg

- Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?

Center for Selvmordsforskning

Udvidelse af Register for Selvmordsforsøg

- Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?

Sundhedsfaglig akademisk medarbejder, cand.scient.san.
Christina Petrea Egeskov

Statistiker, cand.mag.
Bo Andersen Ejdesgaard

Akademisk medarbejder, cand.scient.
Agnieszka Konieczna

© Forfatteren og Center for Selvmordsforskning Odense, 2013

Portrætfoto: Agnieszka Konieczna

Forsidefoto: Søren Danholm Andersen,
http://sdandersen.zenfolio.com

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne rapport med tydelig kildehenvisning.

Udgivet af Center for Selvmordsforskning
Søndergade 17
5000 Odense C

Tlf. (+45) 66 13 88 11
Fax: (+45) 65 90 81 74
E-mail: info@cfsmail.dk
Hjemmeside: www.selvmordsforskning.dk
med støtte fra Social-, Børne- og Integrationsministeriet

1. udgave, 1. oplag, november 2013

ISBN: 978-87-93124-04-2

Christina Petrea Egeskov, Bo Andersen Ejdesgaard og

Agnieszka Konieczna

Udvidelse af Register for Selvmordsforsøg

- Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?

© Center for Selvmordsforskning 2013

Indholdsfortegnelse:

Forord: 1

1.0 Indledning: 2

1.1 Projektets 3 dele: 2

1.1.2 Udvidelse af Register for selvmordsforsøg: 3

1.1.3 Tilføjelse af 'hvorfor' dimensionen til Register for Selvmordsforsøg: 3

1.1.4 Stikprøvekontrol af ulykkeskoder: 3

2.0 Baggrund: 4

2.1 Definition af selvmordsforsøg: 4

2.2 Hvad siger tallene fra 1990-2011: 6

2.2.1 Køn og alder: 6

2.2.2 Metode: 7

2.2.3 Alkohol: 8

2.3 Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?: 8

3.0 Metode: 11

3.1 Udvidelse af Register for selvmordsforsøg: 12

3.2 Tilføjelse af 'hvorfor' dimensionen til Register for Selvmordsforsøg: 13

3.3 Stikprøvekontrol af ulykkeskoder: 16

4.0 Resultater: 17

4.1 Antal selvmordsforsøg samt fordeling på køn og alder: 17

4.1.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark: 18

4.1.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark: 20

4.1.3 Region Syddanmark. 22

4.2 Metoder anvendt ved selvmordsforsøg: 24

4.2.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark: 24

4.2.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark: 26

4.2.3 Anvendte metoder i Region Syddanmark: 28

4.3 Medicinforgiftning: 30
4.3.1 'Forgiftning' som metode fordelt på hyppigste ATC-koder: 30
4.3.2 'Forgiftning' som metode fordelt på hyppigste præparatnavne blandt alle anvendte præparater: 32
4.4 Brug af alkohol ved selvmordsforsøg: 34
4.4.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark: 34
4.4.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark: 36
4.4.3 Region Syddanmark: 37
4.5 Omstændigheder ved selvmordsforsøg: 39
4.5.1 Proximale faktorer: 42
4.5.2 Distale faktorer: 43
4.5.3 Sammenhæng mellem hovedmetoder og hyppigste proximale faktorer i 'den jyske del' af Region Syddanmark: 44
4.5.4 Sammenhæng mellem alder og hyppigste proximale faktorer ved selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark: 45
4.6 Ulykkeskoder og selvmordsforsøg: 46

5.0 Sammenfatning: 47

6.0 Referencer: 52

Forord:

Hvert år forsøger flere tusinde mennesker i Danmark at tage deres eget liv. Intentionen med handlingen er ikke nødvendigvis et ønske om at dø, men måske i lige så grad et råb om hjælp. Handlingen kan være udløst af længere tids psykisk belastning, men kan også være på baggrund af pludselige omstændigheder/oplevelser, hvor den pågældende reagerer med en ikke-vanlig selvskadende handling.

Register for Selvmordsforsøg, tilhørende Center for Selvmordsforskning, har siden 1990 indeholdt data omhandlende selvmordsforsøg i det gamle Fyns Amt. Det foreliggende forskningsprojekt omhandler udvidelsen af det eksisterende register til hele Region Syddanmark. Herunder bliver der samtidig tilføjet en ny dimension til det eksisterende register – omstændighederne bag selvmordsforsøgene. Resultaterne, som fremgår af denne rapport, er fremkommet via journaladgang til personer med selvmordsforsøg, registreret på skadestuer, somatisk og psykiatrisk, i hele Region Syddanmark.

En stor tak til alle fagpersoner fra sygehusene i henholdsvis Kolding, Vejle, Esbjerg, Aabenraa og OUH (Odense og Svendborg) som har udvist stor interesse for Register for Selvmordsforsøg, og som har været behjælpelige med adgang til data.

Tak til statistiker, cand. mag. Bo Andersen Ejdesgaard for statistisk beregning af indsamlet data samt udarbejdelse af tabeller. Tak til akademisk medarbejder, cand. scient. Agnieszka Konieczna for hjælp til indhentning af data. En stor tak til begge for introduktion til Register for Selvmordsforsøg samt medvirken til udarbejdelse af nyt registreringsskema indeholdende omstændighedskategorierne.

Der skal ligeledes rettes en stor tak til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som har ydet økonomisk støtte til projektet samt til Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Christina Petrea Egeskov

November, 2013

1.0 Indledning:

Center for Selvmordsforskning (CFS) er en selvejende institution under Social- Børne- og Integrationsministeriet. CFS forsker i selvmordsadfærd og anden selvskadende adfærd og frembringer herved viden som anvendes i den forebyggende indsats mod selvmordsadfærd. CFS fører 'Register for Selvmordsforsøg', et offentligt register som har eksisteret siden 1989. Registeret har fra 1990-2010 indeholdt oplysninger om personer bosiddende i det gamle Fyns Amt. 'Register for Selvmordsforsøg' indeholder informationer om selvmordsforsøg, der resulterer i kontakt med en somatisk- og/eller psykiatrisk skadestue. Via indhentning af data bidrager CFS med viden om selvmordsadfærd, og stiller denne viden til rådighed for relevante faggrupper i indsatsen for at forebygge selvmordsadfærd.

De indsamlede data om selvmordsforsøg skal altid anskues som minimumstal. Der vil være personer som forsøger selvmord og efterfølgende ikke har kontakt med en skadestue. Patienten har måske efterfølgende kontakt med egen læge, og da der ikke indsamles data fra de praktiserende læger, vil disse tal ikke indgå i Register for Selvmordsforsøg.

Med støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indledte centret i 2012 projektet: "Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?"

1.1 Projektets 3 dele:

Projektet består af tre dele:

- Udvidelse af Register for Selvmordsforsøg.
- Tilføjelse af 'hvorfor' dimensionen til Register for Selvmordsforsøg.
- Stikprøvekontrol af ulykkeskoder.

1.1.2 Udvidelse af Register for selvmordsforsøg:

Det hidtidige dataindsamlingsområde fra 'det gamle Fyns Amt' udvides så Register for Selvmordsforsøg kommer til at dække hele Region Syddanmark. Dvs. at der udover data fra Fyn (Odense somatisk- og psykiatrisk skadestue, samt Svendborg somatisk skadestue) indhentes data fra de somatiske og psykiatriske skadestuer i henholdsvis Kolding, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Grundet registreringspraksis var det ikke muligt at indhente data fra Esbjerg psykiatriske skadestue, så disse tal er ikke med i denne rapport. Dog vil tal fra Esbjerg psykiatriske skadestue blive inddraget i den fremtidige registrering.

1.1.3 Tilføjelse af 'hvorfor' dimensionen til Register for Selvmordsforsøg:

Der tilføjes i dette projekt en 'hvorfor' dimension til den allerede anvendte registrering således, at der registreres, under hvilke omstændigheder det pågældende selvmordsforsøg fandt sted. Måden dette registreres på er ved, at der registreres de 'Distale'(bagvedliggende) faktorer og de 'Proximale' (udløsende) faktorer.

1.1.4 Stikprøvekontrol af ulykkeskoder:

I projektets sidste del indgår en validering af registreringspraksis. Der er udvalgt tre ulykkeskoder: EUHHO (anden ulykkeshændelse udført af skadesramte selv), EUHJO (utilsigtet fejlbrug af biologisk substans) og EUHZ9 (anden og ikke specificeret ulykkeshændelse). Indhentede data registreret under disse ulykkeskoder vil blive læst og kontrolleret for, hvorvidt der finder fejlregistrering sted. Dvs. at et selvmordsforsøg registreres som ulykke i stedet for selvmordsforsøg.

2.0 Baggrund:

Når et menneske forsøger at tage sit eget liv, sker dette ofte i en tilstand af følelsesmæssig turbulens, hvor forventningen er, at den selvskadende handling vil forandre den pågældendes situation via de tilsigtede konsekvenser. Døden er ikke nødvendigvis den konsekvens som selvmordsforsøgeren tilsigter. For nogle **er** døden den tilsigtede konsekvens, for andre er selvmordsforsøget en måde at mobilisere hjælp på – 'et råb om hjælp' (Kerkhof, Ad J.F.M 2000).

2.1 Definition af selvmordsforsøg:

Når man læser eksisterende litteratur omhandlende selvmordsforsøg ser man, at definitionen på 'selvmordsforsøg' ikke er entydig på verdensplan. Forskellen omhandler i de fleste tilfælde hvorvidt definitionen på selvmordsforsøg dækker al selvskadende adfærd med eller uden dødsønske, eller hvorvidt man først kan definere en handling som selvmordsforsøg, når der er/har været et reelt dødsønske tilstede. Dette rejser problematikken om sammenlignelighed de enkelte studier i mellem og underbygger vigtigheden af, at det enkelte studie gør rede for hvilken anvendt definition, der ligger bag begrebet 'selvmordsforsøg'. En klar definition for og fælles forståelse af 'selvmordsforsøg' på tværs af klinisk praksis og forskning er ligeledes af stor betydning, når vi anvender data hentet fra den kliniske praksis. Når den enkelte læge i mødet med en tilskadekommen patient foretager en vurdering, som er bestemmende for hvilken kontaktårsagskode patienten skal have, er det yderst vigtigt, at denne laves i overensstemmelse med "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (Statens Serum Institut 2013).

På Center for Selvmordsforskning arbejdes ud fra WHO' definition på selvmordsforsøg. Samme definition anvendes og ligger til grund for registrering af selvmordsforsøg på landets skadestuer i henhold til "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (Statens Serum Institut 2013):

WHO' definition på selvmordsforsøg:

> *"An act with a nonfatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behavior that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally realized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences"* (Guo B, Harstall C, 2004).

Nedenstående, WHO's definition oversat til dansk, anvendes også ved indsamling af data til 'Register for Selvmordsforsøg':

> *"En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser".*

Den anvendte definition er værdineutral, forstået på den måde, at den kan accepteres på tværs af kulturer, religioner og ideologier. I WHO's definition skrives der eksplicit:

1. Handlingen er begået med vilje, dvs. at handlingen er bevidst og ikke et hændeligt uheld.
2. Handlingen udspringer **ikke** af vanemæssig adfærd, dvs. at forgiftninger med alkohol og/eller medicin som for den enkelte kan betegnes som vanemæssig adfærd ikke figurerer som et selvmordsforsøg.
3. Handlingen skal være skadevoldende, hvis denne ikke forhindres. Graden af skade dvs. farligheden er ikke nærmere defineret, og outcome er derfor ikke afgrænset til døden.
4. Slutteligt skal handlingen have en hensigt. Hensigten er ikke nødvendigvis at dø, men kan være at manipulere andre eller et råb om hjælp. Men uanset hvilken hensigt handlingen har, så udspringer den af et ønske om at forandre sin situation.

(Zøllner, L. 2006).

I relation til ovenstående punkt 2. skal det understreges at *cutting*, dvs. selvskadende adfærd hvor personen skærer sig selv igen og igen for at lindre indre psykisk smerte, **ikke** er et selvmordsforsøg. Cutting differentierer sig fra selvmordsforsøg bl.a. i forhold til: Hensigt, dødelighed, kronisk karakter og metode (Jacobson & Gould 2007). Da cutting betragtes som en vanemæssig adfærd, indgår disse personer ikke i Register for Selvmordsforsøg. Selvom cuttere ikke indgår i Register for Selvmordsforsøg skal man ikke underkende den tætte forbindelse, der er mellem cutting og selvmordsforsøg, da vanlig selvskadende adfærd er en risikofaktor for selvmordsforsøg senere i livet (Tørmoen, A. J. et. al. 2012).

2.2 Hvad siger tallene fra 1990-2011:

Som tidligere omtalt var det det tidligere Fyns Amt som til og med 2010 udelukkende udgjorde datagrundlaget til 'Register for Selvmordsforsøg'. Nedenstående afsnit er en gennemgang af hvad tallene fra 1990 til 2011 viser på baggrund af data fra det tidligere Fyns Amt.

2.2.1 Køn og alder:

I 'det gamle Fyns Amt' har selvmordsforsøgsraten[1] gennem de sidste 20 år været faldende. I 1990 var den samlede forsøgsrate (både mænd og kvinder) på 238, i 2000 var den faldet til 187,2 og i 2011 var den samlede forsøgsrate nu faldet til 122,2. Hvis man ser på forsøgsraten i forhold til køn, ser man her en højere forsøgsrate hos kvinder i forhold til mænd. En forskel som har været eksisterende i registreringen siden forsøgsregisterets start i 1989. I år 2000 var kønsrationen på 0,8 og i år 2011 var denne faldet til 0,6. Dette betyder, at for hver gang 100 kvinder forsøgte selvmord i 2011 var der 60 mænd som ligeledes forsøgte selvmord.

