

# Selvmord blant eldre i Norge



Medisin  
og vitenskap

**Bakgrunn.** Vi ønsket mer kunnskap om eldre som begår selvmord, om demografiske kjennetegn, somatisk og psykiatrisk sykdom, selvmordsmetoder, varsler og utløsende årsaker.

**Materiale og metode.** Materialet omfatter 287 dødsfall hos eldre over 65 år som etter undersøkelse ved Rettsmedisinsk institutt, Rikshospitalet, ble klassifisert som selvmord i tiden 1.1. 1992–31.12. 2000. Informasjonskilder har vært obduksjonsjournaler og politirapporter.

**Resultater.** Undersøkelsen viser høy forekomst av psykiatrisk lidelse (62 %), spesielt depresjon (41 %), hos eldre som har begått selvmord. Somatisk sykdom var hovedårsak til et mindretall av selvmordene (22 %), og forekommer hyppigere hos mannlige selvmordere. De fleste har hatt kontakt med helsepersonell. 29 % hadde formidlet selvmordstanker. Tidligere selvmordsforsøk ble rapportert for i alt 15 %.

**Fortolkning.** Det er viktig å øke kunnskapen og oppmerksomheten om psykiatrisk sykdom hos eldre, særlig depresjoner. Helsepersonell må ha skjerpet oppmerksomhet i forhold til selvmordssignaler hos deprierte eldre.

Selvmord blant eldre har vært lite omtalt i Norge, og det er publisert få undersøkelser om selvmordsatferd i denne aldersgruppen (1). Selvmordshyppigheten blant eldre steg i løpet av siste halvdel av 1900-årene, men er fortsatt lavere i Norge enn i de fleste andre vestlige land (2). I motsetning til i mange andre industrialiserte land der de eldre har størst selvmordsrisiko av alle aldersgrupper, er utviklingen i aldersfordeling mindre entydig i Norge. Den generelle selvmordshyppighet blant norske menn ble doblet i en 30-årsperiode fra begynnelsen av 1960-årene til slutten av 1980-årene. Selvmordsraten (antall døde av selvmord per 100 000 innbyggere per år) steg fra 11,6 i perioden 1961–65 til 22,9 i perioden 1986–90 (3). Relativt sett var det størst økning i selvmordshyppighet blant yngre menn (under 50 år), og aller mest i aldersgruppen 20–29 år, der selvmordsraten steg fra 8,5 til 29,7 (249 %) i perioden. For menn over 50 år var økningen i selvmordshyppighet relativt sett størst for de eldste. Blant menn over 70 år steg selv-

---

**Ildri Kjøseth**

*ildri.kjolseth@ulleva.no*

Geriatrisk avdeling

**Øivind Ekeberg**

Akuttmedisinsk avdeling

Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

**Brita Teige**

Rettsmedisinsk institutt

Universitetet i Oslo

0027 Oslo

---

Kjøseth I, Ekeberg Ø, Teige B.

**Elderly suicide in Norway.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1457–61*

**Background.** We wanted to generate more knowledge about elderly people who commit suicide in Norway, especially in relation to demographic conditions, somatic and psychiatric disease, suicide methods and suicidal communication.

**Material and methods.** The material consists of 287 cases of suicide in people aged 65 years or more who were examined at the Department of Forensic Medicine of the University of Oslo during the 1992–2000 period. Sources of information were the forensic autopsy records and police reports.

**Results.** In a majority of the cases the deceased had suffered from psychiatric disease (62 %), mostly depression (41 %). Somatic disease was less often a prominent factor (22 %). A majority had an established contact with the health services at the time of suicide. Suicidal thoughts had been expressed by 29 %; previous suicide attempts had been reported by 15 %.

**Interpretation.** Health personnel must pay attention to elderly people with symptoms of depression, especially those who express suicidal feelings and have made previous attempts.

---

☞ Se også side 1456

mordsraten i perioden fra 19,2 til 29,8 (55 %). Tilsvarende tall for kvinner var betydelig lavere, henholdsvis 4,5 og 8,9 (98 %) (3).

