

# Sjálfsvígstilraunir meðhöndlaðar á gjörgæsludeildum Landspítala árin 2000-2004

## Ágrip

**Kristinn Örn Sverrisson**<sup>1, 2</sup>

í sérnámi í svæfinga- og gjörgæslulækisfræði

**Sigurður Páll Pálsson**<sup>3</sup>

geðlæknir

**Kristinn Sigvaldason**<sup>1</sup>

svæfinga- og gjörgæslulæknir

**Sigurbergur Kárason**<sup>1, 4</sup>

svæfinga- og gjörgæslulæknir

**Tilgangur:** Að kanna afdrif þeirra sem þarfnast innlagnar á gjörgæslu eftir alvarlega sjálfsvígstilraun.

**Aðferðir:** Aftursæ rannsókn á innlögnum á gjörgæsludeildir Landspítala vegna alvarlegra sjálfsvígstilrauna árin 2000-2004.

**Niðurstöður:** Innlagnir vegna alvarlegra sjálfsvígstilrauna voru 251 (4% allra innlagna, 61% konur, 39% karlar, meðalaldur 36 ár ± 14). Tíu prósent lögðust inn oftast en einu sinni og 61% höfðu áður gert alvarlega sjálfsvígstilraun. Inntaka lyfja var algengasta aðferðin (91%) og oftast voru notuð bensódíazepín. Meðferð í öndunarvél þurftu 27% sjúklinga og algengasti fylgikvillinn var lungnabólga. Í kjölfarið voru 36% sjúklinga lagðir inn á geðdeild en 80% fengu eftirfylgd innan geðheilbrigðiskerfisins. Algengasta geðgreining var fíkn (43%). Stór hluti sjúklinga voru frásildir eða einhleypir og atvinnuþátttaka lítil. Þrjú prósent sjúklinga lést af völdum alvarlegra sjálfsvígstilrauna og á 3-7 ára eftirfylgdartímabili lést 21 sjúklingur (10%), flestir fyrir eigin hendi. Í aðhvarfsgreiningu höfðu einungis fjöldi inntekinna taflna, APACHE II gildi og fjöldi sjúkdómsgreininga forspárgildi varðandi horfur sjúklinga.

**Ályktun:** Þetta er ungur sjúklingahópur, meirihluti konur, endurteknar alvarlegar sjálfsvígstilraunir eru algengar, félagslegar aðstæður erfiðar og dánartíðni há þrátt fyrir að hátt hlutfall fái eftirfylgd innan geðheilbrigðiskerfisins. Það vekur spurningar um hvort meðferðarúrræði sem í boði eru séu nægjanlega árangursrík.

## Inngangur

Sjálfsvíg og sjálfsvígshæðun eru talin vera alvarlegt lýðheilsuvandamál um heim allan.<sup>1</sup> Á Íslandi eru sjálfsvíg í tíunda sæti sem dánarorsök allra aldurshópa<sup>2</sup> og fjöldi sjálfsvígna er 10-13 tilfelli á hverja 100 þúsund íbúa á ári<sup>2-6</sup> sem er svipað og í Noregi en nokkru lægra en í Danmörku, Svíþjóð og Finnlandi, sem hefur haft hæstu tíðni Norðurlandanna.<sup>4, 5</sup> Sjálfsvígstilraunir eru taldar 3-40 sinnum fleiri en sjálfsvíg<sup>1, 3, 7</sup> en tilraun til

sjálfsvígna er talin vera sá áhættuþáttur sem hefur hvað sterkust tengsl við síðara sjálfsvíg.<sup>1, 8</sup> Karlar eru taldir í meiri sjálfsvígshættu eftir sjálfsvígstilraun en konur og einnig miðaldra og eldri fólk miðað við yngri einstaklinga.<sup>9, 10</sup>

Árlega koma um 500 manns á bráðadeildir Landspítala vegna sjálfsvígstilrauna eða sjálfskaða.<sup>11</sup> Sjálfsvígstilraun í bókstaflegasta skilningi er verknaður af ásettu ráði þar sem einstaklingur hefur ætlað að stytta sér aldur, en markmiðið ekki náðst. Það geta verið mismunandi ástæður á bak við slíkan verknað, en í öllum tilvikum knýr neyð, uppgjöf, kreppa eða sambærilegt hættuástand fram neyðarkall. Sjálfsvígstilraunum er því stundum skipt í þrjá flokka: a) raunverulegur ásetningur að deyja, b) hróp á hjálp, og c) tilraun til að hafa áhrif á umhverfið eða tilraun til athygli.<sup>8, 12</sup> Það ber þó ávallt að taka verknaðinn alvarlega og nýta tækifærið til að beita forvörnum gagnvart síðara sjálfsvígna.

Ekki hefur verið framkvæmd rannsókn áður hér á landi á þeim hópi sjúklinga sem gerir alvarlegustu tilraunirnar, lifir af og þarfnast innlagnar á gjörgæsludeild. Markmið þessarar rannsóknar var að fá betri upplýsingar um sjúklingahópinn, hvaða meðferð hann hlaut á gjörgæsludeild og hver urðu afdrif einstaklinga innan hans. Að auki var leitað eftir þáttum sem mögulega hefðu forspárgildi varðandi lifun þeirra.

