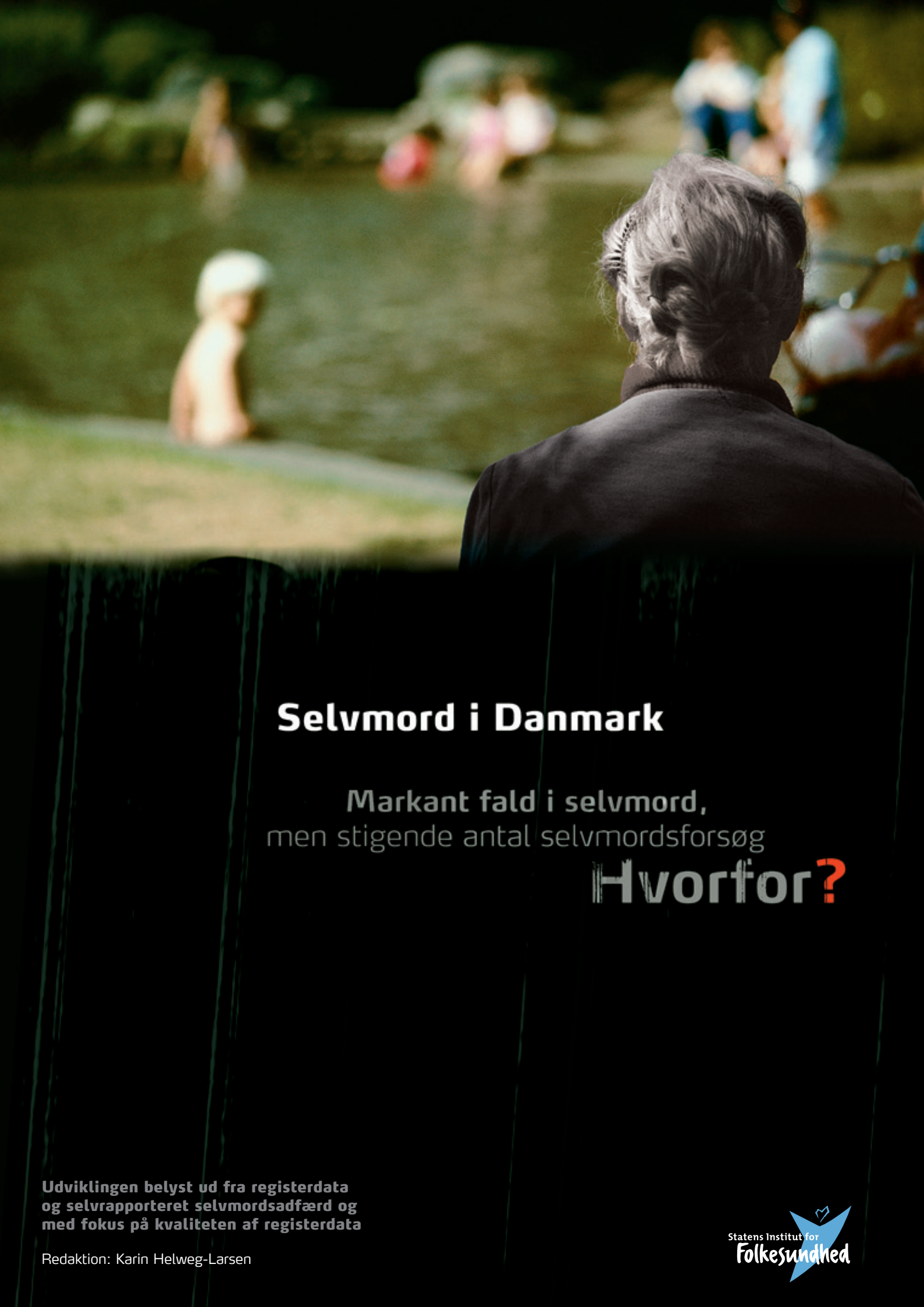




Selv mord i Danmark

Markant fald i selvmord,
men stigende antal selvmordsforsøg

Hvorf or?

Udviklingen belyst ud fra registerdata
og selvrapporteret selvmordsadfærd og
med fokus på kvaliteten af registerdata

Redaktion: Karin Helweg-Larsen

Selv mord i Danmark

Markant fald i selvmord,
men stigende antal selvmordsforsøg

Hvorfor?

Udviklingen belyst ud fra registerdata
og selvrapporteret selvmordsadfærd og
med fokus på kvaliteten af registerdata

Selv mord i Danmark

Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor?

Statens Institut for Folkesundhed

Redigeret af Karin Helweg-Larsen

Forfattere: Karin Helweg-Larsen
Mette Kjøller
Knud Juel
Vanita Sundaram
Bjarne Laursen
Marie Kruse
Jeanette Nørlev
Michael Davidsen

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Omslag : Kailow Graphic A/S

Tryk: Kailow Graphic A/S

Rapporten kan købes ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2.
1399 København K

Telefon: 39 20 77 77

Telefax: 39 20 80 10

sif@si-folkesundhed.dk

www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 87-7899-093-9

Forord

Statens Institut for Folkesundhed har koordineret det tværinstitutionelle og tværfaglige forskningsprojekt, der i 2002 blev initieret af Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Det overordnede formål for projektet har været at analysere individuelle og samfundsmæssige risikofaktorer for selvmord og samspillet imellem dem. Herunder at studere mulige forklaringer på udviklingen i hyppigheden af selvmord de seneste 30 år.

I forbindelse med projektet blev der etableret et netværk mellem de forskningsmiljøer, der arbejder med selvmordsforskning, hvorved den tværfaglige forskning om selvmord i Danmark er blevet betydeligt styrket.

Det samlede forskningsprojekt har omfattet 3 delprojekter, forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg og udviklingen siden 1970 med fokus på datakvalitet og tilgængelighed af selvmordsmetoder - psykologiske, sociale, familiemæssige og helbredsmæssige årsager til selvmord - selvmordsforsøg belyst i et epidemiologisk perspektiv og risikofaktorer for suicidal adfærd (selvmordstanker og selvmordsforsøg) belyst i et psykologisk-sociologisk perspektiv.

Projekterne har udnyttet en række forskellige datakilder omfattende nationale og regionale registre, og data fra spørgeskemaer og interviews. Fuldbyrdede selvmord registreres i Dødsårsagsregistret, selvmordsforsøg, der fører til indlæggelse eller til ambulant kontakt med sygehusvæsenet, registreres i Landspatientregistret og Det psykiatriske Centralregister samt i en regional database i Center for Selvmordsforskning.

Det var en forudsætning for støtten til forskningsprojektet, at en række resultater blev publiceret i en dansksproget rapport. Den skulle rumme en analyse af udviklingen i selvmord, en evaluering af registreringen af selvmordsforsøg i Landspatientregisteret og en analyse af selvmordsadfærd baseret på data i de danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser i 1996 og 2000.

Statens Institut for Folkesundhed har gennemført disse undersøgelser og har i nærværende rapport samlet resultaterne. Sigtet er ud fra en evaluering af registreringspraksis og datakvalitet i henholdsvis Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret at sikre en fortsat høj kvalitet af registerdata. Der er i Danmark unikke muligheder for ud fra disse data at analysere udviklingen i selvmordshandlinger i sammenhæng med fx ændringer i adgangen til lægemidler, behandlingen af psykisk sygdom og levevilkår. Det forudsætter en god kvalitet i registerdata. I rapporten fremsættes en række forslag til kvalitetssikring af registerdata.

Befolkningsundersøgelserne belyser forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg og giver også mulighed for at vurdere udviklingen i selvmordsadfærd og kontakten til sundhedsvæsenet blandt personer med selvmordsadfærd. Vi har prioriteret disse resultater i denne rapport.

Der er i det samlede tværinstitutionelle projekt gennemført en lang række forskningsprojekter og initieret samarbejdsrelationer, som fremover vil styrke dansk selvmordsforskning. Det er vores håb, at nærværende rapport vil bidrage til et fortsat samarbejde forskerne i mellem og med de registeransvarlige myndigheder.

Mette Madsen
Forskningsleder

Karin Helweg-Larsen
Projektkoordinator

Indhold

1 Sammenfatning	7
1.1 Grundlaget for registerdata.....	8
1.2 Selvrapporteret selvmordsadfærd	9
1.3 Udviklingen i selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker	10
1.4 Perspektiver	14
Referencer	19
 2 Baggrund	 17
 3 Datakilder	 23
3.1 Dødsårsagsregister.....	23
3.2 Landspatientregister	27
3.3 De nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser.....	31
3.4 DANCOS	34
Referencer	35
 4 Selvmord i Danmark 1920-2001	 37
4.1 Indledning	37
4.2 Materiale og metode.....	37
4.3 Selvmord i Danmark og andre lande.....	38
4.4 Selvmord 1920-2001.....	43
4.5 Selvmord efter fødselskohorter	48
4.6 Selvmord blandt kvinder omkring 1945	49
4.7 Selvmord omkring 1980	49
4.8 Selvmord blandt børn og unge 10-19 år	51
4.9 Selvmord og usikker døds måde	51
4.10 Regionale variationer 1970-2001.....	53
4.11 Retslægeligt ligsyn og obduktioner	55
4.12 Forgiftningsdødsfald og drukning.....	57
4.13 Sammenfatning vedrørende selvmord i Danmark 1920-2001	57
 5 Etniske forskelle i selvmordsrisikoen i Danmark.....	 59
5.1 Baggrund.....	59
5.2 Registerstudie	60
Referencer	61
 6 Sygehuskontakt ved selvmordshandlinger	 63
6.1 Praksis for kodningen af skadestuekontakter	63
6.2 Regionale forskelle i de somatiske skadestuers registrering af kontaktårsager	64
6.3 Erfaringer fra en evaluering af registreringen på udvalgte sygehuse	69
6.5 Selvskadens art; kontaktårsagskodning på to-cifterniveau	73
6.6 En udvidet definition af sygehuskontakter pga. selvskade	75
6.7 Aktuell registreringspraksis på et provinsygehus	77

6.8	Udviklingen i selvmord og selvmordshandlinger, registreret i Landspatientregisteret 1995-2004	77
6.9	Kontakter til psykiatriske skadestuer	80
6.10	Sammenfatning	81
6.11	Perspektiver	82

7	Selvrapporteret selvmordsadfærd. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000	83
7.1	Definition og afgrænsning af selvmordsadfærd	83
7.2	Materiale og metode	84
7.3	Forekomst af selvmordsadfærd i 2000 og udviklingen siden 1994	85
7.4	Faktorer associeret med selvmordsadfærd blandt 16-35 årige	87
7.5	Langtidseffekten af selvmordsadfærd blandt 16-66 årige	89
7.6	Sammenfatning	92
	Referencer	93

8	Selvrapporteret selvmordsadfærd og registerbaseret sygehuskontakt .	95
8.1	En sammenligning af selvrapporteret selvmordsforsøg og sygehuskontakt på grund af selvskade samt psykiatrisk sygehuskontakt	95
8.2	Sammenhæng mellem selvrapporteret selvmordsadfærd og selvskadelig sygehuskontakt.....	97
8.3	Sammenhæng mellem selvrapporteret selvmordsadfærd og dødelighed.....	98
8.4	Sammenfatning.....	99
	Referencer	100

Denne rapport rummer resultaterne af tre delprojekter under det tværinstitutionelle forskningsprojekt om selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker i Danmark. Dette projekt har været koordineret af Statens Institut for Folkesundhed og er igangsat af Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Referencegruppen har ønsket en samlet rapportering af en registerbaseret analyse af udviklingen i selvmord og selvmordsforsøg, inklusive en vurdering af datakvaliteten, en beskrivelse af selvrapporteret selvmordsadfærd samt en undersøgelse af etniske forskelle i selvmord.

I rapporten beskrives tre udtryk for selvmordsadfærd; selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker. Der er en gråzone mellem selvmordsadfærd, selvdestruktiv adfærd, vovemod og anden adfærd, der medfører selvpåført skade. Der kan være forskelle i opfattelsen af disse typer af adfærd i forhold til køn og alder, og der er dermed forskelle i tolkningen af adfærden i forhold til registreringen af dødsfald ved dødsfald, der skyldes skader (forgiftning eller læsioner), og i registreringen af sygehuskontakter pga. skader. Usikkerheden i afgrænsningen af selvmordshandlinger påvirker således dødsårsagsstatistikken og registreringen af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger. I den tidlige danske selvmordsforskning defineres selvmord som enhver handling udført af et individ med den hensigt at berøve sig selv livet, og som resulterer i død, samt sådanne handlinger, som synes begået med den hensigt at ville give det udseende af forsøg på frivillig død (selvmord), uden at hensigten var reel, og som på grund af uheld, fx for sen opdagelse, ender med døden (Pærregaard, 1963).

Ved selvmordsforsøg forstås enhver handling udført af et individ med den mere eller mindre bevidste hensigt at ville berøve sig selv livet, men som mislykkes, enten på grund af indgriben udefra eller på grund af anvendelse af inadækvate midler (Pærregaard, 1963).

WHO afgrænser selvmord til en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer – og selvmordsforsøg som 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 (WHO, 1974).

Der er ved Statens Institut for Folkesundhed indsamlet landsdækkende, selvrapporterede data om selvmordsadfærd i 1994 og 2000. Selvmordsadfærd omfatter både selvmordstanker og selvmordsforsøg. Selvmordstanker er fra kortvarige, strejfende tanker til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser. Både for selvmordsforsøg og selvmordstanker gælder det, at det er den enkelte person som afgør, om en gennemført selvdestruktiv handling eller tanker er udtryk for selvmordsadfærd eller ej.

Formålet med nærværende rapport er at beskrive udviklingen i selvmord og selvmordsforsøg ud fra en analyse af de eksisterende registerdata og at pege på mulige forbedringer af dødsårsagsregistreringen og registreringen af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger. Beskrivelsen omfatter selvmord i perioden 1920 til 2001 og sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger i perioden 1995 til 2003. Etniske forskelle i selvmordsrisiko er vurderet ud fra data i Dødsårsagsregisteret sammenholdt med Danmarks Statistiks oplysninger om føde-land.

Udviklingen i selvrapporteret selvmordsadfærd og risikofaktorer for en sådan adfærd beskrives ud fra data i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i 1994 og 2000, og disse data er koblet til Dødsårsagsregisteret,

CPR-registeret og Landspatientregisteret for at vurdere dødelighed og sygehuskontakter pga. selvskader blandt personer, der rapporterer selvmordsadfærd

1.1 Grundlaget for registerdata

Dødsårsagsstatistikken

Dødsårsagsregisterets data om selvmord er baseret på dødsattestens oplysning om dødsårsag. Det er den læge, der udfylder dødsattesten, som udfra oplysninger om det konkrete dødsfald træffer et valg om dødsårsag, dvs. om dødsfaldet er betinget af naturlig død (sygdom/alderdom), ulykke, vold eller selvmord – eller om dødsårsagen er usikker. Udenlandske undersøgelser viser, at der er markante forskelle i lægers tolkning af dødsomstændigheder og valg af dødsårsag, og at fyldige oplysninger om dødsfaldet mindsker forskellene.

I Danmark skal ethvert dødsfald, som ikke skyldes naturlig død anmeldes til politiet, og politiet skal i samråd med den stedlige embedslæge/retslæge tage stilling til, om der skal afholdes et retslægeligt ligsyn. Politiet har pligt til at indhente alle relevante oplysninger om dødsfaldet og at fremlægge disse oplysninger ved ligsynet, således at der er et godt grundlag for at bestemme dødsårsagen – og for at træffe beslutning om evt. yderligere undersøgelser, dvs. retslægelig obduktion og undersøgelser for medicin/giftstoffer i blod og organer. I princippet skal der foretages obduktion, når der er usikkerhed om dødsårsag og dødsårsag.

I perioden 1971 til 2001 er andelen af dødsfald, som undersøges ved et retslægeligt ligsyn, faldet fra 12% til 8%. Det kan forsigtigt antages, at nedgangen i andelen af retslægelige ligsyn inden for de seneste 10-15 år har haft betydning for den registrerede udvikling i selvmord i Danmark.

I ca. hvert tredje dødsfald med retslægeligt ligsyn foretages der yderligere en retslægelig obduktion for at bestemme dødsårsag og dødsårsag. Blandt de dødsfald, der er registreret som selvmord, er obduktionsraten lavere, idet kun gennemsnitligt 10% er blevet retslægeligt obduceret. Dødsårsagen, selvmord, afgøres således i langt de fleste tilfælde alene på grundlag af de oplysninger, som foreligger om dødsfaldet, og som politi og embedslæge vurderer ved det retslægelige ligsyn. Den relativt lave hyppighed af retslægelige undersøgelser (obduktion og toksikologiske undersøgelser) har betydning for registreringen af selvmord i dødsårsagsstatistikken.

I Københavns kommune er der sammenlignet med landets øvrige regioner en større andel af alle dødsfald, der er registreret med dødsårsagen "usikker", dvs. dødsfald hvor det ikke kan afgøres om det drejer sig om naturlig død, ulykke, selvmord eller vold. En del af disse dødsfald er blandt enlige, dødfundne, hvor der ofte ikke er nogen oplysninger om dødsomstændighederne, og hvor der hverken foretages retslægeligt ligsyn eller obduktion for at afklare dødsårsag og dødsårsag.

I perioden 1975-1980 var selvmordsraten i Københavns Kommune tre gange så høj som i perioden 1994-2001. Men hvis raten af registrerede selvmord og "usikker dødsårsag" sammenlægges er den samlede rate kun dobbelt så stor i perioden 1970-1985 sammenlignet med 1994-2001. Det viser betydningen af dødsårsag registreringen for den beskrevne udvikling i selvmordshyppigheden.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) er et landsdækkende register over sygehuskontakter baseret på en standard, Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter, der hvert år udgives af Sundhedsstyrelsen. Til hver patientregistrering er der knyttet en kontaktårsagskode, der angiver hvorvidt sygehuskontakten skyldtes sygdom, ulykke, vold, selvmord, senfølger eller er uoplyst. Der anvendes koder, som er udarbejdet af den nordiske medicinalstatistiske komité (NOMESKO). Kontaktårsagskode 4 angiver, at kontakten angik en bevidst selvskade, og det skulle således være muligt at identificere alle sygehuskontakter, der skyldes en selvmordshandling, alene ud fra denne kode. Koden omfatter dog alle former for selvskade, både selvmord/selvmodsforsøg og anden selvskade som fx lægemiddelforgiftning og selv mutilation, fx overfladiske snitsår på underarme. Det er derfor ikke muligt alene ud fra kontaktårsagskode 4 at afgrænse handlinger med den hensigt at berøve personen sit liv, over for andre former for selvtilføjet skade.

På psykiatriske skadestuer kan skader klassificeres som ulykker, vold eller selvpåførte ud fra specifikke koder inden for WHO's klassifikation, ICD10. Men disse koder anvendes ikke inden for det somatiske sygehusvæsen.

Vi påviser, at der er en betydelig variation fra sygehus til sygehus i anvendelsen af kontaktårsagskode 4, og at sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger ikke kan afgrænses ud fra denne kode. På nogle sygehuse anvendes koden omtrent ved hver eneste sygehuskontakt pga. lægemiddel- og alkoholforgiftning. På andre sygehuse registreres lignende kontakter med kontaktårsagskode for sygdom, ulykke eller "andet", dvs. en ikke veldefineret kontaktårsag. Forskellene er så påfaldende, at de næppe kan forklares alene ved forskelle i kontaktmønsteret. Det medfører, at der alene på basis af data i LPR kan konstateres store regionale forskelle i fore-

komsten af selvmordshandlinger, som formentlig ikke er reelle.

Kontaktårsagskoden registreres allerede ved en patients ankomst til sygehuset/skadestuen ud fra patientens første oplysninger til skadestuesekretæren og sekretærens tolkning af disse oplysninger, og koden ændres ikke, selvom lægekonsultationen giver nye oplysninger om årsagen til sygehuskontakten. Der kan være forskelle i tolkningen af en selvskadende adfærd blandt mænd og blandt kvinder, således at adfærden hyppigere tolkes som en ulykke blandt mænd end en tilsvarende adfærd blandt kvinder.

LPRs data er næppe egnede til at følge udviklingen i selvmordshandlinger i Danmark. Vi har afprøvet værdien en udvidet afgrænsning af sygehuskontakter, som omfatter både kontakter registreret som selvskade, som psykisk sygdom plus udvalgte læsioner og forgiftninger samt forgiftninger med definerede typer af lægemidler. Den udvidede definition kan i lighed med kontaktårsagskode ikke skelne mellem sygehuskontakter pga. selvmordsforsøg og pga. andre former for selvskade.

1.2 Selvrapporteret selvmordsadfærd

I Statens Institut for Folkesundheds landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser i 1994 og 2000 belyses forekomsten af selvmordsforsøg og selvmordstanker. De anvendte spørgsmål om selvmordstanker og selvmordsforsøg er uden tvivl meget følsomme spørgsmål, der går tæt på den enkelte person. På trods heraf er der kun 1% til 5% af svarpersonerne, der ikke har besvaret disse spørgsmål, og denne andel er ikke markant forskellig fra svarprocenten på andre følsomme spørgsmål.

Tilsvarende enhver anden selvrapporteret adfærd er der et hukommelsesbias ved disse spørgsmål, således at 38% af de personer, der i 1994 oplyste at de havde forsøgt at tage deres liv, ikke gav den samme oplysning i 2000. Denne bias blev fundet mindst blandt yngre og blandt personer, der rapporterede et alvorligt selvmordsforsøg. Ved en sammenligning med data i LPR om sygehuskontakt pga. selvskaade ud fra den udvidede definition fandt vi, at hver ottende af de personer, der rapporterede selvmordsforsøg inden for det sidste år, også havde været behandlet herfor på et sygehus, og at en væsentlig andel af de selvrapporterede selvmordsforsøg ikke havde medført en sygehuskontakt, der kunne identificeres som en kontakt pga. af selvskaade.

1.3 Udviklingen i selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker

Dødsfald

Siden 1950'erne og indtil sidste halvdel af 1990'erne har Danmark haft en høj selvmordsrate sammenlignet med de øvrige nordiske lande og andre vest- og sydeuropæiske lande, men sammenlignelige rater med østeuropæiske lande. Det gælder både for mænd og for kvinder. Selvmordsraten i Danmark er nu på samme niveau som i de øvrige nordiske lande, men i forhold til alle 20 OECD lande er raten i Danmark relativ høj. Danske mænd ligger på 11. pladsen og kvinder på 14. pladsen i perioden 1996-2000.

Vi beskriver udviklingen i selvmord i perioden 1920-2001. Der har igennem disse 81 år været store udsving i selvmordsraterne. Fra 1920 til 1979 var den aldersstandardiserede selvmordsrate for mænd mellem 25 og 35 pr. 100.000, relativ lav omkring 1940 og relativt højt i 1950'erne. Raten blandt mænd toppede i 1980 med en rate på 42 pr. 100.000. Siden

har der været et konstant fald, som ikke er set i nogen tidligere periode. I 2001 var raten 18 pr. 100.000.

Der har ikke været tilsvarende pludselige og store udsving i selvmordsraten blandt mænd i de øvrige nordiske lande, og sammenlignet med den række vesteuropæiske lande er det kun Belgien der har tendens til samme markante udsving som Danmark, mens der i Irland er konstateret en stadig stigning i selvmordsraten fra 1970 og frem. I Norge er der fra midten af 1970'erne til 1990 registreret en stigning i selvmordsraten og siden et moderat fald. I Sverige er raten faldet konstant og gradvist fra slutningen af 1960'erne og frem. Der er således ikke nogen ensartet udvikling i den registrerede selvmordshyppighed i de nordiske lande eller de øvrige vesteuropæiske lande, som kan medvirke til at forklare den beskrevne udvikling i Danmark.

Der har altid været en højere selvmordsrate blandt mænd end blandt kvinder. Raten blandt kvinder steg jævnt i 1930'erne fra ca. 10 pr. 100.000 og toppede skarpt lige efter 2. Verdenskrig, hvor raten omtrent var som for mænd. Fra 1950'erne har selvmordsraten haft omtrent det samme forløb for kvinder som for mænd, men på et lavere niveau. Der blev registreret en næsten konstant stigning i raten fra slutningen af 1960'erne til et højt niveau, 22 pr. 100.000 i 1980 og siden et relativt brat fald til 7 pr. 100.000 i 2001. Der er ikke en tilsvarende udvikling i de øvrige nordiske lande. I Norge steg selvmordsraten blandt kvinder gradvist fra 1970 til slutningen af 1980'erne, hvor raten var 12 pr. 100.000 og er siden gradvist faldet til knap 5 pr. 100.000. Blandt vesteuropæiske lande er det kun Belgien, der har lignende bratte ændringer som Danmark i selvmordsraten blandt kvinder.

Både for mænd og kvinder er selvmordsraten højest blandt de 45-54-årige. Antallet af selvmord er lavt blandt børn og unge. I perioden 1990-2001 var der gennemsnitligt 2 selvmord

pr. år blandt 10-14-årige drenge og 0,2 blandt 10-14-årig piger. I gennemsnit begik 13 mænd og 4 kvinder i alderen 15-19 år årligt selvmord i denne periode.

I alle aldersgrupper har der været et fald i selvmordsraterne fra 1980, og både for mænd og kvinder er aldersraterne i perioden 1998-2001 de laveste overhovedet. Udviklingen i selvmordshyppigheden kan ikke forklares ud fra relativt højere eller lavere risiko blandt særlige fødselskohorter. Det gælder for både mænd og kvinder. Fx har mænd i 65-74 års alderen haft den samme selvmordsrisiko, hvad enten de var født i 1865 eller 1915. Ændringerne i selvmordsraterne i Danmark er således mere bestemt af perioder end af fødselskohorter.

Der er betydelige regionale forskelle i selvmordshyppigheden. Det markante udsving i selvmordsraten i fire 8-års perioder, 1970-2001, er betinget af udviklingen i Københavns og Frederiksberg Kommune, og den påfaldende høje selvmordsrate i 1980 var mest markant i Københavns kommune. Selvmordsraten i hovedstaden var tre gange så stor i den første del af perioden frem til 1985 som i perioden 1994-2001, mens den i de øvrige regioner er omtrent uændret i de tre første perioder og kun lavere i den sidste periode.

Forgiftningsselv mord har for både mænd og kvinder udgjort en meget stor andel af selvmord. Frem til 1950 var der en stigning i disse dødsfald, et fald frem til midten af 1960'erne og derefter en svag stigning frem til slutningen af 1970'erne og en meget høj forekomst i 1980. Siden har der været et markant fald.

Hængning er dog den mest anvendte selvmordsmetode blandt mænd, bortset fra perioden 1945-til starten af 1950'erne, hvor halvdelen af selvmord blandt mænd skete ved forgiftning. Blandt kvinder skete næsten halvdelen af selvmord ved hængning i

1920'erne, men siden har forgiftning været den hyppigst anvendte selvmordsmetode.

Faldet i selvmord skyldes først og fremmest et fald i forgiftningsdødsfald. Dette kan delvist forklares ved en ændret adgang til en række lægemidler og kulilte og til forbedret behandling af forgiftninger og dermed øget overlevelse. Der er dog også registreret et fald i antallet af selvmord ved drukning og hængning og ved andre metoder. I den samme periode er der en mindre stigning i registrerede ulykkesbetingede forgiftningsdødsfald, men ikke i ulykkesbetinget drukning, og eventuelle ændringer i tolkningen af døds måde ved drukning og andre metoder kan ikke forklare den registrerede udvikling i selvmord. For hovedstadsområdet gælder det dog, at der for mænd er en omtrent fordobling i raten af dødsfald med usikker døds måde, fra 10 pr. 100.000 i 1970-1977 til knap 20 pr. 100.000 i 1994-2001, og at denne stigning mindsker faldet i den samlede rate for selvmord og usikker døds måde i perioden. For kvinder er der samme tendens.

Der findes ingen entydige forklaringer på den beskrevne udvikling i selvmord i Danmark. Udviklingen følger ikke de økonomiske konjunkturer i landet, der er fx ikke nogen sikker relation til arbejdsløshed. I modsætning til hvad der er observeret i andre lande, faldt selvmordsraten ikke under 2. Verdenskrig, dvs. i starten af 1940'erne, men den bratte stigning i selvmordsraten blandt kvinder i 1945-46 er blevet relateret til "tyskerpigers" trange kår efter krigen. Der foreligger dog ikke undersøgelser, der kan bekræfte denne hypotese.

Psykisk sygdom er den stærkeste risikofaktor for selvmord. En forbedret behandling af depressioner og andre affektive lidelser kan derfor have haft betydning for det observerede fald i selvmord.

Analysen af selvrapporterede data om selvmordsadfærd viser en markant sammenhæng mellem at være enlig og selvmordsforsøg. Fra midten af 1960'erne steg skilsmisseraten relativt brat i Danmark. Den øgede andel af enlige i befolkningen kan have haft betydning for selvmordsudviklingen, men forklarer ikke det markante spring i raten i 1980. Desuden er andelen af enlige i befolkningen steget fra 1980'erne og frem, i samme periode, hvor selvmordsraten konstant har været faldende.

Der er ikke fundet nogen forklaring på den meget høje selvmordsrate i 1980. Der var ikke ændringer i klassifikationen af dødsårsager eller andre pludselige ændringer i datagrundlaget og ikke bratte ændringer i adgangen til selvmordsmetoder.

Etniske forskelle i selvmordshyppighed

I internationale undersøgelser er der påvist en øget selvmordsrisiko blandt især kvinder af asiatisk afstamning. Det genfindes ikke i danske data. Der er gennemført analyser af sammenhæng mellem etnicitet, defineret ud fra fødeland, og selvmord i perioden 1981-1997. Risikoen blandt indvandrere fra asiatiske lande var lavere end blandt etnisk danskere. Der er dog samlet en tendens til en højere selvmordsrisiko blandt indvandrere, men højst blandt indvandrere, der kulturelt i høj grad ligner den danske befolkning, nemlig blandt personer født i et af de øvrige nordiske lande. Disse forskelle var mest udtalte blandt kvinder.

Sygehuskontakt for selvmordsforsøg

Udviklingen i sygehuskontakter pga. selvskade/selvordsforsøg kan følges fra 1995,

hvor data om alle skadestuekontakter indgår i LPR. Men data må som beskrevet tolkes med varsomhed. I alt 4.175 personer var i 2004 registreret i LPR for en sygehuskontakt pga. selvtillført skade. Det svarer til 80 pr. 100.000 i den danske befolkning. Langt de fleste af kontakterne var til en somatisk skadestue. Nedenstående tabel viser antallet af personer, der i 2004 kontaktede en somatisk skadestue uden en efterfølgende indlæggelse, blev indlagt direkte uden om en skadestue eller blev indlagt via en skadestuekontakt, og som er registreret med kontaktårsagskode 4 for selvskade. Det drejer sig om i alt 3.640 skadestuekontakter og 2.470 heldøgnsindlæggelser blandt i alt 4.110 forskellige personer. Ud af disse personer var tre ud af fire registreret med en skadestuekontakt og en fjerdedel kun med en heldøgnsindlæggelse, dvs. de var registreret som indlagte uden en forudgående skadestuekontakt. I alt var 1.060 personer registreret både med en skadestuekontakt og en heldøgnsindlæggelse.

Der var i 2004 kun registreret få personer med kontaktårsagskode 4 på psykiatriske skadestuer. På de psykiatriske skadestuer er det muligt at registrere specifikke ICD10 koder for selvtillføjede forgiftninger eller læsioner, og derved kan kontakter for selvmordshandlinger identificeres selvom kontaktårsagskoden ikke er 4. I 2004 var der registreret 87 sådanne kontakter til psykiatriske skadestuer. I tabellen er ikke medtaget indlæggelser på psykiatriske afdelinger eller ambulante psykiatriske kontakter, da disse vil være forudgået af anden sygehuskontakt.

Tabel 1.1 Sygehuskontaktmønsteret. Kontakter registreret med kontaktårsagskode 4 eller specifik ICD10 kode for selvtillført skade i 2004.

	Kontakter	Personer
Somatisk skadestue	3.640	1.940
Skadestuekontakt + heldøgnsindlæggelse		1.060
Heldøgnsindlagt, somatisk sygehus uden forudgående skadestuekontakt	2.470	1.100
Psykiatrisk skadestue	87	75
I alt		4.175

I perioden 1995 til 2004 er der observeret en stigning i kontakthypigheden til somatiske skadestuer på knap 20% blandt alle kvinder og omtrent en fordobling blandt 15-24-årige kvinder. Blandt 15-24-årige mænd er hyppigheden steget 15% i denne periode. Udviklingen gælder, hvad enten kontakterne alene identificeres ud fra kontaktårsagskode 4, dvs. selvskade, eller ud fra en udvidet definition, der også omfatter sygehuskontakter, der ikke er registreret med kontaktårsagskode 4, men med en psykisk lidelse som hoveddiagnose og en skade (læsion eller forgiftning) som bidiagnose samt kontakter pga. udvalgte forgiftninger.

Udviklingen i selvmord i forhold til selvmordsforsøg 1995-2001

Ud fra en udvidet definition af selvmord/selvordsforsøg/selvskade kan der årligt identificeres ca. 6.000 personkontakter til somatiske sygehuse. Det er det rimeligt at antage, at højst 70% af denne type skadestuekontakter reelt skyldes et selvmordsforsøg, dvs. at der årligt er ca. 4.200 skadestuekontakter pga. selvmordsforsøg. Sammenlignes det med de ca. 700 selvmord, dvs. selvmord: selvmordsforsøgsratioen er 1:6 for begge køn samlet.

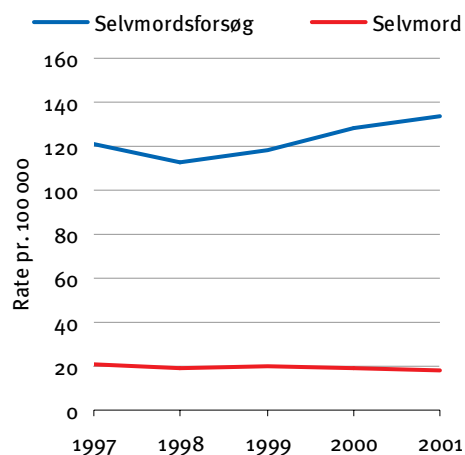
Mens der over en femårig periode, 1997-2001, er registreret et fald i selvmordsraten blandt mænd fra 20,6 pr. 100.000 til 17,8 pr. 100.000 i 2001 og blandt kvinder fra 8,5 pr. 100.000 til 6,8 pr. 100.000, rapporteres der ikke en nedgang i skadestuekontakter pga. selvtillføjede skader. Udviklingen er illustreret i nedenstående figurer, hvor raten for sygehuskontakter pga. selvskade/selvordsforsøg er baseret på den udvidede definition af selvmordsforsøg.

For mænd var selvmordsforsøg: selvmordsraten 6:1 i 1997 og 7:1 i 2001, mens den blandt kvinder var steget fra 15:1 i 1997 til 21:1 i 2001.

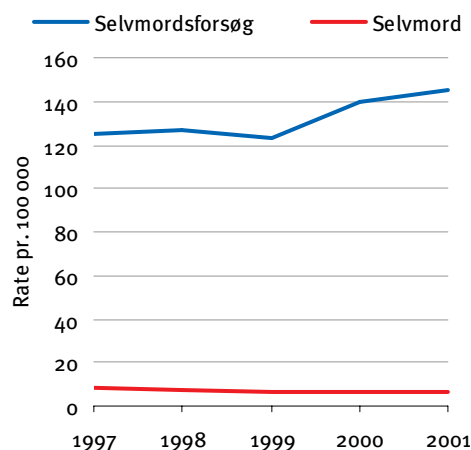
Blandt 15-24-årige kvinder er der registreret den højeste hyppighed af sygehuskontakter

pga. selvmordsforsøg, 350 pr. 100.000 i 2001. Selvmordsraten blandt kvinder i denne aldersgruppe var i 2001 knap 2 pr. 100.000.

Figur 1.1 Udviklingen i selvmord og skadestuekontakter pga selvmordsforsøg blandt mænd, 1997-2001



Figur 1.2 Udviklingen i selvmord og skadestuekontakter pga selvmordsforsøg blandt kvinder, 1997-2001



Det vil sige, at der var 175 gange flere unge kvinder, der kontaktede et sygehus for en handling, der kan tydes som et selvmordsforsøg, end unge kvinder der døde af selvmord. For unge mænd er forholdet 1:12.

Selvrapporteret selvmordsadfærd, 1994 og 2000

Andelen i den voksne befolkning, der har haft selvmordstanker inden for det sidste år er uændret i perioden 1994 til 2000, i alt 7%, svarende til knap 296.000 personer. Knap 3% oplyste, at de tidligere havde forsøgt at tage deres eget liv, og 0,4% havde forsøgt det inden for det seneste år.

Personer uden selvmordsadfærd er bedre stillet end personer med selvmordsadfærd, dvs. selvmordsforsøg og selvmordstanker. De har bedre socialt netværk, bedre levevilkår i kraft af mindre arbejdsløshed og økonomiske problemer, en sundere livsstil og føler sig mere raske og velbefindende og har færre kontakter til sundhedsvæsenet. De er i mindre grad udsat for vold, seksuelle overgreb og trusler om vold.

