

Innleggelser for parasuicid i et somatisk sykehus i perioden 1990-1995; beskrivelse og utviklingstrend.



5.årsoppgave i stadium IV – medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Forfatter: Jan Inge Skjerdingstad, kull 97

Veileder: Odd Nilssen, Institutt for Samfunnsmedisin

Tromsø 2003

Resyme

I alt 234 pasienter ble i perioden 1990 - 1995 innlagt Universitetssykehuset i Nord-Norge for parasuicid. Til sammen hadde disse 234 pasientene 270 innleggelser i tidsperioden.

Det var en gradvis reduksjon i antall innleggelser, fra 72 innleggelser i 1990 til 23 innleggelser i 1995. Reduksjonen i antall selvmordsforsøk kom før "Handlingsplanen mot selvmord" fra 1995.

Flere menn (120) enn kvinner (114) ble innlagt i tidsperioden.

Aldersgruppen 15-25 år utgjør den største pasientgruppen. Median alder for samtlige pasienter var 30,5 år. Nesten 50% av pasientene var ugift ved innleggelsestidspunktet.

Ca. 10% av pasientene ble reinnlagt med liknende diagnose i undersøkelsesperioden.

Størstedelen av pasientene (80%) ble innlagt på grunn av forgiftning. De fleste (68%) av pasientene var utskrevet etter 2 døgn. Det var i perioden flest innleggelser på torsdager og færrest innleggelser på fredager, og det var flere innleggelser på våren enn i de andre årstidene.

Innledning

Fra begynnelsen av det forrige århundre og frem mot 1980-tallet hadde Norge den laveste selvmordsraten i Norden. I tiden 1920 til 1980 steg raten fra ca 5 pr 100000 til ca 10 pr 100000. Fra 1980 så man en markant økning slik at forekomsten i 1990 var 15,5/100 000 (1). Forekomsten sank utover nittitallet og var 13,1 i 1999. Fra midten av 1990 tallet har forekomsten i henholdsvis Sverige, Danmark og Norge nærmet seg hverandre sterkt, det vil si at den prosentvis har gått langt mer ned i våre naboland enn i Norge. Tidligere forskjeller i Norden begynte å jevne seg ut. Til tross for fallet i den generelle populasjon så man i perioden 1970 til 1999 en sterk økning i forekomsten av suicid i aldersgruppen 15 til 24 år. I denne gruppen steg forekomsten fra 6 i 1970 til 28,3/100000 i 1999 blant menn, mens den for kvinner i samme aldersgruppe økte fra 2,0 til 8,9/100 000 (1). Selv om de absolutte tall fortsatt var lave var den relative økningen bekymringsfull. I perioden 1972-1985 var således den prosentvise økningen av suicid i den norske befolkning på hele 57 %. I Europa var det bare Irland som hadde en høyere relativ økning. Der var økningen hele 127% (1).

Hvis man antar en statistisk sammenheng mellom fullbyrdet selvmord og selvmordsforsøk, betyr det at det også har skjedd en økning i selvmordsforsøk (parasuicid) de siste 20 år her i landet. Frekvensen av parasuicid er vanskeligere å beregne enn hva tilfellet er for suicid. Mange tilfeller kommer aldri til helsevesenet og blir således aldri registrert. Tross dette, en studie fra Sør-Trøndelag i 1997 estimerte forekomsten av parasuicid til ca 250/100 000 pr år (1996 tall), men den i 1989 var 350/100 000(2). Tross en viss nedgang i forekomsten på 90-tallet, kan man anta at vi i Norge har ca. 20 selvmordsforsøk for hvert fullbyrdet selvmord.

Den negative utviklingstrenden på 80-tallet bekymret både fagfolk og myndigheter. Små og lokale prosjekter ble iverksatt for å demme opp for det man anså som en nærmest epidemisk utvikling. I 1983 ble det såkalte Bærumsprosjektet startet i Norge. Her la man vekt på en systematisk oppfølging av personer som hadde gjort selvmordsforsøk. Det ble utviklet et nært samarbeid mellom sykehusleddet i behandlingsskjeden og en kommunal/lokal ansvarsgruppe. Medarbeiderne i denne gruppen skulle hjelpe pasienten etter utskrivningen og finne oppfølgingstiltak hos allmennlege, ved psykiatrisk poliklinikk, sosialkontor, familievernkontor etc. (1).