Gjennom hele 30-årsperioden var det imidlertid menn i aldersgruppen 50–59 år som hadde den høyeste absolutte selvmordsraten (økte fra 22,6 til 32,4, 43 %).

I løpet av 1990-årene frem til 1998 var det en generell nedgang i selvmordshyppighet for menn. Samtidig var det nå eldre menn (over 70 år) som hadde størst selvmordsrisiko av alle aldersgrupper. Selvmordsraten i denne gruppen var 27,8 i perioden 1991–95, mens den i befolkningen generelt var 20,5. For eldre menn varierer tallene mye i 1990-årene, og det er vanskelig å si om den totale

nedgangen skyldes tilfeldig variasjon eller er uttrykk for en varig tendens. Siste tilgjengelige registrering fra 1999 viser igjen stigning i generell selvmordsrate, og i dette året ble det registrert 130 selvmord hos personer over 60 år, 94 menn og 36 kvinner (3).

Tidligere undersøkelser har vist at dødsønsker og selvmordstanker hos eldre er relatert til psykiatrisk sykdom, særlig depresjoner (4, 5). Andre risikofaktorer er somatisk sykdom, ensomhet, isolasjon og tap av ektefelle (6).

I forebyggende arbeid overfor eldre med selvmordsrisiko er det et problem at risikofaktorene også forekommer hyppig i den eldre befolkning generelt. Det er derfor nødvendig med mer kunnskap om dem som begår selvmord for å kunne identifisere personer med særlig høy risiko og sette inn hjelpetiltak i tide.

Målsettingen med denne undersøkelsen har vært å skaffe mer kunnskap om demografiske kjennetegn, somatiske og psykiatriske sykdommer, tapsopplevelser, selvmordsmetoder, selvmordsmeddelelser og utløsende årsaker hos eldre i Norge som tar sitt eget liv.

## Materiale og metode

Materialet omfatter alle dødsfall blant eldre (over 65 år) som etter undersøkelse ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo, ble klassifisert som selvmord i perioden 1.1. 1992–31.12. 2000. Instituttets nedslagsområde omfatter de ti fylkene Oslo, Akershus, Hedmark, Oppland, Buskerud, Østfold, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Opplysningene om selvmordene er hentet fra obduksjonsjournalene og politirapportene. I noen journaler var det også vedlagt avskjedsbrev.

I den aktuelle tidsperioden ble i alt 294 dødsfall hos personer over 65 år klassifisert som selvmord av obdusenten. I sju tilfeller var opplysningene så sparsomme at de ble utelatt fra materialet, som dermed omfatter i alt 287 selvmord.

Demografiske data (kjønn, alder, sivilstatus, bosituasjon) som fantes i journalene, er registrert. Dersom det forelå opplysninger i journalen fra komparenter om at avdøde led av somatisk eller mental sykdom, er disse registrert. Somatisk sykdom ble klassifisert i følgende grupper: Hjerter- og karsykdommer, sekvele etter hjerneslag, maligne sykdommer, lungesykdommer, annen somatisk sykdom, eventuelt ingen opplysninger om sykdom.

Obduksjonsfunn utover de som var forårsaket av selvmordsmetode og generelle aldersforandringer er registrert og klassifisert på samme måte som somatiske sykdommer. Ved opplysninger om flere sykdommer er den antatt viktigste registrert.

Forekomst av mental sykdom er klassifisert i gruppene depresjon, psykose, uspesifisert psykiatrisk sykdom, demens, alkoholmisbruk, eventuelt ingen opplysninger om

**Tabell 1** Registrert antall med psykiatrisk sykdom (prosent i parentes)

| Psykiatrisk sykdom                      |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| Depresjon                               | 117 (41)         |
| Uspesifisert psykiatrisk sykdom         | 37 (13)          |
| Alkoholmisbruk                          | 12 (4)           |
| Psykose                                 | 6 (2)            |
| Demens                                  | 5 (2)            |
| Ikke opplysninger om psykiatrisk sykdom | 110 (38)         |
| <b>Totalt</b>                           | <b>287 (100)</b> |

sykdom. Komparenter var oftest pårørende. Unntaksvis var det innhentet opplysninger fra avdødes behandlende lege.