Knap hver fjerde person, der rapporterede selvmordsadfærd i 1994, rapporterede også selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg i 2000 – og der var syv gange større forekomst af selvmordsadfærd blandt disse personer end blandt dem, der ikke rapporterede selvmordsadfærd i 1994. Gruppen med selvmordsadfærd havde både i 1994 og 2000 markant dårligere helbredstilstand og helbredsrelateret livskvalitet end sammenligningsgruppen.

Vi har koblet de selvrapporterede data om selvmordsforsøg til data i en række sundhedsregistre og kan derved belyse gruppens kontaktmønster til sundhedsvæsenet og dens dødelighed. Knap hver tredje person, der rapporterede et selvmordsforsøg, havde haft en psykiatrisk kontakt inden for 1,5 år før interviewtidspunktet, sammenlignet med

knap 1% af personer uden selvrapporteret selvmordsforsøg.

Der er blandt personer med selvrapporteret selvmordsadfærd i 2000 en markant hyppigere sygehuskontakt pga. selvska-
de/selvordsforsøg i en 3-årig periode efter interviewundersøgelsen end blandt personer, uden selvrapporteret selvmordsadfærd, henholdsvis 38% og 0,7%.

Dødeligheden i gruppen med selvrapporteret selvmordsforsøg i 1994 er kun svagt højere end blandt personer uden selvrapporteret selvmordsforsøg.

I 2000 rapporterede 0,4% af den voksne befolkning at have forsøgt selvmord inden for det seneste år, svarende ca. 15.000 personer. Herudfra er ratioen for selvmord i forhold til selvmordsforsøg, 1:21.

I forhold til antallet, der begår selvmord, er der ca. 400 gange flere voksne danskere, der rapporterer, at de har tænkt på at tage deres eget liv.

1.4 Perspektiver

Der er i Danmark ud fra registerdata og befolkningsundersøgelser enestående muligheder for at kunne følge udviklingen i selvmordsadfærd og identificere risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg. Forebyggelsen kan derved baseres på solid viden og målrettes mod de befolkningsgrupper og de faktorer, der er særligt problematiske.

En forudsætning for på registerbasis at kunne følge udviklingen i selvmordsadfærd er, at registerdata er konsistente over tid, og at de anvendte registreringssystemer kan identificere alle selvmordshandlinger.

Vi har i denne rapport belyst validiteten af registerdata. For Dødsårsagsregisteret gælder det generelt, at en kyndig og korrekt udfyldelse af dødsattesten, en høj obduktionsrate og indhentning af supplerende oplysninger inden den endelige kodning af dødsårsager har betydning for registerets kvalitet. Det påhvilede tidligere embedslægerne at kontrollere kvaliteten af dødsårsagsregistreringen. Det skete ud fra en konkret gennemgang af dødsattesterne og en tilbagemelding til de læger, der ikke havde udfyldt attesten korrekt. Kodepersonalet i registeret var specialtrænet og klassifikationen af dødsårsager blev overvåget af lægefagligt personale. Med den nuværende overgang til elektronisk dataoverførelse af dødsattestens oplysninger til Dødsårsagsregisteret kan validiteten af data blive påvirket, såfremt der ikke samtidigt sker en forøget overvågning af dødsattesternes kvalitet og en øget instruktion af lægerne i kodning af dødsårsager og udfyldelse af dødsattest.

Data i LPR om sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger er behæftet med en række fejl, som i det væsentlige skyldes praksis ved registreringen af skadestuekontakter og utilstrækkelig instruks af skadestuepersonalet, først og fremmest sekretærerne. Kontaktårsagskoden skal registreres straks ved patientens ankomst til skadestuen, for at de øvrige data kan indgå i databasen, dvs. i det grønne system eller lignende base. Men det vil ofte først være muligt at angive kontaktårsagen ved afslutningen af skadestuebesøget. Det ville derfor optimere registreringen, såfremt praksis ændres, således at det er den behandlende læge, der angiver kontaktårsagskoden samtidigt med, at der registreres ICD10 koder for sygdomme/skader. Instruksen i Fællesindholdet kan forbedres, således at skadestuepersonalet forstår betydningen af kodereglerne og kan anvende dem i praksis.

Der er en række muligheder for at forbedre registreringen af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger. NOMESKO klassifikationen af kontaktårsager er på to-ciffer niveau, hvilket gør det muligt at skelne mellem selvmordsforsøg og anden form for selvskade. Kodning på to-ciffer niveau ville således muliggøre at klassificere de forskellige typer af selvskade (selvmordsforsøg, selvmutilation mm). Alternativt kunne definitionen af kontaktårsagskode ændres til alene at omfatte selvmord/selvmondsforsøg og anden form for selvtilføjet skade defineres ved en anden kontaktårsagskode.

Der er aktuelt indført nogle begrænsninger i registreringen af sygdoms/skadekoder (ICD10 koder) på de somatiske skadestuer i forhold til at angive kontaktårsagskode 4. Der anvendes andre koder for selvmordshandlinger på psykiatriske skadestuer. Reglerne kan med fordel harmoniseres.

Statens Institut for Folkesundhed har siden 1994 medtaget oplysninger om selvmordsadfærd i de landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser og vil fremover gennem disse undersøgelser kunne følge udviklingen heri. Undersøgelserne giver rig mulighed for at sammenholde selvmordsadfærd med anden risikoadfærd og vurdere betydningen af sociale, alders- og kønsmæssige faktorer. Samkøringen med registerdata i DANCOS (Danish National Cohort Study) åbner for en lang række undersøgelser af kontaktmønsteret til sundhedsvæsenet og dødeligheden blandt personer med selvmordsadfærd i forhold til levevilkår og risikoadfærd. Men værdien af disse sidstnævnte analyser afhænger også af validiteten af registerdata.

I forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark (1998) blev der peget på behovet for en selvstændig dansk selvmordsforskning. Det blev fremhævet, at det er vigtigt, at denne forskning er tværinstitutionel og tværfaglig. En styrket dansk selvmordsforskning bør således inddrage klinisk forskning, herunder psykiatriske og psykologiske perspektiver, den epidemiologiske forskning og forskning, der inddrager samfundsmæssige/sociologiske perspektiver.

Handlingsplanen pegede på de særlige muligheder, der eksisterer i Danmark, for ud fra registerdata at belyse sammenhænge mellem forskellige risikofaktorer og selvmord og selvmordsforsøg. Forudsætningen for at kunne gennemføre sådanne analyser er, at data i de nationale registre, herunder Dødsårsagsregisteret og LPR, hviler på en ensartet klassifikation og kodning over tid. Handlingsplanen anbefalede, at der blev taget initiativ til en forbedring af kvaliteten af registrering af selvmord og selvmordsforsøg.

I 2002 bevilligede Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg budget til et tværinstitutionelt og tværfagligt forskningsprojekt om selvmordshandlinger i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har koordineret det samlede projekt i et samarbejde med forskere fra Bispebjergs Psykiatriske Afdeling, Center for Registerforskning, Center for Selvmordsforskning, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital og Psykiatrisk Hospital Århus Amt.

SIF har varetaget delprojekter om udviklingen i selvmordshandlinger kombineret med valideringsundersøgelser af data i Dødsårsagsregisteret og LPR. I dette er indgået et projekt ledet af Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital, hvor der i samarbejde med Center for Registerforskning er gennemført analyser af betydningen af tilgængeligheden af en række lægemidler og andre selvmordsmetoder for

udviklingen i selvmord i Danmark. Analyserne af selvmord i forhold til etnicitet (føde-land) er sket i et samarbejde med Pin Qin, Center for Registerforskning og Lilian Zöllner, Center for Selvmordsforskning.

De landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser i 1994 og 2000 inkluderede spørgsmål om selvmordsforsøg og selvmordstanker. Disse data har gjort det muligt at identificere psykologiske og sociologiske, herunder livsstils- og helbredsrelaterede risikofaktorer for selvmordsadfærd, at korrelere selvrapporтерet selvmordsadfærd til sygehuskontakt og at vurdere de helbreds-mæssige langtidseffekter af selvmordsadfærd.

Ved bevillingen af støtte til det samlede forskningsprojekt blev SIF anmodet om at sammenfatte resultaterne af den registerbaserede analyse af udviklingen i selvmordshandlinger og registervalideringsundersøgelsen, undersøgelsen om etniske forskelle i selvmord og analyserne af selvrapporтерet selvmordsadfærd i en dansk rapport.

Dansk selvmordsforskning

Der er en lang tradition for selvmordsforskning i Danmark. Grete Pærregaard gennemgik i sin disputats om selvmordsforsøg og selvmord i København i 1963 den internationale og danske litteratur (Pærregaard 1963) og publicerede udover disputatsen studier om skilsmisse som en risikofaktor for selvmord og risikoen for fuldbyrdet selvmord blandt de personer, der indgik i disputatsens analyse af selvmordsforsøg (Pærregaard 1975; Pærregaard 1981).

I 1977 indgik Psykiatrisk Institut, Odense Universitet, i et fælles nordisk forskningsprojekt om selvmordsadfærd. Projektet omfattede Fyns Amt, og der blev gennemført studier af udviklingen i selvmordsadfærd i Danmark ud fra de fynske data, som blev regnet for landsrepræsentative (Bille-Brahe & Juel-

Nielsen 1986; Juel-Nielsen & Retterstol 1982). Fyns Amt har siden deltaget i et multicenter projekt under WHO, som blev etableret i 1986 (WHO 1999). Der er publiceret oversigter over selvmordsudviklingen i Danmark op til starten af 1990'erne (Bille-Brahe & Jessen 1994b; Bille-Brahe & Jessen 1994c) og studier af selvmordsforsøg ud fra sygehuskontakter i Fyns Amt (Bille-Brahe *et al.* 1985; Bille-Brahe 1991; Bille-Brahe & Jessen 1994a; Bille-Brahe & Juel-Nielsen 1986).

De markante sammenhænge mellem selvmord og psykisk sygdom er konfirmeret i registerbaserede undersøgelser (Nordentoft & Rubin 1993; Rossau & Mortensen 1997; Mortensen *et al.* 2000; Agerbo *et al.* 2002a; Agerbo *et al.* 2002b; Agerbo, 2005; Qin & Nordentoft, 2005; Nordentoft *et al.*, 2005).

Center for Registerforskning har ligeledes gennemført analyser af familiære, socioøkonomiske og demografiske risikofaktorer for selvmord (Qin *et al.* 2000; Qin *et al.* 2003a; Qin *et al.* 2003b; Qin & Mortensen 2003; Agerbo *et al.* 2001a; Agerbo *et al.* 2001b; Agerbo 2003a; Agerbo 2003b; Qin, PhD afhandling, 2003). Der er kønsforskelle i styrken af risikofaktorer, og markant sammenhæng for begge køn mellem arbejdsløshed, at være enlig, fattig, uden for arbejdsmarkedet og selvmord. Men for begge køn er psykisk sygdom den stærkeste risikofaktor.

Den øgede risiko for selvmord blandt ældre personer er vurderet i en række undersøgelser (Erlangsen *et al.* 2003; Erlangsen *et al.* 2004; Winsløw 2004), der påpeger betydningen af tab af ægtefælle og social isolation. Blandt de ældste gamle er der påvist øget selvmordsrisiko efter sygehusindlæggelse for somatiske sygdomme (Erlangsen *et al.*, 2005).

Udviklingen i selvmordsforsøg blandt unge belyses aktuelt i undersøgelser fra Center for selvmordsforskning (1999; Jessen *et al.* 1996; Zøllner L 2002). Tidligere undersøgelser har

påvist, at psykisk sygdom er den stærkeste risikofaktor for selvmordsadfærd for børn, tilsvarende som det gælder for voksne (Sommer & Jensen 1987; Høg *et al.* 2002; Agerbo *et al.* 2002b). En forløbsundersøgelse blandt et begrænset antal unge i Fyns Amt, der havde været sygehusindlagt for selvmordsforsøg, fandt, at alle var i live 7 år efter selvmordsforsøget, at 1/3 havde forsøgt selvmord igen, og at hver fjerde havde haft hyppige sygehuskontakter for psykiske problemer. To ud af tre havde belastede familierelationer (Vange 1985). Tilsvarende er familierelationer påvist at have betydning for unges selvmordsadfærd i en registerbaseret forløbsundersøgelse baseret på en dansk fødselskohorte fra 1966 (Christoffersen *et al.* 2003). Intervention overfor unge med tidligere selvmordsforsøg er belyst ud fra data i selvmordsforebyggelsescentret i København (Nordentoft *et al.*, 2005).

Forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg er tidligere blevet belyst ud fra data i den danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 1994 (Kjøller & Helweg-Larsen 2000), og er siden fulgt op i 2000 undersøgelsen (Nørlev *et al.*, 2005).

Nærværende rapport fokuserer på udviklingen i selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker ud fra data i de danske sundhedsregistre og de landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser. I dette indgår en vurdering af, hvor solide danske registerdata er til at beskrive udviklingen.

Et væsentligt formål med bevillingen til dansk selvmordsforskning var at styrke samarbejdet mellem de forskningsgrupper, som beskæftiger sig med problematikken. Dette formål er i vid grad opfyldt. Der vil inden for de næste år blive publiceret studier, som dels er baseret på et samarbejde mellem forskningsgrupperne dels er inspireret af dialogen i det samlede forskningsnetværk.

Referencer

- Agerbo, E. (2003a) Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ*, **327**, 1025-1026.
- Agerbo, E. (2003b) Unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health*, **57**, 560-561.
- Agerbo, E., Mortensen, P. B., Eriksson, T., Qin, P. & Westergaard-Nielsen, N. (2001a) Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. *BMJ*, **322**, 334-335.
- Agerbo, E., Mortensen, P. B., Eriksson, T., Qin, P. & Westergaard-Nielsen, N. (2001b) Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. *BMJ*, **322**, 334-335.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002a) Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, **325**, 74.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002b) Selvmord blandt unge—familiære, psykiatriske og sociale risikofaktorer. *Ugeskr.Laeger*, **164**, 5786-5790.
- Agerbo E (2005) Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *J Epidemiol Community Health* **59** (5): 407-412.
- Bille-Brahe, U. (1991) Selvmordsforsøg på Fyn i 1989/1990. *Ugeskr.Laeger*, **153**, 1119-1122.
- Bille-Brahe, U., Hansen, W., Kolmos, L. & Wang, A. G. (1985) Attempted suicide in Denmark. I. Some basic social characteristics. *Acta Psychiatr.Scand*, **71**, 217-226.
- Bille-Brahe, U. & Jessen, G. (1994a) Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis*, **15**, 77-82.
- Bille-Brahe, U. & Jessen, G. (1994b) Suicide in Denmark, 1922-1991: the choice of method. *Acta Psychiatr.Scand*, **90**, 91-96.
- Bille-Brahe, U. & Jessen, G. (1994c) Selvmord i Danmark i 70 år, 1922-1991. Generelle tendenser. *Ugeskr.Laeger*, **156**, 2759-2763.
- Bille-Brahe, U. & Juel-Nielsen, N. (1986) Trends in attempted suicide in Denmark, 1976-1980. *Suicide Life.Threat.Behav.*, **16**, 46-55.
- Center for Selvmordsforskning, årsrapporter
- Center for Selvmordsforskning. Selvmordsadfærd blandt børn og unge – et kompendium (1999). Odense
- Christoffersen, M. N., Poulsen, H. D. & Nielsen, A. (2003) Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr.Scand*, **108**, 350-358.
- Erlangsen, A., Bille-Brahe, U. & Jeune, B. (2003) Differences in suicide between the old and the oldest old. *J Gerontol.B.Psychol.Sci.Soc.Sci.*, **58**, S314-S322.
- Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. & Vaupel, J. W. (2004) Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age.Ageing.*, **33**, 378-383.
- Erlangsen A, Vach W, Jeune B (2005) The effect of hospitalization with medical illness on the suicide risk in the oldest old: a population-based register study. *J Am Geriatr Soc* **53** (5): 771-776.
- Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. (1998) Sundhedsstyrelsen, København – www.sst.dk
- Høg, V., Isager, T. & Skovgaard, A. M. (2002) Selvmordsadfærd blandt børn. *Ugeskr.Laeger*, **164**, 5790-5794.
- Jessen, G., Andersen, K. & Bille-Brahe, U. (1996) Selvmordstanker og selvmordsforsøg

blandt 15-24-årige i det danske uddannelsessystem. *Ugeskr.Laeger*, **158**, 5026-5029.

Juel-Nielsen, N. & Retterstol, N. (1982) Selvmord i Norden. *Nord.Med*, **97**, 265-266.

Kjøller M, Helweg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000;28:54-61.

Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P. & Westergaard-Nielsen, N. (2000) Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*, **355**, 9-12.

Nordentoft M, Ping Qin, Helweg-Larsen K & Juel, K. (2005) Development in method-specific suicide rates compared with the availability of specific compounds. The Danish experience. *Submitted*.

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 Psychiatr.Scand*, **88**, 278-285.

Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Hoyer EH, Mortensen PB (2004) Udviklingen i selvmordshyppighed for patienter med skizofreni fra 1981 til 1997. En nested case-kontrolundersøgelse. *Ugeskr Læger* **166** (50): 4602-4606.

Norlev J, Davidsen M, Sundram V, Kjøller M (2004). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35 year old Danes: A national representative population study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **35** (3): 291-308.

Pærregaard G (1963) Selvmordsforsøg og selvmord i København. *Disputats*

Paerregaard, G. (1975) Suicide among attempted suicides: a 10-year follow-up. *Suicide*, **5**, 140-144.

Paerregaard, G. (1981) Selvmord og selvmordsforsøg. Selvmord har altid været hyp

pigst blandt fraskilte og enlige. *Sygeplejersken*, **81**, 6-7.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003a) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am.J Psychiatry*, **160**, 765-772.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003b) Selvmordsrisiko i relation til forekomsten af fuldbyrdet selvmord og psykiatriske lidelser i familien. Nested case-control study. *Ugeskr.Laeger*, **165**, 2573-2577.

Qin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T. & Mortensen, P. B. (2000) Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br.J Psychiatry*, **177**, 546-550.

Qin, P. & Mortensen, P. B. (2003) The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch.Gen.Psychiatry*, **60**, 797-802.

Qin P, Nordentoft M (2005) Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* **62** (4): 427-432.

Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Færre selvmordsforsøg og selvmord. Perspektiver for indsatsen. (2004) Sundhedsministeriet & Socialministeriet, København – www.selvmordsforebyggelse.dk

Rossau, C. D. & Mortensen, P. B. (1997) Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br.J Psychiatry*, **171**, 355-359.

Sommer, B. & Jensen, B. T. (1987) Selvmord blandt børn og unge 1970-1985. *Ugeskr.Laeger*, **149**, 2100-2102.

Vange, B. (1985) Selvmordsforsøg blandt børn og unge. En forløbsundersøgelse 1976-1983. *Ugeskr.Laeger*, **147**, 1867-1873.

WHO. (1974) Suicide and attempted suicide. Public health Paper, 58. Geneva..

WHO/EURO Multicentre study on parasuicide. Facts and figures. Bille-Brahe, U., WHO, Regional Office, and Center for Selvmordsforskning, Odense. 1999. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe

Winsløw J-H (2004) Adversity, coping and tiredness of life. In: *Suicide and old people. Myths, knowledge and prevention* (ed Tellervo J), pp. 24-28.

Zøllner L . Unges (mis)trivsel. 2002. Odense, Center for Selvmordsforskning.

Rapporten er baseret på fire forskellige datakilder: Dødsårsagsregisteret, LPR, de landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser i 1994 og 2000 og DANCOS, Statens Institut for Folkesundheds database, der omfatter en sammenkobling af data i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne med de nationale sundhedsregistre på personniveau. Disse datakilder beskrives i det følgende.

3.1 Dødsårsagsregister

Dødsårsagsstatistikken varetages af Sundhedsstyrelsen. Den omfatter samtlige dødsfald blandt personer med fast bopæl i Danmark, eksklusive Færøerne og Grønland. Danske statsborgere, der dør i udlandet, medtages ikke i statistikken, idet dødsårsagen for denne gruppe ikke altid er oplyst. Det personrelaterede dødsårsagsregister i Sundhedsstyrelsen dækker pr. 1.1.2005 perioden 1973 til 2001. Statens Institut for Folkesundheds register er ført tilbage til 1943, dvs. med personoplysninger (CPR) på alle dødsfald, der er indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Ved ethvert dødsfald, der sker i Danmark, udsteder en læge en dødsattest i forbindelse med ligsynet. Lægen bevidner på attesten, at der er konstateret sikre dødstegn, og at liget kan begraves. Lægen skal så vidt muligt fastslå dødsårsag og dødsårsag og anføre disse på dødsattesten. Indtil 1997 blev disse oplysninger anført allerede ved ligsynet, og ved dødsfald på sygehus i forbindelse med en evt. obduktion. Dødsattesten ”fulgte med liget”, dvs. den blev overdraget til begravelsesmyndigheden, dvs. præsten i afdødes sogn, som indberettede dødsfaldet til Folkeregisteret. Dødsattesten blev derefter sendt til den stedlige embedslæge, som kontrollerede, at den var korrekt udfyldt, og derfra videre til Sundhedsstyrelsen, hvor attesten blev kodet.

Fra 1997 er dødsattesten adskilt i to dele. Attestens side 1 indeholder de nødvendige oplysninger til begravelsesmyndigheden. Side 2 de oplysninger, der danner grundlag for landets dødsårsagsstatistik. Denne opdeling er gennemført mhp. at alle relevante lægelige oplysninger om afdøde kan medtages ved fastlæggelse af dødsårsagen, dvs. lægen kan afvente resultaterne af en obduktion, indhente yderligere oplysninger fra afdødes egen læge eller konsultere hospitalsjournal, inden at han/hun udfylder dødsattestens rubrikker om den umiddelbare og den tilgrundliggende dødsårsag og dødsårsag. Dødsattestens side 2 er blevet sendt direkte til Sundhedsstyrelsen, hvor den matches med side 1, som er videresendt til Styrelsen fra begravelsesmyndigheden. Oplysningerne om dødsårsag og dødsårsager kodes i overensstemmelse med den klassifikation, der er udarbejdet af WHO, for tiden den 10. internationale sygdomsklassifikation, ICD10. Dødsattesten indlæses elektronisk og et antal kodere står for den manuelle kodning, dvs. oversætter dødsårsager fra tekst til ICD-10 numre, og indtaster derefter disse koder i registeret.

Aktuelt er Dødsårsagsregisteret opdateret til 2001. Der er en række begrænsninger i den nuværende opdatering af registeret, blandt andet meget tidskrævende procedurer. Sundhedsstyrelsen planlægger derfor at implementere et internationalt elektronisk baseret kodesystem som alternativ til den papirbaserede indberetning. Systemet er baseret på en elektroniske indberetning direkte fra de dødsattestudstedende læger. Det forventes at kunne give en øget datakvalitet i indberetningerne og at muliggøre en hurtigere opdatering af registeret.

Dødsattesterne rummer som regel oplysninger om en række dødsårsager, hvoraf en enkelt skal opfattes som den tilgrundliggende dødsårsag. Som et led i moderniseringen af registerets opdatering implementerer Sundhedsstyrelsen det internationale kodningssystem ACME, der på baggrund af en række oplysninger fra den enkelte indberetning skal kunne prioritere og udvælge den tilgrundliggende dødsårsag. ACME er i Eurostat-regi valgt som standard for den fremtidige europæiske kodning med det formål at øge sammenligneligheden af dødsårsager landene imellem.

Fremover skal sygehussektoren indberette dødsattester via Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI). Sundhedsstyrelsen ønsker at tage systemet i brug snarest muligt, og lægger op til start 1. januar 2006. Det forventes, at den obligatoriske elektroniske indberetning bliver udvidet til også at omfatte primærsektoren. Sundhedsstyrelsen har ud over SEI iværksat særlige initiativer til ajourføring af registeret, herunder besluttet at påbegynde kodning af årgang 2005, således at denne foreligger afsluttet medio 2006.

Det er aktuelt Sundhedsstyrelsens ansvar at sikre kvaliteten af dødsattesterne. Tidligere blev dødsattesterne kontrollerede af embedslægerne og ukorrekt udfyldte attester kunne korrigeres i samråd med den attestudstedende læge. Sundhedsstyrelsen indhentede tidligere supplerende oplysninger i ca. 10% af alle dødsattester.

Retslægelig ligsyn

I tilfælde af dødfundne, uventet død, ulykke, selvmord eller mistanke om at døden skyldes et strafbart forhold eller en erhvervssygdom skal dødsfaldet indberettes til politiet, der sammen med embedslægen bestemmer om der skal foretages et retslægeligt ligsyn. Det gælder for ca. 10% af alle dødsfald, og blandt disse dødsfald foretages der en retslægelig obduktion for knap 30%.

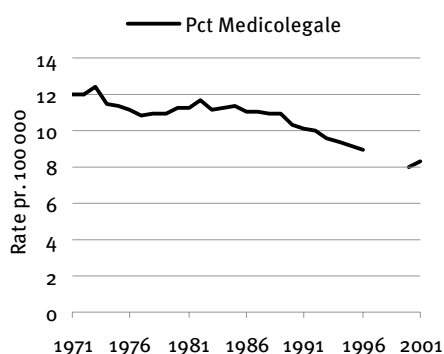
Ved det retslægelige ligsyn præsenterer politiet de nødvendige oplysninger om dødsfaldet. Ved en række dødsfald, fx dødfundne og pludselige uventede dødsfald, er et retslægeligt ligsyn og en efterfølgende obduktion en forudsætning for at kunne fastslå dødsårsagen, og der vil ofte yderligere være behov for at foretage en obduktion med henblik på at bestemme dødsårsagen, der ellers må angives som uoplyst. Der er således sammenhæng mellem andelen af dødsfald, der klassificeres med uoplyst dødsårsag, og den generelle obduktionsrate (Saukko 1995). Finland, der har den højeste obduktionsrate blandt de nordiske lande, har den laveste andel dødsfald uden oplyst dødsårsag og dødsårsag (NOMESKO, 2005).

Som beskrevet skal ethvert dødsfald, som ikke umiddelbart skønnes at skyldes naturlig død, dvs. sygdom eller alderdom, indberettes til det stedlige politi. Det gælder således alle dødsfald, hvor der er mistanke om selvmord. Men i en del tilfælde afstår politiet fra at begære retslægeligt ligsyn ud fra en antagelse af, at dødsfaldet ikke har politimæssig interesse. Det gælder også dødsfald, hvor dødsårsagen skønnes at være selvmord. Politiet har dog pligt til at konsultere embedslægen i amtet, i Københavns Kommune lægerne på Retsmedicinsk Institut, inden der afstås fra et retslægeligt ligsyn.

I princippet er det kun landets embedslæger og retsmedicinere, der skriver dødsattesten ved ulykker og selvmord. Det drejer sig om en relativ lille kreds på ca. 50 læger. Individuelle ændringer i tolkningen af fx forgiftningsdødsfald eller drukning og dermed i klassifikationen af dødsårsagen som henholdsvis ulykke, selvmord eller uoplyst dødsårsag, vil kunne få relativ stor betydning for den registrerede selvmordsrate. Der eksisterer en ikke nøjere defineret gråzone mellem ulykker og selvmord, og tolkningen heraf kan være ændret inden for de seneste 15-20 år og dermed have flyttet fordelingen mellem ulykker og selvmord som dødsårsag.

Figur 3.1 viser udviklingen i andelen af retslægelige ligsyn ud af alle dødsfald i Danmark i perioden 1971 til 2001. I starten af 1970'erne blev der foretaget et retslægeligt ligsyn ved ca. 12% af alle dødsfald og andelen er siden faldet til ca. 8%. Selvmord var registreret som dødsårsag ved ca. 2,2% af alle dødsfald i 1970 og 1,2% af dødsfaldene i 2001. Data er fra Dødsårsagsregisteret, der ikke rummer oplysninger om ligsyn i årene 1997-2000.

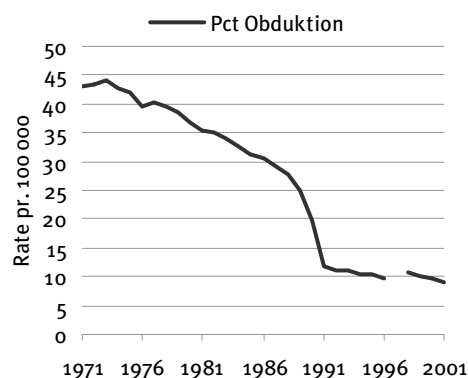
Figur 3.1 Dødsfald med retslægeligt ligsyn i Danmark 1971-2001. Andel (%) af alle



Obduktion

En lang række undersøgelser har påpeget, at en høj obduktionsrate øger validiteten i dødsårsagsstatistikken. I 1971 blev 44% af alle dødsfald i Danmark undersøgt ved en obduktion, i 2001 var andelen faldet til 9%. Figur 3.2 viser udviklingen i obduktionsrate i perioden 1971 til 2001. Der er ikke data for 1997 og 1998.

Figur 3.2 Dødsfald med obduktion i Danmark 1971-2001. Andel (%) af alle.



Retslægelig obduktion

I perioden 1971 til 2001 er der derimod kun få ændringer i andelen af retslægelige obduktioner blandt alle dødsfald. I 1971 var andelen 2,5% og i 2001 2,0%. Hvert fjerde dødsfald blandt 15-39-årige bliver undersøgt ved en obduktion på et af landets tre retsmedicinske institutter mod under 1% af dødsfald blandt 70-årige og ældre.

(Madsen *et al.* 2003). Enkelte undersøgelser har vurderet betydningen af retslægeligt ligsyn og retslægelig obduktion for klassifikation af dødsårsag (Asnaes *et al.* 1980) (Asnaes 1979) (Asnaes & Paaske 1979). Blandt 436 dødsfald undersøgt ved et retslægeligt ligsyn kunne dødsårsagen i hvert fjerde tilfælde kun fastslås med sikkerhed ved en retslægelig obduktion. Blandt dødsfald, hvor dødsattesten var baseret på et ikke-retslægeligt ligsyn, blev der foretaget retslægelig obduktion og retskemiske undersøgelser, hvorefter dødsårsagen i 5% af tilfældene blev ændret fra naturlig død til selvmord eller usikker dødsårsag.

Dødsårsagsregisterets validitet

Der foreligger relativt få undersøgelser af det danske Dødsårsagsregisters kvalitet, og de har først og fremmest vurderet klassifikationen af den tilgrundliggende dødsårsag, oftest med fokus på hjerte- og karsygdomme

(Asnaes *et al.* 1980; Mabeck & Wichmann 1980) (Juel & Sjøel 1996)

En række internationale undersøgelser har vurderet overensstemmelsen mellem retsmedicinere i klassifikation af døds måde (Huusko & Hirvonen 1988) (Fingerhut *et al.* 1998) og fundet relativ stor uoverensstemmelse. I enkelte danske undersøgelser nævnes vanskelighederne ved at fastslå døds måde i forgiftningsdødsfald (Kringsholm 1988) (Hansen 1991), og ved dødsfald blandt alkoholikere (Hansen & Simonsen 1991) (Thomsen 1996), men der er ikke gennemført analyser af reproducerbarheden eller overensstemmelsen i forskellige lægers klassifikation af døds måde i forskellige grupper af dødsfald.

Udenlandske undersøgelser har peget på individuelle forskelle i tolkningen af døds måde ud fra samme oplysninger. Ved at lade 200 forskellige læger bedømme døds måde i 23 forskellige dødsfald var der kun i *et* tilfælde fuldstændig overensstemmelse i lægernes valg af døds måde, og en overensstemmelse på 80% eller mere i kun 11 af de 23 udvalgte dødsfald. Undersøgelsen understreger således usikkerheden i dødsårsagsstatistikens angivelse af døds måde (Goodin & Hanzlick 1997).

Gennemgående påpeges der betydelig usikkerhed i afgrænsningen af selvmord overfor ulykke ved forgiftningsdødsfald, specielt ved lægemidlet Dextroproxiphen, hvor der er et meget lille interval mellem terapeutisk og toksisk dosis (Jonasson *et al.* 1999) og drukning (Kringsholm *et al.* 1991), men det kan også være vanskeligt at skelne mellem selvmord og ulykke ved visse trafikdødsfald, de såkaldte eneulykker (Ahlm *et al.* 2001).

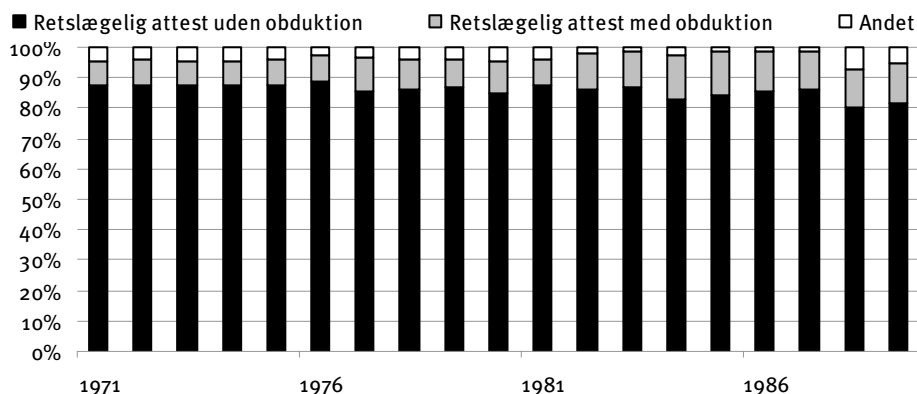
I et studie af klassifikation af døds måde blev der observeret op til 15% fejlregistrering af selvmord blandt sorte og kvinder, hvilket blev tolket som et resultat af en formodning om en laver risiko for selvmord blandt sorte og kvinder end blandt hvide mænd (Phillips & Ruth 1993).

Klassifikation af selvmord

Ligsynsloven bestemmer, at der skal foretages et retslægeligt ligsyn ved dødsfald, som kan være selvmord. Det er politiets pligt at tilvejebringe fyldestgørende oplysninger om dødsfaldet. Der skal foretages en findestedsundersøgelse, dvs. det sted hvor afdøde fandtes skal gennemgås, der skal opstilles en liste over lægemidler på findestedet og forbruget af de enkelte stoffer og findeomstændighederne skal beskrives, dvs. politiet skal bl.a. kontakte den/de personer, som fandt den afdøde. Politiet skal også indhente oplysninger fra afdødes nærmeste og fra egen læge. Et retslægeligt ligsyn er således baseret på meget fyldig information om dødsfaldet, og det er på baggrund af dette, at embedslægen afsiger sit skøn vedrørende døds måde, og at der træffes beslutning om, hvorvidt der skal foretages en obduktion og supplerende undersøgelser, fx undersøgelse for forekomst af lægemidler og andet i blodet.

Figur 3.3 viser, at døds måden, selvmord, i fra 1% til 8% af dødsfaldene er blevet fastslået uden, at der er foretaget et retslægeligt ligsyn. Figuren viser også, at der kun foretages en retslægelig obduktion i ca. 10% af de dødsfald, der er klassificeret som selvmord, fra ca. 8% i 1970'erne til lidt over 10% i 2000 og 2001.

Figur 3.3 Selvmord i Danmark 1971-2001. Relativ fordeling på tre attesttyper



Der er en række omstændigheder, som taler for at et dødsfald skyldes et selvmord og ikke er et ulykkestilfælde: afskedsbrev, findeomstændighederne, oplysning om tidligere selvmordsforsøg, psykisk sygdom, traumatiske begivenheder i afdødes liv, fx tab af ægtefælle, afskedigelse fra job, bankerot. I en undersøgelse af selvmord i København i 1960'erne fandtes der i 37% af tilfældene et afskedsbrev (Pærregaard, 1963), og i en tilsvarende procentandel i en undersøgelse af selvmord i hovedstadsområdet og i Storstrøms Amt i slutningen af 1980'erne (Kølsen-Fischer, 1989).

Det er den læge, der afholder ligsynet som tolker de forskellige oplysninger og afgør, om det drejer sig om et selvmord eller ej, og der kan være betydelige forskelle i tolkningen fra læge til læge (Hanzlick & Goodin 1997). Eksempelvis vil nogle læger umiddelbart skønne, at en stofmisbruger, der lever et forhutlet liv og dør af en overdosis, har begået selvmord, mens andre læger vil tolke dødsfaldet som en ulykke. Uforklarlige trafikulykker, såkaldte eneulykker, vil kunne opfattes som et selvmord, eller klassificeres som ulykker. En finsk undersøgelse re-kodede alle motortrafikdødsfald i 1987-88 og 1991-92 og fandt, at der var en stigning i andelen som kunne betragtes som "selvmord" fra 1% i den første periode til 7% i den anden (Hernetkoski &

Keskinen 1998). Tilsvarende vil der ved overkørsel af tog efter fald fra en perron; styrt fra højder, drukning og dødelig udgang af vove-mod ofte være usikkerhed om døds måden, selvmord eller ulykke.

3.2 Landspatientregister

Registeret rummer oplysninger om alle sygehuskontakter i Danmark. Registeret er en væsentlig kilde til vurderinger af udviklingen i selvmordshandlinger. Forudsætningen for en meningsfuld vurdering er, at registreringen af sygehuskontakter pga. selvska-de/selv mordshandling er konsistent, dvs. at den på landsbasis og over tid er baseret på ensartede kriterier, og at registreringen omhandler alle sygehuskontakter.