I 1989 hadde WHO et ekspertmøte ("Consultation on strategies for Reducing Suicidal Behaviour in the European Region"). Her anbefalte WHO medlemslandene å starte nasjonale

forebyggende programmer innen suicidologi. I 1995 forelå mandat og retningslinjer fra Sosial og Helsedepartementet til en Handlingsplan mot selvmord. Handlingsplanen tar utgangspunkt i Bærumsmodellen. Det ble samtidig opprettet såkalte kompetansesentra ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Hensikten med disse sentra var å spre kunnskap om suicidalforebyggende arbeid, initiere prosjekter og sette i verk tiltak for å forebygge suicid hos enkeltpersoner og hos grupper. I tillegg skulle de også være direkte involvert i klinisk arbeid og veiledning (1).

Denne oppgaven tar sikte på å beskrive innleggelses med diagnosen selvmordsforsøk ved universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i tiden 1990 til 1995. Om mulig vil også utviklingstrenden i selvmordsforsøk for samme tidsrom bli beskrevet.

Materiale og metode

Begrepsavklaringer og definisjoner:

Det diagnostiske system ICD-9 (international classification of diseases, versjon 9) ble i Norge brukt frem til 1998 (ref 8). Det ble da erstattet med versjon 10 (ICD-10). Data for perioden undersøkelsen omfatter (1990-1995) ble kodet etter ICD-9.

Kodene E 950- E 958 omfatter *selvmord og villet egenskade*. Dette betyr at personen i sin agering hadde klare intensjoner om å skade seg selv eller ta sitt eget liv.

En av nestorene i norsk psykiatri, Nils Retterstøl, har definert selvmord slik; "Ved selvmord forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden" Selvmordsforsøk er definert av samme person slik; "Ved selvmordsforsøk forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skadene ikke har ført til døden" (4).

Kodene E 980- E 988 omfatter *skader der det er uklart om årsaken er et uhell eller er påført med hensikt*. Denne diagnosekategorien ligger nært opp til selvmord/selvmordsforsøk, og utgjør, sammen med kodene E 950- E 958 et diagnostisk område som har fått betegnelsen *parasuicid*. WHO definerer begrepet slik; "En ikke vanemessig handling med ikke dødelig utgang, som er initiert av individet selv i en forventning om slik ikkedødelig utgang, som forårsaker skade på en selv, eller som uten inngripen fra andre ville gjøre det, eller som består i å tilføre seg et medikament eller et stoff utover den dosen som er anerkjent som den terapeutiske, og der utgangen av vedkommende selv blir oppfattet avgjørende for å frembringe forandringer i forventningene og/ eller i sosiale forhold" (4).

Det er vanskelig å skille begrepet parasuicid fra begrepet selvmordsforsøk fordi det i ettertid kan være vanskelig å avgjøre hvor tilsiktet eller utilsiktet en ikke dødelig utgang var. Jeg har i min oppgave valgt å forholde meg til begrepet parasuicid som inkluderer alle typer av nonfatal suicidal agering uavhengig av pasientens motiver, intensjoner eller årsak for handling. Med andre ord, definisjonen av parasuicid er mer omfattende enn definisjonen for selvmordsforsøk, siden det inkluderer nonfatal suicidal oppførsel både med og uten intensjon til å dø (5).

Øvrige definisjoner.

Årstid er definert i perioder på 3 måneder og delt inn i vinter (desember, januar og februar), vår (mars, april og mai), sommer (juni, juli og august), og høst (september, oktober og november).

Skademodus er slått sammen til 4 grupper. Disse gruppene er; 1) Intox (forgiftning med fast eller flytende substans), 2) skjæring/stikking, 3) hopping/henging/drukning/skyting, 4) uspesifisert skademåte.

Datamateriale

Alle innleggelsene i perioden 1990- 1995 med ICD-9 diagnosekodene E950- E959 og E980- E989 er inkludert i materiale. Data ble hentet ut fra UNN`s database på bakgrunn av diagnosekode. I tillegg til diagnose, ble også følgende andre variabler registrert; innleggsdato og utskrivningsdato, eventuell dødsdato, alder, kjønn, sivilstatus, kommune og fylkesnummer. Videre ble antall re-innleggelser for studiepopulasjonen registrert for undersøkelsesperioden og suicidalmodus ble tydet fra diagnosenummer. Samtlige data var anonymiserte slik at navn og personnummer ikke var tilgjengelig, og undersøkeren hadde ikke tilgang til journalene.