## Efniviður og aðferðir

Að fengnu leyfi Persónuverndar og Vísindasíðanefndar var farið yfir allar innlagnir á gjörgæsludeildir Landspítala tímabilið 2000-2004 og safnað upplýsingum um alla þá sjúklinga sem lagðir voru inn vegna sjálfsvígstilraunar. Leitað var upplýsinga úr skrá gæsludeilda varðandi aðdraganda og tegund sjálfsvígstilraunar, helstu meðferð og afdrif einstaklinga. Til mats á líkamlegu ástandi sjúklinga við komu var stuðst við APACHE II stigunarkerfi<sup>13</sup> (stig gefin fyrir meðvitund, lífsmörk, fyrri sjúkdóma og niðurstöður blóðrannsóknna fyrsta sólarhring eftir innlögnum). Upplýsingum var einnig safnað úr skrá

**Lykilorð:** sjálfsvígstilraun, sjálfsvíg, lyfjaeitrun, gjörgæsla, geðvernd.

<sup>1</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala,

<sup>2</sup>háskólasjúkrahúsinu í Lundi, Svíþjóð, <sup>3</sup>geðdeild Landspítala, <sup>4</sup>læknadeild HÍ.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigurbergur Kárason, svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala.

skarason@landspitali.is

geðdeildar um geðgreiningu, félagslega stöðu, eftirfylgni og afdrif. Gögn frá gjörgæsludeild og geðdeild voru sambætt til að leita að þáttum sem gætu haft forspárgildi um horfur sjúklinga. Kannað var í þjóðskrá hvort einhverjir innan hópsins hefðu látist á rannsóknartímabilinu.

Til að kanna félagslegar aðstæður var fundinn samanburðarhópur í gögnum Hagstofu Íslands. Stuðst var við gagnagrunnana „Mannfjöldi eftir kyni, aldri og hjúskaparstétt 1998-2008“,<sup>14</sup> „Atvinnuþátttaka, atvinnuleysi, vinnutími og fjöldi starfandi - árstölur 1991-2007“<sup>15</sup> og „Fjöldi bótaþega og bótagreiðslur vegna félagslegrar aðstoðar 1994-2007“.<sup>16</sup> Tölfræðileg greining var gerð með forritinu SPSS 12.0 (SPSS Inc.233 South Wacker Drive, 11th Floor Chicago, IL 60606-6412). Niðurstöður eru sýndar sem meðaltöl og staðalfrávik ( $\pm$ ), eða miðgildi og hæsta og lægsta gildi þar sem við á. Tölfræðileg marktækni var könnuð með Fischer exact test og miðað við  $p$ -gildi  $<0,05$ . Aðhvarfsgreining (Cox proportional hazard regression) var notuð til að finna hvaða breytur höfðu forspárgildi varðandi lifun. Var einstaklingum fylgt eftir frá fyrstu komu á gjörgæsludeild til 1. janúar 2007.

## Niðurstöður

### Sjúklingahópurinn

Á árunum 2000-2004 var 251 innlögn 224 einstaklinga vegna sjálfsvígstílauna á gjörgæsludeildir Landspítala. Þetta voru 4% heildarfjölda innlagna eða 6% (185) innlagna í Fossvogi og 2% (66) innlagna á Hringbraut. Meðalfjöldi innlagna á ári vegna sjálfsvígstílauna er því  $50 \pm 10$ . Konur voru í meirihluta eða 61% (152), en karlmenn 39% (99). Tíu prósent (22) sjúklinganna voru lagðir inn oftar en einu sinni á tímabilinu (2-4 innlagnir) vegna endurtekinnar sjálfsvígstílaunar. Níu prósent (12) kvennanna stóðu fyrir 25 komum og 11% (10) karlanna stóðu fyrir 23 komum. Meðalaldur hópsins var 36 ár  $\pm$  14 og var hann svipaður milli kynja, 37 ár (13-79) fyrir konur en 36 ár (13-73) fyrir karla ( $p=0,46$ ). Meðaltal APACHE II stigunar var  $11,4 \pm 7$  fyrir hópinn. Stór hluti eða 61% höfðu áður reynt sjálfsvíg, 63% kvenna og 57% karla.

Til samanburðar voru á rannsóknartímanum lagðir inn að meðaltali  $1213 \pm 125$  sjúklingar á gjörgæsludeildir Landspítala á ári,  $609 \pm 38$  á Hringbraut og  $604 \pm 57$  í Fossvogi. Öndunarvélarmedferð þurftu 46% sjúklinga, meðalaldur var  $56 \pm 22$  ár, karlar 56% og konur 44% og dánarhlutfall 9,1%. Meðaltal APACHE II stigunar á gjörgæsludeild í Fossvogi var  $11,8 \pm 8$ .

### Tegund sjálfsvígna

Sjálfsvígstílaun var oftast gerð með inntöku lyfja eða í 91% (227) tilfella. Voru bensódíazepín algengustu lyfin (47%), fylgt á eftir með þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum (tafla I). Meirihluti sjúklinga eða 67% (151) notuðu fleiri en eitt lyf. Aðrar aðferðir voru notaðar í 9% (23) tilfella, svo sem hending, kolmonóxíðeitrun, fall, drukknun, eggvopn og kemísk efni. Konur tóku lyf í 96% tilfella (145) samanborið við 83% karla (82). Karlar völdu oftar beinskeyttari aðferðir eða í 17% (17) tilfella en konur 4% (6) ( $p=0,001$ ). Að frátöldum lyfjæitrunum var hending algengasta aðferðin eða í 3% (7) tilfella. Meirihluti einstaklinga eða 56% (141) var undir áhrifum áfengis þegar sjálfsvígstílaunin var framkvæmd.

### Meðferð á bráðamóttöku

Hjá 29% (72) sjúklinga reyndist koma á bráðamóttöku vera innan einnar klukkustundar frá inntöku lyfja, hjá 44% (110) eftir lengri tíma en eina klukkustund frá inntöku en í 27% (69) tilfella var tími frá inntöku ekki þekktur. Magaskolun ásamt gjöf lyfjakola var framkvæmd í tæplega helmingi tilfella í hverjum þessara þriggja hópa, í 46% (33) tilfella þeirra sem komu innan einnar klukkustundar frá inntöku, í 47% (52) tilfella þeirra sem komu seinna en einni klukkustund eftir inntöku og í 39% (27) tilfella þeirra þar sem tími frá inntöku var óþekktur.