LPR er etableret i 1977. Indtil 1995 var det obligatorisk at indberette indlæggelser men ikke skadestuekontakter og ambulante ydelser til registeret. En række sygehuse indberettede dog også disse sygehuskontakter allerede fra slutningen af 1980'erne. Siden 1995 indberettes alle typer sygehuskontakter fra samtlige sygehuse i Danmark, og det kunne således være muligt at følge udviklingen i selvmordshandlinger fra 1995 og frem ud fra registreringen af sygehuskontakter

pga. selvmordshandling. Men som det vil fremgå af det følgende er indberetningen af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger mangelfuld, den er bl.a. præget af store variationer fra sygehus til sygehus, og data i LPR er derfor ikke umiddelbart velegnede til at beskrive udviklingen i selvmordshandlinger i Danmark.

Et yderligere problem er, at registreringskoden for selvmordshandling omfatter alle former for selvskade, dvs. både intenderet selvmord/selvmodsforsøg, selv-mutilationer og forgiftninger, hvor det ikke er muligt at skelne mellem en bevidst indtagelse af alkohol og lægemidler eller en indtagelse af lægemidler i forbindelse med alkoholpåvirkning.

Regler for registreringen i Landspatientregisteret

Landspatientregisteret er grundlaget for sygestatistikken, som anvendes i den generelle sundhedsplanlægning, og som muliggør opgørelser og fremskrivninger af amtskommunernes sygehusforbrug. Siden midten af 1990'erne er en række sundhedsregistre blevet opdateret ud fra data i LPR, fx Cancerregisteret, Fødselsregisteret og Abortregisteret. Registeret er tillige en væsentlig kilde til medicinske forskningsprojekter. Der er unikke muligheder for samkøring med befolkningsregistre i Danmarks Statistik og derved opnå viden om en lang række faktorer betydning for befolkningens sygehuskontakt, dvs. for den behandlingskrævende sygdom og skademønsteret i Danmark. Tilsvarende er det muligt at beskrive sociale sammenhænge i selvmords eller selvmordsforsøgsmønsteret ud fra en kobling mellem data i LPR og Danmarks Statistik. Men det kræver, at samtlige sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger kan identificeres i LPR.

Principperne for registreringen af sygehuskontakter er fastlagt i "Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter", der er opdelt i to dele, en vejledning i klassifika-

tion, kodning og registrering til sygehusene og en teknisk vejledning rettet mod de leverandører, der udvikler de administrative systemer.

Kravene til indberetningen vedtages af "Koordinationsgruppen for individbaseret registrering". Den er udpeget af de enkelte amter, som har en repræsentant i gruppen. Derudover er der repræsentanter fra H:S, Demografisk Institut i Århus, Amdsrådsforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Ved registreringen til LPR skal der for alle sygehuskontakter angives en kontaktårsagskode, som angiver om det drejer sig om en kontakt på grund af sygdom eller på grund af en skade opstået ved en ydre påvirkning. Kontaktårsagskoderne er afgrænset i den Nordiske Ulykkesklassifikation:

1. Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion
2. Ulykke, dvs. skade opstået ved ulykke
3. Voldshandling, dvs. skade opstået ved vold fra anden person
4. Selvskade, dvs. selvmord/selvmodsforsøg og anden selvtilføjet skade
5. Senfølge, dvs. følge af skade opstået ved ulykke, vold eller selvtilføjet
6. Andet, som ikke er nærmere defineret i Fællesindholdet
7. Ukendt/uoplyst

Såfremt årsagen til sygehuskontakten er ulykke, vold eller selvmord/selvmodsforsøg, dvs. kontaktårsagskode 2, 3 eller 4, skal der registreres en række oplysninger om skadested, skademekanisme, aktivitet på skadetidspunktet, og ved trafikulykker desuden en række data om transportform. Ifølge bestemmelserne i "Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter" skal disse oplysninger ikke registreres ved kontakter pga. senfølger til skader eller ved den udefinerede kontaktårsag, "Andet".

Ulykkesklassifikationen blev i midten af 1980'erne udarbejdet af NOMESKO (Nordisk Medicinalstatistisk Komité), med henblik på anvendelse i alle nordiske lande. Men det er kun i Danmark, at ulykkesklassifikationen benyttes i sit fulde omfang til registreringen af alle sygehuskontakter pga. skader og forgiftninger. Ulykkesklassifikationen trådte i kraft den 1. januar 1987 og erstattede WHOs klassifikation af ydre årsager til beskadigelse, der indgik i et særligt kapitel i ICD8 (E800-E999), og som indtil da havde gjort det muligt at skelne mellem forskellige typer af skader, dvs. om de skyldtes ulykke, vold eller var selvpåført.

I WHOs ICD10 (Internationale klassifikation af sygdomme og relaterede tilstande, 10. revision) indgår der koder, der præcist kan angive, hvorvidt en skade/forgiftning er ulykkesbetinget, betinget af vold eller er selvtilført, dvs. en mulig selvmordshandling. Disse koder, V, W X, Y koder blev ikke medtaget i den danske version af ICD10, da den blev indført i 1994 til registrering af somatiske sygehuskontakter. I stedet forventes det, at kontaktårsagskoden kan identificere skadestypen, dvs. kan afgrænse henholdsvis ulykkesbetingede skader, voldsskader og selvtilføjede skader/selvordshandlinger.

Det fulde potentiale i ICD10 anvendes derimod i Dødsårsagsregistreringen. I Dødsårsagsregisteret er det derfor muligt både at afgrænse selvmordshandlinger ud fra registreringen af dødsårsag og ud fra den specifikke klassifikation af skaden (læsioner og/eller forgiftninger) ved brug af de konkrete V, W X, Y koder. Inden for psykiatrien anvendes X-koder til at klassificere skader pga. selvmordshandlinger.

Ved indførelsen af den nordiske ulykkesklassifikation i 1987 var der ingen begrænsninger i hvilke aktionsdiagnoser, der kunne registreres samtidigt med kontaktårsagskoder for ulykke, vold eller selvskade/selvord (2, 3 og 4). De nugældende regler er, at der ved

skadestuekontakter for ulykke, vold og selvmordsforsøg/selvskade skal anvendes diagnoser inden for afgrænsede ICD10 kategorier.

Instruks for registrering af selvskade/selvordsforsøg

Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter for 2005 rummer et særligt afsnit om indberetning af selv-mord/selvordsforsøg, hvori det påpeges, at en korrekt registrering af disse sygehuskontakter med angivelse af kontaktårsagskode 4, vil betyde et større datagrundlag til hjælp ved planlægningen af forebyggelse og give mulighed for at følge udviklingen i selvmordshandlinger og anden selvdestruktiv adfærd.

Skadestuepatienter

Den basale registrering af kontakter til somatisk og til psykiatrisk skadestue er ens, men der er forskel i hvilke diagnoser, der kan indberettes. For kontakter til en somatisk skadestue er der indført en række begrænsninger i hvilke diagnoser, der skal indberettes, dvs. hvilke diagnoser som matcher med kontaktårsagskode 4. Der skal ved kontaktårsagskode 4 registreres en aktionsdiagnose, dvs. den grundlæggende årsag til skadestuekontakten, inden for kategorierne: skader (S00-T79), symptomer og dårligt definerede tilstande (R00-R99), eller faktorer af betydning for kontakter med sundhedsvæsenet (Z00-Z99). For psykiatriske skadestuepatienter kan der i forbindelse med selvmordsforsøg godt registreres en psykiatrisk diagnose som aktionsdiagnose, men dette gælder ikke for tilsvarende kontakter til en somatisk skadestue. Inden for det psykiatriske system anvendes tillige ICD10 koderne for selvskade ved forgiftning eller anden metode, X60-X84.

Tabel 3.1 Instruks i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2005: Indberetning af selvmord/selvmondsforsøg

	Somatisk skadestue	Somatisk sengeafdeling	Psykiatrisk skadestue
Kontaktårsagskode	4	4	4
Aktionsdiagnose	R00-R999 S00-T799 Z00-Z999	S00-T799	F00-F999 X60-X84

Begrænsning i skadesregistreringen på somatiske skadestuer medfører, at kontakter, hvor det skønnes, at den væsentligste diagnose er en psykiatrisk lidelse, men hvor patienten fx har indtaget en overdosis af medicin eller

skåret sig i håndledet, ikke registreres med kontaktårsagskode 4. Kontaktårsagskoden vil derimod være 1, dvs. sygdom. Selvom forgiftningen eller snitlæsionen medtages i diagnose-registreringen vil der ikke i registreringen i LPR kunne skelnes mellem, om det har drejet sig om en ulykkesbetinget eller en selvtillføjet snitlæsion.

En af årsagerne til dette er, som beskrevet, at der i Danmark ved registrering af skader, inklusive forgiftninger, kun anvendes en begrænset andel af WHO's ICD10 klassifikationer af læsioner og forgiftninger.

Inden for psykiatrien gælder det, at der er en begrænsning i hvilke diagnoser, der må anvendes som aktionsdiagnose. Der må anvendes koder inden for F000-F999 (psykisk

sygdom), udvalgte Z-koder for observation og rådgivning af sygdomstilstande og misbrug, retslige psykiatriske foranstaltninger og simulanter samt de specifikke X-koder og Y-koder for tilsigtet selvbeskadigelse, overfald og mishandling.

Kontakt til en psykiatrisk skadestue for selvtillføjet skade/selvmondsforsøg kan registreres med aktionsdiagnose inden for F-koder (psykisk sygdom) eller fra X60-X84, dvs. de koder der specifikt angiver selvtillføjet skade.

Indlagte patienter

For indlagte patienter gælder det, at der kan benyttes kontaktårsagskode 4, såfremt aktionsdiagnosen er skade, dvs. i ICD10-kode intervallet S00-T799. Det vil sige, at i modsætning til reglerne for skadestuekontakter omfatter kontaktårsagskode 4 for indlagte patienter ikke dårligt definerede tilstande, som ikke kan klassificeres andetsteds (R-koder), og heller ikke Z-koder, der fx dækker observation på grund af mistanke om toksisk effekt af indtaget stof (Z03.6) eller problem i forbindelse med vanskelighed med at klare tilværelsen (Z73.9) eller selvpåført skade (Z91.6).

Nedenstående tabel viser, at reglerne for registrering af aktionsdiagnose i forhold til kontaktårsagskode 4 ikke følges fuldstændigt, men at 96% af skadestuekontakterne i 2004, som har kontaktårsagskode 4, dog er registreret med en aktionsdiagnose inden for ICD10 koderne S, T, R og Z. Blandt indlagte patienter har knap 90% en aktionsdiagnose inden for ICD10 koderne S og T.

Tabel 3.2 Aktionsdiagnoser inden for kontaktårsagskode 4, LPR, 2004

ICD 10 Sygdomskategorier	Skadestue kontakter		Heldøgnspatienter	
	Antal	%	Antal	%
A. Infektionssygdomme	1	0,03		
B Virale infektioner mm	1	0,03		
C + D Svulster			1	0,04
E Endokrine sygdomme	1	0,03	1	0,04
F Psykisk sygdom	98	2,70	36	1,46
G Nervesygdomme	1	0,03		
I Hjerte-karsygdom	5	0,14	4	0,16
J Luftvejssygdom	1	0,03	10	0,40
K Mave-tarmkanalsygdom	4	0,11	55	2,23
L Hudsygdomme	7	0,19		
M Muskel- og bindevævssygdomme	1	0,03		
N Urinvejs- og kønssygdomme			1	0,04
R Symptomer og udefinerede tilstande	38	1,04	1	0,04
S Læsioner	1320	36,23	143	5,79
T Forgiftninger og visse læsioner	1501	41,20	2198	88,99
X Selvpåførte skader	25	0,69	2	0,08
Y Skader med usikker opståelsesmåde	3	0,08		
Z Kontakter til sundhedsvæsenet	36	1,00	18	0,73

Der skal ifølge reglerne i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2005 ved sygehuskontakt pga. en lægemiddelforgiftning udover ICD10 koden for arten af forgiftning også angives en specifik kode for lægemiddelets art, ATC-tillægskode. I nærværende undersøgelse af registreringspraksis er der ikke medtaget analyser af registreringen af ATC-tillægskoder. En nylig undersøgelse af registreringen af lægemiddelforgiftninger i Danmark 1996-2001 har påvist, at halvdelen af registreringerne ikke var forsynet med en ATC kode, og at der i 20% ikke var overensstemmelse mellem diagnose og den rapporterede ATC kode (Friis-Hansen *et al.* 2004).

Kvaliteten i registreringen af sygehuskontakter som følge af selvmordshandlinger er tidligere vurderet på et hospital i Hovedstadsområdet og fundet behæftet med en række fejl, som gør det vanskeligt at identificere sådanne kontakter ud fra registerdata (Hvid & Wang, 2005).

I kapitel 6 gennemgås den aktuelle registreringspraksis med fokus på mulighe-

derne for at afgrænse sygehuskontakter pga. selvmord/selvmondsforsøg.

3.3 De nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser

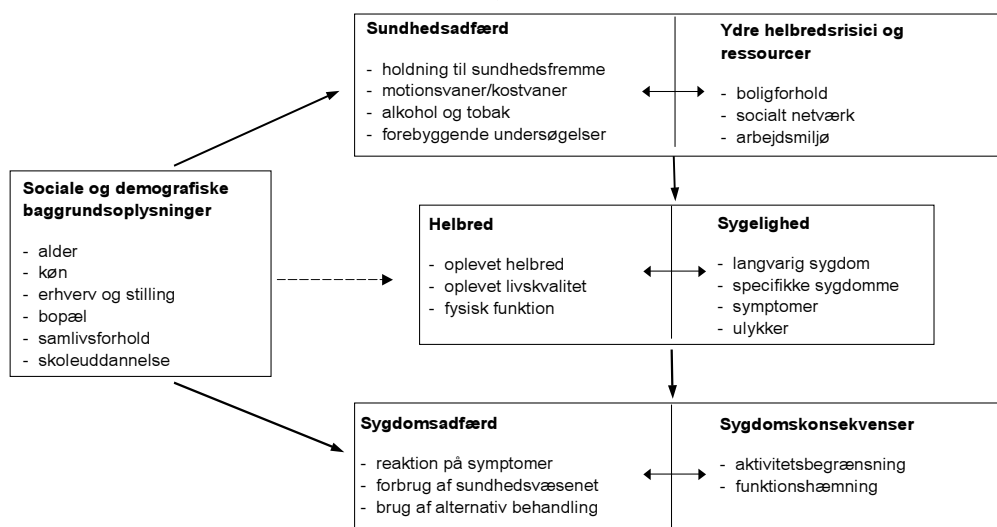
Statens Institut for Folkesundhed gennemfører med jævne mellemrum undersøgelser af den voksne, danske befolknings sundheds- og sygelighedstilstand og de faktorer, der er af betydning for sundhedstilstanden: Sundhedsadfærd, sundhedsvæner, livsstil, levekår, helbredsrisici i arbejde og miljø, sundhedsmæssige ressourcer mm. Undersøgelsesprogrammet kaldes i daglig tale SUSY-undersøgelserne (se også Rasmussen og Kjølner 2004).

Den første landsdækkende repræsentative undersøgelse blev gennemført i 1986-87 og siden er der gennemført undersøgelser i 1994 og 2000 (Rasmussen *et al.* 1987, Kjølner *et al.* 1994, Kjølner og Rasmussen (red) 2002). I 1991 gennemførtes en specifik undersøgelse af muskel- og skeletsygdom.

Undersøgelserne indeholder en række kerneelementer, der gentages i hver undersøgelse og en række specialelementer, der udskiftes fra undersøgelse til undersøgelse – se figur 3.5. Udgangspunktet for modellen er den traditionelle epidemiolo-

giske model, hvor der skelnes mellem determinanter, sygelighed og helbred/sundhed samt konsekvenser af sygdom og dårligt helbred. Endvidere indgår der en række sociodemografiske baggrundsvARIABLE.

Figur 3.5. Kerneelementer i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne.



Karakteristisk for undersøgelsesnes udformning er

- at det er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser
- at undersøgelserne omfatter danske statsborgere på 16 år eller derover
- at data indsamles ved besøgsinterview suppleret med selvadministreret spørgeskema
- at der anvendes professionelle interviewere i dataindsamlingen
- at dataindsamlingen sker i tre runder i henholdsvis februar, maj og september måned.

Undersøgelser i 1986/87 og 1994 havde som basis en stikprøve på 6000 personer. I undersøgelsen i 2000 var stikprøven på 22.468 personer for at muliggøre, at der blev foretaget analyser på amtsligt niveau.

Deltagelsesprocenten har igennem årene været aftagende, primært fordi andelen af befolkningen, der ikke ønsker at deltage, har været stigende. I 1986/87 deltog 79,9%, i 1994 78,0% og i 2000 74,2%. Andelen af nægttere er i perioden steget fra 12,3% til 74,2% af dem, der ikke deltog i undersøgelsen.

I 2005 gennemføres på ny en sundheds- og sygelighedsundersøgelse med samme stikprøvestørrelse som i 2000.

Data om selvmordsadfærd i SUSY

Data om forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg i befolkningen stammer fra undersøgelserne fra 1994 og 2000. I begge undersøgelser er spørgsmålene om, hvorvidt svarpersonen havde haft selvmordstanker indenfor det seneste år,

og hvorvidt svarpersonen nogensinde havde forsøgt selvmord, placeret i det selvadministrerede spørgeskema (se den nøjagtige ordlyd af spørgsmålene i kapitel 8).

I 1994-undersøgelsen blev spørgsmålene om selvmordsadfærd alene stillet i undersøgelsens 3. dataindsamlingsrunde, der fandt sted i september 1994 (tabel 1). Bortfaldsanalysen for hele 1994-undersøgelsen viste, at bortfaldet var ens blandt mænd og kvinder, steg med stigende alder og var størst blandt enker og enkemænd og

mindst blandt gifte. Endvidere var bortfaldet størst i Københavns kommune. Der er ikke lavet bortfaldsanalyse på hver enkelt dataindsamlingsrunde. Men i betragtning af, at der i alle tre dataindsamlingsrunder indgik repræsentative stikprøver, at der blev brugt identiske dataindsamlingsmetoder, og at hver runde betragtes som en delmængde af den samlede stikprøve, er der ikke anledning til at tro, at der er markante forskelle i bortfaldsmønsteret i 3. dataindsamlingsrunde sammenlignet med hele undersøgelsen.

Tabel 3.3 Oversigt over datamaterialet fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i 1994 og 2000. Antal og procent

	1994*)		2000**)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Antal inviterede	2.122		16.684	
Helt eller delvist gennemført interview i procent af antal interviewede	1.613	(76,9%)	12.333	(73,9%)
Besvaret selvadministreret spørgeskema (procent af antal inviterede)	1.397	(65,8%)	10.458	(62,7%)
Antal personer, der ikke besvarede spørgsmål om selvmordsadfærd (i procent af antal besvarede selvadministrerede spørgeskemaer)	35	(2,5%)	203	(2,0%)

*) kun 3. runde af undersøgelsen

**) geninterviewstikprøven og den amtslige supplerende stikprøve

I 2000-undersøgelsen blev data ligeledes indsamlet i tre runder. Stikprøven var den gang sammensat af 3 delstikprøver: 1) en national repræsentativ stikprøve, 2) en geninterviewstikprøve bestående af alle inviterede til 1994-undersøgelsen suppleret med 16-21 årige og 3) en amtslig supplerende stikprøve, der skulle sikre mindst 1000 gennemførte personlige interview i hvert amt (Bornholm dog kun 600). Spørgsmålene om selvmordsadfærd indgik i alle tre dataindsamlingsrunder i geninterviewstikprøven og den amtsligt supplerende stikprøve (tabel 3.1). Bortfaldsanalysen af den samlede SUSY-2000 viste, at der primært blandt ældre kvinder var et relativt stort bortfald, at enkemænd og gifte mænd havde et relativt lavt bortfald og endelig, at

personer bosat i Københavns og Frederiksberg Kommuner og i Københavns Amt havde et relativt stort bortfald. Heller ikke hvad angår 2000-undersøgelsen er der anledning til at tro, at bortfaldet skulle variere markant mellem de tre delstikprøver.

I kapitel 8 beskrives undersøgelsesmetoden med fokus på datakvalitet og validiteten i selvrapporteret selvmordsadfærd. Datamaterialet fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne giver bl.a. mulighed for at belyse omfanget af hukommelsesbias, idet alle der var inviteret til undersøgelsen i 1994 også blev inviteret til at deltage i 2000.

3.4 DANCOS

DANCOS, The Danish National Cohort Study, blev etableret i 1999 ud fra de nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY) i 1986/87, 1991 og 1994 og er siden opdateret med sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000. Data er sammenkoblet med data i en række offentlige danske registre indenfor sundhedsområdet.

DANCOS kombinerer SUSY-programmet, hvor der arbejdes med et bredt sundhedsbegreb, med registeroplysninger om brug af sundhedsvæsenets ydelser, sygelighed og dødelighed. I modsætning til de fleste andre danske kohortestudier består DANCOS af et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning og ikke af en regional stikprøve. Registeret indeholder oplysninger om både interviewede og ikke-interviewede personer fra SUSY-undersøgelserne, CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, LPR, Det Psykiatriske Centralregister, Cancerregisteret og Sygesikringsregisteret (se også Davidsen et al 2004).

Den samlede DANCOS-database omhandler 40.769 personer. Disse har fået i alt 46.192 invitationer, højest en invitation ved hver SUSY-undersøgelse, og der er i alt foretaget 35.433 personlige interview.

Alle 40.769 personer i DANCOS er ved brug af de inviteredes CPR-nummer blevet fulgt i CPR-registeret (til 2004), Dødsårsagsregisteret (til 2001), Landspatientregisteret (1978-2003), Det Psykiatriske Centralregister (1969-2003), Sygesikringsregisteret (1990-2001) og Cancerregisteret (1943-1999). For de sygdomsspecifikke registre er hændelser både før og efter invitation medtaget i databasen.

DANCOS's styrke som forskningsregister består i, at det er baseret på de nationalt repræsentative sundheds- og sygelighedsundersøgelser med en ensartet og komplet opfølgning i danske sundheds- og dødelighedsregistre for både interviewede og ikke-interviewede.

De inkluderede registre rummer oplysninger om sygelighed, brug af sundhedsvæsenets ydelser og dødelighed, og alle hændelser er tidsfæstet for alle personer. I nærværende undersøgelse er der inddraget data fra CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret mhp. at analysere den generelle dødelighed blandt personer, der rapporterer selvmordsadfærd, om muligt den årsagsspecifikke selvmordsdødelighed og personernes kontakt til skadestue pga. selvmordshandlinger.

Referencer

- Ahlm, K., Eriksson, A., Lekander, T. & Bjornstig, U. (2001) [All traffic related deaths are not "fatalities"--analysis of the official Swedish statistics of traffic accident fatalities in 1999]. *Lakartidningen.*, **98**, 2016-2022.
- Asnaes, S. (1979) Mortality statistics and autopsy: reliability of estimation of the mode of death in Copenhagen and a rural district of Sealand, Denmark. *Forensic.Sci.Int*, **14**, 177-180.
- Asnaes, S., Mabeck, C. E. & Wichmann, B. (1980) Obduktionens betydning for dødsårsagsstatistikken. En undersøgelse af dødsattester. *Ugeskr.Laeger*, **142**, 261-264.
- Asnaes, S. & Paaske, F. (1979) The significance of medicolegal autopsy in determining mode and cause of death. *Forensic.Sci.Int*, **14**, 23-40.
- Davidson M, Helweg-Larsen K, Kjølner M. (2004) DANCOS – en registerbaseret opfølgning af danske nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser. *Ugeskr.Laeger*, **166**, 1441-1444.
- Fingerhut, L. A., Cox, C. S. & Warner, M. (1998) International comparative analysis of injury mortality. Findings from the ICE on injury statistics. International Collaborative Effort on Injury Statistics. *Adv.Data.*, 1-20.
- Friis-Hansen, L. J., Johansen, A. M., Jacobsen, P. & Abildstrom, S. Z. (2004) Ufuldstændig registrering a lægemiddel-forgiftninger I Danmark. *Ugeskr.Laeger*, **166**, 4475-4477.
- Goodin, J. & Hanzlick, R. (1997) Mind your manners. Part II: General results from the National Association of Medical Examiners Manner of Death Questionnaire, 1995. *Am J Forensic Med Pathol.*, **18**, 224-227.
- Hansen, A. C. (1991) Forgiftningsdødsfald I Danmark i 1983-1987. *Ugeskr.Laeger*, **153**, 496-500.
- Hansen, A. U. & Simonsen, J. (1991) The manner and cause of death in a forensic series of chronic alcoholics. *Forensic Sci Int*, **49**, 171-178.
- Hanzlick, R. & Goodin, J. (1997) Mind your manners. Part III: Individual scenario results and discussion of the National Association of Medical Examiners Manner of Death Questionnaire, 1995. *Am J Forensic Med Pathol.*, **18**, 228-245.
- Helweg-Larsen K, Kjølner M, Davidsen M, Rasmussen NK, Madsen M. The Danish National Cohort Study. (2003) *Dan Med Bull.*, **50**, 177-180.
- Hernetkoski, K. & Keskinen, E. (1998) Self-destruction in Finnish motor traffic accidents in 1974-1992. *Accid.Anal.Prev.*, **30**, 697-704.
- Huusko, R. & Hirvonen, J. (1988) The problem of determining the manner of death as suicide or accident in borderline cases. *Z.Rechtsmed.*, **100**, 207-213.
- Hvid M, Wang AG (2005). Selvmordsforsøg: registrering, vurdering og behandlingstilbud: En kvantitativ undersøgelse forud for kvalitetsudviklingsprojekt. *Ugeskr Læger* **167** (1): 47-50.
- Jonasson, B., Jonasson, U. & Saldeen, T. (1999) Suicides may be overreported and accidents underreported among fatalities due to dextropropoxyphene. *J Forensic.Sci.*, **44**, 334-338.
- Juel, K. & Sjol, A. (1996) Fald I dødeligheden af hjertesygdomme I Danmark. Nogle metode problemer. *Ugeskr Laeger*, **158**, 5161-5165.

Kjøller M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA (1995). Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987. *Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi*, København

Kjøller M, Rasmussen NK (red) (2002) Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. *Statens Institut for Folkesundhed*, København

Kølsen-Fischer T. Selvmordsmønsteret i København sammenlignet med landet omkring. 1989. Københavns Universitet, Sundhedsvidenskabelige Fakultet, studenteropgave.

Kringsholm, B. (1988) Deaths among drug addicts in Denmark in 1968-1986. *Forensic.Sci.Int*, **38**, 139-149.

Kringsholm, B., Filskov, A. & Kock, K. (1991) Autopsied cases of drowning in Denmark 1987-1989. *Forensic.Sci.Int*, **52**, 85-92.

Mabeck, C. E. & Wichmann, B. (1980) Dødsårsag og dødesattester. En vurdering af diagnosen på 373 dødsattester. *Ugeskr.Laeger*, **142**, 257-261.

Madsen, M., Davidsen, M., Rasmussen, S., Abildstrom, S. Z. & Osler, M. (2003) The

validity of the diagnosis of acute myocardial infarction in routine statistics: a comparison of mortality and hospital discharge data with the Danish MONICA registry. *J Clin Epidemiol*, **56**, 124-130.

NOMESKO (2005) Nordic health statistics.

Pærregaard G (1963) Selvmordsforsøg og selvmord i København. Disputats

Phillips, D. P. & Ruth, T. E. (1993) Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy. *Suicide Life Threat.Behav*, **23**, 307-319.

Rasmussen NK, Kjøller M. (2004) Statens Institut for Folkesundheds program for sundheds- og sygelighedsundersøgelser. *Ugeskr.Laeger*, **166**, 1438-1441.

Saukko, P. (1995) Medicolegal investigative system and sudden death in Scandinavia. *Nippon.Hoigaku.Zasshi.*, **49**, 458-465.

Thomsen, J. L. (1996) Chronic alcoholism in a forensic material. 2. Causes and manners of death in alcoholics. *Med Sci.Law.*, **36**, 209-216.

4 Selvmord i Danmark 1920-2001

Af Knud Juel

4.1 Indledning

Dette kapitel indledes med at beskrive udviklingen i de registrerede selvmord i Danmark sammenlignet med en række udvalgte lande. Dette kan gøres for en periode på ca. 50 år, fra 1951 og frem.

Derefter beskrives udviklingen i de registrerede selvmord i Danmark siden 1920. Der vil være angivelser af absolutte antal selvmord samt rater, hvor antallet af selvmord er sat i forhold til befolkningen. Opgørelserne er foretaget opdelt efter faktorer som køn, alder, kalenderår, fødselsårgang og bopæl. Selvmordene er både opgjort totalt samt efter forskellige vigtige selvmordsmetoder. Hovedvægten vil være på generelle trends frem for på udsving mellem enkelte kalenderår.

På nuværende tidspunkt findes oplysninger om selvmord frem til og med 2001.

To markante udsving i selvmordshyppigheden omkring 1945 og omkring 1980 vil blive særligt belyst. Der vil også være et særligt afsnit om selvmordene blandt børn og unge.

Fra 1969 blev det muligt på dødsattesten at angive, at der er usikkerhed om valget af døds måde, idet der til supplerende af døds måderne ulykke, selvmord og vold bliver muligt at angive som døds måde, at det er usikkert om dødsfaldet skyldes ulykke, selvmord eller vold. Det belyses, hvilken betydning

det kan have haft for registreringerne af selvmord. Der undersøges også, om der mellem døds måderne ulykke og selvmord kan være sket forskydninger, som kan have betydning for det registrerede antal selvmord.

Variationer internt i Danmark bliver belyst fra 1970 og frem. Opgørelsen foretages for fire områder i Danmark.

4.2 Materiale og metode

Oplysninger om selvmord stammer fra tre forskellige kilder: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister, Dødsårsagsregisteret ved Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og Sundhedsstyrelsens publikationer om dødsfald i Danmark. Selvmord i årene fra 1970 til og med 2001 er indhentet fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister, mens SIFs Dødsårsagsregister har været anvendt for årene 1943-1950 og 1953-1969. For de øvrige år er oplysningerne indhentet fra Sundhedsstyrelsens årlige opgørelser over dødsfald i Danmark.

Der har været anvendt en række forskellige dødsårsagsklassifikationer siden 1920. Registreringen af selvmordsmetoder har stort set været ens i de forskellige klassifikationer, selvom der findes flere kategorier i de senere klassifikationer. Tabel 4.1 viser de grupperinger, vi har anvendt med de tilhørende koder i de forskellige klassifikationer.

Tabel 4.1 Koder for selvmord i Danmark 1920-2001

	1920-21	1922-30	1931-40	1941-50	1943-50 ^{*)}	1951-57	1958-68	1969-93	1994-01
Forgiftning	155	165-167	163-164	178	905-913	E970-973	E970-973	E950-952	X60-69
Hængning	157	168	165	175	901	E974	E974	E953	X70
Drukning	158	169	166	174	900	E975	E975	E954	X71
Skud	159	170	167	177	904	E976	E976	E955	X72-75
Stik	160	171	168	...	903	E977	E977	E956	X78-79
Udspring	...	...	...	...	...	E978	E978	E957	X80
Tog	...	...	...	...	...	...	...	...	X81-82
I alt	155-163	165-174	163-171	174-179	900-930	E970-979	E970-979	E950-959	X60-84

^{*)} Koder anvendt i SIFs Dødsårsagsregister

Indtil 1969 skulle et ikke naturligt dødsfald angives med en af de tre døds måder ulykke, selvmord eller vold. Med ICD 8 klassifikationen, som blev indført i 1969, blev det muligt at angive en fjerde døds måde for ikke naturlige dødsfald, nemlig en døds måde, der angav, at det var usikkert om dødsfaldet skyldtes ulykke, selvmord eller vold. De dødsfald, der siden 1969 er blevet registreret med denne døds måde, ville tidligere være blevet registreret som enten ulykke eller selvmord eller vold. Hvis vi kun betragter døds måden selvmord, vil vi derfor undervurdere antallet af selvmord fra 1969 og frem sammenlignet med årene før 1969, hvor døds måden, hvor det var usikkert om det var ulykke, selvmord eller vold ikke fandtes. Vi har derfor i afsnit 4.9 valgt at belyse udviklingen i selvmord med og uden inddragelse af dødsfald registreret med usikker døds måde. Tabel 4.2 viser de grupperinger vi har anvendt for denne døds måde med de tilhørende koder i de to klassifikationer.

Tabel 4.2 Koder for døds måde, der angiver, at det er usikkert, om dødsfaldet skyldtes ulykke, selvmord eller vold i Danmark 1969-2001

	1969-1993	1994-2001
Forgiftning	E980-982	Y10-19
Hængning	E983	Y20
Drukning	E984	Y21
Skud	E985	Y22-26
Stik	E986	Y28-29
Udspring	E987	Y30
Tog	...	Y31-32
I alt	E980-989	Y10-34

Afgrænsningen i forhold til ulykkesdødsfald kan også have betydning for, om et dødsfald registreres som selvmord. Specielt kan det være svært at afgøre om et forgiftningsdødsfald eller et dødsfald på grund af drukning er en ulykke eller et selvmord. Derfor har vi i perioden 1971-2001 undersøgt udviklingen i ulykkesdødsfaldene som følge af forgiftning

og drukning. Tabel 4.3 viser de anvendte koder i de to klassifikationer.

Tabel 4.3 Koder for ulykkesdødsfald som følge af forgiftning og drukning i Danmark 1969-2001

	1969-1993	1994-2001
Forgiftning	E850-877	X40-49
Drukning	E910	W65-74

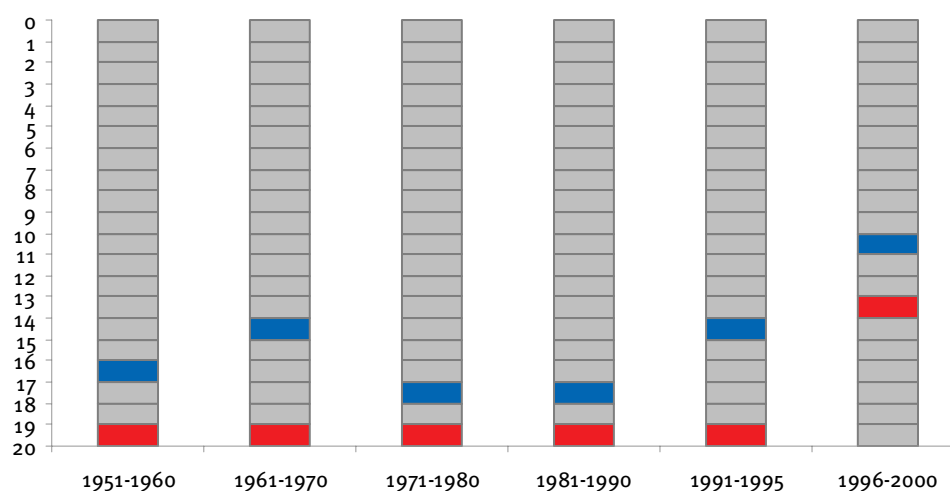
I tabeller og figurer vises antal selvmord, aldersspecifikke rater og aldersstandardiserede rater. I de aldersstandardiserede rater anvendes direkte standardisering med den europæiske standardpopulation som vægt.

Sammenligninger af selvmordshyppighederne mellem Danmark og andre lande er baseret på materiale fra SIFs rapport "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder?"

4.3 Selvmord i Danmark og andre lande

Siden 1950'erne har Danmark haft en høj selvmordsrate sammenlignet med de fleste andre vestlige lande. En summarisk oversigt over Danmarks relative placering blandt 20 OECD lande fremgår af figur 4.1. Mændene har helt frem til første halvdel af 1990'erne ligget i den dårligste fjerdedel blandt de 20 lande. Endnu værre for kvinderne, som har haft den højeste selvmordshyppighed blandt de samme 20 lande frem til midt i 1990'erne. I den sidste halvdel af 1990'erne er danskerne relative placering blevet bedre, mændene er nu nummer 11 af 20 og kvinderne nummer 14.

Figur 4.1 Dødeligheden ved selvmord 1951-2000. Danmarks placering blandt 20 lande (1 bedst, 20 dårligst). Alder 15-74 år, aldersstandardiserede rater pr. 100.000. Mænd ■, kvinder ■

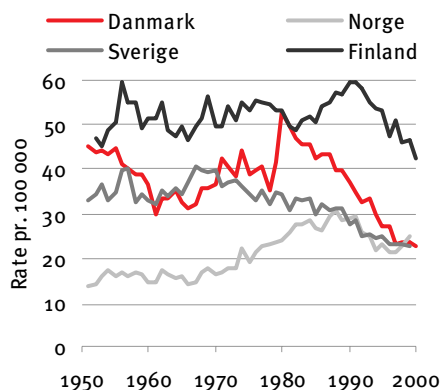


Figuren på modstående side viser, hvordan udviklingen har været for danske mænd i forhold til mænd i de øvrige 19 lande, figur 4.2. Der har været store forskelle mellem de fire nordiske lande. Finland ligger højt, mens Norge ligger lavt. Nu er den danske rate blandt de laveste i Norden. I forhold til de fire

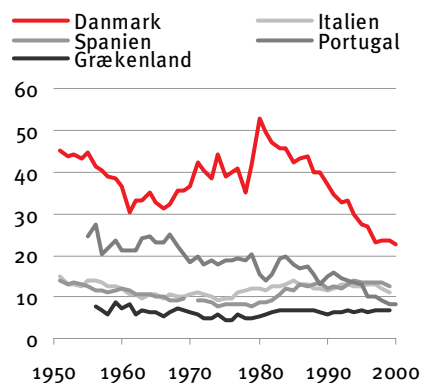
vesteuropæiske lande havde Danmark den højeste rate indtil 1990'erne. Der er store ligheder mellem Danmark og de fire central-europæiske lande. Hyppigheden af selvmord er lav i de sydeuropæiske lande. De fire ikke-europæiske lande har haft næsten det samme forløb uden store udsving.