Den aldersspecifikke rate har ligeledes udviklet sig gennem årene. Hvor der i starten af 1990'erne var flest kvinder i alderen 30-49 som forsøgte selvmord, ses der fra år 2000

[1] Selvmordsforsøgsraten: Antal tilfælde pr. 100.000/år

og frem en højere tendens hos kvinder i alderen 15-29. Heraf er de 15-19-årige den aldersgruppe, hos hvem der rapporteres om flest selvmordsforsøg. I år 2009 så man, at selvmordsforsøgsraten for aldersgruppen 20-29 steg meget, og raten var på dette tidspunkt højere end for aldersgruppen 15-19-årige som hidtidig havde ligget højest. Dette vendte igen i år 2010, hvor raten igen var højest for aldersgruppen 15-19-årige og i 2011 var raterne henholdsvis 289,2 pr. 100.000 for kvinder i aldersgruppen 15-19-årige og tilsvarende 279,4 pr. 100.000 for de 20-29-årige kvinder. Hos mændene finder man flest selvmordsforsøg i alderen 20-49 år (aldersgrupperne 20-29, 30-39 og 40-49), men rateforskellene mellem disse aldersgrupper og de resterende (10-14,15-19, 50-59, 60-69 og 70+) er faldende over tid. Samtidig er der som nævnt i ovenstående færre og færre mænd, som registreres med selvmordsforsøg (Konieczna, A. 2012).

2.2.2 Metode:

De specifikke metoder som ofte har været anvendt ved selvmordsforsøg er:

- Forgiftning
- Snit (skarpe genstande)
- Hængning
- Drukning
- Skydning

Af ovenstående metoder repræsenterer forgiftning, dvs. selvforgiftning størstedelen af selvmordsforsøgene. Kvinder vælger oftere selvforgiftning end mænd, hvilket betyder, at ud af de samlede antal selvmordsforsøg hos kvinder vælger 80,2 % selvforgiftning som metode mod 70,4 % hos mænd. Modsatte gør sig gældende ved den 2. mest anvendte metode for både mænd og kvinder, nemlig snit (skarpe genstande). Denne metode vælges procentvis af flere mænd end kvinder (19,1 % mod 15,7 %). Selvforgiftning og snit udgør henholdsvis 95,9 % (kvinder) og 89,5 % (mænd) af de anvendte metoder ved selvmordsforsøg. Hængning, drukning og skydning udgør derfor en meget lille procentdel af anvendte metoder ved selvmordsforsøg. Samtidig er forskellen på fordelingen mellem køn meget lille for disse tre sidstnævnte metoder (Konieczna, A. 2012).

En kategori som ikke er nævnt i ovenstående er ’andre metoder’. Denne dækker over resterende metoder til selvmordsforsøg, fx udspring fra højt sted eller foran kørende objekt, men da der optræder meget få for hver enkelt af disse metoder, opgøres de i en samlet kategori.

2.2.3 Alkohol:

Alkohol anvendt som hovedmetode ses meget sjældent. I år 2011 blev der således kun registreret ét tilfælde i det gamle Fyns Amt. Alkoholindtag i forbindelse med et selvmordsforsøg, hvor der anvendes en af førnævnte hovedmetoder, finder derimod ofte sted. Denne tendens ses dog faldende fra år 2000 til år 2011. I år 2000 anvendte 46,6 % af mændene alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg. Dette tal faldt til 28,9 % i 2011. For kvindernes vedkommende var tallet henholdsvis 42,6 % i år 2000 og 23,5 % i år 2011. Som tallene viser, har det oftere været mænd end kvinder som anvendte alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg.
Når man ser på hyppigheden af alkoholindtag i sammenhæng med selvmordsforsøgsmetode viser det, at det ofte er i forbindelse med selvforgiftning at alkohol indtages og dernæst ved ’skær/stik’ som hovedmetode (Konieczna, A. 2012).

2.3 Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord?:

Hvad er det som gør, at mennesker forsøger at begå selvmord? Dette spørgsmål er ikke nyt, og der eksisterer både national og international forskning, som har koncentreret sig om besvarelse af lige netop dette spørgsmål. Det er veldokumenteret, at der er risikofaktorer hvis forekomst øger den enkeltes selvmordsadfærdsrisiko. Risikofaktorerne kan opdeles i henholdsvis distale- og proximale risikofaktorer. De distale risikofaktorer udgør den baggrund, hvorpå selvmordsadfærd bygger. Men tilstedeværelsen af distale risikofaktorer er ikke ensbetydende med, at et menneske vil forsøge at tage sit eget liv, men derimod har de betydning for et individs sårbarhed overfor senere proximale risikofaktorer. De proximale risikofaktorer er tættere knyttet til selve selvmordsforsøget end

de distale risikofaktorer. De proximale risikofaktorer kaldes af Moscicki, E. K (1997) for ’triggering events’ og som navnet siger, så dækker dette over situationer/forhold som er med til at ’skubbe’ mennesket derud, hvor han/hun ser ingen anden løsning eller i affekt forsøger at tage sit eget liv (Moscicki, E. K. 1997).

Selvmordsadfærd er ikke henførbar til én enkelt årsag. Selvmordsadfærd er en kompleks interaktion mellem sociale, psykologiske og biologiske karakteristika (Heeringen, K.V., Hawton, K., Williams, J.M.G. 2000).

Sociale og familiære forhold, familiær selvmordshistorik, personlighedstræk, psykisk helbred og stressfulde livsbegivenheder er alle kendte faktorer som har betydning for selvmordsadfærd.

Familiestabilitet har betydning for selvmordsforsøgsrisikoen. Forældres separation og/eller skilsmisse er påvist at kunne medføre en forhøjet selvmordsrisiko hos unge mennesker samt hos voksne mennesker, som har oplevet ændring i forældremønstret i deres barndom (Beautrais, A. L. 1999 & Agerbo, E., Nordentoft, M., Mortensen P. B. 2002). Forholdet forældre og børn imellem har også betydning for selvmordsforsøgsrisikoen. Ifølge Beautrais, A. L. (1999) er bl.a. et dårligt forhold til sine forældre samt dårlig kommunikation barn og voksen imellem associeret med forhøjet selvmordsforsøgsrisiko. I studie af Nordentoft, M. og Rubin, P (1993) fandt man ligeledes at årsagen til selvmordsforsøg for nogle var udspringende af problemer med forældre. Dette blev oftere angivet af kvinder end mænd. En hyppig psykosocial stressfaktor angivet af selvmordsforsøgerne er bl.a. problemer med børn eller andre nære slægtninge (Nordentoft, M. & Rubin, P 1993). Familien, det værende ens børn, forældre eller andre nære slægtninge, har stor betydning i de fleste menneskers liv. Netop derfor kan det også, for i forvejen sårbare personer, opleves som en markant stressfaktor, hvis man har uoverensstemmelser/konflikter med de nære relationer.

Unge som har været udsat for seksuelle overgreb, fx incest, har forhøjet risiko for at forsøge selvmord end unge, som ikke har oplevet dette. Den forhøjede risiko er samtidig også gældende for voksne, som i deres barndom har været udsat for sådanne overgreb, og deraf har forringet psykisk helbred (Beautrais, A.L. 1999).

Selvmordsadfærd i familien er ligeledes en risikofaktor for selvmordsforsøg. Hvis man har oplevet, at ens forældre har begået selvmord eller forsøgt selvmord, medfører dette en øget risiko for, at personen begår eller forsøger at begå selvmord. Dette er gældende for både unge og ældre (Beautrais, A.L. 1999). Ligeledes er tidligere selvmordsforsøg en stor risikofaktor for, at personen vil forsøge selvmord igen (Nordentoft, M. & Rubin, P. 1993). Blandt de personer som begår selvmord, har op til 40 % tidligere forsøgt selvmord. Ud af de personer som forsøger selvmord, har 30-60 % tidligere forsøg bag sig. 15-25 % af disse inden for det sidste år (Kerkhof, J.F.M, 2000). I føromtalte studie af Nordentoft og Rubin (1993) blev misbrugsproblemer (alkohol og stoffer) angivet som en årsag til selvmordsforsøg, dog oftere blandt mænd end kvinder. Ligeledes blev økonomiske problemer samt problemer på arbejdspladsen angivet som psykosociale stressfaktorer af selvmordsforsøgerne (Nordentoft, M. & Rubin, P 1993)

I WHO/EURO study så man en overrepræsentation af selvmordsforsøgere med single eller fraskilt status (Kerkhof J.F.M, 2000). Fra den eksisterende registrering til Register for Selvmordsforsøg har man ligeledes bemærket, at der ofte i patienters papirer står skrevet, at den pågældende er i en livsomstændighed, hvor personen lige er/ved at blive skilt eller har nuværende konflikter med ægtefælle. Samme resultat er angivet i studiet af Nordentoft og Rubin (1993) hvor ægteskabelige problemer og skilsmisse blev angivet som årsager til selvmordsforsøg for unge mennesker (Nordentoft, M. & Rubin, P 1993). Brud i forhold kan derfor anskues som en risikofaktor for selvmordsforsøg.

Psykisk sygdom er en meget stor risikofaktor for selvmordsforsøg, og studier har bevist, at mennesker med en psykisk sygdom har en forhøjet risiko for selvmordsadfærd (Beautrais, A.L. 1999). Sygdommen kan være en bagvedliggende omstændighed, som gør, at en evt. 'triggering event' jvf. tidligere beskrivelse udløser et selvmordsforsøg. Det kan også være den psykiske sygdom, som direkte er årsagen – patienten hører fx stemmer som fortæller ham/hende, at hun skal tage sit eget liv. Selvmordsrisikoen er forhøjet hos personer med en psykisk lidelse, men særligt ved depressive lidelser. 2/3 af de personer der forsøger selvmord har, ifølge J. K. Lönnqvist (2000), en affektiv lidelse (Lönnqvist, J. K. 2000). Psykisk sygdom og i særdeleshed 'affektive lidelser' (depression, mani og bipolar lidelse, tidl. kaldet manio-depressiv) samt borderline personlighedsforstyrrelse er risikofaktorer for selvmordsforsøg. De affektive lidelser omhandler lidelser hvor

sindsstemningen er forandret, og borderline personlighedsforstyrrelse er en emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, hvor personen bl.a. er meget impulsstyret og ofte handler uden tanke på konsekvenserne. Derudover har personer med borderline ofte temperament, og kan have svært ved at bevare nære relationer til andre mennesker (www.netpsykiater.dk). Omkring 2/3 af de personer som forsøger selvmord har ifølge Lönnqvist J. K. (2000), en lidelse der påvirker sindsstemningen, og håbløshed og depressive følelser er ligeledes hyppige hos selvmordsforsøgerene (Lönnqvist, J.K, 2000, Brezo, J., Paris, J. & Turecki, G. 2006). Brezo, Paris og Turecki (2006) skriver på baggrund af et systematisk review, at bl.a. inadvendthed, negativitet, borderline, neurotisk, impulsiv, fjendtlig og antisocial alle er personlighedstræk, som man kan se i relation til selvmordstruede individer (Brezo, J., Paris, J. & Turecki, G. 2006).

Sociale relationer spiller som før nævnt en stor rolle for det enkelte menneske. Det er ikke kun de familiære relationer, der er af betydning for os mennesker, men den sociale samhørighed og deraf vores netværk har ligeledes betydning for vores psykiske velbefindende. I studiet af Nordentoft og Rubin (1993) var der signifikant flere som ingen venner havde, ingen at betro sig til og som boede alene (Nordentoft, M. & Rubin, P 1993).

Som tidligere nævnt er selvmordsadfærd ofte en kompleks interaktion mellem sociale, psykologiske og biologiske karakteristika (Heeringen, K.V., Hawton, K., Williams, J.M.G. 2000). Ovenstående risikofaktorer vidner om, at selvmordsadfærd kan være til stede på baggrund af mange forskellige livsbetingelser. Disse betingelser vil ofte interagere med hinanden, og de kan derfor være vanskelige at adskille fuldstændig, da fx en psykisk sygdom kan have betydning for det sociale liv osv. På trods af dette vil vi i dette projekt kigge nærmere på 'hvorfor' dimensionen bag et selvmordsforsøg. Hvordan vi gør dette, beskrives i nedenstående metode afsnit.

3.0 Metode:

I dette afsnit beskrives hvilke metoder og hvilken fremgangsmåde, som er anvendt ved dette projekt.

To medarbejdere fra Center for Selvmordsforskning har indhentet data. Datagrundlaget udgør i denne rapport registreringer foretaget i år 2011. Ved indhentning af data er validering af data samtidig blevet foretaget, idet begge medarbejdere gennemgik samme data og opnåede enighed omkring de forskellige variable, inden disse blev registreret i Registret.

3.1 Udvidelse af Register for selvmordsforsøg:

Som nævnt i indledningen omhandlede første del af projektet en udvidelse af det eksisterende Register for Selvmordsforsøg. Registret blev udvidet, således at der nu indsamles data fra hele Region Syddanmark.

Der blev taget kontakt med ledelsen på de somatiske samt psykiatriske skadestuer i Region Syddanmark (Kolding, Vejle, Esbjerg, Aabenraa). OUH Odense samt Svendborg var en del af det eksisterende Register for Selvmordsforsøg, og indsamling af data fortsatte som vanligt fra OUH. Skadeklinikker blev fravalgt som indsamlingssted grundet projektets varighed. Vi er vel vidende om, at dette fravalg betyder, at der er personer som ikke indgår i vores register på trods af kontakt med sundhedsvæsenet. Fra år 2012 vil også skadeklinikker samt afdelinger som modtager patienter efter et selvmordsforsøg uden forudgående kontakt med skadestuen blive registreret i Register for Selvmordsforsøg.

Efter positiv tilkendegivelse fra alle somatiske samt psykiatriske skadestuer i Region Syddanmark om ønsket deltagelse i foreliggende projekt, modtog Center for Selvmordsforskning cpr.-udskrift på alle patienter som i 2011 var registreret under kontaktårsagskoden 4 (selvmordsforsøg) med skadehandling EUW (somatisk) samt ICD-10 koderne X60-X84 (psykiatrisk).