Barkapræðing var framkvæmd við komu hjá 23% (57) sjúklinga. Af þeim sem komu innan einnar klukkustundar frá inntöku lyfja voru 26% (19) sjúklinga barkapræddir en af þeim sem komu seinna en einni klukkustund eftir inntöku voru 21% (23) barkapræddir og af þeim sem höfðu óþekktan tíma frá inntöku lyfja voru 22% (15) barkapræddir við komu.

### Gjörgæslumedferð

Á gjörgæsludeild voru allir sjúklingar vaktaðir á hefðbundinn hátt með hjartarafsjá, súrefnismettunarmæli og tíðum blóðþrýstingsmælingum. Frekari vöktun með stöðugri blóðþrýstingsmælingu og töku blóðgasa gegnum slagæðanál fengu 50% sjúklinga (126), 6% sjúklinga (16) fengu miðbláæðarlegg og 3% (5) lungnaslagæðarlegg.

Eftir komu á gjörgæsludeild voru til viðbótar 5% sjúklinga (13) barkapræddir. Alls þurftu 67 sjúklingar eða 27% meðferð í öndunarvél en 1% (3) sjúklinga önduðu nægjanlega sjálfir eftir barkapræðingu og þurftu ekki stuðning af öndunarvél. Miðgildi á tíma í öndunarvél var 13 klst (1 klst-32 dagar) en meðaltími í öndunarvél var  $56 \pm 122$  klst. Miðgildi gjörgæsludvalar var 19

klst (2 klst-35 dagar) en meðaltal gjörgæsludvalar  $41 \pm 81$  klst.

Lungnabólga var algengasti fylgikvillinn meðan á gjörgæslumeðferð stóð eða hjá 16% (41) sjúklinga. Brátt andnauðarheilkenni (acute respiratory distress syndrome) fengu 2% (4) sjúklinga og 3% (7) sjúklinga þurftu blóðskilun, þar af 2% (5) vegna lyfjæitrunarinnar en 1% (2) vegna nýrnabilunar.

Eitt prósent (3) sjúklinga hlutu viðvarandi heila-skaða og ½% (1) sjúklinga þurftu lifrarigræðslu. Hjá 2% (5) sjúklinga var gerð magaskolon og gefin lyfjakol á gjörgæsludeild en hjá 17% (43) sjúklinga var haldið áfram með gjöf lyfjakola sem byrjað var með á bráðamóttöku. Önnur veitt meðferð var natríumbíkarbónat dreypi (13%), naloxón/flumasenil (9%), acetylcystein dreypi (10%), sýklalyf (24%) og hjarta- og æðavirk lyf (13%) en 27% (67) þurftu aðeins venjubundna vöktun.

#### Afdrif sjúklinga eftir útskrift af gjörgæslu

Meirihluti sjúklinga eða 54% (134) voru lagðir inn á lyflækningadeildir eftir útskrift af gjörgæsludeildum, 17% (43) fóru beint til innlagnar á geðdeild en 11% (28) fóru beint heim eftir viðtal við geðlækni (tafla II) og var þeim flestum fylgt eftir á göngudeild geðdeildar. Eftir útskrift af almennum legudeildum spítalans voru 19% (46) sjúklinga lagðir inn á geðdeild. Af heildarhópnum voru því 36% (88) sjúklinga lagðir inn á geðdeild en 34% (84) var fylgt eftir á göngudeild eða á einkastofu geðlæknis (tafla III). Ekki liggja fyrir allar upplýsingar um lengd eða eðli eftirfylgdarinnar. Geðlæknar slepptu hendi af alls 12 (5%) sjúklingum þar sem viðkomandi hafnaði frekara eftirliti og geðlæknir taldi ekki þörf á meðferð. Alls hlutu því um 80% eftirfylgd innan geðheilbrigðiskerfisins.

#### Geðgreiningar

Algengasta aðalgeðgreining sjúklinga var fíkn eða hjá 43% (108) hópsins. Næst kom þunglyndis- og kvíðaraskanir hjá 23% (tafla IV). Eingöngu er talin upp aðalgeðgreining en flestir sjúklingar höfðu tvær til fjórar geðgreiningar. Séu geðgreiningar lagðar saman og skoðaðar fyrir hvern einstakling breytist myndin talsvert. Algengust er þá greining þunglyndis- og kvíðaraskana í 66% tilfella, fíkn í 64% tilfella, persónuleikaraskanir 32%, geðklofi eða geðklofalík einkenni 10%, svörun við streitu og aðlögunarraskanir 9%, geðhvörf 7%, flogaveiki eða flog 7% og átraskanir 5%.

#### Félagslegar aðstæður

Þegar félagslegar aðstæður þeirra sem reyna alvarlegar sjálfsvígstíllraunir eru bornar saman

við almennt þýði samkvæmt tölum frá Hagstofu sést að talsvert færri karlar eru í hjónabandi eða sambúð, stór hluti þeirra fráskilinn og mun fleiri eru einhleypir (tafla V). Heldur fleiri konur en karlar eru í sambúð en stór hluti fráskildar eða einstæðar. Þegar atvinnuþátttaka hópsins er könnuð sést að talsvert færri eru starfandi, mun fleiri á bótum og atvinnuleysi er mun algengara en hjá almennu þýði (tafla VI).