Figur 4.2 Dødeligheden ved selvmord 1951-2000. Mænd, 15-74 år, aldersstandardiserede rater pr. 100.000

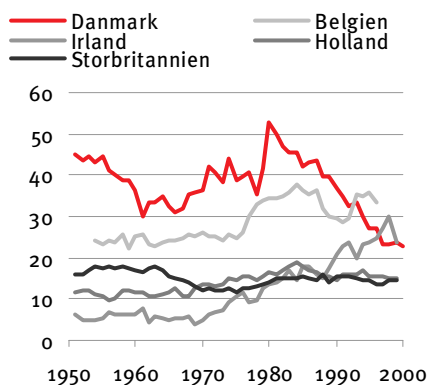
A. Danmark sammenlignet med tre nordiske lande



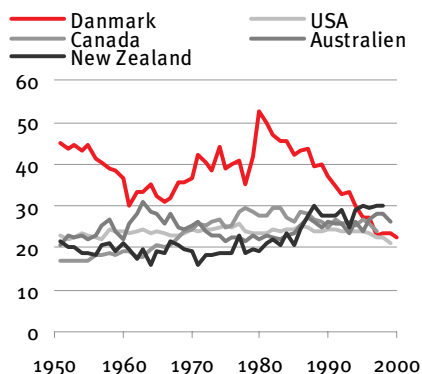
D. Danmark sammenlignet med fire sydeuropæiske lande



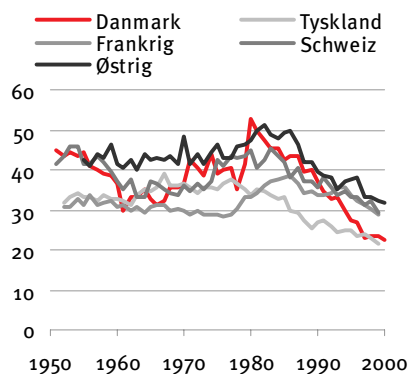
B. Danmark sammenlignet med fire vesteuropæiske lande



E. Danmark sammenlignet med fire ikke-europæiske lande



C. Danmark sammenlignet med fire central-europæiske lande



Figuren på modstående side viser, hvordan udviklingen har været for danske kvinder i forhold til kvinder i de øvrige 19 lande, figur 4.3.

Der har været store forskelle mellem de fire nordiske lande. Modsat finske mænd har finske kvinder ikke haft den højeste selvmordshyppighed i hele perioden. Danske kvinder har haft den højeste rate, men dødeligheden er nu lav i forhold til de nordiske lande.

Niveauet i Danmark har gennem hele perioden været højere end i de fire vesteuro-

pæiske lande, specielt irske kvinder har haft en lav rate.

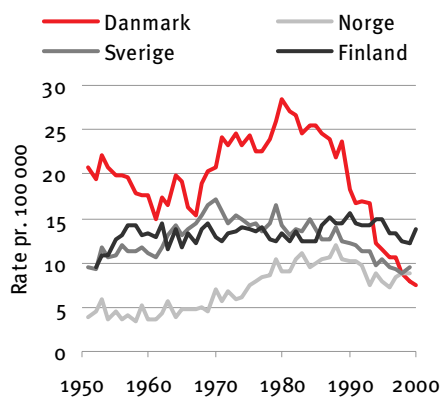
Raten i Danmark har været højere end i de fire centraleuropæiske lande bortset fra slutningen af perioden.

Hyppigheden af selvmord er lav i de sydeuropæiske lande.

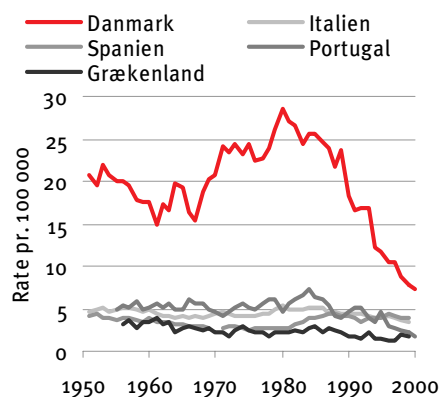
På nær en periode i 1960'erne for Australien har de fire ikke-europæiske lande haft næsten det samme forløb uden store udsving og væsentlig lavere end Danmark.

Figur 4.3 Dødeligheden ved selvmord 1951-2000. Kvinder, 15-74 år, aldersstandardiserede rater pr. 100.000

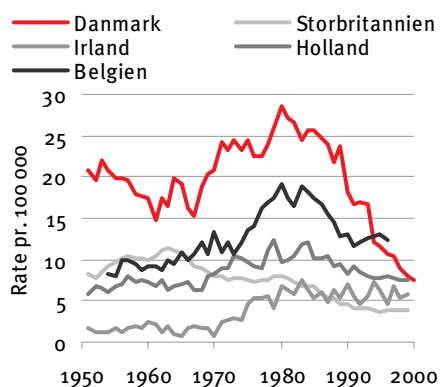
A. Danmark sammenlignet med tre nordiske lande



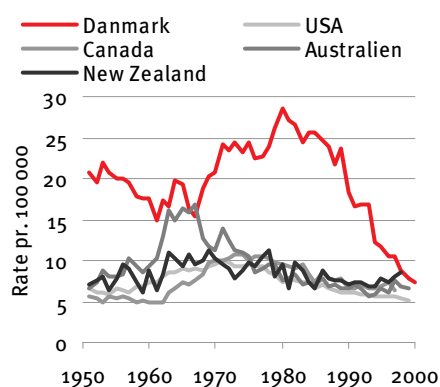
D. Danmark sammenlignet med fire sydeuropæiske lande



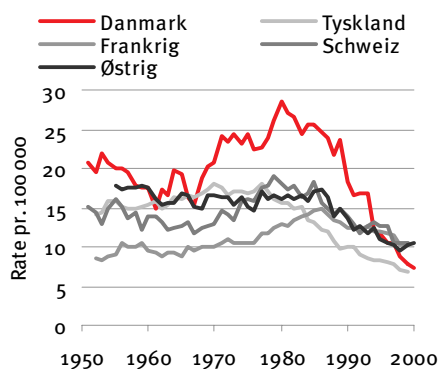
B. Danmark sammenlignet med fire vesteuropæiske lande



E. Danmark sammenlignet med fire ikke-europæiske lande



C. Danmark sammenlignet med fire central-europæiske lande

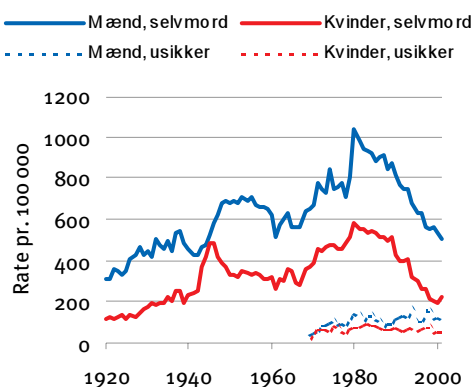


4.4 Selvmord 1920-2001

Det årlige antal selvmord i Danmark har varieret meget siden 1920, figur 4.4. Stigningen i antallet fra 1920 til 1980 skyldes især, at folketallet er steget, mens faldet siden 1980 dækker over et reelt fald i selvmordshyppigheden. Hvert eneste år har der været flere selvmord blandt mænd end blandt kvinder, dog var der i 1945 næsten lige mange selvmord blandt mænd og kvinder. Antallet af selvmord er specielt højt blandt kvinder omkring 1945 og højt for mænd i 1980. Det højeste antal indtraf i 1980 med 1617 selvmord, 1038 blandt mænd og 579 blandt kvinder. I 2001 var antallet 727, 508 blandt mænd og 219 blandt kvinder.

Fra og med 1969 har det været muligt at registrere døds måden som usikker. Det må antages, at en del af disse dødsfald tidligere har været registreret som selvmord. Det gennemsnitlige årlige antal dødsfald med usikker døds måde ligger hos mænd på godt 100 med det største antal i 1994 med 161 tilfælde. Hos kvinderne er det gennemsnitlige årlige antal knap 70 med det største antal i 1983 med 96 tilfælde. Der ses ikke det samme fald for usikker døds måde, som for selvmord. I afsnit 4.9 uddybes forholdet mellem usikker døds måde og selvmord yderligere.

Figur 4.4 Antal selvmord (1920-2001) og antal dødsfald med usikker døds måde (1969-2001) for mænd og kvinder i Danmark



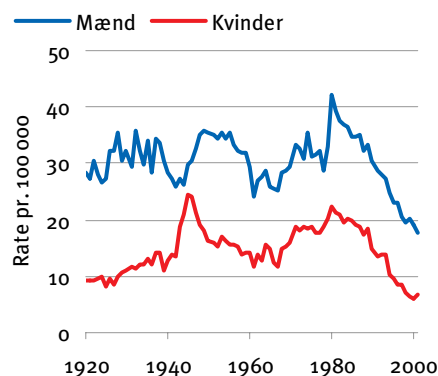
I figur 4.5 er angivet de aldersstandardiserede rater og der er derved taget højde både for det stigende folketal og den ændrede aldersfordeling i befolkningen.

Selvmondsraten har i alle årene været højere blandt mænd end blandt kvinder, selvom forskellen var beskeden i 1945. Fra 1920 til 1979 lå den aldersstandardiserede rate for mænd mellem 25 og 35, forholdsvis lavt omkring 1940 og relativt højt i 1950'erne. Fra midten af 1960'erne steg selvmondsraten blandt mænd og toppede i 1980 med en rate på 42. Siden 1980 har der været et næsten konstant fald, som ikke har været set i nogen tidligere periode. I de seneste år er raten mindre end halvdelen af raten i 1980. Raten for kvinderne steg jævnt i første halvdel af 1900 tallet og udviklingen var således anderledes end hos mændene. I årene omkring 1945 var der en tydelig top i selvmondsraten blandt kvinderne. Fra 1950'erne har selvmondsraten blandt kvinderne haft samme udvikling som hos mændene, men på et lavere niveau.

Selvmondsraten i de seneste år er de laveste i hele perioden siden 1920.

I 1980 udgjorde selvmordene 2.9% af alle dødsfaldene, i 2001 var andelen nede på 1.3%.

Figur 4.5 Selvmord i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000

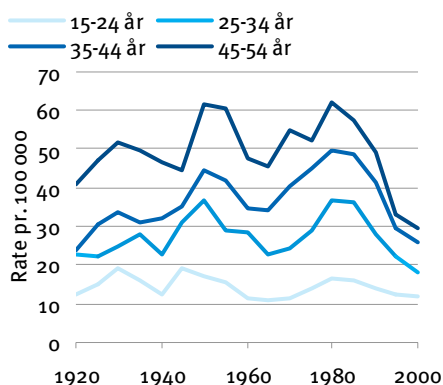


For at kunne vurdere eventuelle forskelle mellem aldersgrupper vises i det følgende rater for mænd og kvinder i 10 års aldersgrupper fra 15 til 84 år.

Figur 4.6 viser forholdene for mænd i de fire yngste aldersgrupper. Forløbet har været næsten ens i disse aldersgrupper med en tendens til et toppunkt i 1950'erne, efterfulgt af et svagt fald og så en stigning frem mod 1980. Efter 1980 ses i alle fire aldersgrupper et fald. I hele perioden gælder, at den laveste rate findes i aldersgruppen 15-24 år, efterfulgt af 25-34 år og derefter aldersgruppen 35-44 år og med den højeste rate i aldersgruppen 45-54 år.

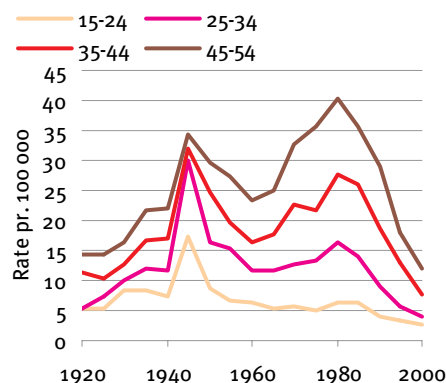
I aldersgrupperne 25-34 år og 45-54 år er raten i den seneste periode 1998-2001 den laveste overhovedet siden 1920, mens raten i aldersgruppen 35-44 er den næstlaveste (den laveste rate indtraf i den første periode 1920-1922). Raten for aldersgruppen 15-24 år var også lav i den seneste periode, men var en anelse lavere i perioderne omkring 1960, 1965 og 1970.

Figur 4.6 Selvmord i Danmark 1920-2001 for mænd 15-54 år i femårs perioder og aldersgrupper. Rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



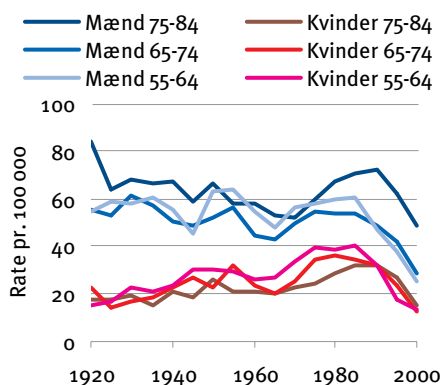
Figur 4.7 viser raten for kvinder i de samme fire aldersgrupper. I første halvdel af perioden er der en stigende rate, som er specielt høj omkring 1945. De fire aldersgrupper har – som hos mændene – et maksimum omkring 1980, hvorefter raten aftager. Også for kvinderne stiger raten med stigende alder. I alle fire aldersgrupper er raten i den seneste periode 1998-2001 den laveste overhovedet.

Figur 4.7 Selvmord i Danmark 1920-2001 for kvinder 15-54 år i femårs perioder og aldersgrupper. Rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



Der er for både mænd og kvinder kun små forskelle mellem de tre ældste aldersgrupper, figur 4.8. For mændene er der et svagt fald frem mod 1960'erne, efterfulgt af en stigning og så et kraftigt fald i de seneste 10-15 år. For kvinderne ses derimod en ganske svag stigning fra 1920 frem mod 1980 og derefter et kraftigt fald. Både for mænd og kvinder er raten i den seneste periode 1998-2001 den laveste i hele perioden.

Figur 4.8 Selvmord i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder 55-84 år i femårs perioder og aldersgrupper. Rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927), ..., 1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)

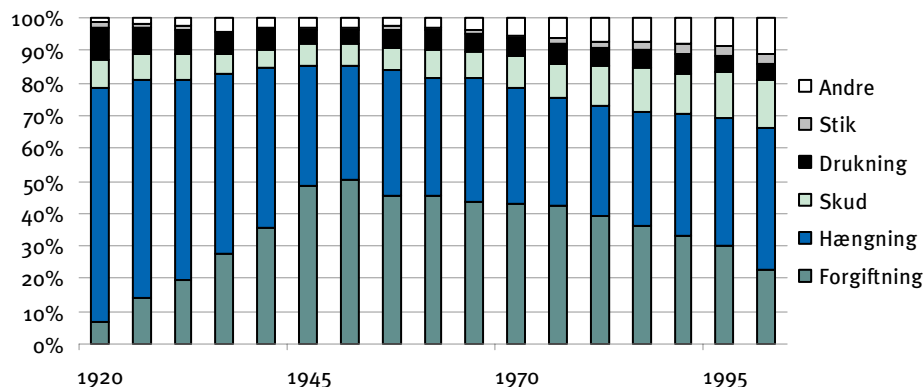


Figur 4.5 viste, hvordan selvmordsraterne havde udviklet sig for mænd og kvinder siden 1920. Figur 4.9 (mænd) og figur 4.10 (kvinder) viser, hvordan den relative udvikling i selvmordsmetoder har været. Figurerne 4.9 og

4.10 siger således ikke noget om den generelle udvikling i antallet eller raterne, men viser hvilke metoder, der har været anvendt i forskellige perioder siden 1920.

Selvmord ved hængning er sammen med forgiftning de mest udbredte selvmordsmetode blandt mænd, figur 4.9. Hængning var langt den mest udbredte metode blandt mænd i 1920'erne og 1930'erne, hvor mellem halvdelen og op til 70% af selvmordene skete ved hængning, men siden 1940'erne er 30-40% af selvmordene sket ved hængning. Forgiftningsselv mord betød forholdsvis lidt i starten af perioden, men derefter steg andelen af selvmord ved forgiftning op til 1950, hvor halvdelen af selvmord blandt mænd skete ved forgiftning. Derefter er andelen af selvmord ved forgiftning faldet igen, så til sidst i perioden er kun godt 20% af selvmord sket ved forgiftning.

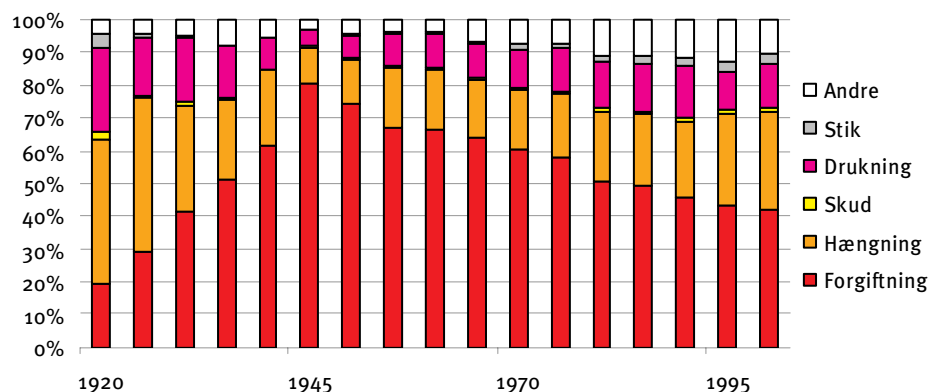
Figur 4.9 Selvmord blandt mænd i Danmark 1920-2001. Relativ fordeling på selvmordsmetoder i femårs perioder. Rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927), ..., 1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



Hængning som selvmordsmetode er også hyppigt anvendt blandt kvinder, men relativt væsentligt sjældnere end blandt mænd, figur 4.10. I 1920'erne var næsten halvdelen af selvmord blandt kvinder på grund af hængning, men derefter faldt den relative andel og slutter på knap 30% i den sidste del af perioden. Forgiftningsselv mord er en meget hyppig anvendt selvmordsmetode blandt kvin-

der. Den højeste andel indtraf omkring 1945, hvor 80% af alle selvmord skyldtes forgiftning. Siden 1980 har andelen ligget på godt 40%. Drukning som selvmordsmetode betyder forholdsvis meget hos kvinderne. I de fleste perioder har drukning været selvmordsmetoden i 10-20% af selvmordene.

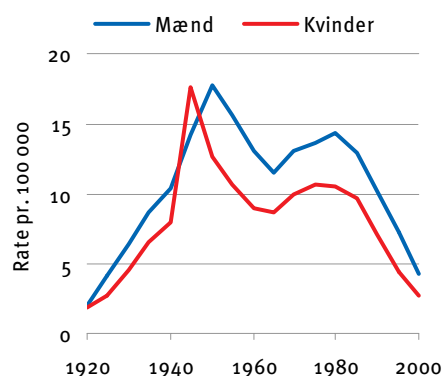
Figur 4.10 Selvmord blandt kvinder i Danmark 1920-2001. Relativ fordeling på selvmordsmetoder i femårs perioder. Rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927), ..., 1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



Som det fremgik af figur 4.9 (mænd) og figur 4.10 (kvinder) har forgiftningsselv mordene for både mænd og kvinder udgjort en meget stor del af det samlede antal selvmord i Danmark.

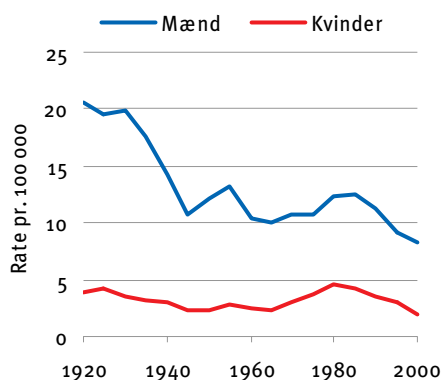
Figur 4.11 viser udviklingen i forgiftningsselv mordene beregnet som rate pr. 100.000 i befolkningen. Udviklingen har været næsten identisk for mænd og kvinder: en stigning frem mod 1950, et fald frem mod midten af 1960'erne, derefter en svag stigning hen mod slutningen af 1970'erne og til sidst et markant fald. Bortset fra den høje rate blandt kvinderne omkring 1945 har raten blandt mændene altid været lidt højere end blandt kvinderne. Raten for perioden 1998-2001 er lav og har kun været lavere i 1920'erne.

Figur 4.11 Selvmord ved forgiftning i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder i fem-årsperioder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927), ..., 1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



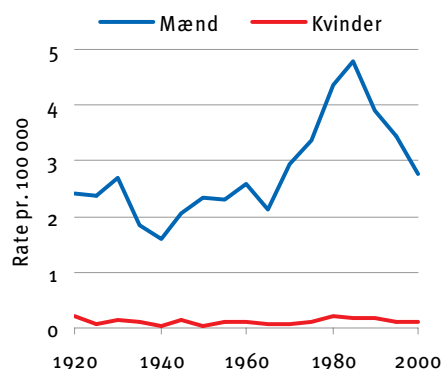
Mændenes selvmordsrate ved hængning er mere end dobbelt så høj som kvindernes, figur 4.12. Raterne har aldrig været lavere end i den seneste periode 1998-2001.

Figur 4.12 Selvmord ved hængning i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder i femårsperioder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



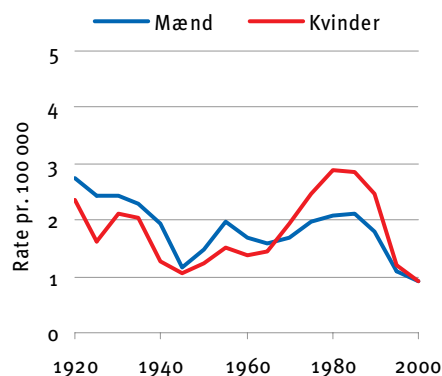
Kønsforskellen ved selvmord ved skud er endnu større, som det ses af figur 4.13. Der ses et markant fald for mænd siden midten af 1980'erne.

Figur 4.13 Selvmord ved skud i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder i femårsperioder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



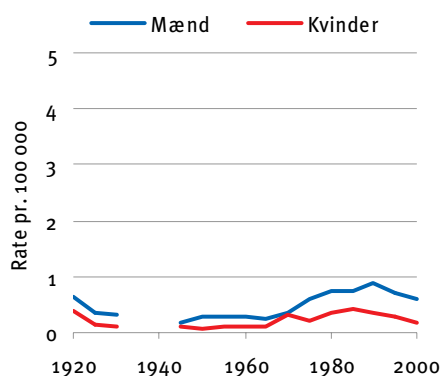
Selvmordsraten ved drukning er lidt højere blandt mænd end blandt kvinder frem til midten af 1960'erne, hvorefter hyppigheden stiger kraftigt for kvinderne, som derefter har højere hyppighed end mændene, figur 4.14. For begge køn har der været en faldende hyppighed siden 1980'erne og raten er nu på det laveste niveau i hele perioden.

Figur 4.14 Selvmord ved drukning i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder i femårsperioder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



Selv mord ved stik er for både mænd og kvinder en sjældent benyttet metode, figur 4.15.

Figur 4.15 Selvmord ved stik i Danmark 1920-2001 for mænd og kvinder i femårsperioder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000. Perioderne er defineret som: 1920 (1920-1922), 1925 (1923-1927),...,1995 (1993-1997) og 2000 (1998-2001)



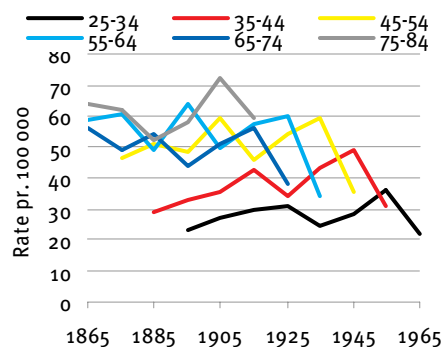
4.5 Selvmord efter fødselskohorter

I de tidligere afsnit er udviklingen i selvmordsrater beskrevet ved ændringer i alder og kalendertid eller perioder. En periodeeffekt er tilstede, hvis raten ændrer sig i alle aldersgrupper på samme tid. En tredje effekt er variationen med fødselsårangange eller fødselskohorter. En kohorteffekt er tilstede, når raten afhænger af fødselskohorte, det vil sige, at personer født i visse år bærer med sig gennem livet en relativt højere eller lavere sygdomsrisiko.

Selv mordsraterne er opdelt efter fødselskohorter i figur 4.16 (mænd) og figur 4.17 (kvinder). Hver kurve angiver dødeligheden i en given aldersklasse for forskellige fødselsårangange. Af figur 4.16 fremgår f.eks., at mænd i aldersgruppen 65-74 år har næsten den samme rate, hvad enten de er født i 1865 eller i 1915. For mændene ses for alle aldersgrupperne, at dødeligheden i den yngste fødselsårangang er lav. Det svarer til den generelt lave selvmordsdødelighed i 1990'erne, se

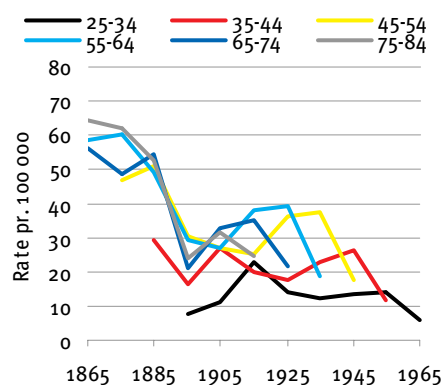
figur 4.5. I øvrigt er der ikke tegn på nogen tydelige fødselskohorteeffekter.

Figur 4.16 Selvmord i Danmark 1920-2001 for mænd efter fødselskohorter og aldersgruppe. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



For kvinderne ses – som for mændene – at for alle aldersgrupperne er dødeligheden i den yngste fødselsårangang lav, figur 4.17. Det svarer også her til den generelt lave dødelighed i 1990'erne, se figur 4.5. Der er heller ikke for kvinderne tegn på nogen tydelige fødselskohorteeffekter.

Figur 4.17 Selvmord i Danmark 1920-2001 for kvinder efter fødselskohorter og aldersgruppe. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



Sammenholdes analyserne efter fødselsårangange med analyserne efter perioder er det

tydeligt, at ændringerne i selvmordsraterne i Danmark mere er bestemt af perioder end bestemt af fødselskohorter.

4.6 Selvmord blandt kvinder omkring 1945

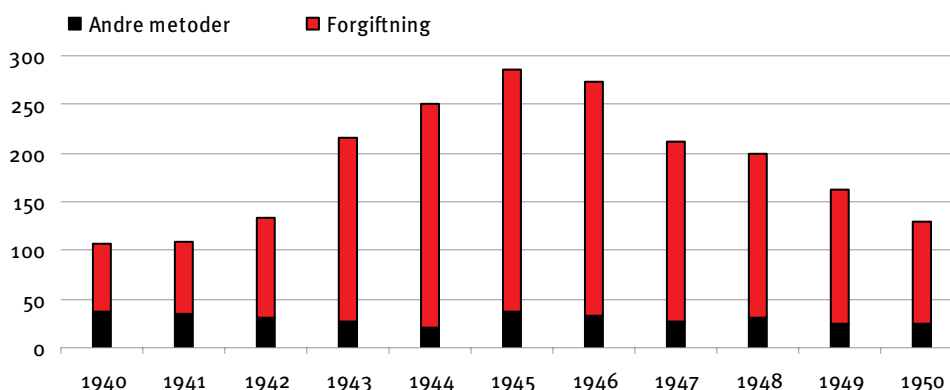
Flere af de tidligere figurer har vist en høj selvmordsrate blandt kvinder omkring slutningen af 2. Verdenskrig.

Figur 4.18 viser antallet af selvmord blandt kvinder i aldersgruppen 15-44 i hvert af årene 1940 til og med 1950. Det absolutte antal selvmord er her fordelt på to metoder: for-

giftning og alle andre metoder. Det fremgår af figuren, at antallet af selvmord begyndte at stige i 1943 og toppede i 1945, men var stadig høj i flere år efter 1945. I 1944, 1945 og 1946 var der årligt dobbelt så mange selvmord, som i årene 1940, 1941, 1942 og 1950. Det fremgår, at det høje antal selvmord udelukkende skyldes mange forgiftningsselv-mord.

Det høje antal selvmord blandt unge kvinder i årene omkring 1945 må henføres til besættelsestidens særlige forhold, hvor danske piger, der havde været kærestere med tyske soldater, var ilde set.

Figur 4.18 Antal selvmord i Danmark 1940-1950 for kvinder i alderen 15-44 år, efter metode

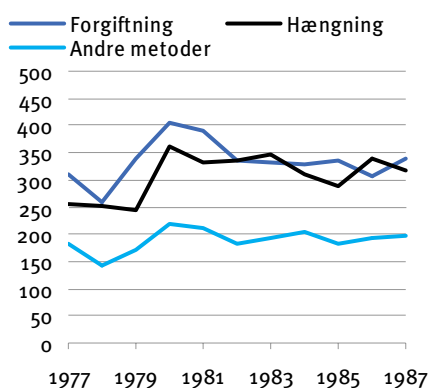


4.7 Selvmord omkring 1980

Flere af de tidligere figurer har vist, at der var en meget høj selvmordsrate i 1980. Figur 4.19 og figur 4.20 samt tabel 4.4 uddyber forholdene omkring den høje selvmordsrate i 1980. Der fokuseres på mænd, hvor toppen i 1980 var mest udtalt.

Figur 4.19 viser, at både forgiftninger, hængning og andre metoder har en top blandt mænd i 1980. For alle tre metoder ses en stigning fra 1977 og frem mod 1980, for hængning dog lidt speciel, idet der er mellem 245 og 255 tilfælde i årene 1977, 1978 og 1979, men 360 altså 100 mere i 1980.

Figur 4.19 Antal selvmord i Danmark 1977-1987 for mænd, efter metode

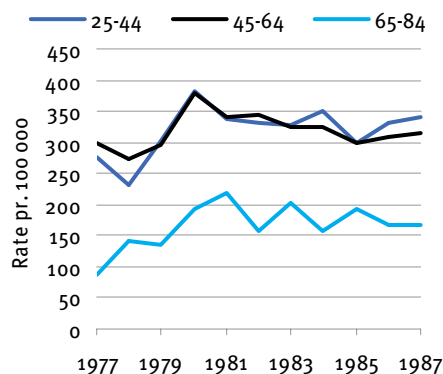


I de fleste aldersgrupper er der relativt mange selvmord i 1980, dog lidt mindre udtalt hos de ældste, figur 4.20. I de 11 kalenderår fra 1977 til og med 1987 topper 1980 med flest dødsfald i aldersgrupperne 25-44 og 45-64, fjerdeflest dødsfald i aldersgruppen 65-84.

I tabel 4.4 er antallet af selvmord i 1980 sammenlignet med det gennemsnitlige årlige antal selvmord tre år før og tre år efter i København og Frederiksberg kommuner samt i

de 14 amter. I næsten alle områder var der flest dødsfald i 1980. Kun i Københavns kommune og Ringkøbing amt var der årligt flere selvmord efter 1980, mens der i Roskilde amt var næsten det samme antal i de tre perioder. En opdeling efter tre grupper af metoder medvirker heller ikke til forklaringen på det specielle ved året 1980.

Figur 4.20 Antal selvmord i Danmark 1977-1987 for mænd, efter alder



Tabel 4.4 Selvmord i Danmark blandt mænd 1977-1983. Gennemsnitligt årligt antal selvmord i 1977-1979, 1980 og 1981-1983 i 16 områder i Danmark

	Forgiftning			Hængning			Andre metoder			I alt		
	1977-79	1980	1981-83	1977-79	1980	1981-83	1977-79	1980	1981-83	1977-79	1980	1981-83
Københavns K.	82	89	78	31	34	46	33	32	40	146	155	164
Frederiksberg K.	9	13	10	3	3	5	7	6	5	19	22	20
Kbhs. Amt	39	44	46	24	37	28	28	37	34	91	118	108
Frederiksb. Amt	18	30	21	14	21	15	10	11	15	42	62	51
Roskilde Amt	8	9	12	12	8	8	9	11	9	29	28	29
Vestsjæll. Amt	13	14	15	15	29	18	10	15	13	38	58	46
Storstrøms Amt	11	10	15	23	29	24	13	22	15	47	61	54
Bornholms Amt	1	5	1	3	6	6	1	2	3	5	13	10
Fyns Amt	20	34	29	21	35	32	15	26	24	56	95	85
Sønderjyll. Amt	10	22	14	14	25	19	7	12	12	31	59	45
Ribe Amt	12	8	11	10	12	12	9	14	8	31	34	31
Vejle Amt	13	20	15	16	25	18	12	15	16	41	60	49
Ringkøbing Amt	10	10	11	8	12	16	9	6	9	27	28	36
Århus Amt	31	54	41	24	42	37	22	30	30	77	126	108
Viborg Amt	7	12	10	13	19	16	8	9	10	28	40	36
Nordjyll. Amt	19	31	25	21	23	38	17	25	16	57	79	79
I alt	303	405	354	252	360	338	210	273	259	765	1038	951

4.8 Selvmord blandt børn og unge 10-19 år

Selvmord blandt børn og unge under 20 år er – heldigvis – meget sjældne. Ganske få dødsfald i et enkelt år kan derfor medføre store udsving, hvis man sammenligner årlige rater for selvmord blandt unge. Vi har derfor i tabel 4.5 anført det gennemsnitlige årlige antal selvmord i 10 års kalenderår. For drenge og piger i alderen 10-14 år har det gennemsnitlige årlige antal været næsten uforandret siden 1920. For drenge omkring to selvmord om året og for piger mellem 0 og 1 om året. For unge i alderen 15-19 år har der været flere, men bortset fra et lidt højt antal for unge kvinder i 1940'erne har der også her været tale om et næsten konstant antal. For unge mænd omkring 15 selvmord om året og for unge kvinder 5-10 om året, dog kun i gennemsnit 4 i den seneste periode.

Tabel 4.5 Selvmord blandt børn og unge i Danmark 1920-2001. Gennemsnitligt årligt antal efter periode, aldersgruppe og køn.

	10-14		15-19	
	Drenge	Piger	Drenge	Piger
1920-29	2,0	0,3	15	7
1930-39	1,5	0,2	16	10
1940-49	1,3	0,1	15	14
1950-59	2,0	0,4	13	9
1960-69	1,1	0,2	15	7
1970-79	2,2	0,4	13	6
1980-89	2,3	0,6	18	6
1990-01	2,0	0,2	13	4

4.9 Selvmord og usikker døds måde

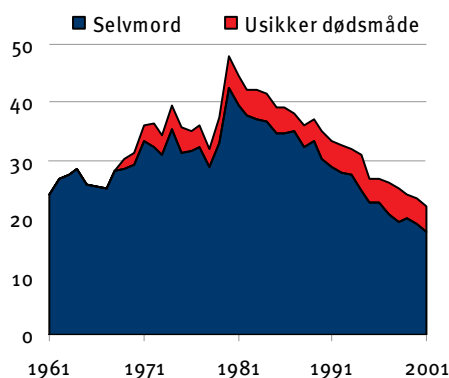
I 1969 blev det muligt at angive en døds måde, hvor det var usikkert om dødsfaldet skyldtes en ulykke, selvmord eller vold. Der ved må man forvente, at de registrerede selvmord i 1969 og senere alt andet lige vil være lavere end i årene før 1969, hvor det ikke var muligt at anvende den "usikre" døds måde. Tabel 4.6 angiver, hvor mange dødsfald, der registreres som selvmord og hvor mange dødsfald, der registreres med usikker døds måde. Tabellen er opdelt efter køn og ekstern årsag til dødsfaldet. For mændene skyldes næsten $\frac{3}{4}$ (72%) af dødsfaldene med usikker døds måde forgiftning og 12% drukning. For kvinder er de tilsvarende tal 81% og 7%. Det forekommer rimeligt, at det er forgiftning og drukning, hvor det er vanskeligst at afgøre om dødsfaldet skyldes ulykke eller selvmord. Hvis alle med usikker døds måde reelt var selvmord, ville det betyde, at de registrerede selvmord kun udgjorde 87,5% af det korrekte antal for mænd og 86% for kvinder. Af forgiftningsselvmodene ville være registreret 78% for mænd og 79% for kvinder. Af selvmordene ved drukning ville være registreret 76% hos mændene og 92% hos kvinderne. Af mindre betydning for det samlede antal selvmord kan nævnes, at næsten alle skuddødsfaldene bliver registreret som selvmord blandt mænd, mens 18% af disse dødsfald hos kvinderne bliver registreret med usikker døds måde. I forbindelse med dødsfaldene foran tog bliver 11% registreret med usikker døds måde hos mændene, ingen hos kvinderne.