Data som blev indsamlet, og som kan findes/erhverves hos Center for Selvmordsforskning, omfatter nedenstående variable:

Til Register for Selvmordsforsøg indsamles følgende variable:

- Cpr. nr. (Kan ikke findes/erhverves hos Center for Selvmordsforskning)

- Alder
- Køn
- Kommunekode
- Region/amtskode
- Registreringssted
- Dato og tidspunkt for selvmordsforsøg
- Kontaktårsagskode
- Aktionsdiagnose
- Metode. Hvis den anvendte metode er medicinforgiftning, så registreres der yderligere, hvilket præparat/præparater der har været anvendt, mængden af dette/disse og ATC-kode.
- Alkohol. Hvorvidt der har været indtaget alkohol i forbindelse med selvmordsforsøget og i hvilken mængde, hvis informationer om dette er tilgængelige.
- Omstændighed (distal- og proximal faktor) – Dette er kun registreret i den jyske del af Region Syddanmark.

3.2 Tilføjelse af 'hvorfor' dimensionen til Register for Selvmordsforsøg:

Centrets erfaring ud fra gennemlæsning af skadekort fra den somatiske skadestue OUH er, at indholdet og informationerne omkring den enkeltes selvmordsforsøg, ud over den fysiologiske påvirkning, er meget sparsom. Årsagen til dette skal givetvis findes i skadestuernes øgede arbejdspres og deraf sparsomme tid samt kontaktårsagens alvor. Det kan være svært både for lægen, men i høj grad også patienten, at tale om selvmordsforsøget i situationen, som ofte er præget af kort patientkontakt. Med journaladgang er der mulighed for at finde flere oplysninger omkring den enkeltes situation, og derved have mulighed for at opnå et større kendskab til den udløsende faktor for den enkeltes selvmordsforsøg og de bagvedliggende omstændigheder – mere specifikt 'hvorfor' dimensionen.

På baggrund af de tidligere beskrevne risikofaktorer samt Center for Selvmordsforsknings tidligere års registrering af selvmordsforsøg i 'det gamle Fyns Amt', blev der udarbejdet nedenstående kategorier til besvarelse af 'hvorfor' dimensionen. Kategorierne blev anvendt som mulige omstændigheder under både distale- (bagvedliggende) og proximale (udløsende) faktorer. Nogle af de udarbejdede kategorier er mere oplagte som proximale faktorer end distale faktorer, hvilket vi også har en forventning om, vil give sig til kende, når indhentede data bearbejdes. Nedenstående fremstilles de anvendte kategorier:

Kategorier	**Beskrivelse**
Ukendt	Hvis der af journalmaterialet ikke fremgår nogen oplysning vedr. omstændighederne for selvmordsforsøget
Psykisk sygdom	Hvis patienten er diagnosticeret med en psykisk sygdom. Hvis denne fremgår som distal anskues sygdommen her som en bagvedliggende risikofaktor. Hvis psykisk sygdom fremgår som proximal faktor, er det på baggrund af en beskrivelse i journalen, som direkte beskriver den psykiske sygdom som udløsende faktor
Psykiske problemer	Hvis patienten har det psykisk dårligt, men ikke er diagnosticeret med en psykisk lidelse fx ."patienten udviser depressive symptomer", "er depressiv", "oplever indre uro", "er rastløs", "oplever søvnbesvær" osv. Eksemplerne taget fra journalgennemgang
Livet er hårdt	Denne kategori er meget bred. Ofte vil denne registreres som en proximal faktor frem for distal faktor. Herunder registreres selvmordsforsøget, hvis der i journalen står beskrevet, at patienten udtrykker at være: "Træt af livet", "trist", "ked af det", "stresset", at have "skyldfølelse", at opleve at "hverdagen er uoverskuelig", beskriver forsøget som: "Et råb om hjælp", eller ønsker: "En pause fra det hele"
Brud i forhold	Når et selvmordsforsøg har rod i et opløst parforhold (kæresteforhold/ægteskab)
Andre konflikter med nære personer	Når et selvmordsforsøg har rod i konflikter med de nære relationer. Her er de nære relationer defineret som ovenstående (kærester, mand/hustru)

Affekt handling	Selvmordsforsøget er sket i affekt. Personen kan ikke redegøre for hvorfor han/hun forsøgte selvmord – dette skal udtrykkes eksplicit, et øjebliks uoverskuelighed/en pludselig indskydelse
Skænderi/uoverensstemmelse med nær person.	Når et selvmordsforsøg har rod i et skænderi eller i uoverensstemmelser med en nær person. Herunder defineres "nær person" som fx familiemedlemmer (far/mor/bror/søster/datter/søn) eller en god ven/veninde. Dvs. **ikke** mand/hustru eller kæreste.
Somatisk sygdom	Hvis patienten angiver, at det er en somatisk lidelse, som er årsagen til, at personen forsøger selvmord
Alkohol/euforiserende stoffer	Hvis der ligger et misbrugsproblem til grund for patientens selvmordsforsøg
Økonomiske problemer	Hvis patienten angiver at hans/hendes økonomiske problemer er årsagen til, at personen har forsøgt selvmord
Sociale problemer	Kategorien dækker i dette projekt fx over: Oplevet mobning, ensomhed, problemer vedr. bopæl
Traumatisk oplevelse	En oplevelse som for patienten har været traumatisk, fx dødsfald, voldtægt, tortur eller vidne til en voldsom hændelse
Arbejds-/skole-/udd.-relationer/problemer	Hvis patienten angiver problemer med skolen/arbejdet/uddannelsesinstitutionen eller de samarbejdsrelationer som er på de enkelte steder, fx kollegaer, klassekammerater eller lærer, som belastende i sådan en grad, at personen har forsøgt selvmord.
Andre problemer	Indeholder problemer som ikke er favnet i de ellers opstillede kategorier.
Problemer i barndommen (incest)	Hvis patienten angiver at have været/er udsat for incest i barndommen.
Barndommen: Andre problemer	Hvis patienten angiver at have oplevet belastende forhold i barndommen. Fx vold i hjemmet eller forældre med alkohol problemer.

Ved distale faktorer var det muligt at registrere op til to faktorer pr. selvmordsforsøg. For proximale faktorer kunne der registreres én faktor.

3.3 Stikprøvekontrol af ulykkeskoder:

Den tidligere beskrevne usikkerhed om definitionen af selvmordsforsøg kan ifølge Statens Serum Institut være en af årsagerne til, at der sker en vurderet underrapportering af selvmordsforsøg. Ligeledes påpeges det samme sted fra, at det sundhedsfaglige personales personlige holdninger til patientens integritet kan være den forhindring som gør, at de bevidst/ubevidst fravælger at spørge ind til selvmordsforsøget af hensyn til patientens psykiske tilstand (Sundhedsstyrelsen 2011). Center for Selvmordsforsknings vurdering er, at der er selvmordsforsøg, som på baggrund af ovenstående samt forhold omhandlende patientens fremtidige muligheder, der gør, at selvmordsforsøg bliver registreret som ulykker frem for selvmordsforsøg. Hvis et selvmordsforsøg er registeret i en persons journal, kan dette få fremtidige konsekvenser i forsikringsøjemed. Derfor kan man fra skadestuens side ikke registrere det som et selvmordsforsøg, hvis personen nægter, at dette var tilfældet på trods af en åbenlys selvskadende handling.

For at undersøge hvorvidt og hvor udbredt fejlregistrering finder sted, foretog vi en stikprøvekontrol ud fra 3 udvalgte ulykkeskoder. Koderne som blev valgt var:

EUHH0 (anden ulykkeshændelse udført af skaderamte selv)

EUHJ0 (utilsigtet fejlbrug af biologisk substans)

EUHZ9 (anden og ikke specificeret ulykkeshændelse)

Dette blev kun foretaget i den jyske del af Region Syddanmark. Fra hvert dataindsamlingssted modtog vi i lighed med registreringen af selvskadehandlinger lister over kontakter med skadestuerne registreret under ovennævnte ulykkeskoder. Der blev tilfældigt udvalgt 10 % af disse, der hvor der var mange kontakter. Det var meget forskelligt, hvorvidt vi modtog et stort eller lille antal kontakter under hver enkelt ulykkeskode fra

de forskellige skadestuer. Via journalgennemgang undersøgte vi, hvorvidt der ud fra den anvendte definition af selvmordsforsøg var kontakter, der var fejlregistreret.

4.0 Resultater:

I det følgende gennemgås projektets resultater. Disse er tematisk opdelt i 5 dele. Indledningsvis præsenteres en oversigt over de registrerede selvmordsforsøg. Disse analyseres på fordelingen på køn og alder, regionale forskelle mellem Region Syddanmark (-Fyn) (herefter omtalt som 'den jyske del') og landsdel Fyn (herefter omtalt som 'den fynske del') af Region Syddanmark samt en samlet analyse på Region Syddanmark ('den jyske del' og ' den fynske del' af Region Syddanmark). Dette efterfølges af en gennemgang af de metoder, som er blevet anvendt ved selvmordsforsøgene. Heri vil der blive rettet et særligt fokus på medicinforgiftninger. Fokus rettes herefter på brugen af alkohol ved selvmordsforsøg. Omstændighederne ved selvmordsforsøgene analyseres med fokus på bagvedliggende (distale) og udløsende (proximale) faktorer. Som afslutning har registreringen for 2011 også været en evaluering af, om selvmordsforsøg bliver fejlregistrerede som ulykker. Denne evaluering gennemgås i afslutningen af dette afsnit.

Beregninger og tabeller er udarbejdet af statistiker Bo Ejdesgaard Andersen, Center for Selvmordsforskning. Analyserne til projektet er udarbejdet ved hjælp af SAS 9.2. På grund af datasættets begrænsede størrelse, er der ikke foretaget signifikanstests.

4.1 Antal selvmordsforsøg samt fordeling på køn og alder:

De registrerede selvmordsforsøg fra Region Syddanmark vil nu blive gennemgået. Analysen tager udgangspunkt i rateberegninger over registrerede selvmordsforsøg. Rater har den fordel, at de tager højde for populationsstørrelsen. Derved giver de et mere reelt billede end eks. procenter. I det følgende anvendes rater per. 100.000. I afsnittet analyseres først antallet af registrerede selvmordsforsøg. Herefter opgøres forsøgsraten fordelt på køn og alder. Derpå sammenlignes 'den jyske' og 'den fynske del' af Region

Syddanmark med en afsluttende reference til det generelle billede for Region Syddanmark.

4.1.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark:

Antallet af selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark i år 2011 er fra indhentet data registeret til i alt 438.

Tabel 1. Antal selvmordsforsøg fordelt på køn i 'den jyske del' af Region Syddanmark.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal Forsøg	284	64,8 %	154	35,2 %	**438**	**100,0 %**

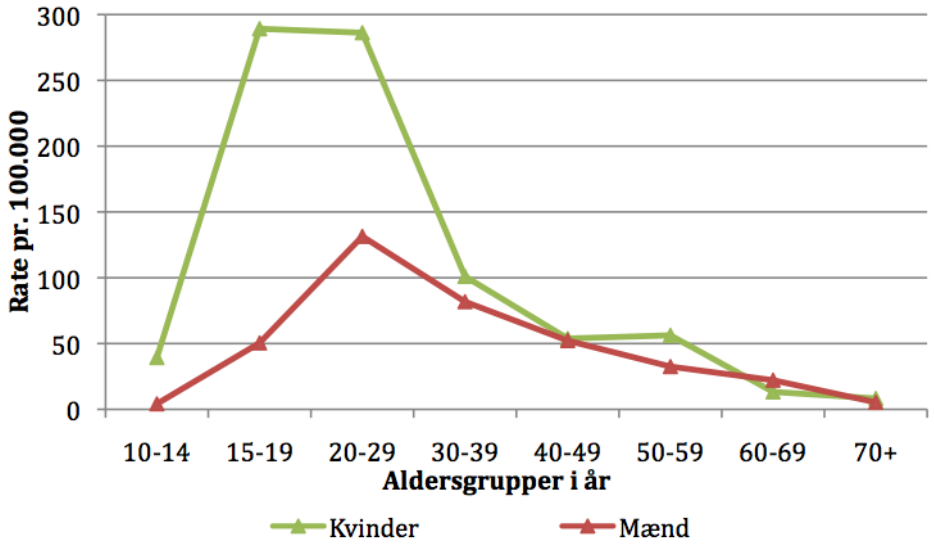
Fordelingen på køn i absolutte tal er 284 (64,8 %) kvinder og 154 (35,0 %) mænd. Som det fremgår af tabel 1 er der flest kvinder som har forsøgt selvmord.

Nedenstående tabel 2 og figur 1 viser selvmordsforsøgsraten fordelt på køn og alder i 'den jyske del' af Region Syddanmark 2011. Beregningerne bygger på folketal 4. kvartal 2011 Region Syddanmark minus landsdel Fyn, indhentet fra Danmarks Statistik.

Tabel 2. Selvmordsforsøgsraten i 'den jyske del' af Region Syddanmark.

Aldersgrp.	Kvinde	Mand	Total
10-14 år	39,3	4,2	**21,4**
15-19 år	289,2	50,4	**166,1**
20-29 år	286,2	131,4	**205,1**
30-39 år	101,0	81,8	**91,4**
40-49 år	53,8	52,2	**53,0**
50-59 år	56,2	32,5	**44,2**
60-69 år	13,2	22,1	**17,7**
70+	8,3	5,3	**7,0**
Total	**89,5**	**48,8**	**69,2**

Figur 1. Selvmordsforsøgsraten i ’den jyske del’ af Region Syddanmark fordelt på køn og alder.



Ovenstående tabel viser, at den højeste totalrate finder man hos de 20-29-årige. Hos kvinderne finder man den højeste rate hos de 15-19-årige, mens man hos mændene finder den højeste rate hos de 20-29-årige. Raten for de 20-29-årige kvinder er imidlertid næsten lige så høj som for de 15-19-årige kvinder. I aldersgruppen 15-19 år finder man den største ratedifferens mellem kvinder og mænd. I denne aldersgruppe er der en markant højere andel kvinder end mænd, som forsøger selvmord. Udover denne aldersgruppe er der også en markant højere forsøgsrate blandt de 20-29-årige kvinder samt hos de 10-14-årige piger. Generelt har kvinder en højere forsøgsrate (89,5) end mænd (48,8). Eneste aldersgruppe hvor mænd har en højere selvmordsforsøgsrate er blandt de 60-69-årige. Den samlede selvmordsforsøgsrate 2011 (kvinder og mænd i alle aldersgrupper) ligger i ’den jyske del’ af Region Syddanmark på 69,2.