#### Lifun

Af 224 sjúklingum létust 7 meðan á sjúkrahúsdvöl stóð eða 3%. Fimm þeirra (2%) létust á gjörgæsludeild og tveir (1%) á lyflækningadeildum. Eftir útskrift af spítala var 216 (99%) fylgt eftir að meðaltali í 4,1 ár (31 dagur-7 ár) en ekki var vitað um afdrif eins útlendings. Á þeim tíma lést 21 sjúklingur (10%), 10 karlar og 11 konur. Níu létust á fyrsta ári, 5 á öðru og 6 á þriðja ári frá dvöl á gjörgæsludeild. Aðeins einn sjúklingur lést eftir það, kona á sjötta ári eftirfylgdar.

Í sjúkraskrá kom fram að hjá þeim 21 sem lést á tímabilinu féllu 17 fyrir eigin hendi, hjá tveim var erfitt að ráða hvort andlát hefði orðið vegna slysfara eða sjálfsvígs og tveir virtust andast af náttúrulegum orsökum.

#### Þættir með forspárgildi

Í aðhvarfsgreiningu þar sem tekið var tillit til aldurs, kyns og eftirskoðunartíma spáði fjöldi inntekinna taflna (meðaltal 109 miðgildi 88, bil 3-690), OR = 1,004 95% CI 1,000-1,008 ( $p=0,029$ ), APACHE II gildið (miðgildi 12, meðalgildi 19, spönn 0-35), OR = 1,070 95% CI 1,002-1,142 ( $p=0,045$ ) og fjöldi almennra sjúkdómsgreininga (annarra en geðgreininga), OR = 1,22 95% CI 1,007-1,481 ( $p=0,042$ ) (meðalgildi 1,4; meðgildi 1,0; spönn 0-12) fyrir um áhættu á dauða eftir fyrstu komu á gjörgæslu.

Kyn, aldur, meðvitund við komu, þörf á öndunarvélarmeðferð, tími frá tilraun, félagsstaða, fyrri fjöldi sjálfsvígstíllrauna og aðalgeðgreining voru þættir sem einnig voru rannsakaðir en enginn þessara þátta hafði marktækt forspárgildi. Þó að aðalgeðgreining hefði ekki forspárgildi fyrir lifun sýndi það sig að einstaklingar með geðklofa og geðhvörf höfðu hæst dánarhlutfall á eftirskoðunartíma (23% af geðklofahópi og 18% úr geðhvarfahópi dóu á eftirskoðunartímabili). Hins vegar höfðu einstaklingar með þunglyndis- og kvíðaraskanir lægri dánarlíkur (2%).

#### Umræða

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar eru 4% allra innlagna á gjörgæsludeildir Landspítala

**Tafla I.** Algengustu lyfin notuð við lyfjæitrun, oft notuð lyf úr fleiri en einum lyfjaflokk (n = 227 komur).\*

| Lyfjaflokkur               | Hlutfall (fjöldi) |
|----------------------------|-------------------|
| Bensodíazepín              | 47% (106)         |
| Þríhringlaga geðdeyfðarlyf | 26% (59)          |
| SSRI/SNRI                  | 21% (47)          |
| Hefðbundin geðrofslyf      | 17% (38)          |
| Parasetamol og skyld lyf   | 17% (38)          |
| Antihistamín               | 16% (36)          |
| Óhefðbundin geðrofslyf     | 14% (32)          |

\* Önnur aðferð en lyf notuð í 23 tilfellum, ófullnægjandi upplýsingar í einu tilfalli.

**Tafla II** Afdrif sjúklinga eftir útskrift af gjörgæslu (n=246).\*

| Afdrif                               | Hlutfall (fjöldi) |
|--------------------------------------|-------------------|
| Innlögn á lyflækningadeild           | 54% (134)         |
| Innlögn á geðdeild                   | 17% (43)          |
| Útskrift heim                        | 11% (28)          |
| Innlögn á barnadeild                 | 7% (16)           |
| Innlögn á barna- og unglingsgeðdeild | <1% (1)           |
| Innlögn á skurðeild                  | 1% (3)            |
| Útskrift gegn vilja læknis           | <1% (1)           |
| Upplýsingar vantar í sjúkraskrá      | 8% (20)           |

\* Fimm sjúklingar létust á gjörgæslu.

**Tafla III.** Eftirfylgd sjúklinga eftir útskrift af gjörgæslu og almennum deildum (n=244).\*

| Tegund eftirfyldar                   | Hlutfall (fjöldi) |
|--------------------------------------|-------------------|
| Innlögn á geðdeild                   | 36% (88)          |
| Göngudeild                           | 24% (59)          |
| Einkastofa geðlæknis                 | 10% (25)          |
| Eftirfylgd talin óþörf**             | 5% (12)           |
| Innlögn á barna- og unglingsgeðdeild | 4% (9)            |
| Áfengismeðferð                       | 3% (8)            |
| Heimilislæknir                       | 2% (4)            |
| Sálfræðingur                         | 2% (4)            |
| Engin eftirfylgd                     | 1% (2)            |
| Annað                                | 1% (2)            |
| Upplýsingar vantar í sjúkraskrá      | 13% (31)          |

\* Alls létust 7 sjúklingar á sjúkrahúsi (5 á gjörgæslu og 2 á almennum deildum).

\*\* Sjúklingur hafnaði eftirfylgd og geðlæknir taldi hana óþarfa.

vegna sjálfsvígstílauna. Dánartíðni þessa hóps á sjúkrahúsi er umtalsverð (3%) miðað við meðalaldur hans. Sjálfsvígstíðni er há innan hópsins á næstu árum eftir útskrift af sjúkrahúsi (10%) þó svo að meirihluti hans (80%) hljóti eftirfylgd innan geðheilbrigðiskerfisins.