Ut fra informasjonen i journalen har vi vurdert om personen var sterkt funksjonshemmet. I denne sammenheng vil det si betydelig bevegelseshemmet og/eller avhengig av regelmessig hjelp. Dersom det fremkom opplysninger om at personen nylig hadde hatt kontakt med lege (siste uker før selvmordet), eventuelt oppfølging av hjemmesykepleier/hjemmehjelper, ble dette registrert som kontakt med helsevesenet.

Ut fra foreliggende opplysninger i journalene er det registrert om personene hadde gjort tidligere selvmordsforsøk, og om de ved utsagn eller handlinger på noen måte hadde varslet selvmordet til pårørende eller andre personer. Opplysninger om tap av partner ble registrert.

Selvmordsmetode, type forgiftning og eventuell alkoholfølgning ved selvmordstidspunktet er angitt i obduksjonsjournalene. Metodene er klassifisert som selvpåført forgiftning, hending, drukning, skyting, bruk av skarpe gjenstander, utsprang, eventuelt annen metode. Forgiftningstyper omfatter ikke narkotiske analgetika, sedativer/hypnotika, nevroleptika, antidepressiver, opioider/narkotika, kullos eller andre giftstoffer.

Opplysninger om åsted for selvmordet og skrevne, men ikke vedlagte selvmordsbrev er hentet fra politirapportene. Ved en samlet vurdering av all informasjon som journalene inneholdt, ble selvmordene klassifisert med følgende sannsynlige årsaksfaktorer: Soma-

**Tabell 2** Registrert antall med somatisk sykdom (prosent i parentes)

| Sykdomsgruppe            |                  |
|--------------------------|------------------|
| Hjerter- og karsykdommer | 42 (15)          |
| Lungesykdommer           | 34 (12)          |
| Maligne sykdommer        | 20 (7)           |
| Slagsekvele              | 21 (7)           |
| Andre                    | 35 (12)          |
| Ikke påvist sykdom       | 135 (47)         |
| <b>Totalt</b>            | <b>287 (100)</b> |

tisk sykdom, psykiatrisk sykdom, funksjonssvikt, tap av partner, annen årsak og ukjent årsak.

## Statistikk

Ved sammenlikninger mellom grupper ble det benyttet khikvadrattest, utført med SPSS 10.0.

## Resultater

### Alder og kjønn

Gjennomsnittlig alder for de 287 personene undersøkelsen omfattet var 74 år (spredning 65–92 år). Det var 184 (64 %) menn og 103 (36 %) kvinner i materialet.

### Bolig

Bosituasjonen på selvmordstidspunktet var oppgitt for 252 personer (88 %). Av disse var 131 (52 %) aleneboende, 93 (37 %) bodde sammen med ektefelle/partner og 28 (11 %) var i institusjon (sykehjem eller sykehus).

200 (70 %) av selvmordene skjedde i hjemmet, 57 (20 %) utenfor hjemmet og 30 (10 %) i institusjon (sykehjem/sykehus).

### Sykdommer

Komparenter opplyste om psykiatrisk sykdom/symptomer hos 178 personer (62 %). Forekomsten av mentale sykdommer og fordelingen av disse er vist i tabell 1. Depresjonssymptomer oppgis oftest. 117 personer (41 % av hele materialet) er registrert med denne diagnosen. De fleste i gruppen uspesifiserte psykiatriske tilstander (13 %) hadde langvarige psykiatriske symptomer. Ofte hadde de tidligere opphold i psykiatriske institusjoner og tidligere selvmordsforsøk bak seg, uten at det var angitt spesifikk diagnose.

Bare hos fem personer (2 %) var det opplysninger om demenssykdom. Hos en person ble det funnet forandringer forenlige med Alzheimers sykdom ved obduksjon, uten at det var opplysninger om slik sykdom.