Tabel 4.6 Dødsfald registreret med dødsårsag selvmord eller usikker om selvmord, ulykke eller vold i Danmark 1969-2001. Fordeling efter metode og køn.

	Mænd				Kvinder			
	Selv mord	Usikker	I alt	Selv mord % af i alt	Selv mord	Usikker	I alt	Selv mord % af i alt
Forgiftning	8969	2586	11555	77,6	6951	1837	8788	79,1
Hængning	9116	45	9161	99,5	3214	35	3249	98,9
Drukning	1392	428	1820	76,5	1887	161	2048	92,1
Skud	3122	97	3219	97,0	122	27	149	81,9
Stik	573	33	606	94,6	277	16	293	94,5
Udspring	1005	68	1073	93,7	892	47	939	95,0
Tog	194	24	218	89,0	65	0	65	100,0
Andet	745	306	1051	70,9	473	131	604	78,3
I alt	25116	3587	28703	87,5	13881	2254	16135	86,0

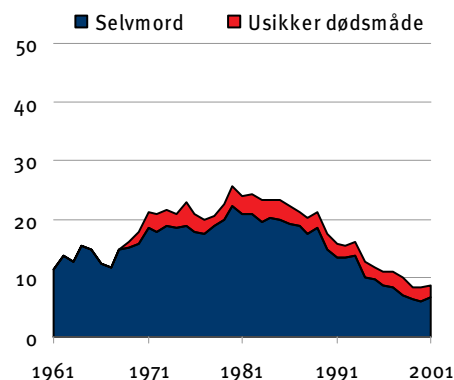
I figur 4.21 er raten for dødsfald med usikker dødsårsag lagt oveni raten for de registrerede selvmord. Den sande selvmordsrate må forventes at ligge et sted mellem disse to kurver. Siden 1980, hvor den registrerede selvmordsrate falder jævnt, har raten for usikker dødsårsag været næsten konstant. Det kunne tyde på, at faldet i selvmordsraten er lidt overvurderet. Hvis alle med usikker dødsårsag i 1980 reelt var selvmord var den registrerede selvmordsrate 89% af det korrekte, i 2001 var andelen 81%.

Figur 4.21 Dødsfald registreret som selvmord og usikker dødsårsag i Danmark 1961-2001, mænd. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



Figur 4.22 viser det tilsvarende for kvinder. Også her gælder, at siden 1980, hvor den registrerede selvmordsrate falder jævnt, har raten for usikker dødsårsag været næsten konstant. Hvis alle med usikker dødsårsag reelt var selvmord var den registrerede selvmordsrate i 1980 87% af det korrekte, i 2001 var andelen 79%.

Figur 4.22 Dødsfald registreret som selvmord og usikker dødsårsag i Danmark 1961-2001, kvinder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



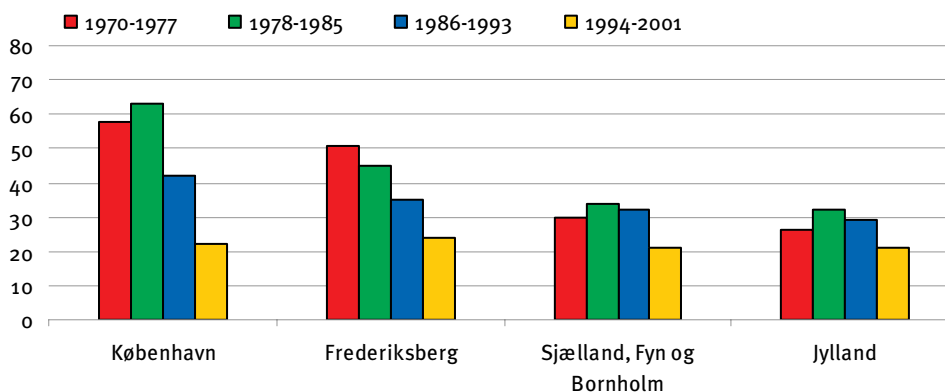
4.10 Regionale variationer 1970-2001

De regionale variationer er belyst siden 1970. Udgangspunktet har været Københavns og Frederiksberg kommuner samt de 14 amtskommuner. Mellem flere af amtskommunerne er der kun små forskelle. Derfor præsenteres tal for fire områder: Københavns kommune,

Frederiksberg kommune, resten af Sjælland, Fyn og Bornholm samt Jylland.

Figur 4.23 viser for mænd en meget forskellig udvikling i de fire områder. I Københavns og Frederiksberg kommuner er raten i den første periode tre gange så høj som i den sidste periode. For det øvrige Danmark er raten næsten ens i de tre første perioder og kun lavere i den sidste.

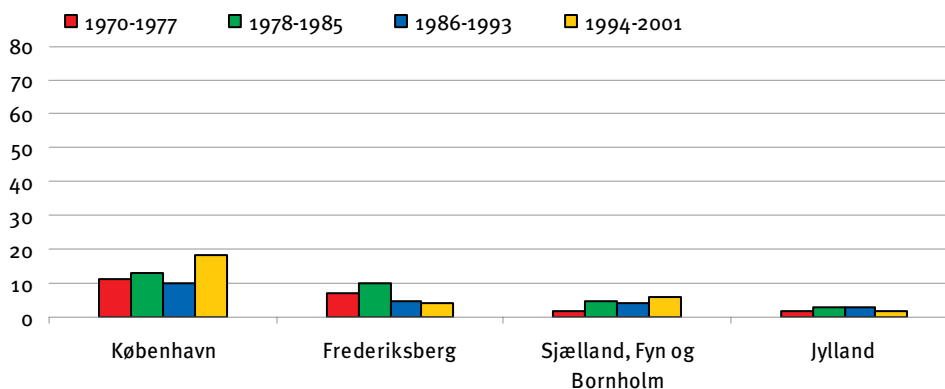
Figur 4.23 Selvmord blandt mænd i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



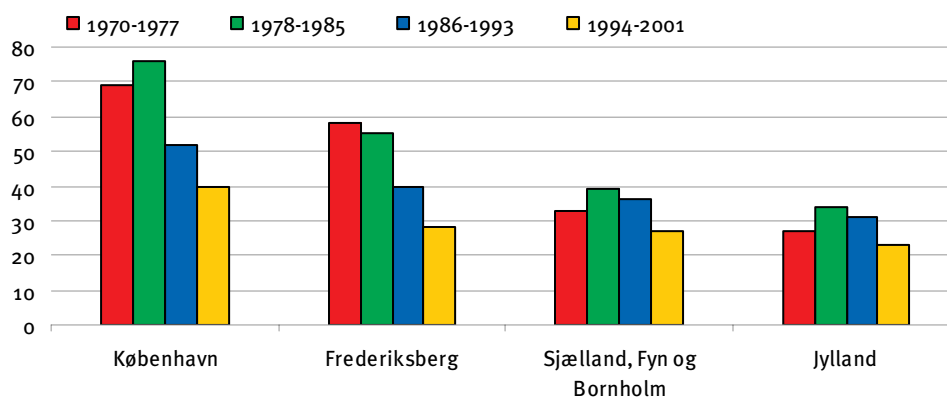
Udviklingen i raten for dødsfald med usikker dødsårsag følger ikke dette mønster, figur 4.24. Der er næsten ingen variation mellem de fire perioder og raten er væsentlig højere i Københavns kommune end i Jylland.

Lægges raten for selvmord sammen med raten for usikker dødsårsag mindskes faldet i Københavns kommune, figur 4.25. Nu er raten i den første periode kun dobbelt så høj som i den sidste periode.

Figur 4.24 Dødsfald registreret med dødsårsag usikker om ulykke, selvmord eller vold blandt mænd i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



Figur 4.25 Dødsfald registreret med dødsårsag selvmord eller usikker om ulykke, selvmord eller vold blandt mænd i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000

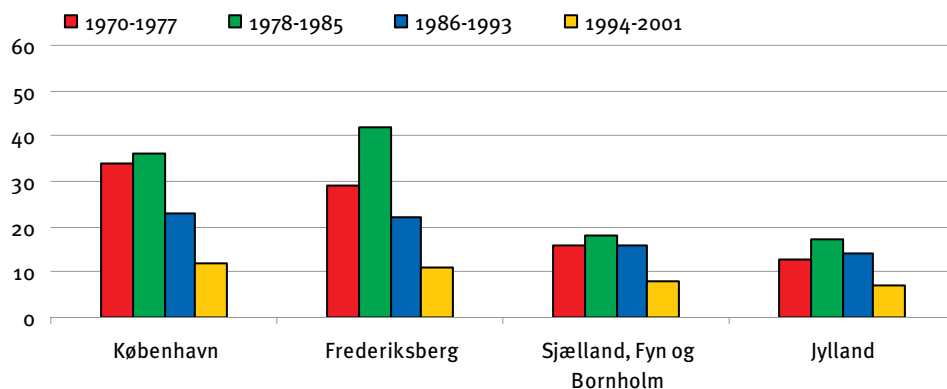


Figur 4.26 viser for kvinder en meget forskellig udvikling i de fire områder.

som i den sidste periode. Uden for hovedstadsområdet er raten næsten ens i de tre første perioder og kun lavere i den sidste.

I Københavns og Frederiksberg kommuner er raten i den første periode tre gange så høj

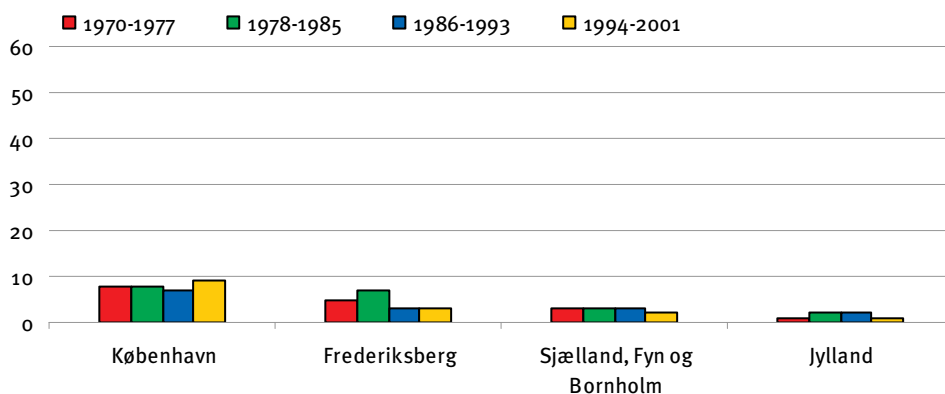
Figur 4.26 Selvmord blandt kvinder i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



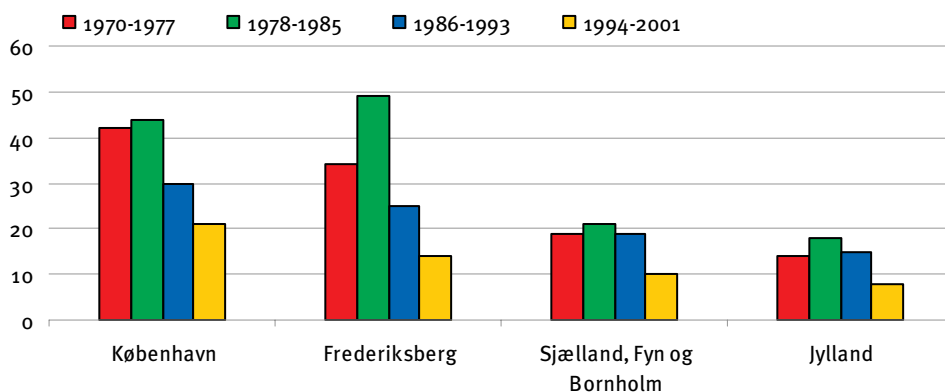
Udviklingen i raten for dødsfald med usikker dødsårsag følger ikke dette mønster, figur 4.27. Der er næsten ingen variation mellem de fire perioder og raten er væsentlig højere i Københavns kommune end i Jylland.

Lægges raten for selvmord sammen med raten for usikker dødsårsag mindskes faldet i Københavns kommune, figur 4.28. Nu er raten i den første periode kun dobbelt så høj som i den sidste periode.

Figur 4.27 Dødsfald registreret med dødsårsag usikker om ulykke, selvmord eller vold blandt kvinder i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



Figur 4.28 Dødsfald registreret med dødsårsag selvmord eller usikker om ulykke, selvmord eller vold blandt kvinder i fire områder af Danmark 1970-2001. Direkte standardiserede rater pr. 100.000



4.11 Retslægeligt ligsyn og obduktioner

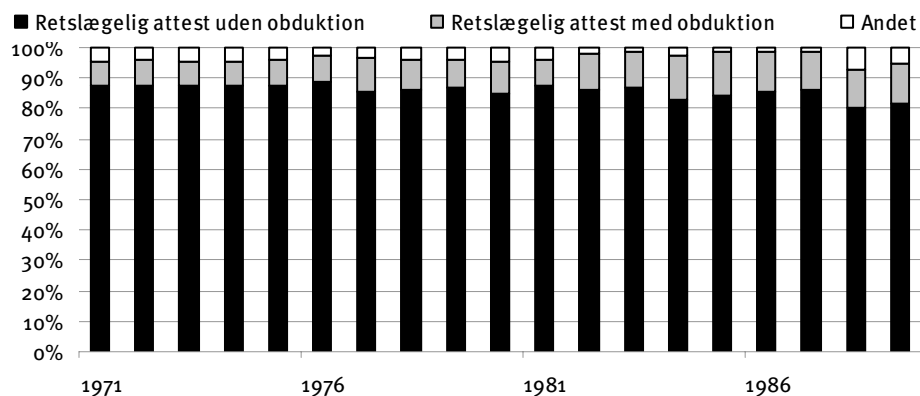
Den andel af selvmordene, hvor der er foretaget retslægeligt ligsyn uden obduktion er meget konstant i årene fra 1971 til 1996, figur 4.29. Andelen varierer mellem 83% og 89%. Kun i de to seneste år 2000 og 2001 er andelen nede på 80% og 82%. Der foreligger ikke data for årene 1997-1999.

Den andel af selvmordene, hvor der er foretaget retslægeligt ligsyn med obduktion er

tilsvarende konstant og varierer mellem 8% og 13%.

I perioden 1971-2001, hvor udsvingene i antallet af selvmord har været meget store, har der således været en næsten konstant andel uden obduktion. Der er således ikke tegn på, at andelen af retslægelige ligsyn med eller uden obduktion umiddelbart kan forklare de store ændringer i selvmordshypigheden i Danmark.

Figur 4.29 Selvmord i Danmark 1971-2001. Relativ fordeling på tre attesttyper



I 1969 blev det muligt at angive en dødsårsag, hvor det var usikkert om dødsfaldet skyldtes ulykke, selvmord eller mord.

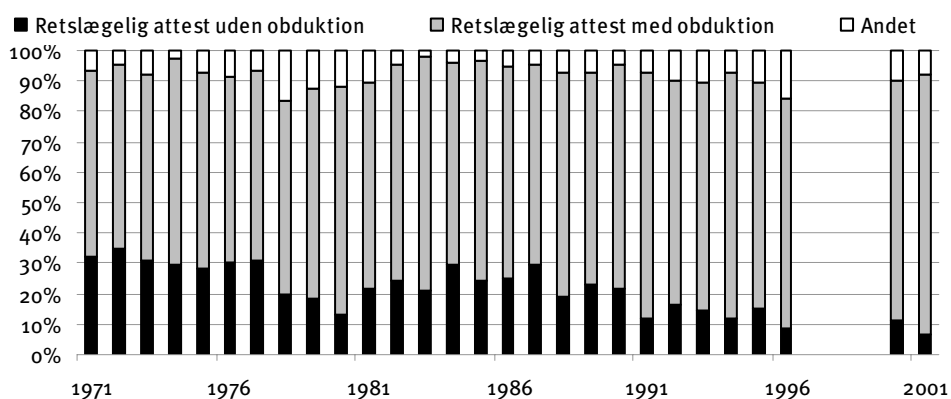
Den andel af dødsfaldene med usikker dødsårsag, hvor der er foretaget retslægeligt ligsyn, men uden obduktion er faldet fra lidt over 30% i starten af 1970'erne til 10-15% i de seneste år, figur 4.30. Der foreligger ikke data for årene 1997-1999.

Tilsvarende er den andel, hvor der er foretaget retslægeligt ligsyn med obduktion steget

fra omkring 60% til op i nærheden af 80% i de seneste år.

Selvom der er foretaget obduktion i de fleste tilfælde, hvor dødsårsagen er usikker, kunne det forventes, at det var sket i næsten alle tilfældene. Men da antallet af dødsfald med usikker dødsårsag er begrænset i forhold til antallet af dødsfald registreret med dødsårsag selvmord, kan udsving eller usikkerheder i antallet med usikker dødsårsag ikke forklare udsvingene i antallet af selvmord.

Figur 4.30 Dødsfald registreret med dødsårsag usikker om ulykke, selvmord eller vold i Danmark 1971-2001. Relativ fordeling på tre attesttyper

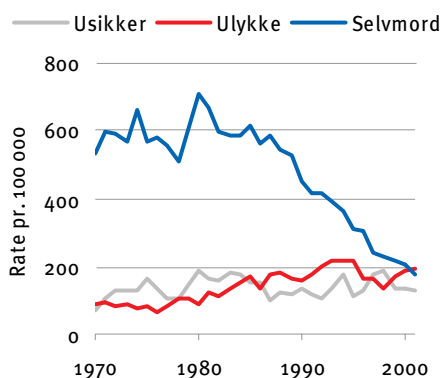


4.12 Forgiftningsdødsfald og drukning

Ved dødsfald på grund af forgiftning eller ved drukning kan det i mange tilfælde være vanskeligt at fastsætte dødsårsagen. En nærmere analyse af dødsfald ved forgiftning eller drukning kan derfor være med til at kaste lys over variationerne i selvmordshyppigheden.

Forgiftningsdødsfaldenes fordeling viser en bemærkelsesværdig udvikling på de tre dødsårsager ulykke, selvmord eller usikker dødsårsag, figur 4.31. Antallet af forgiftningsdødsfald angivet som ulykke eller som usikker dødsårsag er relativt ens. Ulykkerne lå på knap 100 i 1970'erne, og har i de seneste år ligget på knap 200. Forgiftningsdødsfaldene registreret som usikker dødsårsag har ligget lidt mere konstant omkring 150 tilfælde om året. Helt anderledes er det gået med forgiftningsdødsfald registreret som selvmord. Fra 1970 og frem til midt i 1980'erne lå antallet på omkring 600 tilfælde, men derefter indtraf et kraftigt fald, så de seneste tal nu er under 200 om året.

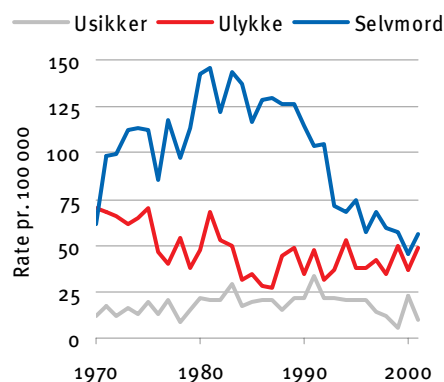
Figur 4.31 Antal dødsfald ved forgiftning i Danmark 1971-2001, efter dødsårsag



Der er langt færre dødsfald ved drukning end ved forgiftning, men der er tilsvarende store forskelle i udviklingen over tid med hensyn til fordelingen på dødsårsag, figur 4.32. Drukningensulykkerne er faldet fra omkring 70 i starten af 1970'erne til under 50 i de seneste

år. Antallet af drukningsdødsfald registreret som usikker dødsårsag har ligget på højst 25 tilfælde i næsten hvert eneste år. Igen viser antallet af selvmord et helt anderledes billede. Selvmord ved drukning blev registreret i under 100 tilfælde i starten af 1970'erne, men steg derefter til mellem 125 og 150 i 1980'erne for at falde drastisk til omkring 50 tilfælde om året i de seneste år.

Figur 4.32 Dødsfald ved drukning i Danmark 1971-2001, efter dødsårsag



4.13 Sammenfatning vedrørende selvmord i Danmark 1920-2001

Siden 1950'erne har Danmark haft en høj selvmordsrate sammenlignet med de fleste andre vestlige lande. Mændene har helt frem til første halvdel af 1990'erne ligget i den dårligste fjerdedel blandt 20 lande, mens kvinderne har haft den højeste selvmordshyppighed blandt 20 lande frem til midt i 1990'erne. I den sidste halvdel af 1990'erne er danskernes relative placering blevet bedre, mændene er nu nummer 11 af 20 og kvinderne nummer 14.

Det årlige antal selvmord i Danmark har varieret meget siden 1920. Hvert eneste år har der været flere selvmord blandt mænd end blandt kvinder, dog var der i 1945 næsten lige mange selvmord blandt mænd og

kvinder. Det højeste antal indtraf i 1980 med 1617 selvmord, 1038 blandt mænd og 579 blandt kvinder. I 2001 var antallet 727, 508 blandt mænd og 219 blandt kvinder.

Selvmondsraten har i alle årene været højere blandt mænd end blandt kvinder, selvom forskellen var beskeden i 1945. Siden 1980 har der været et næsten konstant fald, som ikke har været set i nogen tidligere periode. I de seneste år er raten mindre end halvdelen af raten i 1980. Fra 1950'erne har selvmordsraten blandt kvinderne haft samme udvikling som hos mændene, men på et lavere niveau. Selvmordsraten i de seneste år er den laveste i hele perioden siden 1920.

Forgiftningsselvmoderne har for både mænd og kvinder udgjort en meget stor del af det samlede antal selvmord i perioden. Der var for både mænd og kvinder en stigning frem mod 1950, et fald frem mod midten af 1960'erne, derefter en svag stigning hen mod slutningen af 1970'erne og til sidst et markant fald. Raten for perioden 1998-2001 er lav og har kun været lavere i 1920'erne.

Sammenholdes analyserne efter fødselsår-gange med analyserne efter perioder er det tydeligt, at ændringerne i selvmordsraterne i Danmark mere er bestemt af perioder end bestemt af fødselskohorter.

Der var en høj selvmordsrate blandt kvinder omkring slutningen af 2. Verdenskrig. Antallet af selvmord begyndte at stige i 1943 og toppede i 1945, men var stadig høj i flere år efter 1945. Det høje antal selvmord skyldes udelukkende forgiftninger. Det høje antal selvmord i årene omkring 1945 må henføres til besættelsestidens særlige forhold, hvor danske piger, der havde været kærestere med tyske soldater, var ilde set.

Der var en meget høj selvmordsrate i 1980. Både forgiftninger, hængning og andre metoder har en top i 1980. For alle tre metoder ses en stigning fra 1977 og frem mod 1980,

for hængning 100 mere i 1980 end i 1979. I de fleste aldersgrupper er der relativt mange selvmord i 1980, dog lidt mindre udtalt hos de ældste.

I Københavns og Frederiksberg kommuner er selvmordsraten i starten af 1970'erne tre gange så høj som i slutningen af 1990'erne. For det øvrige Danmark er raten næsten ens fra 1970 og frem til midt i 1990'erne, hvorefter raten falder. Udviklingen i raten for dødsfald med usikker døds måde følger ikke dette mønster. Der er næsten ingen variation mellem de fire perioder og raten er væsentlig højere i Københavns kommune end i Jylland.

Der er kun få selvmord blandt børn og unge under 20 år. For drenge og piger i alderen 10-14 år har det gennemsnitlige årlige antal været næsten uforandret siden 1920. For drenge omkring to selvmord om året og for piger mellem 0 og 1 om året. For unge i alderen 15-19 år har der været flere, men bortset fra et lidt højt antal for unge kvinder i 1940'erne har der også her været tale om et næsten konstant antal. For unge mænd omkring 15 selvmord om året og for unge kvinder 5-10 om året, dog kun i gennemsnit 4 i den seneste periode.

Ved dødsfald på grund af forgiftning eller ved drukning kan det i mange tilfælde være svært at fastsætte døds måden. For mændene skyldes næsten $\frac{3}{4}$ (72%) af dødsfaldene med usikker døds måde forgiftning og 12% drukning. For kvinder er de tilsvarende tal 81% og 7%. Antallet af forgiftningsdødsfald angivet som ulykke eller som usikker døds måde er relativt ens, hvorimod forgiftningsdødsfald registreret som selvmord fra et højt niveau fra 1970 og frem midt i 1980'erne faldt kraftigt fem mod 2000. Drukningdødsfaldene udviser et lignende mønster.

5 Etniske forskelle i selvmordsrisikoen i Danmark

Af Vanita Sundaram

5.1 Baggrund

Etniske minoriteter udgør ca. 5 % af den danske befolkning i 2004 (Danmarks Statistik 2004). Det har derfor i stigende grad været relevant at belyse og beskrive trivsel, levevilkår, sundhedsstatus, og adgang til sundhedsvæsenet blandt etniske minoriteter i Danmark. De foreliggende undersøgelser påviser klare forskelle i levestandard, sundhedsstatus, sygdomsforekomst og sundhedsadfærd blandt personer af anden etnisk herkomst end dansk (Schmidt 2002; Nielsen 2002; Jeppesen & Nielsen 1998). Der foreligger dog ikke megen viden omkring etniske forskelle i (risikofaktorer for) dødelighed. Denne information er væsentlig i forhold til forebyggelse og planlægning af sundhedstilbud og forebyggelsestiltag udfra et multietnisk perspektiv.

I udlandet har der været betydelig fokus på etniske forskelle i forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord (Raleigh & Balarajan 1992; Hjern & Allebeck 2002). Der er hovedsageligt tale om europæiske undersøgelser, men der er også foretaget talrige undersøgelser af etniske forskelle i sundhedsstatus, sygelighed og dødelighed med baggrund i den amerikanske befolkning. Da indvandringsmønsteret i Amerika er markant anderledes end i Europa, antages det, at europæiske studier om etniske forskelle i selvmordsdødelighed udgør det mest hensigtsmæssige sammenligningsgrundlag. Engelske undersøgelser fokuserer primært på indvandrere af asiatisk herkomst og finder, at især asiatiske kvinder har en særlig høj risiko for selvmordsforsøg og selvmord sammenlignet med den engelske befolkning (Neeleman, Mak & Wessely 1997; Raleigh 1996). Til gengæld har asiatiske mænd ofte en signifikant lavere selvmordsrisiko end engelske mænd.

Også i de nordiske lande er der kommet øget opmærksomhed på etniske forskelle i selvmordsforekomsten. Således har flere svenske befolkningsundersøgelser fundet at

indvandrere er signifikant overrepræsenteret i selvmordsstatistikkerne, og at selvmordsrisikoen er særligt forhøjet blandt indvandrere fra Rusland, Finland, Danmark og Norge. Desuden viser selvmordsrisikoen sig at være højere for indvandrergupperne i Sverige end i deres respektive oprindelseslande i 90% af tilfældene (Ferrada-Noli 1997; Johansson et al. 1997; Hjern & Allebeck 2002).

Der findes kun meget få undersøgelser, der belyser selvmordsforekomsten blandt etniske minoriteter i Danmark til trods for, at risikofaktorerne for selvmordsadfærd – og dermed selvmordsforekomsten – må antages at være forskellige fra etniske danskere.

Den eksisterende viden om etniske forskelle i dødelighed er hovedsageligt baseret på den grønlandske befolkning i Danmark. Der er påvist betydelige forskelle i risikofaktorer for dødelighed, blandt andet i kost, livsstil og risikoadfærd (Bjerregaard & Curtis 2002; Bjerregaard 1997).

Der er gennemført enkelte undersøgelser om risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg og etniske forskelle heri (Bille-Brahe 2001; Qin et al. 2003). En registerbaseret undersøgelse fandt en betydelig lavere selvmordsrisiko blandt udenlandskfødte kvinder end for danskfødte kvinder. Denne forskel blev ikke fundet blandt mændene (Qin et al. 2003). Undersøgelsen tog højde for sociale og kønsrelaterede faktorer, der kan have indflydelse på selvmordsrisikoen fx socioøkonomisk status og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Opgørelser fra Center for Selvmordsforskning i henholdsvis 2000 og 2001 konkluderede, at blandt indvandrere fra ikke-vestlige lande var selvmordshyppigheden lavere end i den danske befolkning generelt. Selvmordshyppigheden blandt indvandrernes efterkommere var derimod markant højere end blandt danskere i tilsvarende aldersgrupper. Der er dog tale om et meget lille materiale, og grup-

pen af indvandrere eller efterkommerne kan ikke defineres entydigt i forhold til deres statsborgerskab.

De foreliggende resultater er således baseret på forskellige datagrundlag og tegner ikke et definitivt billede af etniske forskelle i selvmordsrisikoen i Danmark. Der er derfor behov for yderligere viden på området.

5.2 Registerstudie

I et samarbejde med Center for Registerforskning og Center for Selvmordsforskning har Statens Institut for Folkesundhed gennemført en registerbaseret undersøgelse af etniske forskelle i selvmordshyppighed i Danmark. Undersøgelsen omfattede alle nationalitetsgrupper blandt indvandrere i Danmark, inklusive personer af svensk, norsk og tysk afstamning, og omfatter alle personer med udenlandsk (anden 'etnisk') baggrund, defineret som personer født i udlandet og/eller hvis ene eller begge forældre er født i udlandet, dvs. fra både ikke-vestlige og vestlige lande. Etniske danskere er defineret som danskfødte personer med to danskfødte forældre.

Undersøgelsen er baseret på data indhentet i fire danske registre: Dødsårsagsregistret, Den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning, Psykiatrisk Central Register og Det Centrale Personregister:

Der blev fundet klare etniske forskelle i selvmordsrisikoen blandt personer i Danmark. Selvmordsrisikoen er signifikant højere blandt personer med udenlandsk baggrund end blandt etniske danskere, men der er forskelle undergrupperne imellem. Helt overordnet var selvmordsrisikoen højst blandt personer født i et af de nordiske lande, mens personer født i Asien havde en betydelig

lavere selvmordsrisiko end etniske danskere. Der er ikke signifikant forskel i selvmordsrisikoen for de øvrige udenlandskfødte grupper. Blandt danskfødte personer med udenlandsk baggrund er selvmordsrisikoen kun højere end for referencegruppen blandt personer med én udenlandsk forælder.

Når der justeres for betydningen af civilstatus, indkomst, sygdom og tidligere psykiatrisk indlæggelse for selvmordsrisikoen blandt udenlandskfødte personer, er den forhøjede selvmordsrisiko i denne gruppe kun signifikant for kvinder. Undtagelsen er udenlandskfødte personer med mindst én danskfødt forælder, hvor selvmordsrisikoen er signifikant forhøjet for både mænd og kvinder – dog er den højere blandt kvinder. Samme mønster er gældende for danskfødte personer med udenlandsk baggrund. Til gengæld er forskellen i selvmordsrisiko blandt asiatiske personer i forhold til etniske danske kun signifikant blandt mænd, hvor den er betydelig lavere end blandt etniske danskere.

Der findes således overordnede forskelle i selvmordsrisikoen mellem personer med udenlandsk baggrund og etniske danskere. Alligevel var det kun visse etniske grupper, der havde en signifikant forhøjet selvmordsrisiko. Til forskel fra tidligere forskning (Bille-Brahe 2001) blev det påvist at selvmordsrisikoen faktisk var højst blandt indvandrere, der kulturelt i høj grad ligner den etnisk danske befolkning. Desuden fandtes der kønsforskelle i sammenhængen mellem selvmordsrisiko og etnicitet, således at den signifikant forhøjede selvmordsrisiko kun gjaldt for kvinder i studiet.

Kilde: Suicide risk amongst persons with foreign background in Denmark. Sundaram V, Qin P, Zoellner L. Suicide and Lifethreatening behaviour, antaget til publikation, juni 2005

Referencer

- Schmidt G. Betydningen af familieformer og familietraditioner for integrationsprocesserne. AMID Working Paper Series 21/2002.
- Nielsen A. Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter. AMID Working Paper Series 28/2002.
- Jeppesen KJ, Nielsen A. Etniske minoritetsbørn i Danmark – det første leveår. København: Socialforskningsinstituttet, 1998
- Raleigh V.S., & Balarajan R. (1992). Suicide and Self-Burning among Indians and West Indians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 129: 365-368.
- Hjern A. & Allebeck P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 423-9.
- Neeleman J., Mak V., & Wessely S. (1997). Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth. A three-year survey in inner London. *British Journal of Psychiatry* 171: 463-7.
- Raleigh V.S. (1996). Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales. *Ethnicity and Health* 1: 55-63.
- Ferrada-Noli M. (1997) A cross-cultural breakdown of Swedish suicide. *Acta Psychiatrica Scand* 96: 180-16.
- Johansson L.M., Sundquist J., Johansson S.E., Bergman B., Qvist J., Traskman-Bendz L. (1997). Suicide among foreign-born minorities and Native Swedes: an epidemiological follow-up study of a defined population. *Social Science and Medicine* 44: 181-7.
- Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregistret 2001: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2005:5.
- Bjerregaard P & Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland: the association of childhood conditions, language, urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Soc Sci Med* 54: 33-48.
- Bjerregaard P, Mulvad G, Pedersen HS. Cardiovascular risk factors in Inuit of Greenland. *Int J Epidemiol* 26: 1182-90.
- Bille-Brahe U. (2001) Selvmord og selvmordsførsøg blandt indvandrere og deres efterkommere. Center for Selvmordsforskning.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 160: 765-72.

6 Sygehuskontakt ved selvmordshandlinger

Af Karin Helweg-Larsen, Bjarne Laursen og Marie Kruse

Data i LPR er en væsentlig kilde til vurderinger af udviklingen i selvmordshandlinger. Forudsætningen for en meningsfuld vurdering er, at registreringen af sygehuskontakter pga. selvskade/selv mordshandling er konsistent, dvs. at den på landsbasis og over tid er baseret på ensartede kriterier, og at registreringen omhandler alle sygehuskontakter.

Som beskrevet i kapitel 3.2 er det et problem, at registreringskoden for selvmordshandling omfatter alle former for selvskade, dvs. både intenderet selvmord/selv mordsforsøg, selv mutilationer, forgiftninger og anden selvskade. En anden svaghed er de gældende regler for registrering af kontaktårsagskode og aktionsdiagnoser, som kan medføre, at det ikke er muligt at identificere sygehuskontakter, hvor selvskade/selv mordshandlinger indgår i årsagen til sygehuskontakten samtidig med en psykisk lidelse, idet disse kontakter registreres som sygdom, eller evt. som "andet". Der er tillige væsentlige forskelle fra sygehus til sygehus i registreringspraksis, dvs. i anvendelsen af de forskellige kontaktårsagskoder. Det beskrives i de følgende afsnit.

Erfaringerne fra nærværende projekt påviser således, at data i Landspatientregisteret ikke på nuværende tidspunkt er egnede til at beskrive forekomsten af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger i Danmark. På den baggrund har vi afprøvet en udvidet definition af sygehuskontakt pga. selvskade, og denne definition er anvendt ved samkøring af data i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000 med Landspatientregisteret.

En justering af registreringsregler, -instruks og -praksis på landets skadestuer er påkrævet. De følgende erfaringerne fra nærværende projekt vil kunne medvirke hertil.

6.1 Praksis for kodningen af skadestuekontakter

På landets skadestuer og ved indlæggelse på sygehuse skal der ved en patients ankomst registreres en række administrative oplysninger knyttet til patientens CPR nummer. Denne registrering foretages af skadestuens eller modtagelsens sekretariat/sekretærer før end patienten tilses og evt. behandles af en læge. Disse obligatoriske data omfatter kontaktårsagskoden ud fra patientens egne oplysninger eller ud fra oplysninger fra medfølgende pårørende eller ambulancepersonale. Valget af kontaktårsagskode har betydning for, hvor mange andre data der skal registreres. Hvis der angives andre kontaktårsagskoder end 2, 3 og 4 (ulykke, vold, selvmord/selv mordsforsøg) skal der ikke registreres oplysninger om skadeomstændigheder. Det vil sige registreringen bliver mindre omfattende for skadestuens sekretariat.

Den behandlende læge skal anføre mindst en diagnose (for sygdom eller skade) med tilsvarende ICD10 kode på skadesedlen – eller diktere diagnosen til skadestuesekretariatet. Sekretæren registrerer ved afslutningen af skadestuekontakten den eller de diagnoser, som lægen har angivet, i det elektroniske registreringssystem (det grønne system eller tilsvarende programmel). Så vidt det er oplyst, har de oplysninger om sygdom eller skadeomstændigheder, som patienten giver til lægen under konsultationen, ikke indflydelse på registreringen af kontaktårsagskode. Den er allerede indtastet ved patientens ankomst til skadestuen.