#### Sjúklingahópurinn

Að meðaltali leggjast 50 einstaklingar á ári inn á gjörgæsludeildir Landspítala vegna alvarlegrar sjálfsvígstílaunar. Sjúklingahópurinn er tiltölu-

lega ungur (36 ár ± 14) og konur eru í meirihluta (61%) sem er andstætt því sem gerist almennt á gjörgæsludeildum.<sup>17</sup> Þetta er í samræmi við nýlega rannsókn á alvarlegum sjálfsvígum í Finnlandi þar sem litið var á alla þá sem þurftu á sjúkrahúsvist að halda eftir sjálfsvígstílaun.<sup>1</sup>

Mjög hátt hlutfall hópsins (61%) hafði áður gert sjálfsvígstílaun og var það nánast jafnt meðal karla og kvenna sem bendir til þess að þessi hópur sé frábrugðinn hinum almenna hópi sem kemur á bráðamóttöku vegna sjálfsskaða.<sup>8, 10</sup> Í áður nefndri rannsókn hafði 21% hópsins sögu um fyrri tílaun en þetta gæti skýrst á mismunandi inntökuskilyrðum í rannsóknunum.<sup>1</sup> Í finnsku rannsókninni voru kannaðar allar innlagðar sjálfsvígstílaunir en í þessari rannsókn einungis sá hópur sjálfsvígstílauna sem þurfti meðferð á gjörgæsludeild og ætla má að hópurinn í þessari rannsókn hafi því gert alvarlegri og ákveðnari tílaun.

Af hópnunum lögðust 10% aftur inn á gjörgæsludeild á rannsóknartímabilinu vegna endurtekinnar tílaunar. Samrýmist það niðurstöðum annarra rannsókna en talið er að þeir sem reynt hafa sjálfsvíg séu í áhættu að sýna áfram sjálfsvígshæðun (12-30%) og sú áhætta sé aukin sérstaklega á fyrsta ári eftir sjálfsvígstílaun.<sup>1, 8, 18</sup>

#### Tegund sjálfsvígstílauna

Inntaka lyfja var algengasta aðferðin við sjálfsvígstílaunina (91%). Þau lyf sem mest voru notuð reyndust bensodíazepín, þríhringlaga geðdeyfðarlyf og síðan nýrri þunglyndislyf sem er í samræmi við aðrar rannsóknir.<sup>1, 19-21</sup> Byggist þetta val væntanlega á aðgengi lyfja í umhverfi sjúklingsins. Líklegast hafa þau lyf verið notuð sem lækningar hefur skrifað upp á vegna meðferðar enda 61% með sögu um fyrri sjálfsvígstílaun og væntanlega verið til meðhöndlunar hjá læknum. Það er því óhægt um vik að fjarlægja þennan orsakavald úr umhverfinu. Draga má þó úr honum með því að taka upp lyfjaskömmtun eða ávísa sem lægstum skammti hverju sinni. Þetta ber að íhuga í hverju tilviki eftir sjálfsvígstílaun.

Karlar notuðu oftast beinskeyttari og alvarlegri aðferðir sem einnig er þekkt annars staðar frá.<sup>3</sup> Þetta er einnig í samræmi við að karlar á Íslandi nota oftast skotvopn en konur lyf í staðfestum sjálfsvígum.<sup>4</sup> Riflega helmingur sjúklingsanna (56%) var undir áhrifum áfengis þegar sjálfsvígstílaunin var gerð en áfengisvíma er þekktur áhættuþáttur fyrir bæði sjálfsvígstílaunir og sjálfsvíg.<sup>22</sup>

#### Meðferð á bráðamóttöku

Það vekur athygli hve stór hluti sjúklinga fær magaskolon þrátt fyrir að hafa tekið lyfin inn

meira en einni klukkustund fyrir komu eða ekki sé vitað um hvenær þeir tóku lyfin. Leiðbeiningar síðustu ár hafa bent á takmarkaða gagnsemi magaskolonar, lítinn klínískan árangur<sup>23, 24</sup> og engan mun á dánartíðni.<sup>25</sup> Jafnvel hefur verið sýnt fram á auknar líkur á ásvelgingu og innlögnum á gjörgæsludeild.<sup>26</sup>

#### Meðferð á gjörgæsludeild

Um þriðjungur sjúklinga þurfti einungis hefðbundna vöktun og hefði hugsanlega mátt vakta annars staðar en á gjörgæsludeild. Annar þriðjungur þurfti meðferð í öndunarvél og var það í flestum tilfellum vegna skertrar meðvitundar og öndunar vegna inntöku lyfja. Er það í samræmi við stuttan miðgildistíma í öndunarvél (13 klst) og veru á gjörgæsludeild (19 klst). Ásvelging vegna skertrar meðvitundar skýrir sennilega algengi lungnabólgu (16%). Um 5% sjúklinganna hlaut mjög alvarlegar aukaverkanir af völdum eitrunarinnar og þurftu flókna gjörgæslumeðferð. Stærsti hluti sjúklinga eftir sjálfsvígstilraun fer því í gegnum gjörgæsludvöl án verulegra eftirkasta.

#### Afdrif sjúklinga eftir gjörgæsludvöl

Ávallt er leitað samráðs við geðlækna áður en sjúklingur sem gert hefur sjálfsvígstilraun útskrifast af gjörgæsludeild en mat geðlæknis fer þó stundum fram eftir að sjúklingar hafa verið fluttir á almenna legudeild. Um 80% sjúklinganna útskrifuðust á aðrar deildir sjúkrahússins af gjörgæsludeild en 11% útskrifuðust heim og þá alltaf í samráði við geðlækna (tafla II). Eftir að líkamlegum bata var náð eftir tilraunina hlaut riflega þriðjungur meðferð inni á geðdeildum Landspítala og fjórðungi var fylgt eftir á göngudeild geðdeildar sjúkrahússins. Í 10% tilvika var eftirfylgni á einkastofum geðlækna en öðrum úrræðum beitt í 11% tilvika (tafla III). Um 80% sjúklinganna bauðst því einhvers konar eftirfylgni innan geðheilbrigðiskerfisins. Gögn rannsóknarinnar gáfu ekki upplýsingar um hvernig þessari meðferð var háttað, gæði hennar, lengd eða meðferðarúrræði.