Det var opplysninger om somatisk sykdom hos 152 personer (53 %). For 47 personer (16 %) er diagnosene basert på obduksjonsfunn alene. Det var relativt flere menn med somatisk sykdom (61,0 %) enn kvinner (39,8 %) ( $p = 0,001$ ). Obduksjonsdiagnoser uten bekreftende komparentopplysninger omfatter flest gjennomgåtte hjerteinfarkter, men også annen sykdom, som lungesykdommer (emfysem) og maligne svulster (fire personer). Forekomsten av somatisk sykdom i materialet er angitt i tabell 2. Av dem som ble registrert med somatisk sykdom hadde omtrent halvparten hjertesykdom eller lungesykdom. I gruppen «andre somatiske sykdommer» ble det registrert en rekke forskjellige lidelser med ledsagende funksjonssvikt, som rygg-/hofte lidelser, Parkinsons sykdom og enkelte mer akuttpregede tilstander etter skader og kirurgiske inngrep. Hos fire personer var det opplysninger om betydelig nedsatt syn.

Hos 273 personer (95 %) var det mulig å

vurdere funksjonsnivået ut fra journalopplysningene. 244 (89 %) av disse syntes ikke å ha vært betydelig hemmet i sin fysiske funksjonsevne, mens 29 (11 %) hadde betydelig bevegelseshemming og/eller behov for regelmessig hjelp. 146 (51 %) hadde hatt kontakt med helsevesenet i en eller annen form på den tiden selvmordet fant sted.

Det er opplysninger om tidligere selvmordsforsøk hos 42 personer (15 %), og 82 (29 %) hadde på en eller annen måte gitt varsel om selvmord (tab 3). Tidligere selvmordsforsøk var dobbelt så hyppig blant kvinner (22 %) som blant menn (11 %) ( $p = 0,006$ ) (tab 3). 27 % hadde etterlatt seg avskjedsbrev, prosentvis likt hos begge kjønn.

Figur 1 viser selvmordsmetodene og kjønnsfordelingen av disse. Totalt i materialet var det jevn fordeling mellom metodene forgiftning, henging, skyting og drukning, med omtrent 20 % i hver gruppe. Det var imidlertid klare kjønnsforskjeller, idet eldre kvinner oftest begår selvmord ved forgiftning (33,0 %) og drukning (31,1 %), mens eldre menn oftest velger skyting (33,1 %) eller henging (26,1 %) som metode.

De vanligste hovedmidler ved forgiftningsdødsfall var sedativer eller hypnotika (44 %) (tab 4), og flunitrazepam var hyppigst anvendt av disse. Det var anvendt tri- og tetrasykliske antidepressiver, men ingen serotoninreopptakshemmere. De seks som begikk selvmord ved kullsforgiftning, var alle menn. Alkoholkonsentrasjonen i blodet ble rutinemessig undersøkt, og 27 (9 %) av alle var alkoholpåvirket på dødstidspunktet. Her var det ingen kjønnsforskjell.

### Selvmordsårsaker

I 223 tilfeller (78 %) har vi angitt en hovedårsak ut fra informasjonen i journalene. Psykiatrisk lidelse er registrert som hovedårsak hos 133 personer (60 %), somatisk sykdom hos 50 (22 %) og redusert funksjonsevne hos 19 (9 %). Hos 15 (7 %) var selvmordet direkte relatert til tap av partner, og annen årsak er registrert hos seks (2 %).

## Diskusjon

### Metodeproblemer

Forskning om selvmord blant eldre er vanskelig – både på grunn av problemets natur og fordi det i absolutte tall er et sjeldent fenomen i Norge. Vårt obduksjonsmateriale samler et relativt stort antall selvmord, men gir klare metodiske problemer ved undersøkelsen.