Inklusjonskriterier

Samtlige innleggelser ved UNN i tiden 1.1.1990-31.12.1995 med diagnosekoder E950-E958 eller kodene E980-E988 og hvor personen som ble innlagt ved innleggelsen var mellom 15 og 90 år. Personer reinnlagt i undersøkelsesperioden er ikke ekskludert. Det vil således være flere innleggelser (270) registrert i perioden enn antall personer(234).

Eksklusjonskriterier

Alle som tilfredsstiller kriteriene overfor men som var under 15 år. Personer som var død ved innkomsten i UNN eller som døde i løpet av oppholdet ble også ekskludert.

Dataanalyse

Data ble manuelt overført til Excel og analyser og figurer er utarbeidet i SPSS

Enhet

Det er valgt å se på de forskjellige variablene med forskjellige enheter.

Temaene: Årsvariasjoner, reinnleggelser, liggetid, ukedag, diagnose og årstid ser på antall innleggelser totalt. (270 innleggelser)

Temaene: Kjønn, alder og sivilstand ser på antall pasienter. (231 personer)

Resultater

I alt 234 pasienter ble innlagt Regionsykehuset i Tromsø med diagnosen parasuicid i undersøkelsesperioden. Av disse ble 22 av pasientene reinnlagt med liknende diagnose i den samme perioden. Til sammen utgjør reinnleggelsene 36 innleggelser. Det totale antall innleggelser blir således 270.

Kjønn:

Det var flere menn enn kvinner innlagt i perioden (120 menn og 114 kvinner.), men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

(Figur 1)

Alderskategorier:

De fleste innleggelsene (33,3 %) skjedde i den yngste aldersgruppen (15-24 år). Det var noe flere kvinner i aldersgruppen 25-34 år, henholdsvis 28,9 % kvinner og 23,3% menn. I de øvrige aldersgruppene var det liten forskjell mellom kjønnene. Median alder hos pasientene var 30 år for begge kjønn. Gjennomsnittsalder for mannlige pasienter var 34,7 år, mens den var 34,2 år for kvinnene.

(Figur 2)

Sivilstand:

Til sammen 46,6 % av pasientene var ugifte ved innleggelsespunktet, og utgjorde derved den største enkeltkategorien i variabelen "sivilstand". Andelen gifte var 18,8% og andelen skilte/separerte var 14,5%. Gruppen enker/enkemenn utgjorde 3,4%. Hos 16,7% var det ikke oppgitt sivilstand.

(Figur 3)

Reinnleggelser:

22 av 234 personer (10%) ble reinnlagt med nytt parasuicid i undersøkelsesperioden. Andelen reinnleggelser var noe høyere for kvinner (10,5%) sammenliknet med menn (8,3%).

(Tabell 1)

Diagnoser:

Kvinner utførte suicidalforsøk med forgiftninger (89,4%) i større grad enn menn (70,3%). Menn brukte i større grad mer voldsomme metoder som skjæring, stikking, hopp fra store høyder, henging, skyting og drukning (26% av mennene i forhold til 10,6% av kvinnene).
(Figur 4)

Liggedager:

Ved mindre enn ett liggedøgn menes at pasienten er utskrevet samme dag som han/hun ble lagt inn. Hele 83,3% av kvinnelige pasienter og 68,3% av mennene var utskrevet etter 3 døgn.
(Figur 5)

Ukedager:

Kvinner hadde færrest innleggelser på mandager og fredager (11,4% på begge dagene) og flest på onsdager (18,2%).
Blant menn var det også på fredag man så den laveste andelen innleggelser(8%), mens det var flest innleggelser på mandager (20,3%).
(Figur 6)

Årstid:

Blant begge kjønn var det færrest innleggelser i vinter- og sommermånedene.
Flest innleggelser ble registrert på våren (30,4%).
(Figur 7)

Utvikling i perioden:

Antall innleggelser gikk ned fra 1990 til 1995. 1994 viste noe høyere innleggesantall enn både året før og året etter. Nedgangen i perioden er mest uttalt for menn.
(Figur 8)

Diskusjon

Metode:

Pasienter under 15 år ble ekskludert. Dette gjaldt ni personer på henholdsvis ett år, fire barn på to år, ett barn på sju år, ett på ti år, et på tolv år og ett på fjorten år. De yngste barna antas å ha fått feil diagnosekode idet det er tvilsomt om barn i denne alderen bevisst vil skade seg selv. De største barna kan ha gjort dette som villet egenskade. Jeg har likevel valgt å ekskludere også disse fordi andre sammenlignbare studier har gjort det samme (eks: Hjelmeland 1997).