Det er Sundhedsstyrelsen, der via "Fællesindholdet for registrering af sygehuspatienter" instruerer sygehuspersonalet om, hvorledes hver enkelt sygehus/skadestuekontakt skal registreres. Overordnet er det således Sundhedsstyrelsens ansvar, at instrukserne opleves som forståelige og praktisk anvendelige. Aktuelt synes der ikke at være nogen opfølgning fra Sundhedsstyrelsens side som fx undervisning af skadestuesekretærer, tilbagemelding om registreringsproblemer eller konkrete vurderinger af registreringspraksis på udvalgte skadestuer og efterfølgende tilpasning af instrukser. Som beskrevet i det følgende er der stor variation i kodepraksis fra sygehus til sygehus og på sygehuse indbyrdes mellem skadestuesekretærerne. Skadestueledelsens indsigt i betyd-

ningen af korrekt registrering og regelmæssig supervision af registreringen har naturligvis også stor betydning for registreringskvalitet.

6.2 Regionale forskelle i de somatiske skadestuers registrering af kontaktsager

Der kan konstateres en betydelig variation fra sygehus til sygehus i andelen af skadestuekontakter, der er registreret som selvskade, dvs. som en mulig selvmordshandling (Tabel 6.1).

Tabel 6.1 Procentvisse fordeling af kontaktårsager på landet skadestuer i 2003

	Sygdom	Ulykke	Vold	Selvskade	Følger	Andet	Uoplyst
Rigshospitalet	46,4	40,4	4,1	0,7	5,8	2,3	0,4
Bispebjerg	31,0	46,1	3,6	0,1	4,8	12,5	1,9
Hvidovre	44,4	35,9	1,5	0,1	13,6	3,7	0,7
Amager	43,3	44,5	2,4	0,3	4,5	3,8	1,2
Frederiksberg	26,0	45,8	2,4	0,2	5,0	19,8	0,7
Gentofte	32,1	43,6	0,4	0,0	14,9	8,9	0,0
Glostrup	30,3	53,1	1,9	0,4	4,1	9,9	0,3
Herlev	39,1	49,8	1,8	0,1	3,2	5,8	0,2
Frederiksborg Amt	31,7	58,0	2,0	0,2	3,2	2,4	2,4
Roskilde	29,8	48,2	1,5	0,1	10,4	9,5	0,6
Køge	19,8	52,0	1,3	0,0	3,2	22,4	1,2
Vestsjællands Amt	26,3	60,3	1,4	0,4	7,7	3,4	0,5
Næstved	19,6	71,8	1,8	0,1	1,6	5,0	0,0
Nykøbing F	32,3	63,5	0,9	0,1	2,2	0,8	0,2
Fakse	11,8	60,7	0,6	0,0	6,3	19,0	1,5
Nakskov	12,9	82,0	1,1	0,2	0,6	3,0	0,3
Stege	17,1	72,0	1,0	0,1	0,8	3,0	6,1
Bornholm	15,4	77,0	1,4	0,1	1,4	4,7	0,0
Odense	23,9	70,2	3,4	2,0	0,2	0,0	0,3
Sygehus Fyn	27,7	68,8	2,1	0,7	0,3	0,5	0,0
Sønderborg	22,5	66,6	2,4	0,3	3,9	4,1	0,3
Haderslev	20,5	68,2	1,9	0,3	7,8	1,3	0,1
Tønder	10,6	77,2	1,7	0,7	3,2	6,3	0,3
Aabenraa	13,1	68,5	2,0	0,5	8,6	7,1	0,2
Esbjerg	9,9	73,9	3,1	0,4	2,4	10,0	0,3
Grindsted	5,0	92,6	1,1	0,1	0,7	0,1	0,4
Fredericia	19,1	68,4	2,0	0,2	4,4	4,5	1,4
Give	0,9	96,2	0,2	0,0	0,4	1,8	0,4
Horsens	17,3	75,7	2,6	0,9	0,8	2,5	0,2
Kolding	22,1	71,4	2,5	0,6	1,7	1,3	0,4
Vejle	16,3	73,1	2,4	0,4	1,3	6,0	0,5
Holstebro	6,1	85,1	1,2	0,2	6,5	0,7	0,2
Herning	22,0	67,7	1,6	0,4	1,0	6,0	1,4
Tarm	6,4	86,4	1,3	0,3	1,3	2,6	1,7
Ringkøbing	4,6	90,9	1,3	0,4	1,0	0,9	0,9
Lemvig	2,4	95,9	1,1	0,0	0,7	0,0	0,0
Silkeborg	12,5	64,5	0,8	0,3	19,9	1,9	0,0
Århus kommune	15,5	62,8	3,2	0,2	1,6	5,1	11,6
Århus amt	17,4	63,0	2,3	0,4	4,0	12,7	0,2
Randers	18,0	70,3	2,2	0,2	4,3	3,7	1,2
Odder	5,4	74,0	1,2	0,0	1,4	6,6	11,3
Grenaa	19,0	55,4	1,2	0,1	9,8	13,7	0,8
Samsø	4,8	85,7	2,4	2,4	2,4	0,0	2,4
Viborg-Kjellerup	17,4	69,9	2,1	0,2	0,2	8,1	2,1
Nykøbing-Thisted	8,8	77,3	1,9	0,2	3,2	4,1	4,6
Aalborg	30,1	58,7	2,2	0,4	7,0	1,0	0,5
Hjørring-Brønderslev	6,6	83,6	1,7	0,2	3,0	3,2	1,8
Hobro-Terndrup	3,6	64,0	2,7	0,2	2,6	5,5	21,3
Farsø	2,6	65,7	1,5	0,1	2,1	3,5	24,6
Frederikshavn-Skagen	13,9	72,6	1,8	0,2	2,1	6,5	2,8
Ortopædkirurgi Nordjylland	25,5	63,1	2,1	0,4	5,4	1,7	1,7
Hele landet	26,0	59,3	2,1	0,4	5,0	6,0	1,3

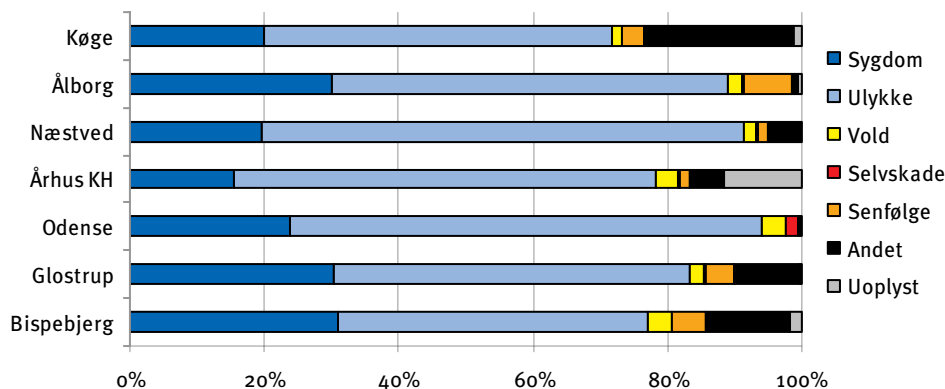
I 2003 er der på landsplan i alt registreret knap 1 mio. skadestuekontakter på 51 forskellige skadestuer. Heraf er 0,4% registreret med kontaktårsagskode 4 for selvska-
de/selv mordshandling. På Odense Universi-
tetshospital er andelen 2,0%, dvs. fem gange
større end landsgennemsnittet, andelen er
20 gange større end på Bispebjerg Hospital
og 200 gange større end andelen på Amtssy-
gehuset i Gentofte, hvor kun 0,01% af alle
skadestuekontakter i 2003 er registreret som
selvskade/selv mordshandling.

Der er ikke nogen forklaring på disse forskel-
le. Andelen af skadestuekontakter, der er
registreret som selvskade, er meget lavere i
hovedstadsområdet og i Aarhus end i Oden-
se, henholdsvis varierende mellem 0,001%
og 0,66% og 2,0% (Tabel 6.1). Til sammen-
ligning er der omtrent den samme rate for
fuldbyrdet selvmord i henholdsvis Køben-

havn og i de øvrige regioner på Sjælland, Fyn
og Bornholm, som beskrevet i foregående
afsnit, 4.8.

Figur 6.1 illustrerer forskellene i den relative
fordeling af kontaktårsager på udvalgte sy-
gehuse i 2003. Det omfatter eksempler på
sygehuse med en relativ høj og en relativ lav
andel af skadestuekontakter, der er registe-
ret som selvskade, dvs. med kontaktårsags-
kode 4. Figuren tydeliggør de markante for-
skelle i andelen af skadestuekontakter, som
er registreret som "Andet" og uoplyst, og
dermed også i andelen registreret med speci-
ficeret kontaktårsag, ulykke, vold eller selv-
mord - dvs. forskelle i registreringspraksis.

Figur 6.1 Fordelingen i registreringen af kontaktårsagskoder på udvalgte skadestuer i 2003.



Center for Selvmordsforskning baserer først
og fremmest sin overvågning af udviklingen i
selvmordshandlinger på data, der løbende
indsamles fra sygehusene på Fyn. Der ind-
samles udelukkende data på patienter, der
initialt er registreret med kontaktårsagskode
4 for selvmord/selv mordsforsøg. Selv på Fyn
er der betydelige forskelle i fordelingen af
denne kontaktårsagskode. På Sygehus Fyn
og Odense Universitetssygehus er henholds-
vis 0,7% og 2% af alle skadestuekontakter i

2003 registreret med kontaktårsagskode 4
(Tabel 6.1). Mens Odense Universitetssyge-
hus næsten ikke anvender kontaktårsag
"Andet" er denne kode registreret for 0,5% af
alle skadestuekontakter på Sygehus Fyn.

Blandt knap 1 million skadestuekontakter i
2003 var godt 57.000, 6%, registreret med
kontaktårsagskoden 8 for "andet", sammen-
lignet med kun seks ud af i alt 55.981 skade-
stuekontakter (0,0%), på Odense Universi-

tetssygehus, 22,4% af skadestuekontakterne på Køge Sygehus og 12,5% på Bispebjerg Hospital.

Kontaktårsagskode 8, "andet", er anvendt i forbindelse med en lang række diagnoser. Hyppigst Z-koder, fx for rådgivning uden specifikation og blod-alkohol test. Men der

indgår også diagnosekoder som hornhindebetændelse/irritation, fremmedlegemerest i bløddele, komplikationer til indføring af kateter i urinveje, lændesmerter og insektstik. Det er således en broget blanding af skadestuekontakter, hvoraf en række kunne have været specificeret med kontaktårsagskode ulykke eller følgetilstande.

Tabel 6.2 Omfanget af skadestuekontakter registreret som "andet" og "uoplyst", og som skyldes forgiftning/overdosis af alkohol eller lægemidler samt læsioner på hals og underarme/hænder, LPR 2003

	Kontaktårsagskode "Andet"	Uoplyst kontaktårsag
F100, alkoholforgiftning	816	147
F190, forgiftn. psykoaktivt stof	7	0
R989,R999 død uden specifikation	260	324
S11, sår på hals	13	3
S10, halslæsion	29	11
S51, sår underarm	240	68
S55, karllæsion underarm	6	0
S60, overfladisk håndledslæsion	740	233
S61, sår håndled,hånd	931	285
S623, brud håndledsknogle	155	65
T36, forgiftni. Antibiotika	60	10
T39, forgiftn. Svage smertestill.	82	29
T40, forgiftn. Stærke smertestill.	84	14
T41, forgiftn. Bedøvelsesmiddel	0	1
T42, forgiftn. Sovemiddel mm	47	12
T43, forgiftn. Psykofarmaka	51	14
T50, ikke specif. Lægemiddel	79	15
T51, alkoholforgiftn.	65	8
T659, uspecificeret forgiftning	211	6
T719, kvælning	3	0
I alt	3879	1245

Kontaktårsagerne "andet" og "uoplyst" dækker også læsioner, forgiftninger og død ved ankomsten til skadestuen uden oplyst årsag. I 2003 var i alt 5.124 patienter registreret med disse kontaktårsagskoder samtidigt med, at aktionsdiagnosen var enten forgiftning/overdosis alkohol eller medicin eller en læsion på hals eller underarm/hånd, hvilket kunne indikere at det har drejet sig om et selvmordsforsøg (Tabel 6.2).

Kontaktårsag ved lægemiddelforgiftning

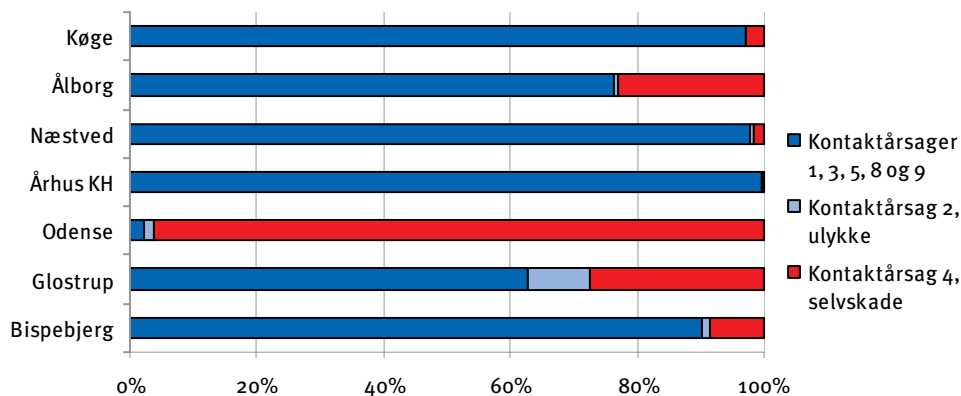
Der er markant forskel fra sygehus til sygehus i registreringen af kontaktårsagskode ved sygehuskontakter pga. lægemiddelforgiftninger. På Odense Universitetssygehus er 96% af alle skadestuekontakter pga. af en lægemiddelforgiftning blevet registreret som selvskade sammenlignet med kun 9% på Bispebjerg Hospital, 3% på Køge Sygehus og 1,5% på Næstved Sygehus.

Det er erfaringen, at der kan være tvivl om intentionen bag stofmisbruges og alkohol-

påvirkede personers indtagelse af lægemidler i mængder ud over anbefalet dosis. Drejer det sig om ulykkestilfælde eller bevidst selvskadende adfærd med selvmord for øje? Denne tvivl synes ikke at påvirke registreringen i Odense, hvor kun 1,8% af skadestuekontakterne i forbindelse med lægemiddelforgiftning er registreret som betinget af ulykke.

Figur 6.2 illustrerer de markante forskelle i registreringen af kontaktårsagskoder ved skadestuekontakter pga. lægemiddelforgiftninger (T36-T50). Kontaktårsagskoder for sygdom, vold, senfølge, "andet" og uoplyst er sammenlagt og sammenlignet med andelen, der henholdsvis har kontaktårsagen ulykke eller selvskade.

Figur 6.2 Fordelingen af kontaktårsager ved skadestuekontakter i 2003 pga. lægemiddelforgiftninger, udvalgte sygehuse



For indlagte patienter gælder sammen variation i kodningen. På Odense Centralsygehus er 64% af indlagte patienter med lægemiddelforgiftningerne kodet som selvskade/selvsmordsforsøg mod 12% på Bispebjerg Hospital, 10% på Køge Amtssygehus og 8% på Næstved Centralsygehus.

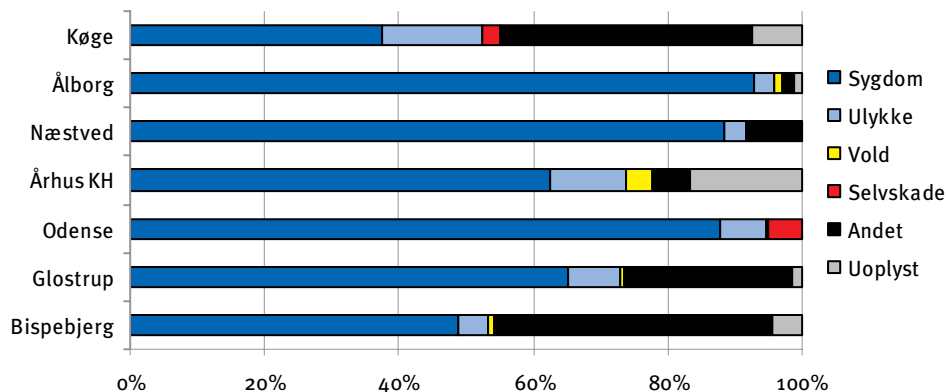
Kontaktårsag ved alkoholforgiftninger

Alkoholforgiftninger omfatter både ICD10 koderne F100 og T510, T519. Ifølge Fællesindholdet for kodning af skadestuekontakter skulle det ikke være muligt at angive selvskade/selvsmord, ulykke eller vold som kontaktårsag, når aktionsdiagnosen ikke er inden for ICD10 koderne S og T. Men i alt 324 af 5.646 skadestuekontakter (6%), der har aktionsdiagnosen F100, er registreret med kontaktårsagskode 2, 3 eller 4 – og på Odense Universitetssygehus er kontaktårsagen

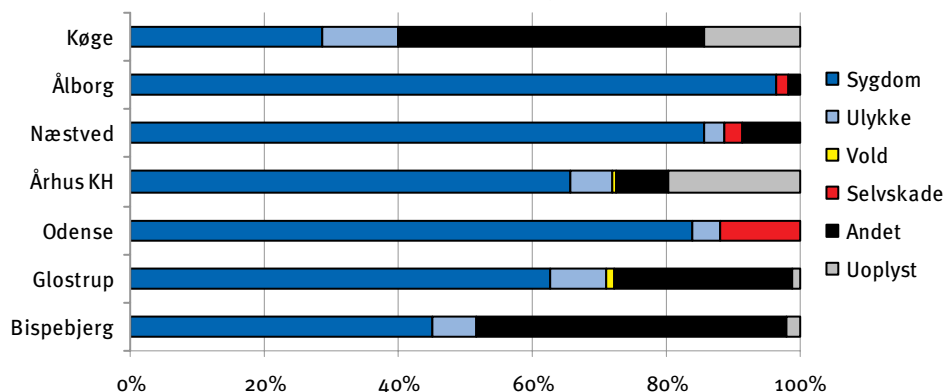
registreret som 4 for i alt 15% af 399 skadestuekontakter med aktionsdiagnose F100.

Figur 6.3 og 6.4 viser, at der også er forskelle fra sygehus til sygehus i registreringen af kontaktårsag ved skadestuekontakter pga. alkoholforgiftning – og at der specielt for Odense Universitetssygehus er kønsforskelle i, hvorvidt kontaktårsagen registreres som selvskade eller ulykke. En større andel af disse kontakter er registreret som selvmord end som ulykke, når det drejer sig om kvinder, end når det drejer sig om mænd, henholdsvis 12% og 7%. Derudover er der igen markant forskel i registreringen af kontaktårsagskoden ved alkoholforgiftninger mellem Odense Universitetssygehus og de øvrige sygehuse, idet fx Århus Kommunehospital, Glostrup Sygehus og Bispebjerg Hospital ikke har registreret alkoholforgiftninger med kontaktårsag 4 for selvskade.

Figur 6.3 Fordelingen af kontaktårsager ved skadestuekontakter i 2003 pga. alkoholforgiftninger, udelukkende kontakter blandt mænd, udvalgte sygehuse



Figur 6.4 Fordelingen af kontaktårsager ved skadestuekontakter i 2003 pga. alkoholforgiftninger, udelukkende kontakter blandt kvinder, udvalgte sygehuse



6.3 Erfaringer fra en evaluering af registreringer på udvalgte sygehuse

Vi har vurderet den konkrete registrering i Landspatientregisteret af sygehuskontakter, der sandsynligt er betinget af en selvskade, dvs. en mulig selvmordshandling. Det er sket ved en nykodning af skadestuekontakter til fire udvalgte skadestuer inden for en tre-årig periode og en sammenligning af denne nykodning med den oprindelige registrering i LPR. I undersøgelsen er der anvendt materiale, der er indsamlet på fire af de fem skadestuer, der rutinemæssigt leverer data til det danske ulykkesregister.

Det danske Ulykkesregister er baseret på indberetninger fra i alt fem sygehuse, der samlet anses for landsrepræsentative for skadesforekomsten i Danmark. Skadestuerne på Glostrup, Herlev, Frederikssund, Randers og Esbjerg Sygehus indsamler kontinuerligt data om alle ulykkesbetingede skadestuekontakter og registrerer bl.a. udvidede data om omstændighederne ved hjemme- og fritidsulykker. Registreringen foretages af specielt uddannede lægesekretærer på de enkelte sygehuse. Registreringen er primært baseret på skadesedlerne og kvaliteten i kodningen sikres gennem møder og telefonisk kontakt med Ulykkesregisteret.

Ulykkesregisterets kodesekretærer modtager dagligt kopi af alle skadesedler, der omhandler skadestuekontakter pga. skader, dvs. alle forgiftninger og læsioner, uafhængigt af om det drejer sig om ulykker, voldsskade eller selvskade og uafhængigt af, hvorledes kontaktårsagskoden er registreret til LPR. Kodesekretærerne sorterer disse skadesedler i tre kategorier: ulykker, voldsbetingede skader og selvtillføjede skader.

Materiale og metode

I nykodningen indgår der alle skadesedler vedrørende kontakter til skadestuerne på Glostrup, Herlev, Randers og Esbjerg sygehuse i 1999, 2000 og 2001, som af Ulykkesregisterets kodesekretærer er kategoriseret som skadestuekontakt pga. en selvskade (selvmordshandlinger). Denne kategorisering er foretaget ud fra oplysningerne på skadesedlen om omstændighederne, der førte til skadestuekontakten. Det drejer sig således om en udvælgelse foretaget af sekretærer, der specielt er uddannet til at kode skadestuedata, der vedrører ulykker. Sekretærernes kategorisering af selvskader er valgt som "gylden standard". Kategoriseringen er blevet foretaget dagligt af kodesekretærerne på hvert af de fire sygehuse og er ikke baseret på en entydige definitioner af "selvskade" eller en forudgående afgrænsning af problemområdet.

Der indgår ikke data fra patientjournaler vedrørende indlagte patienter. Nykodningen er således alene baseret på oplysninger på skadesedlerne. Nykodningen er foretaget af en enkelt sekretær, som har årelang erfaring i kodning af data til Ulykkesregisteret. En række data er konfereret med den ansvarlige for projektet, KH-L, og data vedrørende tvivlstilfælde er afklaret ud fra en gennemgang af skadesedlerne.

Alle oplysninger på skadesedlerne er nykodet ud fra den nordiske ulykkesklassifikation (NOMESKO-klassifikationen af eksterne årsager til skader), på to-cifret niveau:

1. 40 = Selvmordsforsøg
2. 41 = Lægemiddelforgiftning
3. 41 = Selv-mutilation
4. 48 = Anden specificeret selvskade
5. 49 = Uspecificeret selvskade.

Ny-kodningen rummer derved en vurdering af selvskadens art, dvs. om skaden kan opfattes som en selvmordshandling eller snarere som selvmutilation eller en ikke intenderet lægemiddelforgiftning fx med smertestillende midler, der ikke rummede en intention om selvmord.

Klassifikationen af skaderne, ICD10-kodningen, som er anført af den behandelende læge og anført på skadesedlerne, er ikke blevet ændret.

Analysen af kodekvaliteten er gennemført ved en sammenligning af det nykodede datasæt på CPR-niveau med de tilsvarende LPR registreringer for dermed at vurdere i hvilket omfang disse sygehuskontakter kan identificeres ud fra kontaktårsagskode 4. Dernæst er det afprøvet, hvorvidt en udvidet definition af "selvmord/selvmordsforsøg" vil kunne identificere sådanne sygehuskontakter.

Resultater

Materialet bestod af 1.762 skadestuekontakter i perioden 1999-2001 blandt 1.319 forskellige personer. 1.704 kontakter (97%) blev identificeret i LPR, og 58 kontakter kunne ikke identificeres formentlig på grund af indtastningsfejl under nykodningen af skadestuejournalerne. I alt 284 af de 1.704 kontakter, 16%, var registrerede som indlagte patienter, og af disse var de fleste, 254, også registreret med en skadestuekontakt inden indlæggelsen.

Tabel 6.3 viser, hvorledes kontaktårsagen er registreret i LPR for de 1.418 skadestuepatienter, de 284 indlagte patienter og de 2 ambulante patienter, der af Ulykkesregisterets kodesekretærer blev kategoriseret som en

skadestuekontakt pga. en selvskade/selv mordshandling.

Det var kun 565 af de 1.704 sygehuskontakter, 32%, som var registreret i LPR med kontaktårsag 4. Omtrent en ligeså stor andel,

28%, var registreret med kontaktårsagskode 1 for sygdom og 11% med kontaktårsagskode 2 for ulykke. For i alt 295, 17%, var der angivet "Andet" som kontaktårsag. Senfølge var kun anvendt i 5% af tilfældene.

Tabel 6.3 Registreringen af kontaktårsagen i Landspatientregisteret for 1.704 patienter, der af kodesekretærer er kategoriseret som skadestuekontakter pga. selvskade (selvmordshandling)

Kontaktårsag i flg. LPR	Indlagte	Ambulante	Skadestuepatienter (excl. indlagte)	I alt	Procent af samtlige
Ingen anført	31	2		33	5,2
Sygdom	60		436	496	28,2
Ulykke	5		192	197	11,2
Vold	1		25	26	1,5
Selv mord/selv mordsforsøg	85		480	565	32,1
Senfølge	5		6	11	0,6
Andet	23		272	295	16,7
Uoplyst	74		7	81	4,6
I alt	284	2	1418	1704	100%

Analysen viser således, at kun knap 1/3 af de 1.704 sygehuskontakter ville kunne identificeres i LPR ud fra kontaktårsagskode 4, og at en overraskende stor andel (28%) var kodet som sygdom. Det er derfor undersøgt, hvorvidt aktionsdiagnosen, dvs. den overvejende årsag til sygehuskontakten, også i mere end hvert fjerde tilfælde var en sygdom. Som det fremgår af Tabel 6.3 er det ikke tilfældet. Tabellen omfatter de 1.672 patienter, der var registreret som skadestuepatienter (1.418 alene på skadestue og 254 både på skadestue og indlagte).

Tabellen viser fordelingen af diagnoser på hovedgrupper af læsioner og type af lægemiddelforgiftning og er listet efter hyppighe-

den i forekomsten af diagnoserne. Knap hver fjerde patient havde en håndledslæsion (snitlæsioner), og knap hver femte havde kontaktet skadestuen efter indtagelse af anden type lægemiddel end svage smertestillende lægemidler (Panodil), psykofarmaka, stærke smertestillende midler eller sovemedicin. Relativt mange patienter var registreret med Z-kode (observation for uspecifik tilstand).

Aktionsdiagnosen for de i alt 1.671 nykodede skadestuekontakter, hvor LPR rummede data om kontaktårsagskode, var således langt overvejende en læsion eller en forgiftning – til trods for at knap 500 af dem var registreret med sygdom som kontaktårsagskode.

Tabel 6.4 Aktionsdiagnose for 1.671 skadestuepatienter, der af Ulykkesregisterets kodesekretærer er vurderet som skadestuekontakter pga. selvskade (selvmordshandling)

Aktionsdiagnose registreret i LPR	Antal skadestue-patienter	Procent
S Håndledslæsion	410	24,5
T Specificeret forgiftning anden end Panodil, psykofarmaka, stærke analgetika eller sovemedicinforgiftning	324	19,3
T Panodil forgiftning	266	15,9
Z Observation for uspecificeret tilstand	160	9,5
T Psykofarmaka forgiftning	113	6,7
andet	104	6,2
T Sovemedicin forgiftning	75	4,5
S Andre læsioner	73	4,5
T Forgiftning med stærke smertestillende lægemidler	52	3,1
F Alkoholforgiftning	38	2,3
T Antibiotikaforgiftning	16	1,0
F Affektive sindslidelser	17	1,0
S Halslæsioner	16	1,0
S Kvælning mv.	7	0,5
I alt	1.671	100%

Tabel 6.5 påviser uoverensstemmelserne mellem kontaktårsagskode og aktionsdiagnose i LPR. For eksempel er 35% af Panodil forgiftninger og 38% af forgiftninger med stærke smertestillende midler registreret som en skadestuekontakt pga. sygdom, og henholdsvis 18% og 31% med "Andet" som kontaktårsag. Hver tredje skadestuekontakt pga. kvælning er registreret som sygdom. Hvorimod kun 1% af håndledslæsioner er registreret med sygdom som kontaktårsag.

Det analyserede materiale omfattede som beskrevet alene skadestuekontakter, som kodesekretærerne havde tolket som kontakter betinget af en selvska-
de/selvordshandling. Alligevel er 29% af kontakterne pga. en underarms- håndledslæsion blevet registreret i LPR med kontaktårsagskode for ulykke og ikke som en selvskade. Det vidner om, at der formentlig meget ofte vil være forskelle i, hvorledes sådanne læsioner tolkes af skadestuepersonalet.

Tabel 6.5 Registreringen af 1.672 skadestuekontakter i LPR, fordelt på aktionsdiagnose i forhold til kontaktårsag

Aktionsdiagnose	Sygdom	Ulykke	Vold	Selv-mord (for-søg)	Sen-følge	Andet	Uspecificeret	I alt
Diverse sygdomsdiagnoser og observation	40	12	1	22	.	28	3	106
Alkoholforgiftning	20	3	.	5	.	8	2	38
Anden forgiftning	136	9	3	60	3	67	16	294
Affektive sindslidelser	4	.	.	5	.	9	1	19
Uspecificeret forgiftning	84	11	.	30	1	18	2	146
Andre end hånd- og halslæsioner	.	16	3	41	2	11	0	73
Halslæsioner	1	3	.	11	.	2	0	17
Håndledslæsion	4	115	16	231	1	38	5	410
Antibiotikaforgiftning	20	.	.	8	2	6	10	46
Panodilforgiftning	94	18	2	82	1	50	24	271
Smertest. stærke	20	3	.	9	.	16	4	52
Sovemedicin	23	2	.	26	.	23	4	78
Psykofarmaka	47	5	1	30	1	18	11	113
Kvælning mv.	3	.	.	5	.	1	0	9
I alt	496	197	26	565	11	295	82	1672

Kontaktårsag "sygdom" og "andet" anvendes langt sjældnere blandt indlagte patienter (Tabel 6.6). For eksempel var kun 3% af Panodil forgiftninger registreret som sygdom og kun 8% med "Andet" som kontaktårsag i

modsatning til, at ca. hver tredje skadestuekontakt pga. en forgiftning med Panodil var registreret som sygdom og knap hver femte som "andet".

Tabel 6.6 Aktionsdiagnose i forhold til kontaktårsag blandt 217 indlagte patienter

Aktionsdiagnose	Sygdom	Ulykke	Vold	Selv mord (forsøg)	Senfølge	Andet	Uspecifik.	I alt
Andet	4	.	.	.	.	1	3	8
Alkoholforgiftning	1	.	.	.	.	.	2	3
Anden forgiftning	5	.	.	12	1	2	9	29
Affektive sindslidelser	.	.	.	2	.	.	.	2
Andre læsioner	.	1	.	6	1	2	.	10
Halslæsioner	.	.	.	3	.	.	.	3
Håndledslæsion	.	1	1	3	.	.	1	6
Antibiotikaforgiftn.	12	.	.	9	2	4	1.	28
Panodilforgiftning	2.	1	.	26	1	5	25	60
Smertest. stærke	4	.	.	1	.	4	4	13
Sovemedicin	5	1	.	13	.	3	7	29
Psykofarmaka	8	1	.	1.	.	2	12	24
Uspec.	1	.	.	.	.	.	1	2
I alt	42	5	1	76	5	23	65	217

En mulig forklaring på de beskrevne uoverensstemmelser mellem kontaktårsagskodning og diagnose, som især vedrører skadestuepatienter, kan være, at de oplysninger som patienten giver til skadestuesekretariatet straks ved ankomsten er upræcise eller vildledende. Det kan bl.a. forklares ved modvilje mod offentligt at fortælle om et selvmordsforsøg. Uoverensstemmelserne beror formentlig også på, at en del patienter er bevidsthedsslørede ved ankomsten, og at kontaktårsagen mistydes som sygdom. Kodingsforskellene på skadestue og indlæggelse påviser, at indlæggelsesforløbet giver et bedre grundlag for at klassificere kontaktårsag og diagnose.

Undersøgelsen peger derfor på, at registreringen af kontaktårsagskode vil kunne forbedres, såfremt den først blev indtastet i systemet ved afslutning af skadestuekontakt, og at den blev baseret på de oplysninger, som bliver givet til lægen ved konsultationen.

6.5 Selvskadens art; kontaktårsagskodning på to-cifterniveau

Ved nykodningen af samtlige 1.762 skadestuejournaler har kodesekretæren angivet kontaktårsag på to-ciffer niveau. Tabel 6.7 viser fordelingen af alle 1.762 sygehuskontakter på mere specificerede former for selvskade, dvs. hvorvidt skaden skønnes at skyldes en selvmordshandling, en selvtilføjet forgiftning, en selvpåført skade af typen selv-mutilation, en anden specificeret selvskade eller uspecificeret selvskade. Kodesekretæren har også angivet de tilfælde, hvor der var tvivl om hvorledes skaden skulle klassificeres inden for dette spektrum af selvtilføjede skader. I tabellen indgår alle 1.762 sygehuskontakter, dvs. også de tilfælde hvor der ikke blev fundet match i LPR.

Tabel 6.7 Nykodning af kontaktårsag på to-cifret niveau af 1.762 sygehuskontakter, der af kodesekretærerne er kategoriseret som kontakt pga. selvskade.

Kontaktårsag	Antal	Procent
Selvordsforsøg	1255	71
Forgiftning	86	5
Selv-mutilation	369	21
Selvordsforsøg/selv-mutilation?	28	2
Anden spec. selvskade	19	1
Uspecificeret	5	0
I alt	1762	100%

Ud fra nykodningen på to-cifret niveau omhandlede 71% af sygehuskontakterne følger af en selvordsbehandling. Kodesekretæren var ud fra oplysningerne på skadesedlen i yderligere 2% af tilfældene i tvivl om det havde drejet sig om et selvordsforsøg eller en selvmutilerende handling. Det drejede sig bl.a. om gentagne skadestuebesøg for samme type af snitlæsioner på underarme. I kategorien forgiftning indgår tilfælde af medicinindtagelse under kraftig alkoholpåvirkning.

Køn og aldersprofil

Ud af de 1.762 sygehuskontakter, der af kodesekretærerne er kategoriseret som be-

tinget af selvskade, var 36% mænd og 64% kvinder. Blandt 11-20-årige var 82% kvinder.

I Tabel 6.8 er materialet grupperet efter køn, i aldersgrupper og fordelt på kontaktårsagskode på to-cifret niveau. Blandt mænd er det en lidt større andel af kontakterne, der er nykodet som et selvordsforsøg, end blandt kvinder, henholdsvis 75% og 69%. Den største kønsforskel er i andelen, der er re-kodet som en selv-mutilation, dvs. ikke et intenderet selvordsforsøg, hvor andelen blandt kvinder er 25% mod 14% blandt mænd.

Tabel 6.8 De 1703 skadestuekontakter fordelt på undergrupper inden for kontaktårsagskode 4, dvs. på to-cifret niveau, og på aldersgrupper og køn

	Selvords	Forgiftning	Selvpåført skade	U	A	U	I	I
Mænd								
11-20	29	7	7	1	2	0	4	7
21-30	86	12	26	3	2	3	1	2
31-40	114	13	27	4	2	1	1	2
41-50	128	6	14	4	1	1	1	2
51-60	54	4	7	3	0	0	6	1
61-70	26	2	1	0	0	0	2	4
71+	26	0	2	0	1	0	2	4
Mænd i alt	463	44	84	1	8	5	6	1
Kvinder								
11-20	140	9	52	2	1	0	2	1
21-30	146	10	100	3	2	0	2	2
31-40	129	10	35	4	3	0	1	1
41-50	144	6	55	1	3	0	2	1
51-60	115	3	19	2	1	0	1	1
61-70	45	1	6	1	1	0	5	5
71+	34	0	1	0	0	0	3	3
Kvinder i alt	753	39	268	1	1	0	1	1

I den yngste aldersgruppe, de 11-20-årige, er 63% af kontakterne blandt mænd og 68% blandt kvinder nykodet som et intenderet selvmordsforsøg, og en større andel blandt mænd (15%) end blandt kvinder (7%) er nykodet som en forgiftning. Selvpåført skade (selv-mutilation) er forholdsmæssigt hyppigere angivet som kontaktårsagskode blandt kvinderne, 25%, mod 15% blandt mændene.

6.6 En udvidet definition af sygehuskontakter pga. selvskade

Værdien af en udvidet afgrænsning af sygehuskontakter pga. selvskade er afprøvet i det nykodede materiale. Det vil sige, hvorvidt det er muligt i LPR at identificere alle sygehuskontakter, som de trænede kodesekretærer på de fire udvalgte sygehuse havde vurderet var kontakter pga. af en selvskade/selv mordshandling.