Ifølge opplysninger fra Statistisk sentralbyrå ble det i årene 1992–98 registrert i alt 516 selvmord i aldersgruppen over 65 år i det området undersøkelsen omfatter. I samme tidsperiode ble 238 (46 %) av disse tilfellene undersøkt ved Rettsmedisins institutt. Materialet omfatter nær halvparten av alle registrerte selvmord i aldersgruppen i et område som har stor utstrekning og omfatter både by- og landdistrikter. Vi har ingen holdepunkter for at det skjer en seleksjon av

**Tabell 3** Tidligere antall selvmordsforsøk og «varsel om selvmord» i relasjon til kjønn (prosent i parentes)

| Selvmordsatferd           | Menn<br>N = 184 | Kvinner<br>N = 103 | Totalt<br>N = 287 |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| Tidligere selvmordsforsøk | 19 (11)         | 23 (22)            | 42 (15)           |
| Varsel om selvmord        | 57 (31)         | 25 (24)            | 82 (29)           |

selvmord til rettslig undersøkelse, men kan ikke utelukke at eksempelvis selvmord hos eldre med alvorlig grunnsykdom ikke fører til obduksjon. En kjønnsbetinget seleksjon av mannlige selvmordere til rettslig undersøkelse kunne tenkes pga. forskjell i selvmordsmetoder. Kjønnsfordelingen i vårt materiale er tilnærmet lik kjønnsfordelingen for selvmord på landsbasis (for personer over 60 år) i perioden 1991–99, og taler derfor imot en slik seleksjon (3). De anvendte selvmordsmetoder taler også imot større skjevfordeling.

Vi vil understreke at resultatene viser antall selvmordere som av komparenter er oppgitt å ha hatt somatisk eller psykiatrisk sykdom. Pga. studiens retrospektive design, der flesteparten av selvmordene lå mange år tilbake i tid, var det ikke mulig å sammenlikne komparentopplysningene med opplysninger fra andre kilder, slik det er vanlig ved såkalt psykologisk autopsi, en metode som ofte anvendes i selvmordsforskning (7). Data fra intervjuer med pårørende suppleres med legeopplysninger, resultater av rettsmedisinsk undersøkelse og ev. andre kilder, og dette gir bedre validitet.

Komparentopplysninger etter selvmord kan være usikre fordi de farges av det som er skjedd, og våre resultater vil derfor være beheftet med usikkerhet. For somatisk sykdom vil obduksjonsresultatet være en kontroll i forhold til forekomst av alvorlige sykdommer som f.eks. kreft. Materialet tillater bare grov enten-eller-klassifisering av sykdommer, og dermed ingen vurdering etter diagnostiske kriterier. Et visst skjønn er likevel utvist i skåringene, og ideelt burde det derfor ha vært utført en reliabilitetstest.

Dette gjelder også ved angivelse av «hovedårsak» til selvmordet, der kildemateria-

let dessuten i stor grad mangler opplysninger om psykososiale forhold som kan ha hatt betydning.

Mangel på kontrollgruppe i undersøkelsen gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Våre funn er likevel i samsvar med resultatene fra tidligere utenlandske studier om selvmord hos eldre. Flere av våre funn, slik som den høye forekomsten av depresjon, selvmordsmeddelelser og tidligere selvmordsforsøk, må ansees som minimumstall, siden usikkerheten er knyttet til at slik informasjon ikke alltid er nedtegnet.

Også i vår undersøkelse er depresjon den klart hyppigste sykdomstilstand. Ved retrospektive undersøkelser finnes holdepunkter for diagnosen depresjon hos 54–87 % av eldre som begår selvmord (8). I en svensk undersøkelse var det størst selvmordsrisiko hos eldre med residerende, alvorlige depresjoner, men også lettere depresjoner gav økt risiko. Mange pasienter hadde flere psykiatriske diagnoser (8). Vi har ikke informasjonsgrunnlag til å vurdere forekomsten av andre diagnoser som angsttilstander og personlighetsforstyrrelser i vårt materiale.