De personer som var død ved innkomsten eller som døde i løpet av oppholdet, ble også ekskludert fra studien. Begrunnelsen for det ligger i det faktum at disse rent statistisk vil bli oppfattet som ekte suicid og ikke som parasuicid. De åtte personene med slik eksklusjonsgrunn representerte alle aldersgrupper fra 16 – 90 år, seks av dem var enten døde ved innkomsten eller de døde samme dag mens to personer levde i henholdsvis to og femten dager etter innleggelsen.

Representativitet/Utvalg:

Ett av problemene knyttet til denne studien er at den antar at alle pasienter som legges inn får riktig diagnose og E-kode. Det er også mulig at noen av pasientene har fått feil diagnosekode og derfor ikke skulle vært med i denne studien. En mulighet for å belyse dette problemet ville være å gå gjennom et større utvalg pasientjournaler for å kartlegge eventuelle feildiagnostiseringer, dette er ikke gjort. Sannsynligheten er stor for at dette materialet ikke omfatter alle som er lagt inn ved UNN for parasuicid. Det er stor sannsynlighet for at flere personer i helseregionen har begått parasuicid i tidsperioden for denne undersøkelsen, men at de ikke har blitt hospitalisert og dermed ikke registrert.

Hjelmeland (1997) angir en insidens i Sør-Trøndelag på ca 250/100000 (2). Med utgangspunkt i pasienter folkeregisterført i Tromsø kommune, skulle dette materiale (121 pasienter med adresse Tromsø, på seks år) gi en insidens på ca 40/100000. Årsaken til at det ikke ble sett på insidensen blant pasienter fra de andre kommunene er at helseregionen har flere lokalsykehus, hvor pasienter med parasuicid også kunne være innlagt. Pasienter med adresse i Tromsø har også UNN som lokalsykehus og vil sannsynligvis bli innlagt her.

Det er liten grunn til å tro at insidensen skulle være så mye lavere i Tromsø enn i Sør-Trøndelag. Insidensen ville kanskje vært noe høyere hvis en hadde medregnet militære, studenter og besøkende som oppholder seg i kommunen men som ikke er fast bosatt.

Kjønn:

Forholdstallet mellom menn og kvinner i denne studien er på 1,05:1. Dette avviker fra andre studier, hvor det som regel har vært flere kvinner enn menn som har blitt innlagt sykehus for suicidalforsøk. Hjelmeland (1997) viser til at det i lang tid har vært kjent at ratene for parasuicid har vært høyere for kvinner enn for menn, mens det er en høyere andel av menn som begår suicid (2).

Berntsen (1991) fant i Tromsø for perioden 1.juli 1989 til 1 juli 1990 et forholdstall mellom kvinner og menn på 1,43:1 (6). I Sør-Trøndelag ble det, som i denne studien, funnet en liten overrepresentasjon av mannlig parasuicid i 1994 (2). Wexler et al., viser at ulike studier i vesten, angir varierende forhold mellom kvinner og menn, forholdstallene varierer fra 1,4:1 til 4:1 i forskjellige studier (7).

Ett arbeide (8) fra 1979 antyder at blant aldersgruppen over 65 år er det nærmest ingen kjønnsforskjell. Dette stemmer godt med funnene i denne studien, hvor det er henholdsvis seks kvinner og seks menn over 65 år.

Alder:

Gjennomsnittsalder for de innlagte er 35 år, median alder er 30,5 år.

Hjelmeland beskriver for perioden 1990-1995 høyest andel parasuicid hos kvinner i aldersgruppen 35-44 år, nest høyest hos aldersgruppen 25-34 år, så den yngste aldersgruppen 15-25 år. I 1995 var det flest parasuicid i aldersgruppen 25-34 år, deretter aldersgruppa 35-44 år, på tredjeplass, den yngste aldersgruppen. Hjelmeland fant også lavest forekomst av suicidalforsøk blant de eldste kvinnene (2).