4.1.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark:

I nedenstående tabel 3 ses antallet af selvmordsforsøg i 'den fynske del' af Region Syddanmark. Sammenholdt med 'den jyske del' af Region Syddanmark viser disse tal den samme tendens med, at hovedparten, knap 2/3, af alle forsøg begås af kvinder.

Tabel 3. Antal selvmordsforsøg fordelt på køn i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

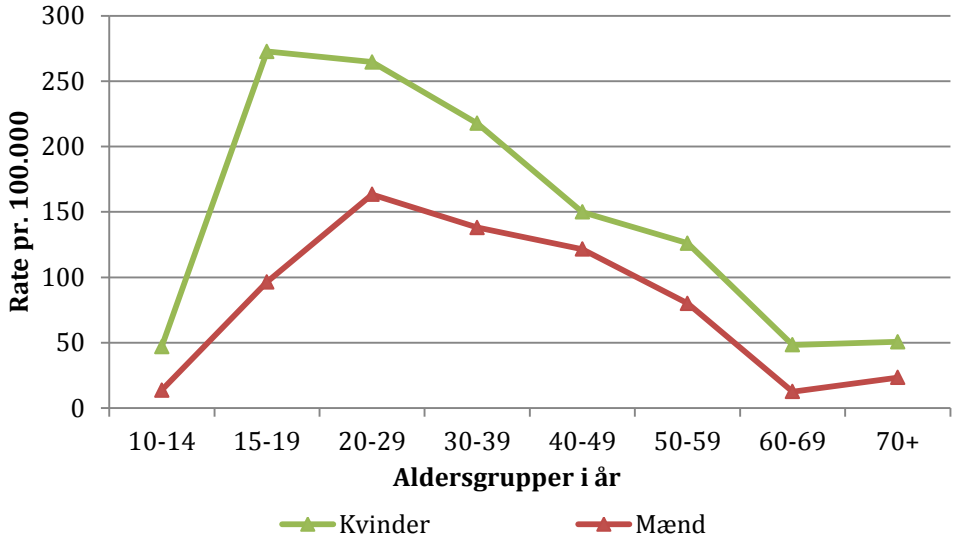
	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal forsøg	311	63,3 %	180	36,7 %	**491**	**100,0 %**

I nedenstående tabel 4 og figur 2 kan det bemærkes, at man også finder den højeste totale forsøgsrate blandt de 20-29-årige i 'den fynske del' af Region Syddanmark. Den højeste forsøgsrate blandt kvinder er ligeledes også blandt de 15-19-årige, og blandt mændene er det også igen blandt de 20-29-årige. Den største kønsforskel fremkommer i 'den fynske del' af Region Syddanmark også blandt de 15-19-årige. Faktisk adskiller kvinderne sig markant med en højere forsøgsrate indenfor alle aldersgrupper i 'den fynske del' af Region Syddanmark. Kvinder har heraf en højere forsøgsrate (146,1) end mænd (82,4). Den samlede selvmordsforsøgsrate 2011 (Kvinder og mænd i alle aldersgrupper) ligger i 'den fynske del' af Region Syddanmark på 113,9,

Tabel 4. Selvmordsforsøgsraten i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

Aldersgrp.	Kvinde	Mand	Total
10-14 år	47,0	13,7	**30,5**
15-19 år	272,7	96,4	**187,1**
20-29 år	264,6	163,5	**215,6**
30-39 år	217,8	138,1	**177,9**
40-49 år	149,9	121,5	**135,9**
50-59 år	126,1	80,0	**103,1**
60-69 år	48,4	12,6	**30,3**
70+	50,7	23,4	**35,1**
Total	**146,1**	**82,4**	**113,9**

Figur 2. Selvmordsforsøgsraten i ’den fynske del’ af Region Syddanmark fordelt på køn og alder.



Som det fremgår af ovenstående er selvmordsforsøgsraten i ’den fynske del’ højere end i ’den jyske del’ af Region Syddanmark.

En sammenligning af selvmordsforsøgsraterne i ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af Region Syddanmark viser, at begge steder er det de 20-29-årige, som har den højeste totalrate. Men hvis man anskuer den kønsspecifikke selvmordsforsøgsrate i ovenstående tabeller, ser man, at den højeste selvmordsforsøgsrate for kvinderne er i alderen 15-19 år for både ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af Region Syddanmark. Dette viser, at mændene med en markant lavere selvmordsforsøgsrate for alderen 15-19 år er årsagen til, at den samlede totalrate er højest ved alderen 20-29 år. Samtidig bemærkes også, at for netop aldersgruppen 15-19 år, finder man den højeste selvmordsforsøgsratedifferens mellem mænd og kvinder. Af andre forskelle skal det bemærkes, at kvinderne i ’den fynske del’ af Region Syddanmark har en højere selvmordsforsøgsrate end mændene inden for alle aldersgrupper. I ’den jyske del’ har de 60-69-årige mænd en højere forsøgsrate end kvinderne. For ’den fynske del’ er det markant omvendt. Afsluttende skal det også bemærkes, at hvor der ikke var de store forskelle mellem kønnene blandt de 30-39-årige samt 40-49-årige i den jyske del af Region Syddanmark, da adskiller kvin-

derne sig markant med en højere forsøgsrate i de samme aldersgrupper i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

4.1.3 Region Syddanmark.

Det samlede antal registrerede selvmordsforsøg i Region Syddanmark er i alt 929. Grundet afrunding er det totale antal på 100,1 %.

Tabel 5. Antal selvmordsforsøg fordelt på køn i Region Syddanmark.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal Forsøg	595	64,1 %	334	36,0 %	**929**	**100,1 %**

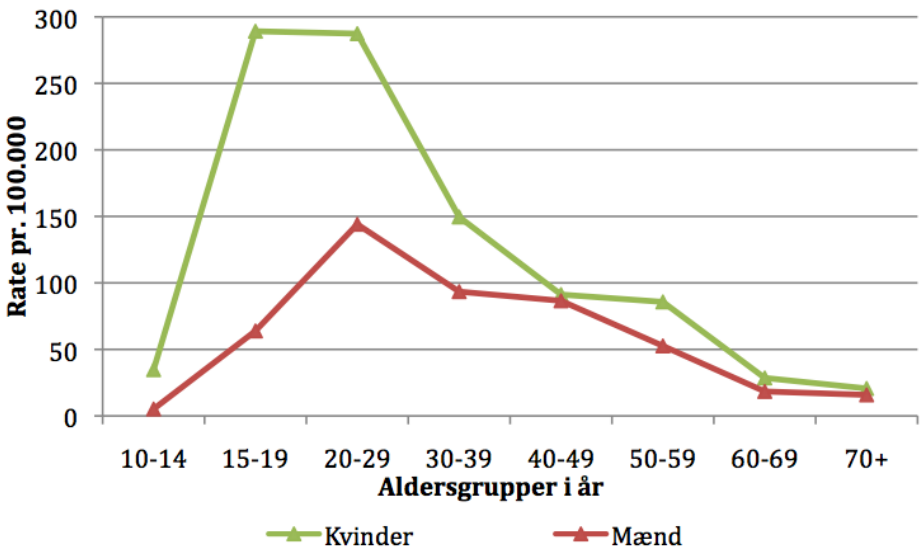
Som det ses i ovenstående tabel 5 er der flest kvinder, som har forsøgt selvmord. 64,1% af alle registrerede selvmordsforsøg er begået af kvinder, mens 36,0 % af alle registrerede selvmordsforsøg er begået af mænd.

Nedenstående tabel 6 og figur 3 viser selvmordsforsøgsraten i Region Syddanmark.

Tabel 6. Selvmordsforsøgsraten i Region Syddanmark.

Aldersgrp.	Kvinde	Mand	Total
10-14 år	34,7	5,2	**19,7**
15-19 år	289,2	63,9	**173,1**
20-29 år	287,4	144,1	**212,8**
30-39 år	149,6	93,4	**121,5**
40-49 år	91,2	86,5	**88,8**
50-59 år	85,7	52,6	**69,0**
60-69 år	28,5	18,4	**23,5**
70+	20,6	15,8	**18,5**
Total	**111,1**	**63,2**	**87,3**

Figur 3. Selvmordsforsøgsraten i Region Syddanmark fordelt på køn og alder.



Ovenstående tabel 6 viser, at den højeste selvmordsforsøgstotalrate finder man hos de 20-29-årige. Dette er ikke overraskende, da det også var denne aldersgruppe, der skilte sig ud for både 'den jyske del' og 'den fynske del' af Regionen. Hos kvinderne finder man igen den højeste selvmordsforsøgsrate hos de 15-19-årige, og hos mændene er den højeste selvmordsforsøgsrate atter blandt de 20-29-årige (tabel 6 og figur 3). I aldersgruppen 15-19 år finder man også for hele Region Syddanmark den største selvmordsforsøgsratedifferens mellem kvinder og mænd.

Den totale selvmordsforsøgsrate for hele Region Syddanmark er for kvinder 111,1 og for mænd 63,2. Den totale selvmordsforsøgsrate indeholdende begge køn er 87,3. Det vil sige, for hver 100.000 er der minimum 87 selvmordsforsøg i Region Syddanmark. Ud af disse 87 selvmordsforsøg kan der være et færre antal individer, som forsøger at begå selvmord, da samme person kan forsøge selvmord mere end en gang indenfor det samme år.

4.2 Metoder anvendt ved selvmordsforsøg:

I registreringen af selvmordsforsøg registreres også den eller de metoder folk har anvendt i et forsøg på at tage deres eget liv eller jvf. den anvendt definition *"... hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser..*". Dette kan være alt fra at have forsøgt at springe ud fra et højt sted til at sluge 100 Panodiler. I det efterfølgende er disse metoder opdelt i 6 hovedkategorier. Valget af 'forgiftning' som metode vil yderligere blive belyst i forhold til hyppigste ATC-koder og præparatnavne. Afsnittet vil endnu engang være opbygget således, at først vil 'den jyske del' af Region Syddanmark blive gennemgået, herefter 'den fynske del' og afsluttende hele Region Syddanmark.

4.2.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark:

Anvendte metoder ved selvmordsforsøg registeret i 'den jyske del' af Region Syddanmark 2011, fordelt på køn, er som vist i nedenstående tabel 7:

Tabel 7. Anvendte metoder i 'den jyske del' af Region Syddanmark fordelt på køn.

	Kvinder		Mænd		Total	
Metode	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Forgiftning	220	77,5 %	105	68,2 %	**325**	**74,2 %**
Skær eller stik	59	20,8 %	32	20,8 %	**91**	**20,8 %**
Hængning	4	1,4 %	10	6,5 %	**14**	**3,2 %**
Drukning	1	0,4 %	1	0,6 %	**2**	**0,5 %**
Skydning	0	0,0 %	1	0,6 %	**1**	**0,2 %**
Anden metode	0	0,0 %	5	3,2 %	**5**	**1,1 %**
Alle	**284**	**100,0 %**	**154**	**100,0 %**	**438**	**100,0 %**

Ovenstående tabel 7 viser, at den mest anvendte metode er 'forgiftning' hos både kvinder og mænd. 'Forgiftning' dækker over medicinforgiftning samt forgiftning med andre

stoffer som fx opløsningsmidler, euforiserende stoffer og CO^2. Samme tendens er gældende for anvendelse af den næsthyppigste metode ’skær eller stik’, hvor en person eksempelvis har forsøgt selvmord ved at skære sig i pulsåren ved håndledet. Hvor ’forgiftning’ og ’skær eller stik’ samlet set udgør 98,3 % af de anvendte metoder for kvinder, udgør samme anvendte metoder kun 89 % for mændenes vedkommende. Årsagen til dette skal findes ved de resterende anvendte metoder, som mændene anvender hyppigere end kvinderne. ’Hængning’, ’drukning’, ’skydning’ og ’anden metode’ (fx udspring fra højt sted eller foran kørende objekt) udgør samlet set 11 % af de anvendte metoder for mænd. Sidstnævnte metoder, med undtagelse af ’drukning’ og ’anden metode’, er de metoder som har den højeste ’farlighedsgrad’ (Konieszna, A. 2012), og som ovenstående viser, er der flere mænd end kvinder, som anvender metoder med høj farlighedsgrad. Grunden til, at metoderne med høj ’farlighedsgrad’ udgør en lille andel af de samlede metoder, er ligeledes, at disse metoder ofte medfører døden. Det betyder, at de ikke registreres som selvmordsforsøg, men som selvmord.

Når vi ser på anvendte metoder i forhold til alder, ser fordelingen ud som i nedenstående tabel 8.

Tabel 8. Anvendte metoder i ’den jyske del’ af Region Syddanmark fordelt på alder.

	Aldersgrupper							
Metode	**10-14**	**15-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**
Forgiftning	100 %	88,0 %	69,2 %	76,9 %	66,1 %	69,8 %	68,8 %	**50,0 %**
Skær eller stik	0 %	10,8 %	26,0 %	18,0 %	23,2 %	23,3 %	31,3 %	**33,3 %**
Hængning	0 %	1,2 %	3,4 %	2,6 %	7,1 %	4,7 %	0 %	**0 %**
Drukning	0 %	0 %	0,7 %	0 %	0 %	2,3 %	0 %	**0 %**
Skydning	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	**16,7 %**
Anden metode	0 %	0 %	0,7 %	2,6 %	3,6 %	0 %	0 %	**0 %**
Alle (antal)	**10**	**83**	**146**	**78**	**56**	**43**	**16**	**6**

Ovenstående tabel 8 viser, at 'forgiftning' også rangerer højest som hyppigst anvendte metode samt 'skær eller stik' som næsthyppigste hos alle aldersgrupper. Tabellen viser, at anvendelse af metoderne med den højeste 'farlighedsgrad' (Konieszna, A. 2012) blev anvendt indenfor specifikke aldersgrupper. 'Hængning' blev anvendt indenfor fem ud af otte aldersgrupper (fra 15-59 år), 'drukning' blev anvendt indenfor to aldersgrupper (20-29 og 50-59 år) og slutteligt 'skydning', som kun blev anvendt indenfor én aldersgruppe (70år +). Samtidig skal det bemærkes, at den yngste aldersgruppe 10-14 år udelukkende har anvendt 'forgiftning' som metode ved selvmordsforsøg, modsat de resterende aldersgrupper i hvilke forskellige metoder har været anvendt.