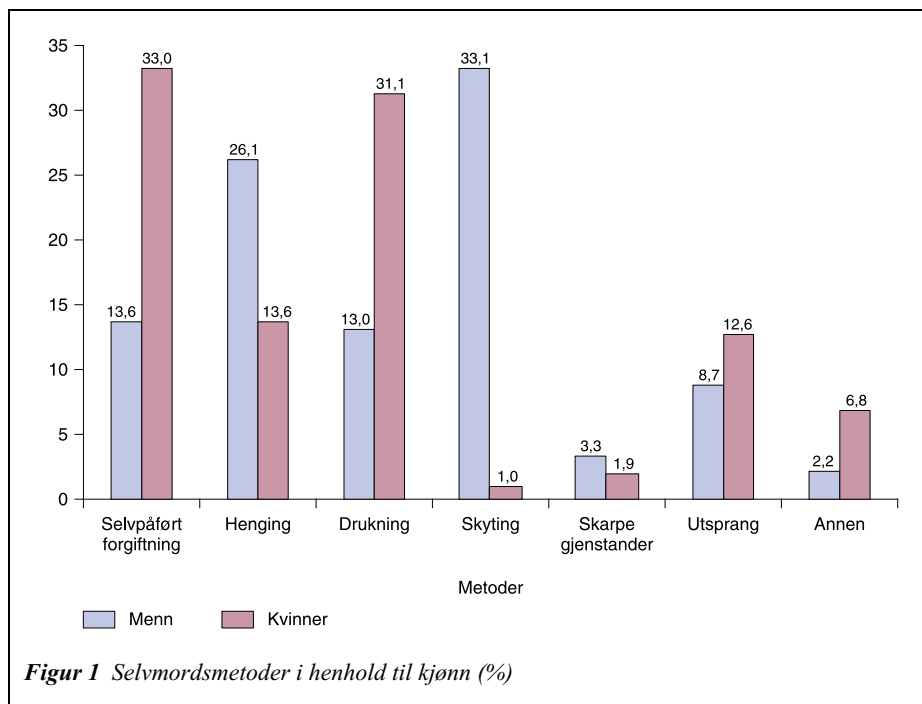
Antall alkoholmisbrukere i vårt materiale er lavt. Også her gir undersøkelsen sannsynligvis minimumstall. Det registreres imidlertid også at bare 9 % var alkoholpåvirket da selvmordet skjedde. Tidligere undersøkelser om rusmisbruk har gitt varierende resultater, hovedinntrykket har vært at misbruk er sjeldnere hos eldre enn hos yngre selvmordere (9).

Et meget lite antall er oppgitt å lide av demens – et funn som tilsvarer andres resultater, der det angis at selvmord er sjeldent hos demente (10). I tidlige stadier av en demenssykdom kan differensialdiagnosen i forhold til depresjon være vanskelig, og dette gjør resultatene usikre. I vårt materiale var det tre eksempler på selvmord sannsynlig utløst av en selverkjent demenstilstand i tidlig fase.

Regelmessig nevropatologisk undersøkelse av hjernen var ikke utført i dette materialet. Det er sannsynlig at systematisk nevropatologisk undersøkelse av alle hjerner ville påvist organiske hjernelidelser i et noe høyere antall. Med alderen øker risikoen for somatisk sykdom og funksjonssvikt. Betydningen av somatisk sykdom for selvmordsrisiko hos eldre er uklar, da resultatene i forskjellige undersøkelser varierer mye og det er få kontrollerte studier. I vårt materiale er det registrert somatisk sykdom hos 53 %, men for nær en tredel av disse er registrerin-

**Tabell 4** Antall med forgiftningstype (prosent i parentes)

| Type                            | N = 59   |
|---------------------------------|----------|
| Sedativer, hypnotika            | 26 (44)  |
| Antidepressiver                 | 8 (14)   |
| Kullos                          | 6 (10)   |
| Opioider, narkotika             | 6 (10)   |
| Ikke-narkotiske analgetika etc. | 4 (7)    |
| Nevroleptika                    | 4 (7)    |
| Annet                           | 5 (8)    |
| Totalt                          | 59 (100) |



gen basert på obduksjonsfunn. Selv om våre tall er minimumstall, tyder resultatene på at somatisk sykdomsbelastning ikke er hovedproblemet for mange av de eldre som begår selvmord. Somatisk sykdom ble imidlertid registrert som hovedårsak hos 22 %, slik at betydningen av dette ikke må undervurderes selv om depresjon er mer fremtredende. Det er særlig viktig å være oppmerksom på sykdom som medfører smerte og redusert autonomi.