Heller ikke blant menn fant Hjelmeland det samme som dette materiale viser; at det er blant de yngste det er størst forekomst av parasuicid.

Årsaken til den store andelen unge i mitt materiale kan være på grunn av stor studentandel og flere militærforlegninger i regionen.

Sivilstand:

Blant de som foretar suicid er det iflg Retterstøl, Ekeberg og Mehlum (2002) de skilte og separerte som er mest utsatt. Andelen ugifte er den desidert største enkeltgruppen, men en stor gruppe (16,5%) med uoppgitt sivilstand gjør resultatene usikre. Gruppen gifte er større enn for skilte/separerte (1).

Når gruppen ugifte er såpass stor i denne studien kan en delårsak være at Tromsø er en universitetsby og har en relativ høy andel unge ugifte innbyggere. I følge Retterstøl, Ekeberg, Mehlum (2002) er det mange som mener at studenter er spesielt utsatt for selvdestruktiv atferd som følge av sterke krav til prestasjoner og selvstendighet (1). Troms fylke har også flere militærforlegninger med mange unge menn. Militært personell har tradisjonelt vært ansett som en høyrisikogruppe i forhold til suicidal adferd (1).

Det kan også være mange samboere blant de ugifte. Rygnestad (1990) fant for ugifte parasuicidpasienter i Trondheim, at en stor andel av disse bodde sammen med en partner på tidspunktet hvor parasuicidforsøket ble utført (9).

Det er tre ganger så mange enker som enkemenn i materialet, dette kan ha sammenheng med at flere kvinner enn menn overlever sin partner.

Det ser med andre ord ikke ut som at ekteskap er noen beskyttelsesfaktor mot parasuicidal atferd i Troms.

Reinnleggelser:

Henholdsvis 10,5% av kvinnene og 8,3% av mennene hadde flere enn en innleggelse i studieperioden. De fleste av disse hadde i tidsperioden to innleggelser, men 3 % av pasientene hadde mellom tre og seks innleggelser.

Fra psykiatrien er det kjent at noen pasientkategorier har gjentatte selvbeskadigelses episoder. Spesielt utsatt er pasienter med personlighetsforstyrrelser, og da særlig borderline personligheter. Det kan derfor være rimelig å anta at en del av reinnleggelsene består av pasienter fra denne gruppen.

Personer som har forsøkt parasuicid har høyere risiko for senere parasuicid og suicid (10). Sju av pasientene i denne studien er hos sykehuset registrert som døde i undersøkelsesperioden. Det er mulig at det er flere, men at de eventuelt øvrige ikke er registrert. Dødsdatoen spenner over en periode fra 4 dager til 18 måneder etter innleggelsen. Tatt i betraktning den økte

risikoen for suicid etter parasuicidforsøk, kan en ikke se bort fra at dette er suicid. Fire av disse personene var mellom 45 og 60 år, de øvrige var over 60 år. Blant disse sju pasientene var det en kvinne og seks menn.

Diagnose:

De fleste som blir innlagt i forbindelse med parasuicid har benyttet forgiftning som metode. I Sør-Trøndelag fant Hjelmeland og Bjerke (1996) at 91% av kvinnene og 83% av mennene hadde benyttet forgiftning, mens 6% av kvinnene og 13% av mennene hadde kuttet seg (11). I mitt materiale er det 89,4% av kvinnene og 70,3% av mennene som har benyttet forgiftning. For kvinnenens del stemmer tallene godt overens med funnene fra Sør-Trøndelag, men raten for menn i Troms som innlegges for intox er 12,7% lavere enn i Sør-Trøndelag. Det tyder på at flere menn i Troms har brukt mer dramatiske (determinante) metoder som henging, skyting, hopp og drukning. En årsak til dette kan være at fangstkulturen har vært en sentral kultur i Nord-Norge og at våpen dermed i større grad var tilgjengelig.