4.2.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark:

Resultatet af anvendte metoder i 'den jyske del' af Region Syddanmark viser overensstemmelse med samme beregninger fra 'den fynske del' af Region Syddanmark. Resultaterne fra 'den fynske del' af Region Syddanmark omhandlende anvendte metoder fordelt på køn og metode vises i nedenstående tabel 9.

Tabel 9. Anvendt metode fordelt på køn i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

	Kvinder		Mænd		Total	
Metode	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Forgiftning	239	76,9 %	125	69,4 %	**364**	**74,1 %**
Skær eller stik	51	16,4 %	21	11,7 %	**72**	**14,7 %**
Hængning	5	1,6 %	12	6,7 %	**17**	**3,5 %**
Drukning	4	1,3 %	4	2,2 %	**8**	**1,6 %**
Skydning	0	0 %	0	0 %	**0**	**0 %**
Anden metode	12	3,9 %	18	10,0 %	**30**	**6,1 %**
Alle	**311**	**100,1 %**	**180**	**100,0 %**	**491**	**100,0 %**

I lighed med ’den jyske del’ af Region Syddanmark er ’forgiftning’ den metode som hyppigst anvendes i ’den fynske del’ af Region Syddanmark hos både kvinder og mænd. Metoden er anvendt i henholdsvis 76,9 % af selvmordsforsøgene begået af kvinder og 69,4 % af selvmordsforsøgene begået af mænd. Der, hvor der optræder en forskel i anvendt metode mellem ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af Region Syddanmark, er ved den registrerede metode ’anden metode’. Der er registreret flere under ’anden metode’ i ’den fynske del’ end i ’den jyske del’ af Region Syddanmark. Dvs. anvendelse af metoder som er indeholdt i ’anden metode’, fx ’udspring’, er hyppigere anvendt i ’den fynske del’ end i ’den jyske del’ af Region Syddanmark. Den procentvise fordeling af anvendt metode mellem kvinder og mænd viser ligeledes, at der hos kvinderne i ’den fynske del’ af Region Syddanmark er en større andel ud af det samlede antal selvmordsforsøg begået af kvinder, som har anvendt metoden ’skær eller stik’, end der er hos mændene. Denne forskel ser man ikke i ’den jyske del’ af Region Syddanmark, hvor metoden ’skær eller stik’ udgør samme procentvise fordeling for henholdsvis kvinder og mænd. ’Drukning’ som selvmordsforsøgsmetode optræder hyppigere i ’den fynske del’ af Region Syddanmark end i ’den jyske del’ af Region Syddanmark. Der er 8 selvmordsforsøg registreret ved denne metode i ’den fynske del’ af Region Syddanmark til sammenligning med 2 personer i ’den jyske del’ af Region Syddanmark. I lighed med ’den jyske del’ af Region Syddanmark anvendes de farligste metoder, dvs. de metoder med højst farlighedsgrad, hyppigere af mændene end af kvinderne i ’den fynske del’ af Region Syddanmark. Men dette gælder kun for metoden ’hængning’. Ved denne metode blev der registreret over dobbelt så mange selvmordsforsøg begået af mænd som hos kvinder i både ’den fynske del’ og ’den jyske del’ af Region Syddanmark.

Anvendt metode i forhold til alder i ’den fynske del’ af Region Syddanmark fordeler sig som i nedenstående tabel 10.

Tabel 10. Anvendt metode fordelt på alder i ’den fynske del’ af Region Syddanmark.

	Aldersgrupper							
Metode	**10-14**	**15-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**
Forgiftning	92,3 %	73,6 %	67,0 %	79,6 %	74,2 %	81,3 %	77,8 %	50,0 %
Skær eller stik	0 %	20,8 %	20,2 %	11,2 %	13,4 %	9,4 %	11,1 %	15,0 %
Hængning	7,7 %	1,4 %	7,3 %	2,0 %	1,0 %	3,1 %	0 %	10,0 %
Drukning	0 %	0 %	1,8 %	0 %	3,1 %	0 %	11,1 %	5,0 %
Skydning	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Anden metode	0 %	4,2 %	3,7 %	7,1 %	8,3 %	6,3 %	0 %	20,0 %
Alle (antal)	**13**	**72**	**109**	**98**	**97**	**64**	**18**	**20**

Ikke overraskende er ’forgiftning’, i ’den fynske del’ ligesom i ’den jyske del’ af Region Syddanmark, den hyppigste anvendte metode hos alle aldersgrupper. Den næsthyppigste metode for aldersgrupperne 15-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år 50-59 år og 60-69 år er ’skær eller stik’. Hos sidstnævnte aldersgruppe deles denne placering med ’drukning’, begge registreret for 11,1 % af selvmordsforsøgene i aldersgruppen 60-69 år, hvilket ikke optræder i resultaterne fra ’den jyske del’ af Region Syddanmark. Hvor de 10-14-årige alle anvendte ’forgiftning’ som metode i ’den jyske del’ af Region Syddanmark, ser man i ’den fynske del’ af Region Syddanmark, at også ’hængning’ som metode er registreret under denne aldersgruppe. På nær de her omtalte forskelligheder, mellem ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af Region Syddanmark med fokus på anvendt metode fordelt på alder, ligner de to registreringsområder meget hinanden. Der er små procentvise afvigelser, men overordnet viser de to registreringsområder samme tendens.

4.2.3 Anvendte metoder i Region Syddanmark:

Nedenstående tabel 11 viser anvendte metoder ved selvmordsforsøg registreret i Region Syddanmark, fordelt på køn.

Tabel 11. Anvendt metode fordelt på køn i Region Syddanmark.

	Kvinder		Mænd		Total	
Metode	Antal	%	Antal	%	Antal	**%**
Forgiftning	459	77,1 %	230	68,9 %	**689**	**74,2 %**
Skær eller stik	110	18,5 %	53	15,9 %	**163**	**17,6 %**
Hængning	9	1,5 %	22	6,6 %	**31**	**3,3 %**
Drukning	5	0,8 %	5	1,5 %	**10**	**1,1 %**
Skydning	0	0 %	1	0,3 %	**1**	**0,1 %**
Anden metode	12	2,0 %	23	6,9 %	**35**	**3,8 %**
Alle	**595**	**99,9 %**	**334**	**100,1 %**	**929**	**100,1 %**

For både 'den jyske del' og 'den fynske del' af Region Syddanmark viser resultaterne, at 'forgiftning' er den metode, som anvendes hyppigst ved selvmordsforsøg. Derfor ses det også i ovenstående, at den mest anvendte metode for Region Syddanmark er 'forgiftning' med et samlet antal på 689 ud af de i alt 929 selvmordsforsøg i Regionen. Næst herefter kommer 'skær eller stik' med et samlet antal på 163, henholdsvis 110 for kvinder og 53 for mænd. De øvrige metoder er repræsenteret med et antal, der strækker sig fra 0-23.

Aldersfordelingen inden for de enkelte metoder i Region Syddanmark fordeler sig som i nedenstående tabel 12.

Tabel 12. Anvendt metode fordelt på alder i Region Syddanmark.

	Aldersgrupper							
Metode	**10-14**	**15-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**
Forgiftning	93,3 %	80,3 %	70,4 %	79,3 %	69,9 %	77,7 %	69,4 %	51,9 %
Skær eller stik	0 %	16,2 %	22,1 %	14,4 %	17,3 %	13,4 %	25,0 %	18,5 %
Hængning	6,7 %	1,4 %	4,9 %	2,3 %	3,2 %	3,6 %	0 %	7,4 %
Drukning	0 %	0 %	0,8 %	0,6 %	1,3 %	1,8 %	5,6 %	3,7 %
Skydning	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3,7 %
Anden metode	0 %	2,1 %	1,9 %	3,5 %	8,3 %	3,6 %	0 %	14,8 %
Alle (antal)	**15**	**142**	**267**	**174**	**156**	**112**	**36**	**27**

’Forgiftning’ rangerer højest indenfor alle aldersgrupper. Dernæst finder man metoden ’skær eller stik’ som den næsthyppigste anvendte metode for alle aldersgrupper på nær de 10-14-årige. Hos sidstnævnte aldersgruppe er den næsthyppigste anvendte metode ’hængning’. Her skal man dog være opmærksom på, at denne fordeling bygger på et samlet antal selvmordsforsøg på 15, hvoraf 6,7 % er registreret under ’hængning’, dvs. ét selvmordsforsøg. ’Hængning’ ses anvendt indenfor alle aldersgrupper på nær de 60-69-årige. ’Drukning’ er med undtagelse af de 10-14-årige samt de 15-19-årige en anvendt metode i de resterende aldersgrupper. ’Skydning’ er som eneste metode repræsenteret i én enkelt aldersgruppe, de 70+-årige.

4.3 Medicinforgiftning:

Nedenstående afsnit omhandler medicinforgiftning som metode. Herunder beskrives de samlede resultater for Region Syddanmark, dvs. resultater fra både ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af region Syddanmark. Årsagen, til at resultaterne ikke opdeles i henholdsvis ’den jyske del’ og ’den fynske del’ af Region Syddanmark som i de foregående temaer, er, at beregningerne viste samme tendens for de to registreringsområder.

4.3.1 ’Forgiftning’ som metode fordelt på hyppigste ATC-koder:

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System anvendes internationalt til standardisering af lægemiddelklassifikation. Systemet er udviklet med det formål at gøre det muligt at forske i lægemiddelforbrug både nationalt og internationalt. Systemet defineres og vedligeholdes af WHO’s Collaborationg Center for Drug Statistics Methodology i Oslo. Systemet klassificerer lægemidler efter indholdsstof og virkemåde. Lægemidler har en ATC-kode på 5 niveauer, som hver især refererer til en anatomisk hovedgruppe (hvor i kroppen lægemidlet virker), en terapeutisk/farmakologisk gruppe (den omhandlende lidelse), en farmakologisk undergruppe (lægemidlets virkning), en kemisk undergruppe (tilhørende stofgruppe) samt slutteligt en undergruppe for kemisk

substans (det virksomme indholdsstof) . ATC-kodesystemet er inddelt i 14 hovedgrupper, såkaldte anatomiske hovedgrupper (niveau 1), som refererer til hvilket organsystem lægemidlet virker på (WHO's Collaboration Center for Drug Statistics Methodology & Sygehusapotek Fyn, Adm. Informationssekretariat, marts 2007, Konieczna, A & Jensen, B, 2010).

De 14 ATC-hovedgrupper er som nedenstående. Bogstavet i klassifikationen udgør første bogstav i en ATC-kode og henviser derfor til, hvor i kroppen lægemidlet virker:

A: Lægemidler til fordøjelse og stofskifte
B: Lægemidler udvundet af blod og lægemidler til bloddannende organer
C: Lægemidler til hjerte og kredsløb
D: Hudmidler
G: Kønshormoner, gynækologiske lægemidler og urinvejsmidler
H: Hormoner til systemisk brug
J: Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme
L: Cancermidler og lægemidler til immunsystemet
M: Lægemidler til muskler, led og knogler
N: Lægemidler til nervesystemet
P: Lægemidler til parasitter
R: Lægemidler til åndedrætsorganer
S: Lægemidler til sanseorganer
V: Diverse lægemidler

Kilde: Statens Serum Institut

Nedenstående tabel 13 viser selvmordsforsøg i Region Syddanmark med 'forgiftning' som metode, fordelt på hyppigste ATC-koder. Læseren vil bemærke, at det samlede procentantal ikke udgør 100%. I nedenstående tabel er kun medtaget de ATC-koder som opnår procent >1, derfor er sumtallet kun på 62,9 %.

Tabel 13. ’Forgiftning’ som metode fordelt på hyppigste ATC-koder i Region Syddanmark.

ATC-kode	Kategori	Underkategori	Ca. andel
N02BE01	Smertestillende	Paracetamol	**27,4 %**
M01AE01	Antiinflamm./antirheum.	Ibuprofen	**8,2 %**
N05AH04	Psycholeptica	Quetiapin	**4,8 %**
N02AX02	Smertestillende	Tramadol	**4,3 %**
N05AF03	Psycholeptica	Chlorprothixen	**6,8 %**
N05BA04	Psycholeptica	Oxazepam	**4,9 %**
N05CF01	Hypnotica og sedativa	Zopiclon	**1,9 %**
N05CF02	Hypnotica og sedativa	Zolpidem	**2,3 %**
N06AB04	Antidepressiva	Citalopram	**2,3 %**
Total			**62,9 %**

Ovenstående tabel 13 viser, at det er ATC-hovedgruppen Lægemidler til nervesystemet (N), som samlet anvendes hyppigst ved brug af lægemidler som metode ved selvmordsforsøg. Samtidig ses ligeledes, at ATC-koden ’N02BE01’(Paracetamol) er det indholdsstof som udgør 27,4%, altså over en ¼ del af den samlede opgørelse af anvendte lægemidler ved selvmordsforsøg.

4.3.2 ’Forgiftning’ som metode fordelt på hyppigste præparatnavne blandt alle anvendte præparater:

Nedenstående tabel 14 viser, hvilke præparatnavne som hyppigst anvendes ved de registrerede selvmordsforsøg i Region Syddanmark.

Tabel 14. Hyppigst anvendte præparater i Region Syddanmark.