Vi finner relativt flere menn enn kvinner med somatisk sykdomsbelastning. Dette er i samsvar med andre undersøkelser, bl.a. Heikkinen og medarbeidere, som i et finsk materiale fant somatisk sykdomsbelastning hos 55,2 % av mennene og 31,2 % av kvinnene (11). I en av få kontrollerte studier fant Wærn at alvorlig somatisk sykdom var risikofaktor for selvmord bare hos menn (8). Et lite antall av de eldre i vårt materiale led av maligne sykdommer. Terminal sykdom er uvanlig hos eldre selvmordere (12). Her kan det tenkes at det er noen mørketall, siden en lege kanskje kan fristes til å oppgi eksempelvis kreft som dødsårsak.

Psykososiale forhold har betydning for selvmordsrisiko blant eldre. Rubenowitz og medarbeidere finner at mental sykdom og familieproblemer er uavhengige risikofaktorer (13). Det er påvist sammenheng mellom redusert egenomsorgsevne og selvmordstanker hos eldre (5). Conwell og medarbeidere finner større funksjonsreduksjon hos eldre selvmordere i en kasus-kontroll-studie (14). Forestillingen om at den gamle som velger selvmord, er en person svekket av alder og sykdom, er nærliggende. Vår undersøkelse støtter ikke denne antakelsen, da flertallet syntes å ha hatt upåfallende fysisk funksjonsevne.

Det er videre viktig å merke seg at over halvparten av de eldre i materialet var i kontakt med helsevesenet på selvmordstidspunktet. Dette er også funnet i andre undersøkelser (15). Deprimerte eldre har ofte selvmordstanker, men tar ikke selv opp disse med legen. I vårt materiale var det mange som på forhånd hadde gitt signaler til personer i sine omgivelser. Dette er en påminnelse til klinikere om å kartlegge depresjon og selvmordsimpulser hos eldre. Det er viktig å være klar over at depresjoner hos eldre kan ha atypiske presentasjonsformer, ofte med dominerende somatiske plager, noe som fører til at tilstanden ikke erkjennes. Depresjonssymptomer kan også feiltolkes ved at man tror de er forårsaket av somatisk sykdom. Både pårørende og den gamle selv kan dessuten oppfatte depresjonssymptomer som en uunngåelig følge av aldringen i seg selv.

Et selvmordsforsøk hos en eldre person gir økt risiko for senere selvmord (8, 16). Vi finner at tidligere selvmordsforsøk er hyppigst hos kvinner.

Valg av selvmordsmetode skiller menn og kvinner. Norske eldre menn i dette materialet velger oftest skytevåpen, i motsetning til for eksempel svenske menn i perioden 1992–96, der skytevåpen kom på tredje plass etter henging og forgiftning (8).

Blant kvinnene var selvmord ved drukning nesten like vanlig som forgiftningsdødsfall. Drukningene finner ofte sted hjemme i badekar. Det kreves en sterk og vedvarende selvdestruktiv kraft for å kunne gjennomføre dette, noe som illustrerer den smerte som ligger forut for en så desperat handling. Selv den skjøpeligste gamle som ønsker å avslutte sitt liv, har ofte tilgjengelige midler i hjemmet. Henging, drukning og

utsprang fra stor høyde er metoder som kan benyttes selv om skytevåpen og farlige medikamenter fjernes.