Liggetid

Mer enn 75% av pasientene som kom inn på grunn av parasuicid ble utskrevet etter 3 døgn. Vel 20% av disse ble skrevet ut samme dag som de kom inn. Menn hadde noe lenger liggetid enn kvinner. Dette synes rimelig da menn i større grad enn kvinner har brukt mer dramatiske metoder. Berntsen (1991) fant i sin undersøkelse at 80% av pasientene var utskrevet etter tre dagers liggetid. Berntsen fant samtidig at halvparten var utskrevet etter en dag (6). Dette samsvarer i stor grad med mine funn. Våre undersøkelser overlapper også delvis hverandre i tid.

Ukedag

Det ser ut til at fredag skiller seg markant ut fra de øvrige dagene med færrest innleggelser. Berntsen (1991) fant i sitt materiale færrest innleggelser på lørdager og flest på tirsdager (6).

Hjortsjø (1983) fant i Stockholm at det var mindre selvmord på tirsdager enn på ukens øvrige dager (12). Berntsens resultater er fra ett års undersøkelse mens denne undersøkelsen dekker seks år. Sett at mitt materiale omfatter en yngre populasjon, hvor fredag for disse kan sees på som "håpets dag". Helgen innledes med de muligheter dette måtte innebære.

Årstid

Den laveste frekvensen av parasuicid i Tromsø var i vinter- og sommermånedene, den var noe høyere på høsten, mens det var våren som hadde den høyeste forekomsten. Berntsen (1991) fant flest innleggelses på høsten og færrest på våren (6). Hjortsjø (1983) fant i Stockholm lavest selvmordsfrekvens om vinteren med topp på våren (12). I følge Retterstøl, Ekeberg og Mehlum (1) så viser de fleste statistikker at selvmordshyppigheten er lavest i de mørkeste vintermånedene, for gradvis å øke utover våren til toppen nås i mai/juni. Dette samsvarer med denne undersøkelsen, om en kan sammenlikne suicidgruppen med parasuicidgruppen. Det interessante er at man også finner dette i Australia, men her i tiden før jul, som er deres forsommer (1). Det kan således se ut som at lokale klimavariasjoner og lokale forhold har lite med den økte frekvensen å gjøre, men at det er universelle faktorer ved våren som fører til flere suicid/parasuicid. Retterstøl, Ekeberg, Mehlum lanserer en hypotese om at når livskreftene våkner og folk søker ut igjen om våren og sommeren, vil den ensomme og isolerte lettere bli konfrontert med sin situasjon (1). Tromsø har en stor studentpopulasjon, og våren faller ofte sammen med eksamener, stress knyttet til dette kan også være en delårsak til den økte parasuicidfrekvensen på våren.

Utvikling i perioden 1990 tom. 1995

Antallet innleggelses ved UNN sank i løpet av perioden fra 75 i 1990 til 27 i 1995. Dette samsvarer med andre undersøkelser gjort i Norge i samme periode. Hjelmeland 1997 fant at antallet i Sør-Trøndelag hadde gått ned i perioden 1989 til 1995. I Hjelmelands studie var det spesielt blant kvinner at nedgangen var stor (2). I mitt materiale var dette litt mer svingende blant kvinnene. Det var færre innleggelses for kvinner i 1993 og 1995 (henholdsvis 14 i 1993 og kun 6 i 1995) enn i 1994 (23 kvinner). Nedgangen var mer markant blant mennene (41 i 1990 til 17 i 1995).

Også selvmordsfrekvensen gikk ned i den samme perioden i Norge. Selvmordsraten var 16,8 i 1988, den høyeste registrerte noen sinne. Etter dette hadde vi frem til 1999 en reduksjon på 25% i selvmordsraten (1).

Det kan se ut som om nedgangen begynte før den nasjonale Handlingsplan mot selvmord ble etablert i 1995.

Konklusjon

I dette materialet finner jeg at forekomsten av parasuicid er størst blant de unge (15-25 år). Det ser ut som om det har vært en betydelig reduksjon i antall pasienter innlagt for parasuicid ved UNN i perioden 1990 – 1996. Denne reduksjonen ser ut til å ha kommet i forkant av den nasjonale tiltaksplanen som kom i 1995.