Það er þekkt að þeir sem reynt hafa sjálfsvíg hafi jafnan efasemdir um eftirmeðferð og sinni henni illa.<sup>20, 27</sup> Ástæða væri því til að skoða betur í framtíðinni skipulag eftirfylgdar þessara sjúklinga og hversu vel þörfum þeirra er mætt.

#### Geðgreiningar

Nær allir sjúklingarnir (99%) höfðu geðgreiningu, flestir fleiri en eina. Geðlagsraskanir og fíkn voru algengastar í hópnum. Vitað er að allir geðsjúkdómar hafa sterka tengingu við sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir.<sup>1, 4, 8, 22, 28, 29</sup> Skoða þarf betur í

**Tafla IV.** Aðalgeðgreiningar sjúklinga (n=249)\* miðað við komur.

| Aðalgeðgreining             | Hlutfall (fjöldi) |
|-----------------------------|-------------------|
| Fíkn                        | 43,4% (108)       |
| Punglyndi og kvíðaraskanir  | 23,3% (58)        |
| Stress og aðlögunarraskanir | 8,8% (22)         |
| Geðklofi                    | 8,0% (20)         |
| Geðhvörf                    | 7,2% (18)         |
| Persónuleikaröskun          | 4,8% (12)         |
| Átröskun                    | 1,6% (4)          |
| Flogaveiki                  | 1,6% (4)          |
| Vefrænir skaðar             | 0,8 % (2)         |
| Enginn örugg geðgreining    | 0,4% (1)          |

\*Vantaði fullnægjandi upplýsingar um tvo einstaklinga til að gera geðgreiningu.

**Tafla V.** Hjúskaparstaða sjúklinga samanborið við þjóðfélagshóp á sama aldursbili (16-67 ára).<sup>14</sup>

| Hjúskaparstétt  | Kyn    | Sjúklingahópur | Almennt þýði |
|-----------------|--------|----------------|--------------|
| Giftir          | Karlar | 26%            | 48%          |
|                 | Konur  | 27%            | 54%          |
| Í sambúð        | Karlar | 10%            | 18%          |
|                 | Konur  | 25%            | 17%          |
| Skilin að lögum | Karlar | 19%            | 5%           |
|                 | Konur  | 25%            | 7%           |
| Einhleypir      | Karlar | 44%            | 24%          |
|                 | Konur  | 23%            | 18%          |

**Tafla VI.** Atvinnuþátttaka og bótaþega sjúklinga samanborið við þjóðfélagshóp á sama aldursbili (16-74 ára).<sup>15, 16</sup>

|             | Sjúklingahópur | Almennt þýði |
|-------------|----------------|--------------|
| Starfandi   | 37%            | 83%          |
| Á bótum     | 41%            | 6%           |
| Atvinnulaus | 12%            | 3,0%         |

framtíðinni nákvæmni geðgreininga (aðal- og aukagreiningar) og hvort einstaklingar hafi hlotið viðeigandi meðferð í samræmi við geðgreiningu.

#### Félagslegar aðstæður

Í þessari rannsókn kom sterkt fram að sjúklingahópurinn aðskildi sig verulega frá almennu þýði. Mun fleiri voru einhleypir, bæði meðal karla og kvenna (tafla V), mun færri voru á almennum vinnumarkaði og fleiri atvinnulausir eða á bótum (tafla VI).

Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna sem hafa í gegnum tíðina sýnt að sjálfsvígstilraunir tengjast félagslegum þáttum, til dæmis lágum tekjum, atvinnuleysi, skorti á menntun og einstæðingsskap.<sup>3, 8, 21, 27, 29, 30</sup>

#### Lifun

Dánarhlutfall sjúklingahópsins meðan á sjúkrahúsdvöl stóð var 3% sem er hátt fyrir þennan

aldurshóp en er þó lægra en niðurstöður annarra rannsókna á afleiðingum sjálfsvígstilrauna gefa til kynna<sup>31, 32</sup> en þar hefur dánartíðni verið allt að 34%.<sup>33</sup> Þessi munur getur þó stafað af mismunandi samsetningu sjúklingahópa. Dánarhlutfall sjúklinga eftir fyrstu sjálfsvígstilraun sem leiðir til innlagnar á gjörgæsludeild helst hátt fyrstu þrjú árin eftir útskrift af spítala (10%), svipað og sýnt hefur verið í öðrum rannsóknum.<sup>10, 18, 34, 35</sup> Hættan er mest fyrsta árið eftir tilraunina líkt og aðrar rannsóknir hafa sýnt.<sup>10, 18, 28, 34</sup> Andlátin urðu flest vegna sjálfsvíga. Þetta dánarhlutfall hlýtur að valda vonbrigðum.