Navn	ATC-kode	Kategori	Underkategori	Ca. andel
Panodil	N02BE01	Smertestillende	Paracetamol	**11,6 %**
Truxal	N05AF03	Antipsykotikum	Chlorprothixen	**7,1 %**
Pamol	N02BE01	Smertestillende	Paracetamol	**6,7 %**
Seroquel	N05AH04	Antipsykotikum	Quetiapin	**4,9 %**
Alopam	N05BA04	Anxiolytikum	Oxazepam	**4,1 %**
Pinex	N02BE01	Smertestillende	Paracetamol	**3,8 %**
Ipren	M01AE01	Antiinflamm./sm. stillende	Ibuprofen	**3,1 %**
Ibumetin	M01AE01	Antiinflamm./sm. stillende	Ibuprofen	**2,5 %**
Dolol	N02AX02	Smertestillende	Tramadol	**2,3 %**
Total				**46,3 %**

Som det fremgår af ovenstående tabel 14, er Paracetamol som indholdsstof repræsenteret ved tre ud af de ni mest anvendte præparater. Seks ud af de ni hyppigst anvendte præparater, er smertestillende medicin. Fem af disse kan købes som håndkøbsmedicin. Det er: Panodil, Pamol, Pinex, Ipren og Ibumetin. Det skal dog siges at Ibumetin som håndkøbsmedicin er forudsat en dispenseringsform på max. 200 mg. Hvis dispenseringsformen ligger på 400 mg eller 600 mg er det receptpligtigt. Der foreligger derfor en vis usikkerhed i resultatet omhandlende Ibumetin, da det ikke altid fremgår af de indhentede oplysninger, hvilken dosis den indtagne medicin havde. At Panodil er det hyppigst anvendte præparat kan måske delvis skyldes, at Panodil i daglig tale ofte anvendes som fællesbetegnelse for smertestillende præparater med indholdsstoffet Paracetamol. Derfor kommer nogle personer måske til at opgive Panodil som præparatnavn, når de er på skadestuen, selvom de måske i virkeligheden har anvendt fx. Pinex. Men denne usikkerhed ændrer ikke ved, at Paracetamol som indholdsstof er det hyppigst anvendte. Dolol, som er et receptpligtigt smertestille præparat, er det niende hyppigst anvendte præparat. Alopam, som figurerer som nummer fem af hyppigst anvendte præparater, er et anxiolytikum, et beroligende middel, som anvendes ved angst- og urotilstande.
De resterende to præparater er medicin, som anvendes ved psykiske lidelser. Truxal og Seroquel er antipsykotikum, som anvendes ved behandling af psykoser og tilstande præget af angst og uro (Truxal), samt ved behandling af bl.a. skizofreni og bipolar lidelse (Seroquel). Afsluttende optræder Ibuprofen ikke på listen over anvendte præparatnavne, selvom samme anvendes relativt hyppigt jvf. forrige tabel over hyppigste ATC-

koder. Årsagen hertil er, at Ibuprofen både er et præparatnavn samt et indholdsstof. Da der i journalmaterialet ikke skelnes mellem disse kategorier, er Ibuprofen valgt til at udgå af denne oversigt.

4.4 Brug af alkohol ved selvmordsforsøg:

Som tidligere beskrevet registreres der også i Register for Selvmordsforsøg, hvorvidt der har været indtaget alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg. Som i tidligere afsnit analyseres først alkoholindtag i forbindelse med selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark, dernæst 'den fynske del' af Region Syddanmark og slutteligt Region Syddanmark.

4.4.1 'Den jyske del' af Region Syddanmark:

Nedenstående tabel 15 viser hvor ofte alkohol blev anvendt i forbindelse med et selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Dvs. alkohol, IKKE som anvendt metode, men alkohol som en tilstedeværende faktor ved selvmordsforsøget.

Tabel 15. Registreret alkoholindtag ved selvmordsforsøg fordelt på køn i 'den jyske del' af Region Syddanmark.

	Kvinder		**Mænd**		**Total**	
	Antal	%	Antal	%	Antal	**%**
Alkohol	40	14,1 %	32	20,8 %	**72**	**16,4 %**

Der blev registreret alkoholindtag i forbindelse med 72 selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Dette betyder, at der blev indtaget alkohol i minimum16,4 % ud af de i alt 438 registrerede selvmordsforsøg. Som tidligere beskrevet var der i alt

284 selvmordsforsøg begået af kvinder i ’den jyske del’ af Region Syddanmark i 2011. Ud af disse blev der anvendt alkohol ved minimum 40 (14,1 %) selvmordsforsøg begået af kvinder. For mændenes vedkommende blev der anvendt alkohol ved minimum 32 (20,8 %) ud af i alt 154 selvmordsforsøg. Sammenligner man mændene og kvinderne ser man, at det at anvende alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg er hyppigere hos mænd end hos kvinder. Grunden til at alkoholindtaget angives som et minimums tal er, at hvis der i journalen står anført, at det er uvist om personen har drukket, så registreres dette ikke. Man kan formode, at der evt. har været omstændigheder ved selvmordsforsøgeren, som har gjort, at lægen har valgt at nævne dette som en ukendt faktor og ikke blot undladt dette. Men dette beror på gisninger og kan have rod i den enkelte læges valg eller fravalg af information. Men ved 72 selvmordsforsøg stod der i journalen beskrevet et alkoholindtag i forbindelse med selvmordsforsøget.

Hvis man ser på anvendt metode samt alkoholindtag, så viser nedenstående tabel 16, at alkohol blev anvendt i sammenhæng med 4 ud af 6 metoder. I knap en femtedel af de registrerede selvmordsforsøg, hvor forgiftning var anvendt metode, blev der samtidig indtaget alkohol. Ved ’hængning’ som metode var samme tal på lidt over en femtedel. Alkohol blev indtaget ved halvdelen af selvmordsforsøgene med ’drukning’ som metode, men man bør her notere, at dette tal beror på et antal på 2 tilfælde i alt. Alkoholindtag blev kun registreret i 4,4 % af selvmordsforsøgene hvor ’skær eller stik’ var anvendt som metode.

Tabel 16. Alkoholindtag fordelt på metode i ’den jyske del’ af Region Syddanmark.

Metode	Antal	Alkohol
Forgiftning	325	19,7 %
Skær eller stik	91	4,4 %
Hængning	14	21,4 %
Drukning	2	50,0 %
Skydning	1	0 %
Anden metode	5	0 %
Alle	**438**	**16,4 %**

4.4.2 'Den fynske del' af Region Syddanmark:

Nedenstående tabel 17 viser antallet af registrerede selvmordsforsøg i 'den fynske del' af region Syddanmark, hvor der samtidig er registreret indtagelse af alkohol.

Tabel 17. Registreret alkoholindtag ved selvmordsforsøg fordelt på køn i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

	Kvinder		**Mænd**		**Total**	
	Antal	%	Antal	%	Antal	**%**
Alkohol	73	23,5 %	52	28,9 %	**125**	**25,5 %**

Som ovenstående tabel 17 viser, er der registreret indtagelse af alkohol i forbindelse med i alt 125 selvmordsforsøg i 'den fynske del' af Region Syddanmark. Dette betyder, at der blev indtaget alkohol ved minimum 25,5 % af de i alt 491 selvmordsforsøg i 'den fynske del' af Region Syddanmark mod minimum 16,4 % af de i alt 438 selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Indtagelse af alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg sker altså oftere i 'den fynske del' end i 'den jyske del' af Region Syddanmark. I lighed med 'den jyske del' af Region Syddanmark er andelen af mændene, som anvender alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg, højere end andelen af kvinder.

Anvendt metode samt alkoholindtag i 'den fynske del' af Region Syddanmark er skitseret i nedenstående tabel 18.

Tabel 18. Alkoholindtag fordelt på metode i 'den fynske del' af Region Syddanmark.

Metode	Antal	Alkohol
Forgiftning	364	28,3 %
Skær eller stik	72	16,7 %
Hængning	17	11,8 %
Drukning	8	50,0 %
Skydning	0	0 %
Anden metode	30	13,3 %
Alle	**491**	**25,5 %**

Det, at der er registreret flere selvmordsforsøg med samtidig indtagelse af alkohol i 'den fynske del' end i 'den jyske del' af Region Syddanmark, bliver tydeligt, når man forholder sig til anvendt metode og alkoholindtag. Andelen af alkoholindtag ved metoderne 'forgiftning' og 'skær eller stik' er højere i 'den fynske del' end i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Ved 'hængning' som metode i 'den fynske del' af Region Syddanmark ses der en lavere andel af alkoholindtag end ved samme metode i 'den jyske del' af Region Syddanmark.

4.4.3 Region Syddanmark:

Når man ser på data omhandlende alkoholindtag i forbindelse med et selvmordsforsøg, for Region Syddanmark, fordeler tallene sig som i nedenstående tabel 19.

Tabel 19. Registreret alkoholindtag ved selvmordsforsøg fordelt på køn i Region Syddanmark.

	Kvinder		**Mænd**		**Total**	
	Antal	%	Antal	%	Antal	**%**
Alkohol	113	19,0 %	84	25,2 %	**197**	**21,2 %**

Ud af de i alt 929 antal selvmordsforsøg i Region Syddanmark i 2011 blev der ved minimum 197 selvmordsforsøg indtaget alkohol. Det kan ligeledes konstateres, at tallene fra Region Syddanmark ikke ændrer ved tidligere konklusion fra 'det gamle Fyns Amt' nemlig, at det oftere er mænd end kvinder, som anvender alkohol i forbindelse med et selvmordsforsøg.

Nedenstående tabel 20 viser, hvorledes indtagelse af alkohol fordeler sig i Region Syddanmark i relation til de forskellige metoder.

Tabel 20. Alkoholindtag fordelt på metode i Region Syddanmark.

Metode	Antal	Alkohol
Forgiftning	689	24,4 %
Skær eller stik	163	9,8 %
Hængning	31	16,1 %
Drukning	10	50,0 %
Skydning	1	0 %
Anden metode	35	11,4 %
Alle	**929**	**21,2 %**

Som tabel 20 viser, har alkohol været en tilstedeværende faktor i minimum 21,2 % af de samlede antal selvmordsforsøg i Region Syddanmark (929 selvmordsforsøg). Ved knap 1/4 del af selvmordsforsøgene med 'forgiftning' som metode, er der registreret alkoholindtag. I halvdelen af selvmordsforsøgene, hvor 'drukning' optræder som anvendt metode, er der registreret indtag af alkohol. Bortset fra 'skydning' er 'skær eller stik' som metode registret for den mindste andel af selvmordsforsøg med samtidigt alkoholindtag.

4.5 Omstændigheder ved selvmordsforsøg:

Som noget nyt for 2011 er det blevet forsøgt at registrere, hvorfor mennesker forsøger at tage deres eget liv. De kategorier, der er blevet opstillet på baggrund af tidligere års registreringspraksis samt ekstern forskningslitteratur jvf. metodeafsnittet, er under registreringen opdelt i henholdsvis proximale (udløsende) samt distale (bagvedliggende) faktorer.

Nedenstående resultater i tabellerne 21, 22 og 23 er indsamlet i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Fordi der kun er indsamlet data fra 'den jyske del' af Region Syddanmark, vil der ikke blive foretaget sammenligning med 'den fynske del' af Region Syddanmark i dette afsnit.

De proximale faktorer er baseret på én omstændighed, mens de distale faktorer er baseret på op mod 2 omstændigheder. Dvs., at der kan være mere end en omstændighed knyttet til hvert forsøg.

Registreringen er foretaget af to medarbejdere fra Center for Selvmordsforskning. Det er derfor disse medarbejderes vurdering, ud fra journalmaterialet, der ligger til grund for registreringen af omstændighederne omkring selvmordsforsøgene. Derudover er hvad der står skrevet i journalen, den pågældende læges vurdering af patienten og dennes udsagn. Derfor må man anskue registreringen omhandlende omstændigheder ud fra det faktum, at vurderingerne er foretaget af flere personer og ikke direkte fra patienten. Til tider kan en patient skifte mening om, hvorfor vedkommende forsøgte at tage sit eget liv, og om det var et selvmordsforsøg eller ej. Hvor vedkommende måske ved ankomsten fremlægger, at det var et selvmordsforsøg med nogle bestemte årsager, kan samme patient efter en nats søvn revurdere sin opfattelse, og eksempelvis nægte at der overhovedet var tale om et selvmordsforsøg. Derfor skal eventuelle konklusioner på baggrund af de registrerede omstændigheder foretages med forsigtighed og med forbehold.

Som læseren vil bemærke er der i tabel 22 samt tabel 23 udeladt halvdelen af de opstillede omstændighedskategorier. Dette er gjort pga., at der ved de udeladte kategorier er registreret et så lille antal selvmordsforsøg, at beregninger på disse vil hvile på et meget spinkelt grundlag.

Tabel 21. Selvmordsforsøg i ’den jyske del’ af Region Syddanmark fordelt på køn samt bagvedliggende faktorer ved forsøget.

	Proksimale faktorer				Distale faktorer		
Omstændighed	**Antal**	**Kvinder**	**Mænd**		**Antal**	**Kvinder**	**Mænd**
Ukendt	112	27,1 %	22,7 %		316	70,6 %	66,9 %
Psykisk sygdom	74	16,6 %	17,5 %		59	12,8 %	13,1 %
Psykiske problemer (ikke sygdom)	61	13,4 %	14,9 %		12	3,4 %	1,3 %
Livet er hårdt	43	9,5 %	10,4 %		5	0,7 %	1,9 %
Brud i forhold	35	7,4 %	9,1 %		5	1,0 %	1,3 %
Andre konflikter med nære personer	33	8,1 %	6,5 %		11	2,0 %	3,1 %
Affekt handling	24	6,4 %	3,9 %		0	0 %	0 %
Skænderi/uoverensstemmelse med nær person	22	6,4 %	2,6 %		4	1,0 %	0,6 %
Somatisk sygdom	6	0,7 %	2,6 %		8	1,4 %	2,5 %
Alkohol/euforiserende stoffer	5	0,7 %	2,0 %		12	1,4 %	5,0 %
Økonomiske problemer	5	0,7 %	2,0 %		7	1,0 %	2,5 %
Sociale problemer	5	0,7 %	2,0 %		5	1,7 %	0 %
Traumatisk oplevelse	4	1,1 %	0,7 %		6	1,4 %	1,3 %
Arbejds-/skole/udd. -relationer	4	0,7 %	1,3 %		1	0,3 %	0 %
Andre problemer	3	0 %	2,0 %		3	0,7 %	0,6 %
Barndommen: Incest	1	0,4 %	0 %		1	0,3 %	0 %
Barndommen: Andre problemer	1	0,4 %	0 %		1	0,3 %	0 %
Total	**438**	**100,3 %**	**100,2 %**		**456**	**100,0 %**	**100,1 %**

Tabel 22. Selvmordsforsøg i ’den jyske del’ af Region Syddanmark fordelt på hovedmetode samt hyppigste proximale faktor ved forsøget.