Referanseliste

1. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. Selvmord. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2002.
2. Hjelmeland H. Parasuicide: General Epidemiology and Prediction of Repetition of Suicidal Acts with Special Reference to Intentions and Sex Differences. Doctoral dissertation, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim 1997.
3. ICD-9. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Norsk utgave, Oslo 1986.
4. Retterstøl N. Selvmord. Universitetsforlaget, Oslo 1995.
5. Kreitmann N. Parasuicide. John Wiley & sons, London 1977
6. Berntsen G. Oppfølging av pasienter innlagt etter selvmordsforsøk v/RST. Medisinstudiet v/ Universitetet i Tromsø, Tromsø 1991
7. Wexler L, Weissman MM, Kasl SV. Suicide attempts 1970-75: updating a United States study and comparisons with international trends. *British Journal of Psychiatry* 1978; 132:180-5.
8. Shicor D, Berrigman S. Patterns of suicide among the elderly in Israel. *Gerontologist* 1979; 19: 487-95.
9. Rygnestad T. Deliberate self-poisoning in Trondheim. Doctoral dissertation, University of Trondheim, Faculty of Medicine, Trondheim 1990.
10. Dahl A, Eitinger L, Malt U, Retterstøl N. Lærebok i Psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2000.
11. Hjelmeland H, Bjerke T. Parasuicide in the country of Sør-Trøndelag, Norway: General epidemiology and psychological factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996; 31: 272-83.
12. Hjotsjö T. Själv mord i Stockholm- en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. NHV rapport no.4, 1983. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg 1983.