Það er þekkt að ekki er einungis aukin hætta á sjálfsvígum eftir fyrri sjálfsvígstilraunir, heldur eru einnig auknar líkur á andláti af völdum annarra sjúkdóma og slysa.<sup>10, 18, 28, 34</sup> Dánarorsök gjörgæsluhópsins sem fylgt var eftir var í 80% tilfella sjálfsvíg. Sjúklingahópurinn sem lendir á gjörgæsludeild virðist því vera enn líklegri til að deyja af völdum sjálfsskaða en aðrir sjúklingar sem gera sjálfsvígstilraun (til dæmis þeir sem fara einungis á bráðamóttöku eða beint á almennar legudeildir). Styrkir þetta grun um að þessi hópur hafi haft sterkan ásetning að deyja. Mjög erfitt hefur þó reynst að greina í sundur í eftirfylgdarrannsóknum einstaklinga sem lenda síðar í sjálfsvígshóp frá þeim sem einungis gera alvarlegar tilraunir.<sup>30</sup>

Lifun eftir sjálfsvígstilraun í rannsóknarhópnum var sambærileg á milli kynja sem er frábrugðið niðurstöðum fyrri rannsókna á sjálfsvígsáhættu eftir sjálfsvígstilraun. Yfirleitt hafa karlar miklu meiri sjálfsvígsáhættu í framtíðinni eftir sjálfsvígstilraun samanborið við konur.<sup>10, 18, 28, 34</sup> Konur eru yfirleitt mun fjölmennari í öllum sjálfsvígstilraunahópum og yngri konur gera oftast vægari tilraunir.<sup>3, 8, 10</sup> Konur í okkar hópi sem komu á gjörgæsludeild voru eldri en karlarnir og einnig eldri en í sambærilegum rannsóknum. Vitað er að sjálfsvígsáhætta kvenna eykst því eldri sem þær eru þegar þær gera sjálfsvígstilraun.<sup>10, 28, 34</sup>

#### ***Þættir með forspárgildi***

Fjöldi inntekinna taflna, hærra APACHE II skor og fjöldi líkamlegra sjúkdómsgreininga juku marktækt áhættu á síðari sjálfsvígstilraun. Aukinn fjöldi inntekinna taflna og hærra APACHE skor vegna lélegs líkamlegs ástands framkallað af sjálfsvígstilraun má túlka sem meiri ákveðni í vilja til að deyja.<sup>35</sup> Meiri fjöldi sjúkdómsgreininga getur endurspeglað bágborið heilsufar en þekkt er að lélegt heilsufar er áhættuþáttur fyrir sjálfsvígum eftir sjálfsvígstilraun.<sup>28, 29, 35</sup>

Fyrri sjálfsvígstilraun var mjög algeng (61%) í hópnum en fjöldi fyrri tilrauna spáði þó ekki fyrir

um dánarlíkur í þessari rannsókn, hugsanlega var hópurinn of einsleitur að þessu leyti til að fá fram marktækni.

Þó að aðalgeðgreining hefði ekki forspárgildi fyrir lifun sýndi sig að einstaklingar með geðrof (geðklofasjúkdóm) og geðhvörf höfðu hæst dánarhlutfall, 23% dóu af geðrofshópi og 18% úr geðhvarfahópi á eftirskoðunartímabili. Þessi niðurstaða er í samræmi við aðrar rannsóknir sem sýna að geðrofs- og geðhvarfasjúklingar eru í meiri sjálfsvígshættu eftir tilraun miðað við aðrar geðgreiningar.<sup>1, 28, 30</sup> Þunglyndis- og kvíðaraskanir höfðu einungis 2% dánarlíkur en erfitt er að greina sundur kvíða- og þunglyndisraskanir. Í þessari rannsókn var þunglyndum sem sannað var að hefðu geðhvörf skipað í geðhvarfahóp. Í rannsóknum eru þunglyndis- og kvíðasjúkdómar oft sameinaðir í einn flokk en í nýlegri grein<sup>30</sup> sem skoðaði alvarlegar sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg sem tókust sýndi sig að þunglyndir voru í báðum hópnum en kvíðnir voru marktækt oftar áfram í sjálfsvígstilraunahópi. Er það í samræmi við okkar niðurstöðu. Fíkniraskanir hafa sterka skörun við allar geðraskanir, sérstaklega lyndisraskanir, og valda erfiðleikum við mat á áhrifum geðraskana en fíkn var algengasta aðalgeðgreiningin í þessari rannsókn eða í 43% tilfella. Auk þess var meirihluti eða 56% undir áhrifum áfengis þegar tilraunin var gerð en áfengisvíma hefur bein áhrif til neikvæðra tilfinninga, sjálfsvígshugsana eða slíkt getur komið fram í fráhrarfsfasa.<sup>22, 28</sup>

#### **Ályktun**

Árlega leggjast inn um 50 einstaklingar á gjörgæsludeildir Landspítala vegna alvarlegra sjálfsvígstilrauna þar sem inntaka lyfja er algengasta orsök (91%). Þetta er ungur sjúklingahópur, konur eru í meirihluta og tíðni á fíkn-, kvíða- og þunglyndisröskunum er há. Félagslega stendur þessi hópur verr en sam- anburðarhópur úr almennu þýði með hátt hlutfall öryrkja, atvinnulausra og einstæðinga. Dánartíðni á sjúkrahúsi er 3% sem telst há fyrir þennan aldurshóp og hún helst há eftir útskrift af sjúkrahúsi (10%) þrátt fyrir að hátt hlutfall hópsins (80%) fái eftirfylgni innan geðheilbrigðis- kerfisins. Það vekur spurningar um hvort með- ferðarúrræði sem í boði eru séu nægjanlega árangursrík.

#### **Þakki**

Vísindasjóður Landspítala fær þakki fyrir veittan styrk við framkvæmd rannsóknarinnar.