Der er tidligere i Danmark gennemført undersøgelser af hyppigheden af selvmordsforsøg

ud fra en udvidet afgrænsning af sygehuskontakter {Bille-Brahe & Juel-Nielsen, 1986} . I 1977 blev der på Psykiatrisk Institut ved Odense Universitet oprettet et projekt om selvmordsadfærd i Fyns Amt. Det er basis for det nuværende Center for Selvmordsforskning i Odense. Alle sygehusindlæggelser i Fyns Amt i 1976, som faldt inden for en udvidet afgrænsning, som kunne tænkes at dække selvmordshandlinger blev gennemgået. Definitionen dækkede foruden kontakter kodet som selvmord/selv mordsforsøg også læsioner, der ikke tydeligt kan klassificeres som ulykke, selvmord eller vold, forgiftningsulykker med udvalgte lægemidler, forgiftningsulykker med alkohol, andre forgiftningsulykker, jernbaneulykker, vandtrafikulykker, andre ulykker og senfølger af forgiftningsulykker, faldulykker og andre ulykker. Det viste sig, at kun 17% af alle de ud fra denne definition identificerede indlæggelser på de psykiatriske afdelinger og 28% af indlæggelserne på somatiske afdelinger i 1976 skyldtes selvmordsforsøg.

Definitionen

Den udvidede definition af sygehuskontakter pga. selvskade/selv mord omfatter:

1. Alle sygehuskontakter med kontaktårsag 4
2. Alle sygehuskontakter med aktionsdiagnose i kap. F (psykiatri) og med bi-diagnose forgiftning
 - a. T36-T50: Alle lægemidler og biologiske stoffer, uafhængigt af forgiftningens art
 - b. T52-T60: Skadelige virkninger af ikke medicinske substanser, eksklusive forgiftning med alkohol og fødevarerforgiftninger
3. Alle Sygehuskontakter med aktionsdiagnose i kap. F og med snitlæsioner på underarm, håndled og hænder: S51, S55; S59, S61, S65 og S69.
4. Sygehuskontakter med aktionsdiagnose forgiftning:
 - a. T39, T42 og T43: svage smertestillende midler, epilepsi-, sove- og antiparkinsonmidler samt psykofarmaka.
 - b. T58: CO-forgiftning
 - c. T40 Stærke smertestillende midler (T40.1; Heroin forgiftning kan specielt volde vanskelighed, idet der heri vil være inkluderet de mange ulykkesbetingede tilfælde af overdosis blandt stofmisbrugere)

Den udvidede definition i forhold til nykodede skadestuekontakter

Den tidligere samkøring af nykodningen af i alt 1.762 skadestuekontakter med LPR viste, at kun 1/3 af disse kontakter, der af trænet kodesekretærer var kategoriseret som selvskade, også var registreret med kontaktårsag 4 (selvskade/selvmondsforsøg) i LPR.

Den udvidede afgrænsning af selvskade identificerede 66% af de nykodede skadestuekontakter i LPR, dvs. LPR-kodningen var inden for de kategorier af diagnoser, som er rummet i den udvidede definition. Det svarer til i alt 1.135 ud af de 1.704 nykodede kontakter, som var identificeret med en match i LPR.

Halvdelen var registreret med kontaktårsag 4, i alt 45% med en snitlæsion på underarm, håndled eller hænder og 5% med en forgiftning inden for de udvalgte lægemidler og kulilte.

Men for 569 kontakter (33%) var LPR registreringen ikke inden for den udvidede definition., som af de kodesekretærer var kategoriseret som "selvskade".

De 569 skadestuekontakter, der ikke kunne identificeres i LPR ud fra den foreslåede afgrænsning, var i LPR overvejende registreret med kontaktårsag sygdom, 58%, "anden", 27% og ulykke, 11% tabel 6.9.

Tabel 6.9. Kontaktårsag for de 569 patienter, der i LPR registreringen ikke opfyldte nogen af betingelserne for den udvidede definition

1: sygdom	2: ulykke	3: vold	5: senfølge	8: anden	9: uspec.	Ingen
331	63	9	6	154	4	2
58%	11%	2%	1%	27%	1%	

Blandt disse 569 registreringer var 268, 47%, registreret med en forgiftning, der ikke faldt inden for den udvidede definitions kategorier af lægemiddelforgiftninger. For 114, 20%, var LPR registreringen inden for ICD10 koderne Z og R, observation og død uden specifikation.

Bortset fra kontaktårsag sygdom, var "anden" den største gruppe. Tabel 6.10 viser hvilke aktionsdiagnoser denne kontaktårsag omfattede. Forgiftning med uspecificeret lægemiddel udgjorde den største diagnosegruppe, 39% af alle. Psykiske lidelser, inklusive alkohol- og opiatmisbrug udgjorde 24% af diagnoserne.

Tabel 6.10 LPR registrerede aktionsdiagnoser inden for kontaktårsag "anden"

	Antal	Procent
Alkoholmisbrug	10	6,5
Opiat misbrug	11	7,1
Affektiv sindslidelse	17	11,0
Sår/brud andet steds end arm	14	9,1
læsion arm/hånd	4	2,6
Forgiftn. diverse lægemidler	12	7,8
Alkoholforgiftn.	4	2,6
Ætsmiddelforgiftn.	3	1,9
Uspecificeret forgiftning	60	39,0
Følger af lægemiddelforgiftn.	1	0,6
Lattergasforgiftning	2	1,3
Drukning	1	0,6
Observation uden specifikation	11	7,1
Procedure, der ikke blev udført grundet pt.s beslutning	4	2,6
I alt	154	100

6.7 Aktuel registreringspraksis på et provinssygehus

Registreringen af skadestuekontakter pga. selvskade er konkret gennemgået på et provinssygehus med det formål at observere og beskrive registreringspraksis og derudfra pege på muligheder for en optimeret indberetning til LPR af skader, der kan være betinget af en selvskade.

LPR registreringen

Data er udtrukket fra sygehusets indberetning til det grønne system ved en personlig gennemgang af filerne. Det omfatter i alt 1.506 forskellige kontakter til skadestuen i en enkelt måned. Når akutte alkoholforgiftninger inkluderes, drejede det sig i 1% (18 personer) om forgiftninger eller læsioner, som var selvpåført, og som derfor kunne klassificeres som selvskade/selvmondsforsøg. Kun halvdelen af disse var registreret i det grønne system med kontaktårsagskode 4, de øvrige med kode 1 for sygdom. Registreringen i det grønne system overføres direkte til LPR og svarer derfor til registerets data om de pågældende sygehuskontakter.

Observationen påviste, at der blandt skadestuesekretærene ikke er faste retningslinjer eller en ensartet praksis for registreringen af kontaktårsagskoder. Reglerne for registreringen af data om skadestuepatienter i henhold til Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter ligger ikke til grund for den enkelte sekretærs kodepraksis. Registrering er betinget af forskellige og individuelle traditioner, baseret på instrukser fra andre sekretærer og tillært praksis. Der er således udviklet forskellig kodepraksis blandt de enkelte sekretærer ud fra uskrevne regler. Det medfører bl.a. at nogle sekretærer konsekvent anvender kontaktårsag for sygdom, hvis en patient indbringes med ambulance til modtagelsen, uafhængig af den tilgrundliggende årsag.

Dertil kommer, at kontaktårsagskoden skal registreres ved patientens ankomst ved "åbning" af det grønne system – og at den ikke ændres efterfølgende i overensstemmelse med diagnoser og andre oplysninger.

Identifikation i LPR af kontakter pga selvskade

De 18 identificerede skadestuekontakter pga. en selvskade ville kunne identificeres i LPR ud fra den udvidede afgrænsning, bortset fra 2 tilfælde, der var klassificeret som alkoholforgiftning, henholdsvis F100 og T51. Sådanne kontakter ville på andre sygehuse kunne været registreret med kontaktårsagskode 4, jf. registreringspraksis på Odense Universitetssygehus.

Undersøgelsen viste således, at en stor andel af selvskader, i dette tilfælde 50%, klassificeres med kontaktårsagskode 1 for sygdom, og vil derfor ikke kunne identificeres som selvskade/selvmondsforsøg, hvis afgrænsningen i LPR alene baseres på kontaktårsagskoderne. Den udvidede definition vil kunne identificere 90% af de skadestuekontakter, der kan være forårsaget af et selvmordsforsøg, men vil som det tidligere er omtalt også omfatte selvskade uden intentionen om at tage sit eget liv, og derfor næppe kan tolkes som selvmordsforsøg.

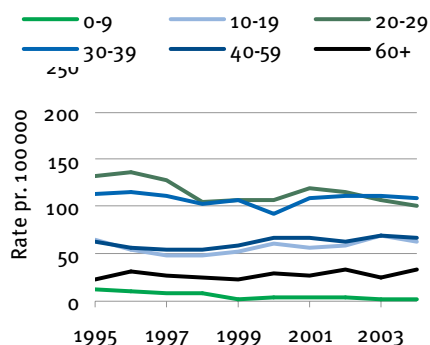
6.8 Udviklingen i selvmord og selvmordshandlinger, registreret i Landspatientregisteret 1995-2004

I perioden 1995 til 2004 er der i LPR årligt registreret mellem godt 1.600 og 2.000 skadestuekontakter med kontaktårsagskode 4 blandt mænd og blandt kvinder mellem 1.700 og 2.400 årlige kontakter. Der har i denne periode ikke været nogen tendens til øget kontakthyppe blandt mænd, men en klar

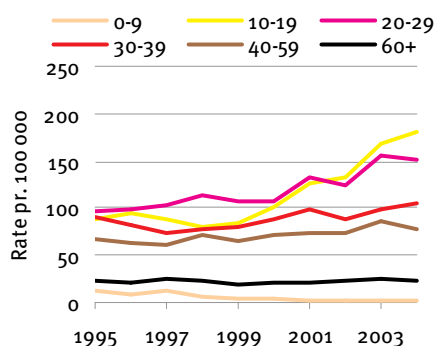
øgning blandt kvinder og mest udtalt blandt de yngre kvinder.

Figur 6.5 og 6.6 viser udviklingen i raten for sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger i perioden 1995 til 2004 for mænd og for kvinder opdelt på 10-års aldersgrupper. Raten er alene beregnet ud fra sygehuskontakter, der er registrerede med kontaktårsagskode 4, og er angivet pr.100.000 mand eller kvinde.

Figur 6.5 Udviklingen i registreret kontaktårsagskode 4 blandt mænd, 1995-2004, fordelt på 10-års aldersgrupper. Rate, antal pr. 100.000.



Figur 6.6 Udviklingen i registreret kontaktårsagskode 4 blandt kvinder, 1995-2004, fordelt på 10-års aldersgrupper. Rate, antal pr. 100.000



Blandt mænd er raten for sygehuskontakter registreret som betinget af en selvskade/selv mordshandling nogenlunde konstant i perioden 1995 til 2004. Blandt 10-29-årige kvinder er stigningen i kontaktrate mest udtalt i blandt de 10-19-årige fra 1999 og frem.

Den iagttagede udvikling i sygehuskontakter for selvmord/selv mordsforsøg blandt de unge kvinder kan tolkes på forskellig måde. Der kan være tale om en reel stigning i antallet af selvskader, eller der kan være sket en ændring i opfattelsen og dermed registreringen af intentionen bag indtagelse af fx en kombination af alkohol og smertestillende lægemidler.

En anden faktor, der kan influere på vurderinger af udviklingen i selvmordshandlinger ud fra data i LPR, er aktuelle ændringer i adgangen til skadestuebehandling. Der er inden for de seneste år sket sammenlægning af sygehusfunktioner og lukning af skadestuer. I tilslutning til sygehuses modtagelser er der tillige oprettet vagtlægecentraler. De varetager formentlig behandlingen af en del akutte skader herunder mindre alvorlige forgiftninger. Vagtlægecentralerne har ikke indberetningspligt til LPR. Den aktuelle omlægning af akut funktionerne i sygehusvæsenet kan derfor medføre, at data i LPR ikke dækker det fulde omfang af selvtillføjede skader (selvmordshandlinger), som kræver lægebehandling, og at disse data i registeret i al fald ikke er sammenlignelige over tid.

Udviklingen i sygehuskontakter ud fra en udvidet definition af kontakter for selvtilføjede skader

Den udvidede definition af sygehuskontakter pga. selvmord/selvordsforsøg er anvendt i det følgende til at beskrive udviklingen i perioden 1995 til 2004.

Den udvidede definition af sygehuskontakter pga. selvskade/selvord omfatter:

Alle sygehuskontakter med kontaktårsag 4

Alle sygehuskontakter med aktionsdiagnose i kap. F (psykiatri) og med bi-diagnose forgiftning

T36-T50: Alle lægemidler og biologiske stoffer, uafhængigt af forgiftningens art

T52-T60: Skadelige virkninger af ikke medicinske substanser, eksklusive forgiftning med alkohol og fødevareforgiftninger

Alle Sygehuskontakter med aktionsdiagnose i kap. F og med snitlæsioner på underarm, håndled og hænder: S51, S55; S59, S61, S65 og S69.

Sygehuskontakter med aktionsdiagnose forgiftning:

T39, T42 og T43: svage smertestillende midler, epilepsi-, sove- og antiparkinsonmidler samt psykofarmaka.

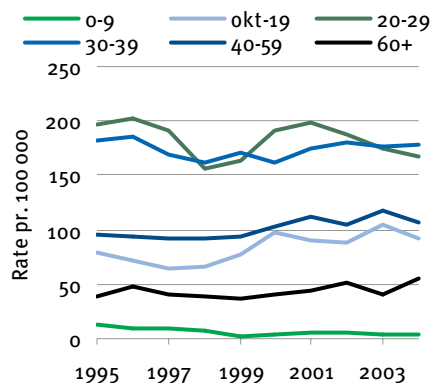
T40: stærke smertestillende midler

T 58: CO-forgiftning

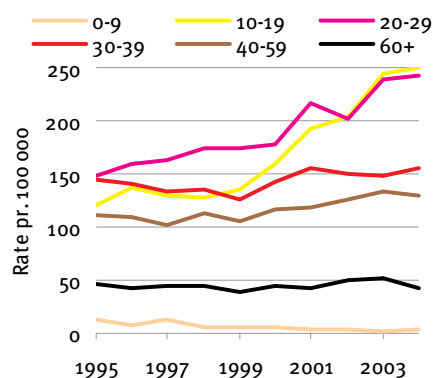
Det årlige antal skadestuekontakter registreret inden for den udvidede definition er steget fra 5.800 i 1995 til 6.400 i 2004. Stigningen skyldes først og fremmest en stigning i kontaktårsagskode 4 og i lægemiddelforgiftninger, der ikke er registreret med kontaktårsagskode 4.

Figurerne 6.7 og 6.8 viser udviklingen i perioden 1995 til 2004 for mænd og kvinder opdelt på tiårs aldersgrupper. Der er ikke nogen entydig udvikling for mænd, men for yngre kvinder er der en markant stigning i raten fra 120 pr. 100.000 til 250 pr. 100.000 blandt 10-19-årige og fra 148 pr. 100.000 til 242 pr. 100.000 blandt 20-29-årige i perioden fra 1995 til 2004.

Figur 6.7 Udviklingen i skadestuekontakter ud fra en udvidet definition af selvskade/selvordshandling blandt mænd, 1995-2004, fordelt på 10-års aldersgrupper. Rate, antal pr. 100.000



Figur 6.8 Udviklingen i skadestuekontakter ud fra en udvidet definition af selvskade/selv mordshandling blandt kvinder, 1995-2004, fordelt på 10-års aldersgrupper. Rate, antal pr. 100.000



6.9 Kontakter til psykiatriske skadestuer

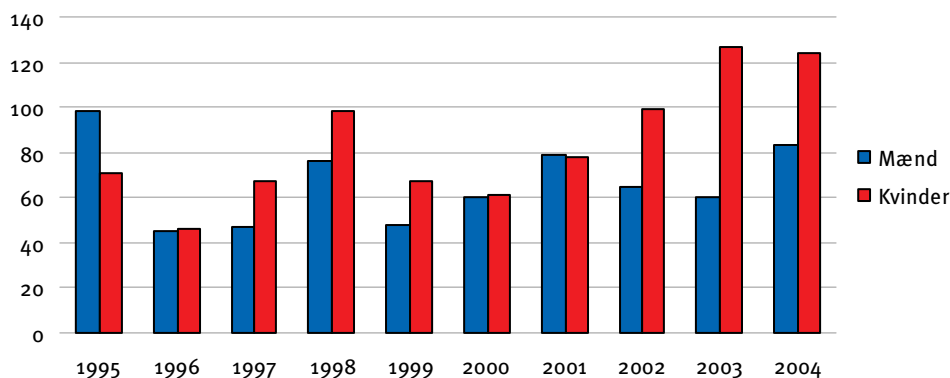
Data i Det Centrale Psykiatriregister beskriver antallet af kontakter til psykiatriske skadestuer. I figur 6.9 vises udviklingen i antallet af kontakter blandt alle mænd og kvinder i perioden 1995 til 2004, identificeret ud fra

den udvidede definition af selvmord/selv mordsforsøg, inklusive de specifikke ICD10 koder for selvskade, X60-X84.. Antallet af kontakter er langt lavere end antallet af kontakter til somatiske skadestuer for selvskade/selv mordsforsøg.

I modsætning til de registrerede kontakter pga. selvskade/selv mordshandling på somatiske skadestuer er der ikke markant overvægt af kontakter blandt kvinder. I enkelte år er der endog flere kontakter blandt mænd end kvinder.

Det relative lave årlige antal registrerede kontakter til psykiatriske skadestuer for formodet selvmordshandling indikerer, at langt de fleste af denne type patienter først kontakter eller indbringes til en somatisk skadestue og derfra evt. indlægges på en psykiatrisk sengeafdeling. Der er ikke medtaget data om ambulante kontakter eller indlæggelser på psykiatriske afdelinger, idet disse ikke vil være den primære kontakt til sygehusvæsenet i forbindelse med selvmordsforsøg.

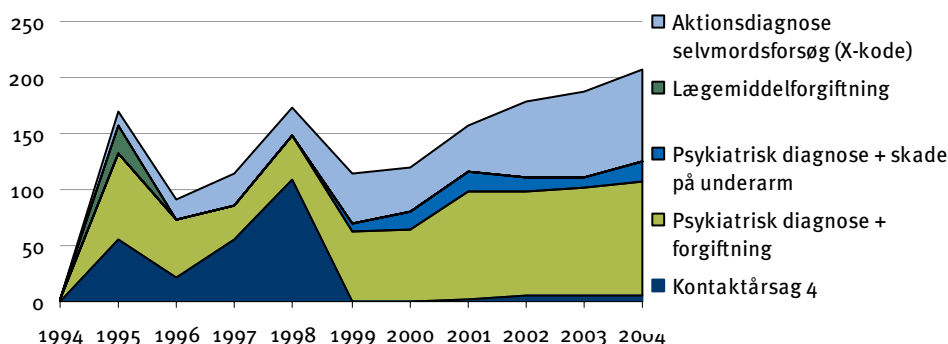
Figur 6.9 Antal kontakter til psykiatriske skadestuer blandt mænd og kvinder, 1995-2004, udvidet definition og inklusive specifikke ICD10 koder for selvmordshandling.



Antallet af kontakter opdelt på de fire kategorier i den udvidede definition plus X-koderne er vist i figur 6.10. Det fremgår, at kodepraksis varierer noget over den betragtede periode, samt at der er en tendens til stigning i

antallet af registrerede selvmordsforsøg efter år 2000.

Figur 6.10 Antal kontakter til psykiatriske skadestuer efter den udvidede definition, 1995-2004



6.10 Sammenfatning

I starten af 1950'erne blev der i Danmark årligt indlagt ca. 3000 forgiftningstilfælde, der blev tilskrevet selvmord/selvordsforsøg (Medicinalberetninger for Kongeriget Danmark). Der var ikke landsdækkende statistik over skadestuekontakter før i 1995. I 2004 var der ca. 1 mio. skadestuekontakter, hvoraf knap 4.000 er registreret med kontaktårsagskode 4 for selvmord/selvordsforsøg/selvskade, og 6.000 inden for en udvidet definition af selvskader. Dette tal dækker de fleste indlæggelser efter selvmordsforsøg, idet et flertal af indlæggelserne sker via skadestue eller akut modtagelse.

Analyserne af et nykodet skadestuemateriale og en konkret gennemgang af registreringspraksis på en skadestue påviste, at den udvidede definition vil "fange" et flertal af sygehuskontakter pga. selvskade, men at ca. 1/3 vil falde uden for den udvidede definition. Dog vil både kontaktårsagskode 4 og den udvidede definition vil inkludere kontakter, som næppe kan tolkes som selvmordsforsøg, men snarere som selvmutilation eller anden

selvpåført skade uden ønske eller forventning om død.

Ud fra en konkret vurdering af udvalgte skadestuekontakter og en nykodning af kontaktårsag 4 på to-ciffer niveau skønnes det, at højst 70% af denne type kontakter skyldes en selvmordshandling. Et forsigtigt skøn er således, at der årligt er mellem 4.000 og 5.000 sygehuskontakter som skyldes selvmord/selvordsforsøg.

I perioden 1995 til 2004 er der ingen markante ændringer i hyppigheden af skadestuekontakter pga. selvskader blandt mænd. Det gælder både, når kontakterne alene identificeres ud fra kontaktårsagskode 4 og ud fra den udvidede definition.

Blandt kvinder derimod er der blandt 10-19-årige og 20-29-årige registreret en markant stigning i kontakthypigheden siden 2000, således at der i 2004 er registreret en kontakthypighed på knap 250 pr. 100.000 i begge disse aldersgrupper, ud fra den udvidede definition af selvskade/selvordsforsøg. Det svarer til i alt 1.580 kvinder i alderen 10-29 år årligt kontakter en

skadestue pga. af en selvtilføjet skade. Ud fra evalueringen af det nykodede materiale skønnes højst 70% af disse kontakter at være betinget af et selvmordsforsøg, svarende til ca. 1.100 årlige kontakter.

6.11 Perspektiver

Der er behov for bedre instrukser til skadestuepersonalet, inklusive forbedret information om betydningen af en korrekt registrering af kontaktårsagskoder og for en mere detaljeret overvågning af registreringspraksis lokalt på sygehusene.

Der er ingen koordinering mellem de informationer om årsagen til skadestuebesøget, som skadestuelægen modtager fra patienten, og den registrering af kontaktårsag, som sekretæren skal foretage straks ved patientens ankomst til skadestuen.

Inden for det psykiatriske sygehusvæsen og i dødsårsagsstatistikken anvendes de ICD10 koder, der specifikt angiver at en skade henholdsvis er betinget af en ulykke, vold eller er selvtilføjet. I det somatiske sygehusvæsen skulle kontaktårsagskode 4 kunne erstatte denne specifikation. Men som vi har beskrevet er det ikke tilfældet, idet det ikke er muligt at specificere hvorvidt en skade er ulykkesbetinget eller selvpåført (selvmordsforsøg), når den overordnede årsag til en sygehuskontakt fx er en psykisk lidelse og kontaktårsagen derfor angives som sygdom.

ICD10 koderne V, W, X og Y kunne med fordel medtages i LPR indberetningen af kontakter til somatiske sygehuse.

Vores forslag er derfor:

- at ændre tidspunktet for registreringen af kontaktårsagskode i det grønne system
- at simplificere og tydeliggøre koderne
- at medtage de specifikke ICD10 koder, der definerer typen af skader, også ved registreringer i det somatiske sygehusvæsen
- at indføre enten kodning af kontaktårsagskode på to-ciffer niveau ved alle selvskader/selv mord/selv mordsforsøg, hvorved det er muligt at skelne mellem selv mord/selv mordsforsøg og anden form for selvskade eller at ændre NOMESKO klassifikationen af kontaktårsagskoder, således at kode 4 udelukkende omhandler intenderet selvmordshandling og ikke alle former for selvskade
- at definere en kontaktårsagskode for anden form for selvskade end intenderet selvmordsforsøg.

Det ville forbedre mulighederne for at identificere sygehuskontakter pga selvmordshandlinger og derved at følge udviklingen i selvmord/selv mordsforsøg ud fra sygestatistikken.

7 Selvrapporteret selvmordsadfærd Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000

Af Mette Kjølner, Jeanette Nørlev og Michael Davidsen

I de forrige kapitler er der redegjort for oplysninger om forekomst af selvmord og selvmordsforsøg baseret på de rutinemæssige registreringer i sundhedsvæsenet – i forbindelse med hospitalsindlæggelser, henvisning på skadestue og ambulant kontakt til sygehus.

I indeværende kapitel anvendes en anden tilgang, nemlig selvrapporterede oplysninger om selvmordsforsøg og selvmordstanker, indsamlet i forbindelse med nationalt repræsentative befolkningsundersøgelser. I Handlingsplanen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg efterlystes sådanne landsdækkende opgørelser af forekomsten af selvmordsforsøg (Sundhedsstyrelsen 1998).

I forbindelse med opgørelser af omfanget af selvmordsforsøg tales der ofte om et mørketal som udtryk for den del af selvmordsforsøgene, der ikke kommer til sundhedsvæsenets kendskab. Ved anvendelsen af befolkningsundersøgelser er det muligt at indhente oplysninger både fra personer, der allerede er kendt i sundhedsvæsenet og fra personer, der ikke er det. Herved er det muligt at bidrage til belysning af mørketallets størrelse.

Hvad angår forekomsten af selvmordstanker kan disse alene belyses i befolkningsundersøgelser, hvor deltagerne direkte udspørges herom.

7.1 Definition og afgrænsning af selvmordsadfærd

I dette kapitel anvendes begrebet selvmordsadfærd som en fælles betegnelse for selvmordstanker og selvmordsforsøg. Selvmordstanker kan spænde fra kortvarige, strejfende tanker til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser (Sundhedsstyrelsen 1998). I realiteten kan det omfatte alt fra normalpsykologiske tan-

ker og forestillinger om liv og død, over mere veltilrettelagte tanker og forestillinger om selvdestruktion til egentlige psykiatrisk diagnosticerede, tvangsprægede forestillinger (Goldney et al 1991).

I flg. WHO afgrænses selvmordsforsøg som '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 (fysiske) konsekvenser'.

Centralt i definitionen af selvmordsforsøg er, at der er tale om en målrettet handling, der sigter mod at ændre personens situation – uanset om der er tale om et reelt ønske om at dø, et ambivalent ønske om at dø eller slet ikke noget dødsønske – men snarere en bøn om hjælp – en opmærksomhedsskabende handling eller lignende (Fleischer 1997; Kjølner 1971). I et motivationsperspektiv er der stor forskel på at have forsøgt selvmord – dvs. haft et seriøst ønske om at dø, men hvor forsøget på at fuldbyrde det, mislykkedes og at foretage et selvmordsforsøg, hvor det tilgrundliggende ønske om at dø kan være uklart eller ikke til stede, og hvor resultatet er, at personen fortsat er i live (Nørlev 2000).

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (1994 og 2000) anvendtes spørgsmål, oprindeligt udviklet af Meehan m.fl. (Meehan et al. 1992). I 1994 opfordrede professorerne Jan Beskow og Peter Allebeck, Göteborg Universitet, til at man i de nordiske lande afprøvede identiske spørgsmål til belysning af forekomsten af suicidal adfærd i interview- og spørgeskemaundersøgelser. Denne opfordring blev taget op i forbindelse med Statens Institut for Folkesundheds program for Sundheds- og sygelighedsundersøgelser og anvendt i undersøgelserne fra 1994 og 2000.

Spørgsmålenes ordlyd er: 'Har De inden for det sidste år tænkt på at tage Deres eget liv, selvom De faktisk ikke ville gøre det?' og 'Har De nogensinde forsøgt at tage Deres eget liv?' Hvis der svares positivt på at have gjort et selvmordsforsøg udspørgeres der endvidere til konsekvenserne af forsøget: 'Fik De skader eller blev De syg som følge af forsøget på at tage Deres eget liv?', 'Medførte skaderne eller sygdommen, at De måtte have lægehjælp, fx fra egen læge, vagtlæge eller skadestue?' og 'Blev De indlagt på hospital som følge af forsøget på at tage Deres eget liv?'

De anvendte spørgsmål rummer således ingen afgrænsning eller definition af, hvornår en given handling klassificeres som selvmordsadfærd. Det er alene op til den enkelte svarperson at afgøre, om en gennemført selvdestruktiv handling er udtryk for selvmordsadfærd eller ej. De anvendte spørgsmål giver ej heller basis for at udtale sig om motiverne til gennemførte selvmordsforsøg. Men ved også at udspørge om konsekvenserne af et givent selvmordsforsøg mht. skader eller sygdom og kontakt til sundhedsvæsenet, indsamles der tillige oplysninger, der kan give fornemmelse for, hvor alvorligt selvmordsforsøget var.

Det skal dog præciseres, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem intentionsgrad (hvor alvorligt ønsket om at dø, er ment) og den selvdestruktive handlings dødsrisiko (den selvpåførte skades alvor) (Vange 1985).

Selvmodstanker og selvmordsforsøg er meget forskellige begreber, idet selvmordstanker alene er udtryk for en cognition, mens selvmordsforsøg direkte udtrykker adfærd, dvs. en aktiv handling. På den baggrund kan det være sprogligt misvisende at tale om fællesbegrebet selvmordsadfærd og i stedet ville det umiddelbart være mere konsekvent at anvende begreber som selvmordstilbøjelighed, selvmordsorientering, selvmordstendens mv. Betegnelsen selvmordsadfærd (suicidal adfærd) er imidlertid fast etableret

og vil også blive brugt som fællesbetegnelse i dette kapitel.

7.2 Materiale og metode

Data om forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg i befolkningen stammer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra 1994 og 2000 (SUSY). Begge undersøgelser er baseret på repræsentative, landsdækkende stikprøver blandt danske statsborgere på 16 år eller derover. Data er indsamlet ved personligt interview i svarpersonernes hjem. Efter interviewet blev alle bedt om at besvare et selvadministreret spørgeskema, der bl.a. indeholdt spørgsmålene om forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg (der henvises til afsnit 3.3 for en mere detaljeret redegørelse for undersøgelsesdesign mv.)

Datakvalitet og validitet

Spørgsmål om selvmordsadfærd er uden tvivl meget følsomme spørgsmål, som går tæt på den enkelte svarperson. Det er da også baggrunden for, at spørgsmålene er placeret i det selvadministrerede spørgeskema, hvor man alt andet lige må forvente dårligere datakvalitet, målt ved andelen af ubesvarede spørgsmål, end ved et personligt interview.

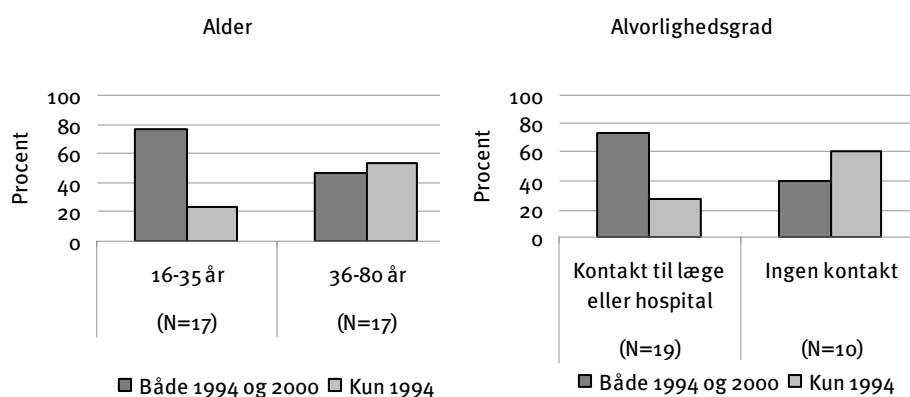
Det fremgik af afsnit 3.3, at 2,5% af svarpersonerne i 1994 og 2% i 2000 ikke har besvaret spørgsmålene om selvmordsadfærd. Forekomsten af uoplyste besvarelser vedr. selvmordsadfærd er på niveau med eller klart mindre end ved de øvrige (følsomme) emner, der belystes i undersøgelsen, fx SF-36 (1,0 - 4,5%), forekomst af kroniske smerter (1,8%), brug af hash og andre narkotiske stoffer (2,0 - 5,3%), spørgsmål vedr. seksualliv (7,6 - 9,3%).

Et andet mål for datakvaliteten kan fås ved at se på omfanget af hukommelses bias (recall

bias). Man taler om hukommelses bias, så fremt en person på forskellige tidspunkter giver forskellige svar på samme spørgsmål. Datamaterialet fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne giver mulighed for at belyse omfanget af hukommelses bias i forbindelse med selvrapporterede selvmordsforsøg, idet alle der var inviteret til undersøgelsen i 1994 også blev inviteret til at deltage i 2000. Blandt de 1396 personer, der indgik i 1994-undersøgelsen angav 47 personer nogensinde at have forsøgt at tage sit eget liv. Ved geninterviewet i 2000 var 6 af de 47 personer inaktive (døde eller flyttet ud af landet), 7 deltog ikke i 2000-undersøgelsen, mens de resterende 34 personer besvarede spørgsmålet om selvmordsadfærd i både 1994 og 2000. Der er ikke forskel mellem

gruppen af inaktive, bortfaldsgruppen og respondentgruppen, hvad angår køn, alder eller selvmordsforsøgets alvorlighedsgrad, målt som andelen med efterfølgende kontakt til praktiserende læge eller hospital som følge af selvmordsforsøget. I respondentgruppen angav 21 (62%) både i 1994 og 2000, at de nogensinde havde forsøgt at tage deres eget liv, mens 13 (38%) alene angav nogensinde at have gennemført et selvmordsforsøg i 1994. Der er ikke signifikante forskelle mellem de to grupper mht. køn, alder eller selvmordsforsøgets grad af alvor, men der er en klar tendens til at omfanget af hukommelses bias er mindst blandt yngre og mindst blandt personer, der har rapporteret et selvmordsforsøg med efterfølgende kontakt til læge eller hospital (figur 7.1).

Figur 7.1. Andel, der angiver nogensinde at have foretaget et selvmordsforsøg i 1994 og i 2000



Exact p-værdi: 0,1571

Exact p-værdi: 0,1142
5 personer er uoplyst mht. kontakt til læge/hospital

Kilde: Kjølner M, Nørlev J, Davidsen M. (2004) Recall bias and suicidal behaviour in a six year follow-up study. 10th European symposium on suicide and suicidal behaviour. København

7.3 Forekomst af selvmordsadfærd i 2000 og udviklingen siden 1994

I 2000 angav i alt 6,9% af voksne danskere, at de inden for det seneste år har haft tanker

om at tage deres eget liv. Det svarer til ca. 296.000 personer (tabel 7.1).

Tabel 7.1. Forekomst af forskellige former for selvmordsadfærd i 2000

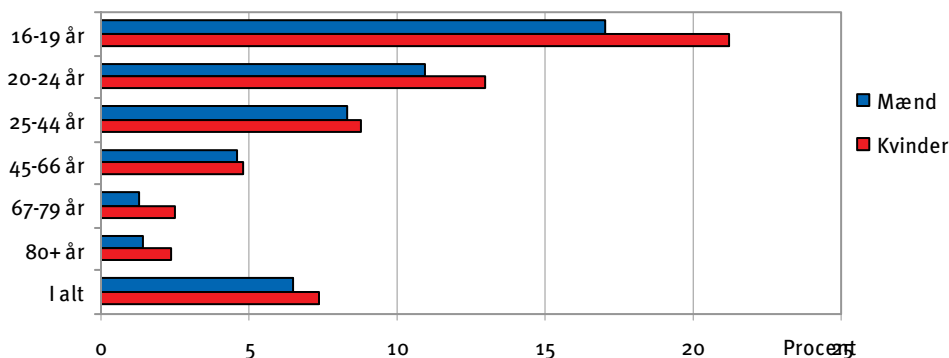
	Procent	Opregnet til antal i befolkningen i 1000
Selvordstanker	6,9	296
Selvordsforsøg inden for det seneste år	0,4	15
Selvordsforsøg tidligere (excl. seneste år)	2,8	-
Selvordsforsøg i alt (nogensinde)	3,2	-

Kilde: Kjølner (2002)

Forekomsten dækker over meget store aldersmæssige forskelle. Selvmordstanker ses først og fremmest blandt de helt unge, hvor 17% af mændene og 21% af kvinderne rapporterer selvmordstanker. Andelen med selvmordstanker falder markant med stigende alder og blandt de 67-årige eller derover er det kun få procent, der rapporterer selvmordstanker inden for det seneste år (figur 7.2). I alle aldersgrupper er der lidt højere andel kvinder end mænd, der har haft selvmordstanker. Forekomsten af selvmordstanker er signifikant lavere blandt gifte end blandt samlevende og enlige – både separe-

rede/skilte, personer i enkestand og ugifte. I København er andelen af personer med selvmordstanker signifikant højere end i landet som helhed. Derimod er der ikke fundet systematiske forskelle i forekomsten af selvmordstanker blandt personer med forskellig uddannelsesniveau og blandt personer med forskellig socioøkonomisk placering. Dog angiver 13% af de arbejdsløse at have selvmordstanker og adskiller sig dermed signifikant fra de øvrige i arbejdsstyrken.