Fig.1. Innleggelser 1990-95 fordelt på kjønn

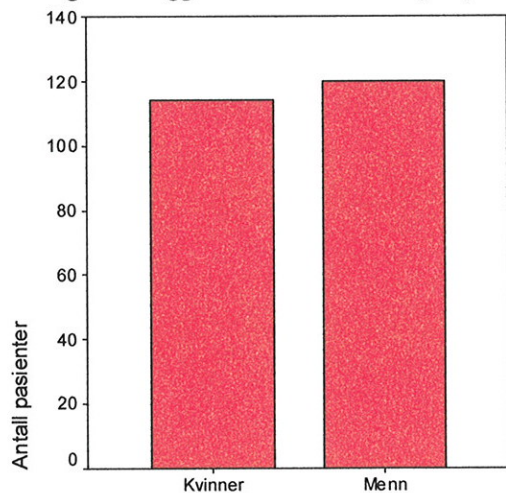


Fig. 2. Aldersgrupper

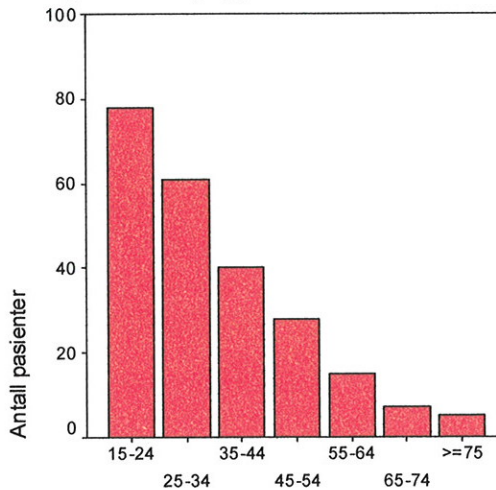


Fig. 3. Sivilstand

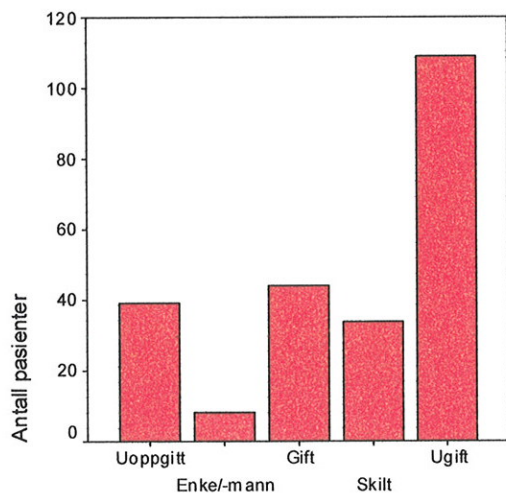


Fig.4. Innleggelse i.h.t.diagnosegrupper

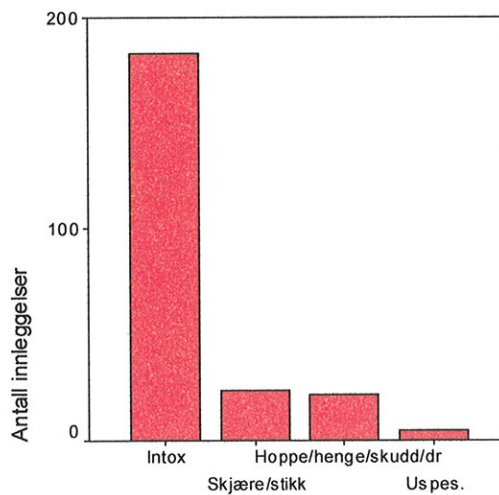


Fig.5 Antall liggedøgn

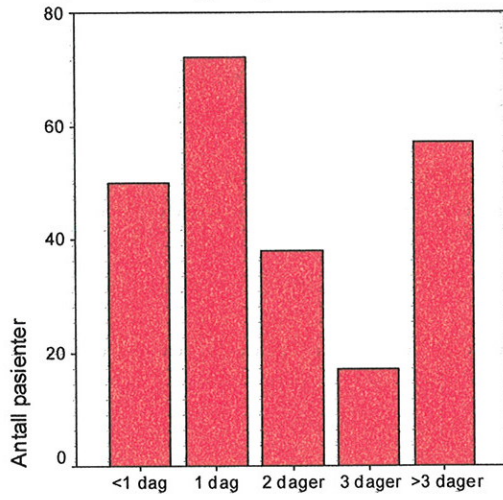


Fig.6. Innl. i forhold til ukedag

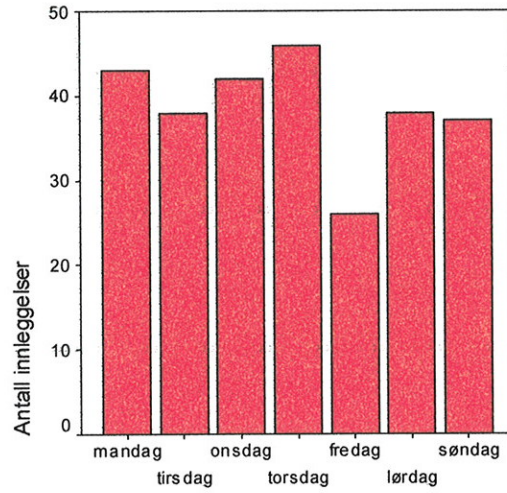


Fig.7. Innleggelse i.h.t årstid

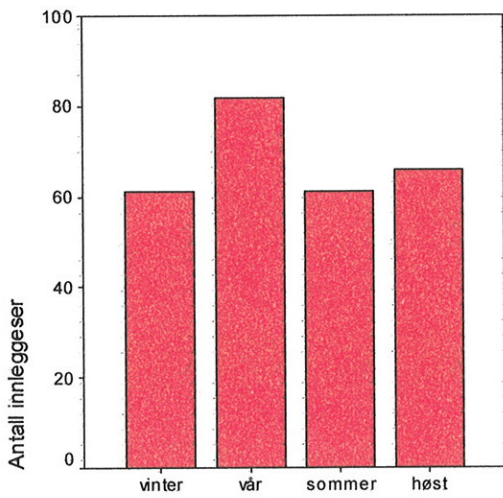
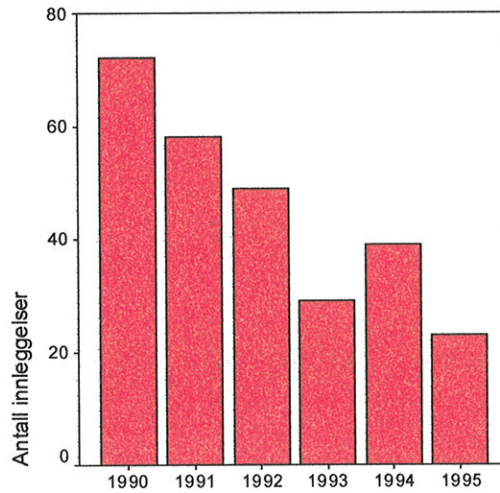


Fig.8. Innleggelse i perioden 1990-95



Tabell 1. Reinnleggelser i studieperioden.

Antall innleggelser

	1	2	3	4	5	6
Kvinner	102	8	2	2	-	-
Menn	110	7	1	-	1	1