## Heimildir

- Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155-63.
- Hagstofa Íslands: www.hagstofan.is/. Sótt nóvember 2008.
- Hawton K, Catalan J. Sjálfmordförsök. Bedómning og meðferð, vol. 2. Bokförlaget Natur och Kultur, Lund 1985.
- Jónsdóttir G. Sjálfmörð á Íslandi. *Læknablaðið* 1977; 63: 47-63.
- Sigurðsson P, Jónsdóttir G. Sjálfsvíg á Norðurlöndum 1880-1980. Samanburður milli landa og hugsanlegar skráningarskekkjur. *Læknablaðið* 1985; 71: 86-90.
- Tómasson K, Zöega T. Sjálfsvíg og önnur voveifleg mannlát á Íslandi 1951-1990. *Læknablaðið* 1993; 79: 71-6.
- Hawton K, van Heeringen K. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, vol. 33. John Wiley & Sons, West Sussex 2000.
- Pálsson SP, Jónsdóttir G, Pétursson H. Parasuicidal behaviour in an emergency room population. *Nord Psykiatr Tidskr* 1991; 45: 351-6.
- Hawton K, van Heeringen K. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, vol. 31. John Wiley & Sons, West Sussex 2000.
- Pálsson SP, Jónsdóttir G, Pétursson H. The mortality risk of a psychiatric emergency patients. A follow - up study. *Nord J Psychiatry* 1996; 50: 207-16.
- Kristinsson J, Pálsson R, Guðjónsdóttir GA, Blöndal M, Guðmundsson S, Snook CP. Acute poisonings in Iceland: a prospective nationwide study. *Clin Toxicol (Phila)* 2008; 46: 126-32.
- Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 519-32.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985; 13: 818-29.
- Hagstofa Íslands: www.hagstofa.is Sótt nóvember 2008.
- Hagstofa Íslands: www.hagstofa.is Sótt nóvember 2008.
- Hagstofa Íslands: www.hagstofa.is Sótt nóvember 2008.
- Karason S, Antonsen K, Aneman A. Ventilator treatment in the Nordic countries. A multicenter survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 1053-61.
- Sigurjónsdóttir JM, Briem N, Jónsdóttir G, Pálsson SP, Pétursson H. Tíðni sjálfsvíga hjá þeim sem áður hafa reynt sjálfsvíg. *Læknablaðið* 1993; 79: 335-41.
- Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA, Jr. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 369-75.
- Nordentoft M, Sogaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 213-6.
- Pálsson SP, Jónsdóttir G, Pétursson H. Emergency psychiatry in a general hospital. *Nord Psykiatr Tidskr* 1990; 44: 345-52.
- Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejlgaard R, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 901-5.
- Minton NA, Glucksman E, Henry JA. Prevention of drug absorption in simulated theophylline overdose. *Hum Exp Toxicol* 1995; 14: 170.
- Pond SM, Lewis-Driver DJ, Williams GM, Green AC, Stevenson NW. Gastric emptying in acute overdose: a prospective randomised controlled trial. *Med J Aust* 1995; 163: 345-9.
- Kulig K, Bar-Or D, Cantrill SV, Rosen P, Rumack BH. Management of acutely poisoned patients without gastric emptying. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 562-7.
- Merigan KS, Woodard M, Hedges JR, Roberts JR, Stuebing R, Rashin MC. Prospective evaluation of gastric emptying in the self-poisoned patient. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 479.
- Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 82-91.
- Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 359-66.
- Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 145-53.
- Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med* 2001; 31: 837-45.
- Burillo-Putze G, Munne P, Duenas A, et al. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. *Eur J Emerg Med* 2003; 10: 101-4.
- Viertel A, Weidmann E, Brodt HR. [Cases of acute poisoning admitted to a medical intensive care unit]. *Dtsch Med Wochenschr* 2001; 126: 1159-63. Þýska.
- Gaillard M, Martel S, Reynaud P, Mercadal L, Liger C, Herve C. [Severe suicides: short- and long-term outcome. Assessment of their quality of life]. *Agressologie* 1990; 31: 749-52. Franska.
- Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 336-40.
- Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 11.
- Hawton K, Harriss L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med* 2006; 36: 397-405.

## Clinical aspects and follow up of suicide attempts treated in a general Intensive Care Unit at Landspítali University Hospital in Iceland 2000-2004.

**Objective:** To gather information on patients admitted to an intensive care unit (ICU) after a serious suicide attempt (SA).

**Methods:** Retrospective analysis and follow up of admittances to ICUs of Landspítali University Hospital after SA years 2000-2004.

**Results:** Admittances because of SA were 251 (4% of ICU admissions, 61% females, 39% males, mean age 36 yr ± 14). Ten percent were admitted more than once and 61% had prior history of SA. Drug intoxication was the most prevalent type of SA (91%) and the most frequent complication was pneumonia. Following ICU stay 36% of the patients were admitted to psychiatric wards and 80% received psychiatric follow up. The main psychiatric

diagnosis was addiction (43%). Majority of patients were divorced or single and the rate of unemployment was high. Mortality during ICU stay was 3%. During 3-7 year follow up 21 patients died (10 %), majority due to suicide. In a survival analysis only the number of tablets taken, APACHE II score and number of somatic diseases predicted risk of death.

**Conclusion:** The patient group is young (36 yr), majority are women (61%), repeated attempts are frequent, social circumstances are poor and death rate after discharge from hospital is high (10%) even though the vast majority (80%) receives psychiatric follow up. This raises the question if the offered treatment is effective enough.

Sverrisson KO, Pálsson SP, Sigvaldason K, Karason S.

Clinical aspects and follow up of suicide attempts treated in a general Intensive Care Unit at Landspítali University Hospital in Iceland 2000-2004. *Icel Med J* 2010; 96: 101-7

**Key words:** Suicide attempt, suicide, drug poisoning, intensive care, mental health care.

**Correspondence:** Sigurbergur Kárason, [skarason@landspitali.is](mailto:skarason@landspitali.is)