Proksimal omstændighed	Forgiftning n=325	Hængning n=14	Drukning n=2	Skydning n=1	Skær/stik n=91	Anden n=5
Ukendt	27,7 %	35,7 %	0 %	0 %	17,6 %	20,0 %
Psykisk sygdom	13,9 %	0 %	50,0 %	0 %	29,7 %	20,0 %
Psykiske problemer (ikke sygdom)	14,2 %	7,1 %	50,0 %	0 %	14,3 %	0 %
Livet er hårdt	12,0 %	7,1 %	0 %	0 %	3,3 %	0 %
Brud i forhold	8,6 %	7,1 %	0 %	0 %	5,5 %	20,0 %
Andre konflikter med nære personer	7,4 %	21,4 %	0 %	0 %	6,6 %	0 %
Affekt handling	3,7 %	0 %	0 %	0 %	12,1 %	20,0 %
Skænderi/uoverens. med nær person	5,5 %	7,1 %	0 %	0 %	3,3 %	0 %
Total	**93,0 %**	**85,5 %**	**100,0 %**	**0 %**	**92,4 %**	**80,0 %**

Tabel 23. Selvmordsforsøg i ’den jyske del’ af Region Syddanmark fordelt på alder samt hyppigste proximale faktor ved forsøget.

Proksimal omstændighed	10-14 år n=10	15-19 år n=83	20-29 år n=146	30-39 år n=78	40-49 år n=56	50-59 år n=43	60-69 år n=16	70+ år n=6
Ukendt	40,0 %	25,3 %	27,4 %	24,4 %	19,6 %	23,3 %	31,3 %	33,3 %
Psykisk sygdom	0 %	16,9 %	27,4 %	11,5 %	7,1 %	9,3 %	18,8 %	0 %
Psykiske problemer (ikke sygdom)	0 %	15,7 %	11,6 %	15,4 %	14,3 %	14,0 %	25,0 %	16,7 %
Livet er hårdt	10,0 %	7,2 %	8,9 %	11,5 %	10,7 %	16,3 %	6,3 %	0 %
Brud i forhold	0 %	10,8 %	7,5 %	9,0 %	12,5 %	0 %	6,3 %	0 %
Andre konflikter med nære personer	10,0 %	7,2 %	3,4 %	12,8 %	12,5 %	7,0 %	6,3 %	0 %
Affekt handling	10,0 %	6,0 %	5,5 %	0 %	5,4 %	11,6 %	6,3 %	16,7 %
Skænderi/uoverens. med nær person	20,0 %	6,0 %	4,1 %	6,4 %	1,8 %	7,0 %	0 %	0 %
Total	**90,0 %**	**95,1 %**	**95,8 %**	**91,0 %**	**83,9 %**	**88,5 %**	**100,3 %**	**66,7 %**

4.5.1 Proximale faktorer:

De proximale faktorer er som tidligere beskrevet den udløsende faktor. Dvs. hvilken omstændighed/situation (udløsende faktor) i den pågældendes liv der medførte, at personen forsøgte selvmord.

Som ovenstående tabel 21 viser, blev der for både kvinderne og mændenes vedkommende registreret 'ukendt' I henholdsvis 27,1% og 22,7% af de registrerede 438 selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Kategorien 'ukendt' indeholder de cases, hvor der i journalmaterialet ikke har været muligt at registrere nogle omstændigheder ved forsøget. Dette kan evt. skyldes travlhed på den enkelte skadestue, hvor der i patientkontakten ikke har været tid til nærmere samtale om bevæggrundene til selvmordsforsøget. Det kan også skyldes manglende meddelsomhed fra den enkelte patient. For både kvinderne og mændene blev det registreret, at en psykisk sygdom var den udløsende faktor for selvmordsforsøget, som den anden højeste procentdel af proximale faktorer. Det vil sige, jvf. registreringskategorierne opstillet på side 14-15, at personens psykiske sygdom har været den primære udløsende faktor. Et eksempel fra journalgennemgang er: *"har hørt stemmer, som har sagt, at hun/han skulle skære sig selv med døden til følge"*. 'Psykiske problemer' (ikke sygdom) som den udløsende faktor, kommer næstherefter med henholdsvis 13,4 % for kvinderne og 14,9 % for mændene ud af de i alt 438 registrerede selvmordsforsøg i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Som nævnt i indledningen er kategorien 'psykiske problemer' (ikke sygdom) en kategori der må tages med forbehold, da forskellen imellem denne og kategorien 'psykisk sygdom' udelukkende beror på, om der i journalmaterialet er beskrevet en kendt psykiatrisk diagnose/psykisk sygdom eller blot, at personen havde psykiske problemer eller lign.. Det er meget tænkeligt, at en del af de selvmordsforsøgere, som er registreret under denne kategori, efterfølgende (efter vores dataindsamling) kommer i kontakt med psykiatrien og evt. diagnosticeres med en psykisk sygdom.

Kategorien 'livet er hårdt' er en meget bred kategori og ligger derfor ikke overraskende højt på listen over proximale faktorer. Ofte ses det i journalmaterialet beskrevet, at patienten forsøgte selvmord på baggrund af, at denne opfattede livet som hårdt.

’Brud i forhold’ ligger højt i det samlede resultat med i alt 35 selvmordsforsøg. At miste en partner ved ophævelse af partnerskab (ægteskab eller kæreste) er, som ovenstående viser, en stor risikofaktor for, at personer forsøger selvmord. ’Andre konflikter med nære personer’ ligger ligeledes højt på listen. Igen viser dette, at når der sker uoverensstemmelser med de personer som står os nær, i dette tilfælde konflikter i parforholdsrelationer, kan det være dråben, som får bægeret til at flyde over, og personen vælger selvmordsforsøg, som reaktion på dette. ’Skænderi/uoverensstemmelse med nær person’, hvor nær person i denne kategori omfatter familiære- (minus hustru/mand, kæreste) eller venskabsrelationer er ligeledes repræsenteret ved i alt 22 selvmordsforsøg.

I kategorien ’affekt handling’ ses der en større forskel på andelen af mænd og kvinder end ved førnævnte kategorier. Der er flere kvinder end mænd, som foretager et selvmordsforsøg i affekt.

De resterende kategorier indeholder meget få personer, og en analyse af disse vil derfor hvile på et meget spinkelt grundlag. Center for Selvmordsforsknings forventning er, at den fremtidige registrering vil kunne belyse disse aspekter ved samtidig udvidelse af Register for Selvmordsforsøg til et landsdækkende register. En proces som er påbegyndt i år 2013.

4.5.2 Distale faktorer:

De distale faktorer er som tidligere beskrevet, de bagvedliggende faktorer, som har været medvirkende årsager til selvmordsforsøget, men som ikke direkte har udløst forsøget. De distale faktorer er i registreringen baseret på op til to omstændigheder, modsat de proximale som kun er baseret på én enkelt omstændighed. Dette er grunden til, at der er i tabel 20 er et total antal for distale faktorer på 456 og ikke 438, der er det samlede antal selvmordsforsøg for ’den jyske del’ af Region Syddanmark. Når en distal faktor registreres som ’ukendt’ er det implicit et udtryk for, at der ud fra journalmaterialet ikke fremgik bagvedliggende faktorer for selvmordsforsøget. Derved betyder det også, at vi kan konkludere, at ud af de i alt 438 registrerede selvmordsforsøg i ’den jyske del’ af

Region Syddanmark, var der for 316 selvmordsforsøg ingen beskrevne bagvedliggende faktorer.

Herunder fremhæves nogle af resultaterne i tabel 20 omhandlende de distale faktorer. Psykisk sygdom, der er en kendt risikofaktor for selvmordsforsøg, ligger ikke overraskende på 1. pladsen for distale faktorer, hvis man ser bort fra 'ukendt' som distal faktor. For kvinderne gælder det at 12,8 % har 'psykisk sygdom' som distal faktor og for mændene 13,1%.

De resterende resultater skal anskues i lyset af det samlede antal registreringer for hver enkelt kategori. Grundet det høje antal 'ukendte' faktorer er der modsat få registreringer i de resterende kategorier. Ved 'psykiske problemer', som ud fra vores definition omfatter faktorer, hvor den modtagende læge fx beskriver patienten således: "… udviser depressive symptomer", "… har indre uro", og "… er meget rastløs", dvs. patienter med en ikke kendt diagnosticeret psykisk sygdom, er der fordelingsmæssigt flere kvinder end mænd registreret.

Den største forskel på andelen af kvinder og mænd i relation til distale faktorer ses ved 'alkohol/euforiserende stoffer'. Denne distale faktor var tilstede hos 1,4 % af de registrerede kvinder mod 5,0 % af de registrerede mænd. Dvs. andelen af mænd, som forsøger selvmord, og samtidig har en afhængighed af stoffer eller alkohol, er højere end for de registrerede kvinder. For resten af de distale faktorers vedkommende er antallet for få til at kunne konkludere noget ud fra disses resultater.

4.5.3 Sammenhæng mellem hovedmetoder og hyppigste proximale faktorer i 'den jyske del' af Region Syddanmark:

I det følgende analyseres der på sammenhæng mellem hovedmetode og de hyppigste proximale faktorer (tabel 22). Den hyppigste proximale faktor er stadig faktoren 'ukendt', men da denne er mindre interessant i forskningsmæssig sammenhæng, udelades denne kategori i de efterfølgende konklusioner. Afsluttende skal det bemærkes, at

jvf. tabel 7 er datagrundlaget spinkelt for metoderne ’hængning’, ’drukning’, ’skydning’ og ’anden metode’. Disse indgår derfor ikke i nedenstående analyse.

Af de som har anvendt ’forgiftning’ som hovedmetode, i ’den jyske del’ af Region Syddanmark, er der flest, som har haft ’psykiske problemer’ som proximal (udløsende) faktor. Herudover er der næsten lige så mange, som har haft ’psykisk sygdom’ som udløsende faktor. Sammenlagt udgør begge mere end 1/4 del af de proximale faktorer i relation til den anvendte metode ’forgiftning’. Tredje hyppigst optræder omstændigheden ’livet er hårdt’.

Den hyppigste udløsende faktor for ’skær eller stik’ er, jvf. tabel 22, ’psykisk sygdom’ (29,7 %). En forklaring herpå kan være, at der blandt denne kategori er en overvægt af personer med borderline- personlighedsforstyrrelser, hvor sygdommen ofte medfører selvskadende adfærd i form af cutting. Dette kan til dels også anvendes som forklaring på, at ’psykiske problemer’ og ’affekt handling’ også er hyppige omstændigheder bag denne metode, med henholdsvis 14,3% og 12,1 %.

4.5.4 Sammenhæng mellem alder og hyppigste proximale faktorer ved selvmordsforsøg i ’den jyske del’ af Region Syddanmark:

En samkøring af selvmordsforsøgernes alder samt proximale faktor giver et indblik i, hvilken omstændighed der er registreret som udslagsgivende ved selvmordsforsøgene indenfor en given aldersgruppe. Disse resultater ses i tabel 23.

Den hyppigste proximale faktor er igen ’ukendt’, men på baggrund af kategoriens manglende relevans udgår denne i de følgende analyser. Datagrundlaget for aldersgrupperne 10-14 år samt 60-69 år og 70+ år er relativt spinkelt, så disse aldersgrupper er ligeledes udeladt.

For de 15-19-årige finder man den hyppigste proximale faktor i kategorien ’psykisk sygdom’ med 16,9 % ud af de i alt 83 selvmordsforsøg registreret for denne aldersgruppe. Herefter kommer ’psykiske problemer’ med 15,7 %. Den proximale faktor ’brud i

forhold' har også relativ stor betydning, da dette har været udslagsgivende for 10,8 % af de unge selvmordsforsøgere. En forklaring herpå kan være, at det er i denne alder, de unge får kæresteforhold, som har større emotionel betydning end førhen. For 9 af de 83 unge i alderen 15-19 år var den udløsende faktor for selvmordsforsøget et endt forhold.

I aldersgruppen 20-29 år er den udløsende faktor for selvmordsforsøg overvejende 'psykisk sygdom' med 27,4 % ud af de i alt 146 selvmordsforsøg hos personer i denne aldersgruppe i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Dernæst kommer 'psykiske problemer' med 11,6 %. For denne aldersgruppe har næsten hver fjerde ud af ti selvmordsforsøg været udløst af 'psykiske problemer' eller 'psykisk sygdom'. Dette er den største andel blandt alle aldersgrupper hvis vi ser bort fra de 60-69-årige.

De 30-39-årige samt 40-49-årige er de to aldersgrupper med det mest brogede billede af hvilke faktorer, der har været udslagsgivende for deres selvmordsforsøg. Selvom 'psykisk sygdom' og 'psykiske problemer' også her har en fremtrædende rolle, så har 'livet er hårdt', 'brud i forhold' samt 'andre konflikter med nære personer' også stor betydning. Dette kan måske delvist forklares ved, at det er i 30'erne og 40'erne at mennesker ofte udsættes for følelsesmæssige belastninger som fx skilsmisse.

For de 50-59-åriges vedkommende fylder 'livet er hårdt' også meget, tillige med at 'psykiske problemer' og 'psykisk sygdom' også er relativt fremtrædende som udløsende omstændigheder. Karakteristisk for denne aldersgruppe er imidlertid også, at en stor andel af deres forsøg har været udløst som en 'affekt handling'.

