

Selvmord – fortsatt et stort helseproblem

«Det finnes bare ett virkelig filosofisk problem: det er selvmordet. Å avgjøre om livet er verdt eller ikke verdt å leve, det er å svare på filosofiens fundamentale spørsmål,» skrev Albert Camus (1913–60) (1). «Resten, om verden har tre dimensjoner, om forstanden har ni eller tolv kategorier, kommer i annen rekke. Det er lek: først må man svare,» skrev Camus i 1942. I så måte er årets påskeutgave av Tidsskriftet et viktig nummer. Vi publiserer her både de første artiklene i en serie om forstand og forståelse i medisinen og fire artikler om selvmord og selvmordsatferd (2–5).

Den registrerte selvmordsraten i Norge var i etterkrigstiden relativt lav og stabil på om lag 7–8 per 100 000 innbyggere. Det tilsvarte omtrent 250 selvmord per år. Men fra slutten av 1960-årene begynte selvmordshyppigheten å stige. Økningen fortsatte frem til 1988, da 708 personer begikk selvmord. Dette utgjorde en rate på 16,8 per 100 000, den høyest registrerte forekomst i Norge hittil (6). I 20-årsperioden frem til slutten av 1980-årene ble altså selvmordsraten fordoblet. Deretter har heldigvis trenden snudd. Fra 1988 til 1997 er selvmordsraten i Norge redusert med 30%. I 1997 begikk 533 personer selvmord i vårt land. I tillegg kommer mørketallene, dvs. selvmordene som ikke blir registrert. Dessuten gjelder som en tommelfingerregel at for hvert selvmord forekommer omtrent ti selvmordsforsøk. Når vi regner med de pårørende i alle disse tilfellene, kan man ane omfanget av de lidelser selvmord og selvmordsatferd representerer i befolkningen. Selvmord er et av våre store helseproblemer.

De fleste mennesker vil en eller flere ganger i løpet av livet ha tanker om å ta sitt liv. Å forutsi hvem som virkelig kommer til å gjøre det, er imidlertid svært vanskelig. En logisk strategi for å forebygge selvmord er å rette oppmerksomheten mot grupper med høy risiko for selvmord. En slik gruppe er personer som har forsøkt å ta sitt liv. Den såkalte Bærums-modellen, som nå er innført i de fleste kommuner, er her et viktig bidrag. Den innebærer at alle som blir innlagt i sykehus etter selvmordsforsøk, får oppfølgingsamtale mens de er innlagt, og deretter kontakt med helsepersonell i hjemkommunen for videre oppfølging. Dette kan lyde elementært, men er det ikke. Mork og medarbeidere rapporterer at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial når det gjelder tilbudet til personer innlagt for selvmordsforsøk ved somatiske sykehus (2).

Tankevekkende nok finnes fortsatt ingen nasjonal registrering av selvmordsforsøk, verken i Norge eller andre land. Lokale registreringer er derfor det nærmeste vi kommer

en epidemiologisk analyse av problemet. To slike registreringer fra Bærum og Rogaland presenteres i dette nummer av Tidsskriftet (3, 4). I den ene studien brukes begrepet «selvmordsforsøk» (3), i den andre «parasuicid» (4). Dette illustrerer et annet problem, nemlig mangelen på hensiktsmessige definisjoner. Parasuicid er et relativt nytt begrep som omfatter villet egenskade der personen ikke har hatt til hensikt å ta sitt liv. Dette uttrykket er problematisk, siden ambivalens eller tvilrådighet er et av de typiske tegn ved selvmordsatferd. Det vil i ettertid som oftest være svært vanskelig å avgjøre om handlingen var tilsiktet eller ikke (6). Et forskningsfelt som på denne måten strever med definisjonene, har et problem.

Det mest urovekkende trekket ved utviklingen av selvmordshyppighet i Norge har vært den sterke økningen blant unge mennesker, særlig unge menn (6). Kristinn Hegna beskriver en subgruppe, nemlig homofile ungdommer, som kan ha høy risiko for selvmordsatferd (5). Hegnas artikkel illustrerer at metodeproblemer har vært av stor betydning i suicidologien. I en norsk studie svarte 7,6% av ungdommene at de hadde forsøkt å ta sitt liv (7). Dersom man bare begrenser seg til å spørre om vedkommende har forsøkt å ta sitt liv, uten å stille oppfølgings-spørsmål, kan man imidlertid komme galt av sted. I denne gruppen finner man også personer som f.eks. har rispet seg overflattisk på håndleddene, men likevel selv oppfattet det som selvmordsforsøk. En rekke epidemiologiske studier har vært gjennomført på nettopp den måten (8). Et annet slående eksempel på metodeproblemer ble demonstrert i en longitudinell studie blant ungdommer i Adelaide, Australia. Hele 40% av dem som svarte at de hadde selvmordstanker i den første spørreundersøkelsen, benektet å ha hatt slike tanker noen gang ved oppfølgingen fire år senere (9).

Bak de fleste fremskritt i medisinen ligger nitid forskning. Slik er det også i suicidologien (6). Å studere kompliserte fenomener er krevende, slik også vurdering av selvmordsfare er en av de mest utfordrende oppgaver en lege kan bli stilt overfor. Fagfeltet har lenge vært i en rivende utvikling, og i de siste årene har også antallet norske forskningsprosjekter økt. Imidlertid vet vi fortsatt lite om hvordan man kan forebygge selvmord. Vi ønsker å tro at nedgangen i selvmordshyppighet etter 1988 skyldes myndighetenes satsing og økt bruk av antidepressiver, men vi vet det ikke. Selv om disse forhold kan ha medvirket til nedgangen, er det sannsynlig at andre grunner er viktigere, siden vesteuropeiske land som ikke har hatt nasjonale programmer, har hatt en liknende

nedgang som Norge. Oppgaven fremover blir derfor å dokumentere effekt av spesifikke forebyggende tiltak. Tiden er overmoden for intervensjonsstudier. Men selvmord er statistisk sett en sjelden begivenhet, og for å vise at forebyggende tiltak fører til færre selvmord, kreves materialer på mange tusen personer.

Erlend Hem

Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Erlend Hem (f. 1970) er stipendiat ved Institutt for medisinske atferdsfag og fagredaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Camus A. Myten om Sisyfos: essay om det absurde. Cappelen's upopulære skrifter. Oslo: Cappelen, 1994: 7.
2. Mork E, Ekeid G, Ystgaard M, Mehlum L, Holte A. Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1038–43.
3. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg Ø. Selvmord og selvmordsforsøk i Bærum 1984–95. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1026–31.
4. Engeland A, Wiik J, Lande G. Registrering av parasuicid ved sykehus og legevakst. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1033–7.
5. Hegna K. Høyere forekomst av selvmordsforsøk blant homofile ungdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1100–2.
6. Retterstøl N. Selvmord. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
7. Rossow I, Wichstrøm L. Når nøden er størst – er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1740–3.
8. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. Am J Psychiatry 1992; 149: 41–4.
9. Goldney RD, Smith S, Winefield AH, Tigge-man M, Winefield HR. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 115–20.