Figur 7.2 Andel, der angiver selvmordstanker fordelt på aldersgrupper



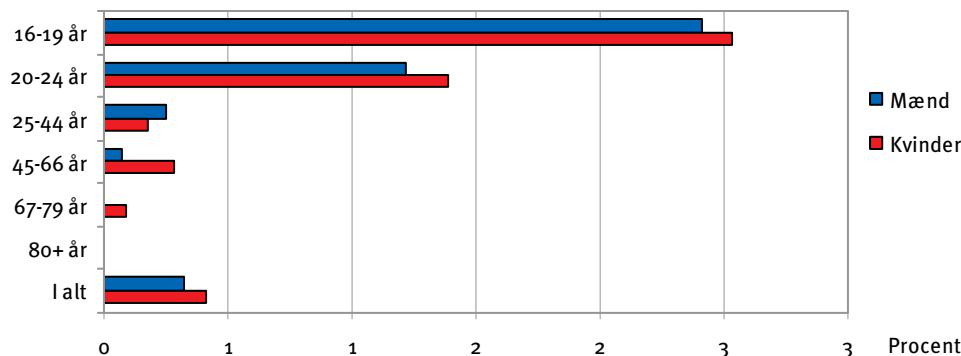
Kilde: Kjølner (2002)

Andelen der har haft selvmordstanker inden for det seneste år er uændret i perioden 1994 til 2000 (6,7% i 1994 og 6,9% i 2000).

I alt 38 personer – svarende til 0,4% af voksne danskere – angav, at de inden for det seneste år havde forsøgt at tage deres eget liv. Opregnet til antal personer drejer det sig om ca. 15.000. Andelen, der har forsøgt at

tage deres eget liv er næsten dobbelt så høj blandt de 16-19 årige som blandt de 20-24 årige og falder ligesom forekomsten af selvmordstanker stejlt med stigende alder. Stort set lige store andele af mænd og kvinder har forsøgt at tage deres eget liv inden for det seneste år (figur 7.3). Forekomsten af selvmordsforsøg inden for det seneste år er uændret i forhold til 1994 (0,5%).

Figur 7.3. Forekomst af selvmordsforsøg inden for det seneste år



Kilde: Kjølner (2002)

I 2000 oplyste i alt 3,2% af voksne danskere nogensinde at have forsøgt at tage deres eget liv.

På basis af opgørelser fra Fyns Amt, som er baseret på de rutinemæssige registreringer, der sker i sundhedsvæsenet, vurderede Sundhedsstyrelsen (1998), at der årligt er ca. 10.000 personer, der forsøger at tage deres eget liv. I 2000 var raten for selvmordsforsøg for mænd og kvinder under ét 188 pr. 100.000 (164 pr. 100.000 for mænd og 210 pr. 100.000 for kvinder). Udviklingen 1990-1999 viser generelt faldende forekomst af selvmordsforsøg men i 2000 og 2001 atter en stigning (Center for selvmordsforskning, 2005). Stigningen er især sket blandt de 15-19 årige og de 20-29 årige kvinder). Resultaterne fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen viser således en næsten dobbelt så høj forekomst af selvmordsforsøg (363 pr. 100.000), som den forekomst der registreres i Fyns Amt (188 pr. 100.000).

På basis af 1994-undersøgelsen skønnedes det, at 50-60% af selvrappede selvmordsforsøg er kendt i sundhedsvæsenet (Kjølner og Helweg-Larsen 2000). Resultaterne fra 2000-undersøgelsen bekræfter dette skøn og giver således et solidt grundlag for vurdering af selvmordsforsøgenes mørketal.

7.4 Faktorer associeret med selvmordsadfærd blandt 16-35 årige

Analysen af faktorer associeret med selvmordsadfærd er baseret på data fra 2000-undersøgelsen. I stedet for at belyse faktorerne særskilt for henholdsvis selvmordstanker og selvmordsforsøg er de belyst under ét, samtidigt med at det er forsøgt at kategorisere selvmordsadfærden i henhold til en formodet alvorlighedsgrad (figur 7.4). Der er således testet en hypotese om, at de forskellige former for selvmordsadfærd kan indplaceres på et kontinuum i forhold til alvorlighedsgrad. Den mest alvorlige kategori rummer personer, som nogensinde har gjort et selvmordsforsøg, og som har haft selvmordstanker inden for det seneste år. Den næst mest alvorlige gruppe rummer personer med tidligere selvmordsforsøg men uden selvmordstanker inden for det sidste år. Mindst alvorligt betragtes gruppen, der alene har haft selvmordstanker inden for det seneste år.

Figur 7.4. Klassifikation af forskellige former for selvmordsadfærd

		Selvordstanker (Har De inden for det sidste år tænkt på at tage Deres eget liv, selvom De faktisk ikke ville gøre det?)	
		Ja	Nej
Selvordsforsøg (Har De nogensinde forsøgt at tage Deres eget liv?)	Ja	Selvordsforsøg og selvordstanker	Selvordsforsøg
	Nej	Selvordstanker	Ingen selvmordsadfærd

Kilde: Nørlev et al (2005)

De mange indikatorer fra Sundheds- og syge-
lighedsundersøgelsen gav grundlag for en
meget bred beskrivelse af forhold associeret
med selvmordsadfærd:

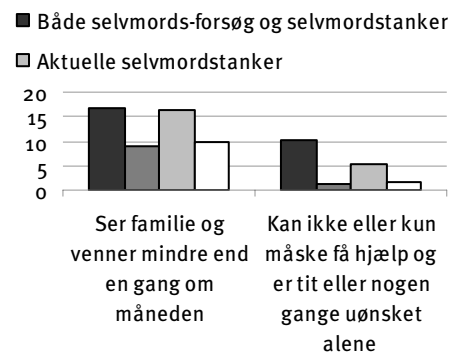
- Socio-demografiske karakteristika (køn, alder, uddannelsesniveau og samliv)
- Ydre helbredsrisici og levekår (socialt netværk, vold, trusler om vold, seksuelle overgreb, ulykker sidste år, arbejdsmiljø, arbejdsløshed og økonomiske problemer)
- Livsstil (hash, tobak, alkohol, BMI, fysisk aktivitet i fritiden og seksuel orientering)
- Fysisk og psykisk funktionsevne (selvvurderet helbred, stress, psykisk velbefindende og energi)
- Symptomer/sygelighed (nervøse lidelser, psykiske symptomer, fysiske smerter og begrænsninger af varig karakter)
- Sygdomsadfærd (regelmæssig brug af medicin, brug af beroligende medicin de seneste 14 dage, kontakt til praktiserende læge, psykolog og sygefravær).

I en multivariat analyse var 9 af de 36 undersøgte indikatorer signifikant associeret med selvmordsadfærd: at være enlig, at have været udsat for trusler om vold, at have været udsat for seksuelle overgreb, at være daglig ryger, ikke at gøre noget for at bevare eller forbedre eget helbred, dårligt psykisk helbred, forekomst af psykiske symptomer inden for de seneste 14 dage, kontakt til

psykolog og sygefravær (kun erhvervsaktive) (Norlev et al., 2004).

Ideen om en alvorlighedsgradient i selvmordsadfærd kunne ikke bekræftes i undersøgelsen. Analyserne er illustreret i figur 7.5 og 7.6. Hvad angår socialt netværk har størst andel blandt personer med både selvmordsforsøg og selvmordstanker og mindst andel blandt personer uden selvmordsadfærd dårligt socialt netværk. Men andelen med dårligt socialt netværk i de forskellige kategorier af selvmordsadfærd afspejler ikke den forventede alvorlighedsgradient (figur 7.5).

Figur 7.5 Andel med dårligt socialt netværk blandt personer med forskellige former for selvmordsadfærd

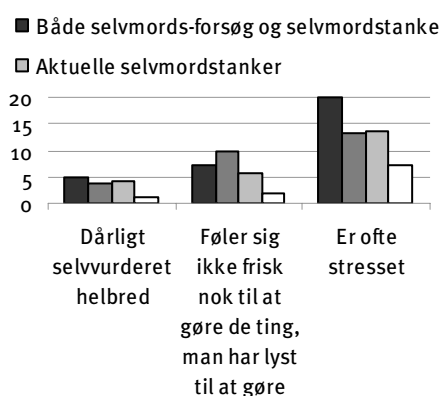


Kilde: Nørlev et al (2005)

Hvad angår trivsel rapporterer personer uden suicidal adfærd at have bedst trivsel, målt på selvvurderet helbred, at føle sig frisk nok til at gøre hvad man har lyst til og stress. Personer med både selvmordsforsøg og selvmordstanker rapporterer i størst omfang dårligt selvvurderet helbred og forekomst af

stress. På ingen af de viste trivselsindikatorer ses en klar gradient i forhold til selvmordsadfærdens grad af alvor (figur 7.6).

Figur 7.6 Forekomsten af trivsel og velbefindende blandt personer med forskellige former for selvmordsadfærd



Kilde: Nørlev et al (2005)

Det generelle mønster er, at gruppen uden suicidal adfærd er bedre stillet end grupperne med forskellige kombinationer af selvmordsadfærd, dvs. de har bedre socialt netværk, bedre levkår i kraft af mindre arbejdsløshed og økonomiske problemer, de har en sundere livsstil og føler sig generelt mere raske og velbefindende, og de gør mindre brug af sundhedsvæsenet og har mindre sygefravær. Tilsvarende er det generelle mønster, at personer med både selvmordsforsøg og selvmordstanker er dårligst stillet, forstået som at de har det dårligste netværk, de dårligste levkår, den dårligste livsstil osv. Derimod er der intet generelt mønster – og dermed ingen entydig gradient med hensyn til hvorledes personer med henholdsvis tidligere selvmordsforsøg og selvmordstanker inden for det seneste år placerer sig på de forskellige indikatorer.

Der er flere mulige forklaringer på, at der ikke kan påvises en sådan alvorlighedsgradient. Dels er kategoriseringen alene baseret på forekomsten af henholdsvis selvmordsforsøg og selvmordstanker, men ikke på hvor ved-

holdende eller alvorlig selvmordsadfærd var. Dels indgik der forskellige tidsperspektiver i klassifikationen. Et selvmordsforsøg var således altid klassificeret som et tidligere selvmordsforsøg, uanset hvornår det havde fundet sted, mens forekomsten af selvmordstanker var afgrænset til inden for det seneste år. Dog havde det heller ikke været muligt at påvise en gradient, såfremt forekomsten af selvmordstanker inden for det seneste år var blevet vurderet som en alvorligere form for selvmordsadfærd end et selvmordsforsøg, der var sket for længere tid siden.

7.5 Langtidseffekten af selvmordsadfærd blandt 16-66 årige

Langtidseffekten af selvmordsadfærd er belyst i mange undersøgelser. Således er det dokumenteret, at der er stor risiko for, at personer der en gang har rapporteret selvmordstanker bliver ved med at have selvmordstanker (Goldney et al., 1991, Hintikka et al., 2001). En 13 års opfølgingsundersøgelse viste, at 10% af personer, der tidligere havde rapporteret selvmordstanker, havde forsøgt selvmord, sammenholdt med 1,6% blandt personer uden tidligere selvmordstanker (Kuo et al., 2001). I en undersøgelse af unge nordmænd fandt Wichstrom (2000), at både forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg ved base-line var associeret med efterfølgende selvmordsforsøg.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsernes opfølgning fra 1994 til 2000 viste tilsvarende, at 23% af personer med selvmordstanker eller selvmordsforsøg i 1994 også havde selvmordstanker i 2000 sammenholdt med 4% blandt personer uden selvmordsadfærd i 1994. Det svarer til, at gruppen med selvmordsadfærd i 1994 havde lidt mere end syv gange så høj risiko for at udvise selvmordsadfærd i 2000 som gruppen uden selvmordsadfærd (Nørlev et al., 2004).

Undersøgelserne giver også en mulighed for at se på de helbredsmæssige langtidseffekter af selvmordsadfærd. I alt indgår 943 personer i analysen fordelt med 116 med selvmordsadfærd i 1994 (selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg) og 827 uden selvmordsadfærd. Alle er personligt interviewet i 1994, har besvaret det selvadministrerede spørgeskema i 1994 og er personligt interviewet i 2000.

Sammenligning af gruppen med og uden selvmordsadfærd i 1994 viste klart, at gruppen med selvmordsadfærd gennemgående var yngre end gruppen uden selvmordsadfærd, og at der var klare helbredsmæssige forskelle mellem de to grupper, fx målt på indikatorer vedr. helbredsrelateret livskvalitet og sygelighed, manglende energi, forekomst af psykiske gener og symptomer, forekomst af langvarig sygdom, brug af beroligende medicin og kontakt til psykolog. Kun mht. selvvurderet helbred og kontakt til praktiserende læge i 1994 var der ikke signifikant forskel mellem grupperne.

I tabel 7.2 ses udviklingen i helbred og helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med og uden selvmordsadfærd i 1994. Det fremgår, at der i løbet af den 6-årige opfølg-

ningsperiode sker en aldersbetinget forringelse af helbredstilstanden og den helbredsrelaterede livskvalitet både blandt personer med og uden selvmordsadfærd. I gruppen med selvmordsadfærd steg eksempelvis andelen, der vurderede eget helbred som dårligt eller meget dårligt fra 4,3% i 1994 til 8,6% i 2000, mens der i gruppen uden selvmordsadfærd blot var tale om en stigning fra 2,7% i 1994 til 3,9% i 2000. Forringelsen af helbred og helbredsrelateret livskvalitet var på næsten alle indikatorer størst i gruppen med selvmordsadfærd – men forskellene var ikke signifikante. Kun mht. ikke at føle sig frisk nok, brug af beroligende medicin og kontakt til psykolog var forringelsen størst i gruppen uden selvmordsadfærd. Det er dog et resultat, som skal tolkes i lyset af, at gruppen med selvmordsadfærd i 1994 placerede sig meget dårligere end gruppen uden selvmordsadfærd, idet forekomsten var mellem 2 og 10 gange højere på de tre nævnte områder end i gruppen uden selvmordsadfærd i 1994. Trods en relativt mindre uhensigtsmæssig udvikling over tid er der således blandt personer med selvmordsadfærd i 1994 også i 2000 en signifikant højere andel, der gør brug af psykolog og tager beroligende medicin.

Tabel 7.2 Udviklingen i helbred og helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med og uden selvmordsadfærd i 1994

	Med selvmordsadfærd (N=116) ^a				Uden selv-mordsadfærd (N=827) ^a				Sammenligning af odds ratio	
	1994	2000	Forskel	Odds ratio	1994	2000	Forskel	Odds ratio	p-værdi	Justeret p-værdi
Dårligt eller meget dårligt selv-vurderet helbred	4,3	8,6	4,3	2,09	2,7	3,9	1,2	1,48	0,46	0,45
Føler sig ikke frisk nok til at gøre hvad man har lyst til at gøre	7,8	10,3	2,5	1,37	2,9	4,5	1,6	1,57	0,78	0,79
Dårligt psykisk helbred (SF-36) (dårligt ≤60)	24,6	27,1	2,5	1,13	8,2	7,3	-0,9	0,90	0,47	0,45
Manglende energi (SF-36) (dårligt ≥40)	21,1	27,1	6,0	1,35	7,5	7,7	0,2	1,04	0,33	0,30
Meget generet af psykiske gener og symptomer	11,2	10,3	-0,9	0,91	2,5	1,8	-0,7	0,71	0,60	0,61
Har nervøs lidelse	6,0	8,6	2,6	1,47	1,6	1,1	-0,5	0,69	0,15	0,15
Har langvarig sygdom	38,8	49,1	10,3	1,52	31,1	37,0	5,9	1,30*	0,51	0,51
Har brugt beroligende medicin	6,0	10,3	4,3	1,80	1,0	2,1	1,1	2,15*	0,72	0,74
Kontakt til alment praktiserende læge	33,6	47,4	13,8	1,78*	32,0	38,7	6,7	1,34*	0,31	0,30
Kontakt til psykiolog	4,3	4,3	0,0	1,00	0,4	0,7	0,3	2,01	0,45	0,45

a) personer interviewet i 2000-undersøgelsen

* p<0,05

Kilde: Nørlev, Davidsen, Kjølner (2005)

Yderligere analyser viser, at den relativt større forringelse af helbredstilstanden målt i 2000 blandt personer med tidligere selvmordsadfærd sammenlignet med personer uden, ikke kan tilskrives vedvarende eller gentagen forekomst af selvmordstanker i 2000 (Nørlev et al., 2005). Det vil i praksis sige, at personer med selvmordsadfærd i 1994 – uanset om de har selvmordstanker i 2000 eller ej – stadig er mærket af og kendetegnet ved at have dårligere helbredsrelateret livskvalitet, større sygelighed, mere sygdomsadfærd og gøre mere brug af sundhedsvæsenet end gruppen uden selvmordsadfærd

i 1994. Det er et alvorligt fund, der vidner om betydelige omkostninger både på det personlige som på det samfundsmæssige plan.

Også i denne undersøgelse er det usikkert om personerne blev suicidale i 1994 pga. forringet helbredssituation, eller om de fik forringet helbred som følge af selvmordsadfærden. Ved opfølgningen i 2000 fandtes imidlertid ikke et eneste eksempel på, at helbredstilstanden i gruppen med selvmordsadfærd, var blevet bedre end i gruppen uden selvmordsadfærd, hvilket kunne anty-

de, at selvmordsadfærden er årsagen til den forringede helbredssituation.

7.6 Sammenfatning

Forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg inden for det seneste år er uændret i perioden 1994 til 2000 (henholdsvis 6,9% og 0,4% (363 pr. 100.000) af voksne danskere). På landsplan svarer det til, at der årligt blandt voksne (16-årige eller derover) er ca. 296.000 med selvmordstanker og 15.000 personer, der forsøger selvmord. Det skønnes, at 50-60% af de selvrapporterede selvmordsforsøg er kendt i sundhedsvæsenets registreringer.

Forekomsten af både selvmordstanker og selvmordsforsøg er højest i de yngste aldersgrupper og aftager stejlt med stigende alder. I alle aldersgrupper er der lidt flere kvinder end mænd med selvmordsadfærd. Faktorer associeret med selvmordsadfærd er: at være enlig, at have været udsat for trusler om vold, at have været udsat for seksuelle overgreb, at være daglig ryger, ikke at gøre noget for at bevare eller forbedre eget helbred, at have dårligt psykisk helbred, at have haft psykiske

symptomer inden for de seneste 14 dage, at have haft kontakt til psykolog samt sygefravær (kun erhvervsaktive). En hypotese om at kunne klassificere selvmordsadfærden på et kontinuum i henhold til alvorlighedsgrad kunne ikke bekræftes – men det generelle mønster var, at personer med både selvmordstanker og selvmordsforsøg var dårligst stillet, dvs. de havde det dårligste netværk, de dårligste levekår, den dårligste livsstil, det dårligste helbred og den dårligste helbredsbedingede livskvalitet.

Risikoen for at have selvmordstanker er syv gange så høj blandt personer med tidligere selvmordsadfærd (selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg) som blandt personer uden selvmordsadfærd. Ligeledes er der markante helbredsmæssige langtidseffekter af tidligere selvmordsadfærd, idet både helbredstilstanden og den helbredsrelaterede livskvalitet i løbet af en 6-årig periode var relativt mere (men ikke signifikant) forringet blandt personer med tidligere selvmordsadfærd end blandt personer uden. Dette skal ses i lyset af, at der allerede i udgangspunktet i 1994 var signifikant forskel på gruppen med og uden selvmordsadfærd. En forskel som således opretholdes og endog tenderer til at blive uddybet.

Referencer

Center for selvmordsforskning.
www.selvmordsforskning.dk, 2000

Fleischer E. Selvmord som non-verbal kommunikation – selvmord som talehandling. Institut for litteratur, Kultur og Medier & Center for Selvmordsforskning, 1997.

Goldney RD, Smith S, Winefield AH, Tiggeman M, Winefield HR. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83(2):115-120.

Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki, H. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36:590-594.

Kjølner M. Kommunikative selvmordsforsøg. Speciale ved Psykologisk Institut. Københavns Universitet, 1971.

Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 og udviklingen siden 1987. Rapport fra DIKEs repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. København, DIKE, 1995.

Kjølner M, Helweg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000;28:54-61.

Kjølner M. Selvmordsadfærd. I: Kjølner M, Rasmussen NK (red). Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002, p. 482-487.

Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine* 2001;31:1181-1191

Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *The American Journal of Psychiatry* 1992;149:41-44.

Norlev J, Davidsen M, Sundram V, Kjølner M. Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35 year old Danes: A national representative population study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005; 35(3): 291-308.

Norlev J, Davidsen M, Kjølner M. Changes in health status from 1994 to 2000 among adults in Denmark according to suicidal ideation or a previous suicide attempt in 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005; accepted for publication.

Nørlev J. Selvdestruktive handlinger – problemløsningsmåde og kommunikationsmiddel i det moderne samfund. Speciale ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, 2000.

Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen, København, 1998.

Vange B. Selvmordsforsøg blandt børn og unge. En forløbsundersøgelse 1976-83. *Ugeskrift for Læger* 1985;147:1867-1873.

Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39:603-610. (2000).

8 | Selvrapporteret selvmordsadfærd og registerbaseret sygehuskontakt

Af Michael Davidsen, Marie Kruse, Jeanette Nørlev og Mette Kjøller

I kapitel 6 blev der udviklet en definition af selvskadelig sygehuskontakt baseret på skadestuekontakter som et forsøg på en registerbaseret definition af en selvmordshandling. I kapitel 7 blev resultaterne omkring selvrapporteret selvmordsadfærd baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i 1994 og 2000 gennemgået. I dette kapitel sammenholdes de selvrapporterede og de registerbaserede oplysninger ved brug af DANCOS-registeret, som er beskrevet i kapitel 3, afsnit 3.4.

Formålet med dette kapitel er at foretage en sammenligning mellem selvrapporterede selvmordsforsøg det sidste år og selvskadelig sygehuskontakt det sidste 1½ år mhp. at vurdere overensstemmelsen mellem disse 2 datakilder. Herunder analyseres også psykiatriske kontakter det sidste 1½ år og der foretages en analyse af sammenhængen mellem selvrapporteret selvmordsadfærd og efterfølgende sygehuskontakter pga. selvskade, samt selvrapporteret selvmordsadfærd og dødelighed (af alle årsager).

Som gennemgået i afsnit 3.4 er data fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne på individniveau koblet til CPR-registeret (til og med 1. oktober 2003), Dødsårsagsregisteret (til og med 1998), Landspatientregisteret (til og med 2003) og Det Psykiatriske Centralregister (Munk-Jørgensen et al. 1997 – i DANCOS til og med 2003). Oplysninger om skadestuekontakter indgår først fra 1995 som en obligatorisk indberetning til LPR og derfor findes der ikke oplysninger om tidligere skadestuekontakt for personer i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 1994. Derfor indgår der kun data fra sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i år 2000 i afsnit 8.1, mens der indgår data fra både 1994 og 2000 i afsnit 8.2 og 8.3.

8.1 En sammenligning af selvrapporteret selvmordsforsøg og sygehuskontakt på grund af selvskade samt psykiatrisk sygehuskontakt

I dette afsnit sammenlignes på individ-niveau 2 forskellige datakilder til rapportering af selvmordsforsøg blandt voksne danskere. Vi har valgt at sammenligne selvrapporterede selvmordsforsøg indenfor det sidste år (sundheds- og sygelighedsundersøgelsen år 2000) og den i kapitel 6 udviklede definition af selvskadelig sygehuskontakt (baseret på specifikke kontakter til en ikke-psykiatrisk skadestue). For at sikre en relevant sammenligning ses på selvskadelig sygehuskontakt op til 1½ år før dato for interview. Endvidere sammenholdes selvrapporteret selvmordsforsøg det sidste år med kontakt til et psykiatrisk hospital eller psykiatrisk skadestue (også op til 1½ år før dato for interview).

Udgangspunktet for denne sammenligning er, at der næppe er nogen datakilde, der kan siges at give det 'sande' billede. Derfor er det af interesse at sammenligne forskellige datakilder på et ordentligt grundlag, men ikke at vurdere, hvilken der er bedst.

Det skal endnu engang pointeres at det i dobbelt forstand er to forskellige typer data der sammenholdes. For det første er det ene registerdata, mens det andet er data der stammer fra et spørgeskema. For det andet er den ene datakilde baseret på en læges vurdering, men den anden bygger på selvrapporterede data. Umiddelbart kunne man opfatte lægens vurdering som mest objektiv. Hammerlin & Enerstvedt (1988) gør dog opmærksom på, at det er vigtigt at huske på, at begge vurderinger er subjektive; ved et selvrapporteret selvmordsforsøg oplyses en subjektiv mening om egen handling, mens der ved en skadestuekontakt gives en subjektiv mening om en andens handling. Dette betyder, at det både er forventeligt og naturligt at der

ikke er 100% overensstemmelse mellem data.

I nærværende kapitel er der kun set på selvskadelige sygehuskontakter. Udviklingen af definitionen er beskrevet i kapitel 6. En skadestuekontakt anses for selvskadelig hvis et af følgende kriterier er opfyldt:

- a. kontaktsårsag 4 (selvskade)
- b. aktionsdiagnose psykiatrisk kontakt (Foo-F99) og bidiagnose forgiftning (T36-DT50, T52-T60)
- c. aktionsdiagnose psykiatrisk kontakt (Foo-F99) og bidiagnose snitsår i underarm eller hånd (S51, S55, S59, S61, S65, S69)
- d. aktionsdiagnose lægemiddelforgiftning og CO forgiftning (T39, T40, T42, T43, T58)

Blandt de 16.682 personer i år 2000 havde 2.856 (17,1%) haft mindst 1 skadestuekontakt indenfor det sidste halvandet år inden interview og blandt de 10.433 personer med et returneret selvadministreret spørgeskema var tallet 1.641 (15,7%). Ud fra den udvidede definition blev der blandt alle 16.682 inviterede fundet 23 personer (0,1%) med en selvskadelig sygehuskontakt indenfor det sidste halvandet år. Af tabel 8.1 ses, at blandt de 6.249 personer uden et returneret selvadministreret spørgeskema har 17 (0,3%) en kontakt. Blandt de 38 personer med et selvrappor- teret selvmordsforsøg indenfor det sidste år optræder der 4 (11,5%) med en kontakt. Blandt de 34 med selvrappor- teret selvmordsforsøg men uden en selvskadelig sygehuskontakt havde 13 haft en ikke-selvskadelig kontakt indenfor det sidste 1½ år, mens 21 ikke havde haft nogen skadestuekontakt.

Tabel 8.1 Selvskadelig sygehuskontakt indenfor halvandet år før invitation/interview blandt personer med og uden selvrappor- teret selvmordsforsøg det sidste år. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen år 2000.

Selvrappor- teret selvmordsforsøg	Selvskadelig sygehuskontakt		Total
	Nej	Ja	
Intet skema	6.232	17	6.249
%	99,73	0,27	
Nej	10.393	2	10.395
%	99,98	0,02	
Ja	34	4	38
%	88,47	11,53	
I alt	16.659	23	16.682
%	99,86	0,14	

Blandt de 38 med selvrappor- teret selvmordsforsøg indenfor det sidste år rapporterede 15 selv kontakt med sundhedsvæsenet som følge af selvmordsforsøget, idet 13 svarede, at de måtte have lægehjælp og 12 svarede, at de måtte indlægges. Blandt de 13, der svarede, at de måtte have lægehjælp, havde kun 3 haft en skadestuekontakt pga. selvskade indenfor det sidste 1½ år, 4 havde haft anden form for skadestuekontakt og 6 havde ikke haft nogen form for skadestuekontakt. Blandt de 25, der svarede, at de ikke havde søgt lægehjælp som følge af forsøget, havde 1 haft en selvskadelig sygehuskontakt.

I tabel 8.2 vises psykiatrisk kontakt det sidste halvandet år for personer med og uden selvrappor- teret selvmordsforsøg det sidste år og for personer uden selvadministreret skema. Blandt de 38 personer med et selvrappor- teret selvmordsforsøg har 11 (28,9%) haft en psykiatrisk kontakt (dvs. enten en heldøgnsindlæggelse, en deldøgnsindlæggelse, kontakt til en psykiatrisk skadestue eller en ambulant kontakt) det sidste halvandet år – 5 (13,2%) har haft en heldøgnsindlæggelse og 1 (2,6%) har været på en psykiatrisk skadestue.

Tilsvarende ses, at blandt de 10.395 personer uden et selvrappor- teret selvmordsforsøg har

90 (0,9%) haft en psykiatrisk kontakt indenfor halvandet år.
Det ses tydeligt, at på trods af små antal har personer med et selvrappor- teret selvmords-

forsøg markant højere hyppighed af psykiatrisk kontakt end de øvrige grupper.
Det beskrevne mønster kan ikke forklares af køns- og/eller alders-forskelle

Tabel 8.2 Psykiatrisk kontakt indenfor det sidste halvandet år for personer med og uden selvrappor- teret selvmordsforsøg det sidste år. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2000

Selvmordsforsøg sidste år	Psykiatrisk kontakt		Heldøgns- indlæggelse		Deldøgns- indlæggelse		Psyk. Skadestue		Ambulant kontakt		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Intet skema	192	3.1	85	1.4	18	0.3	56	0.9	145	2.3	6249
Nej	90	0.9	24	0.2	5	0.0	19	0.2	77	0.7	10395
Ja	11	28.9	5	13.2	1	2.6	1	2.6	10	26.3	38

8.2 Sammenhæng mellem selvrappor- teret selvmordsadfærd og selv- skadelig sygehuskontakt

Det forrige afsnit beskrev sygehuskontakter pga. selvskade op til 1½ år før interview tidspunktet. I dette afsnit beskrives disse sygehuskontakter i en opfølgningsperiode efter interview tidspunktet. Der indgår data

fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i både 1994 og 2000. Selvmordstanker og selvmordsforsøg betragtes samlet under et, idet der arbejdes med begrebet 'Selvmords- adfærd', tilsvarende som i kap. 7. Selvmordsadfærd kategoriseres i gensidigt udelukkende grupper som angivet i tabel 8.3:

Tabel 8.3 Kategorisering af selvmordsadfærd

Kategorisering af Selvmordsadfærd	Nogensinde forsøgt selvmord	Haft selvmordstanker indenfor det sidste år
Forsøg+tanker	Ja	Ja eller Nej
Kun tanker	Nej	Ja (eller ved ikke)
Ingen	Nej	Nej

Eksempelvis vil en person, der svarer 'ja' til nogensinde at have forsøgt at tage eget liv blive kategoriseret som havende selvmords- adfærd 'Forsøg+tanker' uanset om vedkom- mende har haft selvmordstanker indenfor det sidste år eller ej. En person, der aldrig har forsøgt at tage eget liv men har haft selv- mordstanker indenfor det sidste år, vil blive kategoriseret som 'Kun tanker'.

I tabel 8.4 vises fordelingen af selvmordsad- færd i 1994 og 2000. Forekomsterne i 1994 og 2000 er ens - begge år er der 8,3% der angiver kun at have haft tanker, mens 3,5% i 1994 og 3,3% i 2000 har haft forsøg og tan- ker.

Tabel 8.4 Selvmordsadfærd i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000.

Selvmordsadfærd	1994		2000	
	Antal	%	Antal	%
Forsøg+tanker	47	3,5	333	3,3
Kun tanker	112	8,3	835	8,3
Ingen	1189	88,2	9021	88,4

I nærværende afsnit er kun set på sygehus-kontakter pga. selvskader via somatiske skadestuer, definitionen heraf fremgår af afsnit 8.1.

Oplysninger om skadestuekontakter i LPR omfatter perioden fra 1995 og frem. Personer fra sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 1994 er fulgt fra 1995 til og med 2003 (dvs. i op til 9 år), mens personer fra år 2000 er fulgt

i LPR i op til 3 år. Der er beregnet rater for sygehuskontakter, antal pr. 10.000 år.

Tabel 8.5 viser antal og rate af disse sygehuskontakter blandt deltagere og ikke-deltagere i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i år 2000.

Tabel 8.5 Incidensrate af selvskadelig sygehuskontakt i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000.

Deltager	Selvordsrelaterede kon- takter	Incidensrate pr, 10.000 år	95% konfidensinterval
Ja	21	5,4	3,3 - 8,2
Nej	17	12,7	7,4 - 20,3

Raten er betydeligt højere blandt ikke-deltagere end blandt deltagere og er betydeligt højere blandt de 16-35-årige end blandt de 36-årige og ældre (ikke vist i tabellen).

I tabel 8.6 vises raten for de forskellige grupper af selvmordsadfærd i år 2000. Der ses en markant højere rate blandt personer i gruppen 'forsøg+tanker' og 'kun tanker'. Tallene er ikke justeret for betydningen af køn og alder, da der er meget få tilfælde – og af samme grund er der ikke angivet konfidensgrænser. Gruppen med en form for selvmordsadfærd har en incidensrate, der er ca. 32 gange højere end gruppen uden nogen form for selvmordsadfærd.

På trods af de meget få antal selvskadelige sygehuskontakter, der er fundet efter år 2000, er det overordnede billede således en tydeligt højere hyppighed af selvskadelig sygehuskontakt blandt personer, der forud har rapporteret en form for selvmordsadfærd.

8.3 Sammenhæng mellem selvrapporteret selvmordsadfærd og dødelighed

Blandt de 2.120 personer, der blev inviteret til tredje runde i 1994, var der 272 dødsfald.

Tabel 8.6 Incidensrate af senere selvskadelig sygehuskontakt blandt grupper med og uden selvmordsadfærd i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen år 2000

Selvordsadfærd	Skadestue- kontakter	Rate pr. 10.000
Forsøg+tanker	4	37,9
Kun tanker	6	22,9
Ingen	2	0,7
Ialt	12	

Blandt de 16.676 personer, der blev inviteret til geninterview- og den amtsligt supplerende stikprøve i år 2000 var der 712 dødsfald. Det er tidligere dokumenteret, at dødeligheden blandt personer, der ikke deltog i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, er højere end blandt personer, der deltog (Davidsen, et al. 2004).

I tabel 8.7 vises den rå (ujusterede) dødelighedsrate blandt personer med og uden selvmordsadfærd. Af tabellen ses, at dødelighedsraten blandt personer med forsøg og tanker hhv. kun tanker i både 1994 og 2000 er lidt højere end dødeligheden i gruppen uden selvmordsadfærd.

Tabel 8.7 Dødelighed af alle årsager i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000 i blandt grupper med og uden selvmordsadfærd

År	Selvmonds- adfærd	Antal dødsfald	Dødsrate_pr, 10.000 år	Nedre konfidens grænse	Øvre konfidens grænse
1994	Forsøg+tanker	5	125,6	40,8	293,0
	Kun tanker	10	104,8	50,3	192,7
	Ingen	101	99,4	81,0	120,8
2000	Forsøg+tanker	10	94,2	45,2	173,3
	Kun tanker	29	110,1	73,7	158,1
	Ingen	247	85,9	75,5	97,3

Den svagt og ikke signifikant øgede dødelighed blandt personer med selvmordsadfærd genfindes når ovenstående tabel opdeles på køn og alder (data ikke vist).

8.4 Sammenfatning

Personer med selvrangeret selvmordsforsøg inden for et år har markant højere forekomst af selvskadelig sygehuskontakt og psykiatrisk kontakt indenfor 1½ år før interview end personer uden et selvmords

forsøg. Personer med selvrangeret selvmordsadfærd har en markant øget risiko for en senere selvskadelig sygehuskontakt. Der kan ikke påvises forøget dødelighed af alle årsager som følge af selvrangeret selvmordsadfærd. Datas omfang er ikke tilstrækkelig til at vurdere en evt. sammenhæng mellem selvrangeret selvmordsadfærd og senere selvmordsdødelighed.

Hovedkonklusionen er, at der er ringe sammenhæng mellem selvrangeret selvmordsadfærd og kontakter til sygehus for selvskadende handlinger.

Referencer

Hammerlin Y, Enerstvedt R T: Selvmord i virksomhedsforståelsens perspektiv. Falken Forlag, Oslo; 1988

Munk-Jørgensen P, Mortensen PB (1997). The Danish Psychiatric Central Register. Dan Med. Bull.; 44; 82-84

Davidson M, Helweg-Larsen K, Kjølner M. (2004) DANCOS – en registerbaseret opfølgning af danske nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser. *Ugeskr.Laeger*, **166**, 1441-1444.



Rapporten beskriver udviklingen i selvmord fra 1920 til 2001. Der har i denne periode været meget store udsving i selvmordshyppigheden, men siden 1980 er hyppigheden faldet konstant blandt både mænd og kvinder, og er nu den laveste i 80 år. Omvendt er der siden 1995 registreret et stigende antal skadestuekontakter pga. selvmordsforsøg, især blandt yngre kvinder.

Der er ikke en entydig forklaring på, hvorfor selvmordshyppigheden falder og hyppigheden af sygehuskontakter stiger. Psykisk sygdom er den stærkeste risikofaktor for selvmord, og forbedrede behandlingsmuligheder af psykiske lidelser kan være en medvirkende årsag til faldet i selvmord, men næppe til stigningen i selvmordsforsøg – og mens hyppigheden af sygehuskontakter pga. selvmordsforsøg synes at stige, kan der ud fra befolkningsundersøgelser ikke konstateres nogen ændring i forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg i perioden 1994 til 2000.

Der er i Danmark enestående muligheder for ud fra registerdata og befolkningsundersøgelser at følge udviklingen i selvmordshandlinger. Men det forudsætter, at alle selvmordshandlinger registreres systematisk og korrekt i de landsdækkende registre. I rapporten ser vi derfor på kvaliteten af registerdata og fremsætter forslag til fortsat kvalitetssikring af dødsårsagsregistreringen og indberetningen af sygehuskontakter til Landspatientregisteret.