4.6 Ulykkeskoder og selvmordsforsøg:

Som nævnt i indledningen indgik der i nuværende projekt en validering af registreringspraksissen på skadestuerne i 'den jyske del' af Region Syddanmark, dvs. om nogle selvmordsforsøg bliver klassificeret som ulykker. Tre oplagte ulykkeskoder blev udvalgt til at indgå i valideringen: EUHHO (anden ulykkeshændelse udført af skaderamte selv), EUHJO (utilsigtet fejlbrug af biologisk substans) og EUHZ9 (anden og ikke specificeret ulykkeshændelse)

Nedenstående tabel 24 viser resultatet af gennemgang af journalmateriale ud fra ovennævnte ulykkeskoder.

Tabel 24. Ulykkeskoder fordelt på 'ikke selvmordsforsøg' og 'selvmordsforsøg' i Region Syddanmark.

	Ikke Selvmordsforsøg		Selvmordsforsøg	
Kode	Antal	%	Antal	**%**
EUHH0	91	98,9 %	1	1,1 %
EUHJ0	45	95,7 %	2	4,3 %
EUHZ9	245	100 %	0	0 %

Under ulykkeskoden EUHZ9 blev der ikke fundet nogen fejlregistrerede selvmordsforsøg. Men under EUHHO og EUHJO blev der fundet henholdsvis 1 og 2 selvmordsforsøg, som var fejlregistreret under en ulykkeskode frem for koden for selvskade (EUW). Som beskrevet i 'Metode' afsnittet blev der ikke foretaget en gennemgang af alle ulykkeskoder samt heller ikke en gennemgang af alle journaler indeholdende en af ovenstående ulykkeskoder. Tabel 24 viser, at der optræder fejlregistrering, men ud fra dette projekts resultater er disse meget få.

5.0 Sammenfatning:

På baggrund af de indhentede data, kan det konkluderes, at den aldersgruppe som har den højeste selvmordsforsøgsrate i Region Syddanmark, er de unge mellem 20-29 år og indenfor denne aldersgruppe, er det kvinderne som har den højeste selvmordsforsøgsrate. Den største forskel på 'den fynske del' og 'den jyske del' af Region Syddanmark er, at den totale selvmordsforsøgsrate er højere i 'den fynske del' af Region Syddanmark end i 'den jyske del' af Region Syddanmark. Der kan være mange årsager til dette. En

af årsagerne kan være, at demografien her spiller ind, nærmere bestemt de socio-demografiske karakteristika inden for Regionen. Selvmordsforsøg finder oftere sted blandt personer i bymæssige områder end blandt personer i landlige områder, hvilket konkluderes i studier fra bl.a. England og USA (Harriss, L. & Hawton, K. 2011 og Larkin, L. G., Smidth, R. P. & Beautrais, A. L. 2008). I det engelske studie af Louise Harriss og Keith Hawton (2011) beskrives, at denne tendens er gældende for både kvindelige og mandlige selvmordsforsøgere i alderen 15-64 år. Over 65 år var der kun en relativ lille forskel mellem antal af selvmordsforsøg i de bymæssige- kontra landlige områder (Harriss, L. & Hawton, K. 2011). De mulige årsager til denne forskel i antal af selvmordsforsøg i relation til demografi henføres i førnævnte artikel bl.a. til forekomsten af psykiske lidelser blandt befolkningen i bymæssige områder. Psykiske lidelser som bl.a. depression er generelt hyppigere hos befolkningen i de bymæssige områder (Harriss, L. & Hawton, K. 2011). Betydningen af demografiske karakteristika i relation til selvmordsforsøg er et område, som Centret for Selvmordsforskning vil undersøge nærmere, når der indhentes tal fra år 2012 og 2013. En større mængde data over flere år vil kunne belyse, om resultatet fra 2011 generelt er karakteristisk for Region Syddanmark, eller om der hen over en årrække sker udsving i forekomsten af selvmordsforsøg i 'den fynske del' af Region Syddanmark kontra 'den jyske del' af Region Syddanmark.

Antallet af selvmordsforsøg skal, som beskrevet, anskues som et absolut minimumstal. I løbet af dataindsamlingsprocessen til foreliggende projekt, blev vi opmærksomme på, at der er selvmordsforsøg, som på baggrund af forskellighed i indlæggelsesprocedure på de enkelte sygehuse, ikke registreres via skadestuerne. For at optimere den fremtidige indsamling af data til Register for Selvmordsforsøg, er der indledt et samarbejde med Region Syddanmark således, at listeudtræk på koder for selvskadende handlinger fremover foretages på regionsniveau. Således ændres den nuværende procedure, hvor data indsamles på baggrund af skadestuekontakt (somatiske og psykiatriske), til at omfatte kontakt med sygehusvæsenet, uanset hvilken afdeling, somatisk eller psykiatrisk, man kommer i kontakt med i Region Syddanmark.
På trods af ovenstående vil det fortsat i fremtiden være et minimumstal, som indhentes til Register for Selvmordsforsøg. Dette bl.a. på baggrund af den tidligere beskrevne registreringspolitik på de enkelte sygehuse. Skadestuerne eller de enkelte afdelinger vil

fortsat kunne være nødt til at registrere en selvskadehandling under en ulykkeskode, hvis den enkelte patient ikke vil tilkendegive hensigten med den selvskadende handling. Dog viste vores stikprøvekontrol af 3 udvalgte ulykkeskoder i 'den jyske del' af Region Syddanmark, at antallet af selvmordsforsøg under de udvalgte 3 koder var på et absolut minimum. Men dette kan være forskelligt fra sygehus til sygehus. Der vil slutteligt også være personer, der forsøger selvmord, som efterfølgende ikke har kontakt med sygehusvæsenet. De tager måske efterfølgende kontakt til egen læge, hvorfra der ikke indhentes data til Register for Selvmordsforsøg, eller de afholder sig måske helt fra at søge kontakt, hvilket i givet fald er uhensigtsmæssigt, da tidligere forsøg øger risikoen for et nyt selvmordsforsøg. På baggrund af ovenstående understreges det altid fra Center for Selvmordsforskning, at de tal som man med sikkerhed kan fremlægge som antal selvmordsforsøg indenfor et givent år/årrække er "toppen af isbjerget".

Medicinforgiftning er som det fremgår af resultatafsnittet stadig den hyppigste anvendte metode ved selvmordsforsøg. Håndkøbsmedicin som Panodil, Pamol og Pinex, med indholdsstoffet Paracetamol rangerer højest på listen over anvendte præparater. I marts 2011 blev reglerne for køb af håndkøbsmedicin indskærpet til, at unge under 18 år kun kunne købe smertestillende håndkøbsmedicin, hvis de havde en recept fra lægen. Fra Landspatientregistret viser tal fra 2012, at der er sket en positiv udvikling i antallet af indlæggelser med forgiftning af smertestillende medicin, idet det samlede antal er faldet (Ritzau 2013).
Denne positive udvikling forventes derfor at fortsætte, da reglerne for køb af smertestillende håndkøbsmedicin pr. 30. september 2013 nu er ændret således, at præparaterne kun kan købes i blisterpakninger af 20 stk. Det bliver derfor interessant at følge, om den nye regel giver den forventelige positive nedgang i selvmordsforsøgsraten i den fremtidige registrering til Register for Selvmordsforsøg.

Hvorfor forsøger mennesker at begå selvmord? Som foreliggende rapport viser, er dette et spørgsmål, som er vanskeligt at give et entydigt svar på. 'Psykisk sygdom' og 'psykiske problemer' er uden tvivl de to kategorier/omstændigheder som i dette projekt udgjorde den største andel af svaret på ovenstående spørgsmål. Men at besvare spørgsmålet om, hvorfor mennesker forsøger at begå selvmord er meget komplekst. Der er ofte

flere tilstedeværende omstændigheder, som har betydning for, at et menneske forsøger selvmord. Men foreliggende rapports omstændighedsdimension er i tråd med den eksisterende forskning, på trods af de beskrevne usikkerhedsaspekter og deraf en fortolkning, som skal tages med disse in mente. Som resultatafsnittet viser, stiger andelen af personer som registreres for 'psykisk sygdom' som udløsende faktor ved et selvmordsforsøg, når man bevæger sig fra aldersgruppen 15-19 år til aldersgruppen 20-29 år. Samtidig falder andelen af 'psykiske problemer' som udløsende faktor ved aldersgruppen 15-19 år til aldersgruppen 20-29 år. En mulig årsag til dette kan være, at der i aldersgruppen 20-29 år er flere personer som er diagnosticeret med en psykisk lidelse. Måske er deres første kontakt sket, da de var i alderen 15-19 år, som er den aldersgruppe, der tidligere har været registret flest selvmordsforsøg i. Der er derved sket en forskydning af antallet af selvmordsforsøg indenfor den enkelte aldersgruppe. En forskydning som det på nuværende tidspunkt er svær at komme med en endegyldig forklaring på. Men en forklaring i forhold til de omtalte omstændighedskategorier kunne måske være, at der er flere i aldersgruppen 20-29 år som har modtaget en diagnose på baggrund af tidligere kontakt med sundhedsvæsenet. Samtidig vil dette også kunne forklare den samme nedgang i antallet af personer registreret med omstændighedskategorien 'psykiske problemer', da der her kan være sket en forflytning til kategorien 'psykisk sygdom'. Denne mulige forklaring vil dog først kunne besvares, når data er indsamlet i en længere årrække. Center for Selvmordsforskning vil fortsætte med at registrere omstændighedskategorien således, at den nu indgår som en fast variable i Register for Selvmordsforsøg.

Ved indhentning af data til Register for Selvmordsforsøg foretages der samtidig en validering af data. Ved udtræk af data på kontaktårsagskode 4, EUW, finder vi ved journalgennemgang altid en stor gruppe af patienter, som ikke kan medtages i Register for Selvmordsforsøg, da disse ikke opfylder den anvendte definition på selvmordsforsøg. Det største antal i denne frasorterede gruppe er de tidligere omtalte cuttere. Dvs. personer som udøver vanemæssig selvskadende adfærd. Udover cuttere finder vi ved dataindsamlingen også ulykkeshændelser, som er fejlregistreret. Dette viser, at netop ved en gennemgang af journaler opnås et så reelt billede som muligt af antallet af selvmordsforsøg.

For yderligere information om Center for Selvmordsforsknings arbejde henvises til hjemmesiden: http://www.selvmordsforskning.dk/

6.0 Referencer:

Agerbo, E, Nordentoft, M, Mortensen PB, 2002. ’Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study’, *BMJ*, 325, s. 74-77.

Beautrais, AL, 1999. ‘Risk factors for suicide and attempted suicide among young people’, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (34) s. 420-436.

Brezo, J, Paris, J, Turecki, G. 2006. ‘Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review’, *Acta Psychiatr Scand*, 113, s. 180-206.

Guo B, Harstall C, 2004. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report: http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf, accessed 16 August 2012).

Harriss, L, Hawton, K. 2011. ‘Deliberate self-harm in rural and urban regions: A comparative study of prevalence and patient characteristics’, *Social Science & Medicine*, 73, s. 274-281.

Heeringen, KV, Hawton, K & Williams, JMG, 2000, ‘Pathways to Suicide: an Integrative Approach’, I: Hawton, K & Heeringen, KV(red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide’*, *Wiley*, England, s. 223-234.

Jacobsen, CM & Gould, M 2007, *The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-InjuriousBehaviour Among Adolescents: A Critical Reviewof the literature*, Archives of Suicide Research, 11:2, 129-147, accessed 31. januar 2013 på http://dx.doi.org/10.1080/13811110701247602

Kerkhof, JFM, 2000, ‘Attempted Suicide: Patterns and Trends’, I: Hawton, K & Heeringen, KV(red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide’ , Wiley*, England, s. 49-64.

Konieczna, A & Jensen, B, 2010, *Registrering af Selvmordsforsøg: Medicinforgiftning og selvmordsforsøg*, Nyt fra Center for Selvmordsforskning, årg. 7, nr. 2, Center for Selvmordsforskning.

Konieczna, A, 2012. *Selvmordsforsøg I Danmark – rateudvikling for perioden 2000-2011*, Faktaserien nr. 30 2012, Center for Selvmordsforskning.

Larkin, GL, Smidth, RP, Beautrais, AL, 2008. *Trends in US Emergency Department Visits for Suicide Attempts, 1992-2001*, vol 29(2), s. 73-80.

Lönnqvist, JK, 2000, ‘Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression’, I: Hawton, K & Heeringen, KV(red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide’ , Wiley*, England, s. 107-120.

Moscicki, EK, 1997, ‘Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies’, I: *Psychiatric Clinics of North America’*, vol 20 (3) s. 499-517.

Netpsykiater.dk, *Emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse*, lokaliseret 30/10-2013 på http://www.netpsykiater.dk/Htmsgd/borderline.htm

Nordentoft M & Rubin P, 1993, ‘Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen – Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients’, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 88, s. 278-285.

Ritzau 2013, *Færre forsøger selvmord med håndkøbsmedicin*, Lokaliseret 20.11.2013 på: http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sundhed/ECE2077509/faerre-forsoeger-selvmord-med-haandkoebsmedicin/

Statens Serum Institut 2013, *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter - vejledningsdel*, Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsen, 2011. *Skaderegistrering – Principper og vejledning i indberetning til Landspatientregistret*, version 1.3, marts 2011.

Sygehusapotek Fyn, Adm. Informationssekretariat, marts 2007, Lokaliseret 03.07.2013 på: www.ouh.dk/dwn37844.doc

Tørmoen, AJ, 2012. ’Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree?’, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, published online: 27 December 2012.

WHO’s Collaboration Center for Drug Statistics Methodology, Lokaliseret 03.07.2013 på: http://www.whocc.no/

Zøllner, L, 2006, *‘Centrale begreber inden for selvskadende adfærd’*, Faktaserien nr. 21, Center for Selvmordsforskning.

ISBN: 978-87-93124-04-2