Isolasjon og ensomhet har vært regnet som risikofaktorer for selvmord hos eldre, men flere studier viser at isolasjon *ikke* har spesiell betydning (11). I vår studie var en relativt høy andel samboende med ektefelle eller partner. Tilsvarende funn er gjort i andre undersøkelser (8, 11). Ensomhetsopplevelse var hovedårsak ved selvmordsforsøk i en tidligere undersøkelse av Ekeberg & Aagaard (17). Wærn fant at familieproblemer hadde større betydning enn ensomhetsopplevelse, selv om sistnevnte også var hyppigere i selvmordsgruppen enn i kontrollgruppen (8). Vi har ikke grunnlag for vurdere betydningen av ensomhetsopplevelse i vårt materiale. Andelen gifte/samboende viser imidlertid at man bør være oppmerksom på selvmordsrisiko også hos gamle som lever sammen med partner, og som derfor ikke ut fra tradisjonell oppfatning er like utsatt for ensomhet og isolasjon som aleneboende gamle.

Selvmord forekommer sjelden i institusjoner (18). Vi finner også et lavt antall i vår undersøkelse. Prevalensen av depresjoner hos eldre innlagt i sykehus eller sykehjem er vist å være høy, opptil 40 % (19). Det er mulig at eldre med selvmordsrisiko beskyttes i institusjonsmiljøet, eller at selvmordsatferd hos institusjonaliserte gamle mer kan ta form av trusler eller appeller.

## Konklusjon

Undersøkelsen av dette materialet viser at de eldre som tok livet av seg, hadde høy forekomst av psykiatrisk lidelse. Somatiske sykdommer var hovedårsak ved 22 % av selvmordene, og må også tillegges vekt. De mannlige selvmorderne hadde en høyere forekomst av somatisk sykdom enn de kvinnelige. De fleste hadde kontakt med helsepersonell. Mange hadde gitt uttrykk for selvmordstanker og/eller gjort selvmordsforsøk tidligere.

Vår undersøkelse av eldre selvmordere har metodeproblemer som gjør at konklusjonene må trekkes med forsiktighet. Det gir i seg selv grunn til ettertanke at opplysningene i journalene og politirapportene om omstendighetene rundt selvmordene er så sparsomme. Vi mener likevel resultatene indikerer viktige forhold ved eldres selvmordsatferd, som kan gi mulighet til å fange opp gamle med selvmordsrisiko. Det er viktig å øke kunnskapen om depresjoner hos eldre, og helsepersonell bør ha skjerpet oppmerksomhet i forhold til selvmordssignaler.

Det er behov for mer kunnskap om selvmord blant eldre i Norge, og det er spesielt viktig å sette søkelyset på selvmordsrisikoen hos de eldste mennene.

Litteratur →

## Litteratur

1. Kjølsøth I, Ekeberg Ø. Selvmordsforsøk hos eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3988–91.
2. Genève: Department of Mental Health World Health Organisation, 1999. Figures and facts about suicide. WHO/MNH/MBD/\*99.1.
3. Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2001-12-21-08.html>. (7.2.2002).
4. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Aging Study. Int Psychogeriatr 1997; 9: 291–307.
5. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 108–11.
6. Cattell H. Suicide in the elderly. Adv Psychiatr Treat 2000; 6: 102–8.
7. Beskow J, Runeson B, Åsgård U. Psychological autopsies: methods and ethics. Suicide Life Threat Behav 1990; 20: 307–23.
8. Wærn M. Suicide in late life. Doktoravhandling. Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Göteborg University, 2000.
9. Bharucha AJ, Satlin A. Late-life suicide: a review. Harv Rev Psychiatry 1997; 5: 55–65.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170: 205–28.
11. Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland. Int Psychogeriatr 1995; 7: 287–300.
12. Draper B. Attempted suicide in old age. Int J Geriatr Psychiatry 1996; 11: 577–87.
13. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case control study. Psychol Med 2001; 31: 1193–202.
14. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 23–9.
15. Pitkala K, Isometsä ET, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Elderly suicide in Finland. Int Psychogeriatr 2000; 12: 209–20.
16. Conwell Y, Brent D. Suicide and aging I: patterns of psychiatric diagnosis. Int Psychogeriatr 1995; 7: 149–64.
17. Ekeberg Ø, Aargaard I. Selvmord og selvmordsforsøk blant eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 562–4.
18. Shah A, De T. Suicide and the elderly. Int J Psychiatry Clin Pract 1998; 2: 3–17.
19. Weyerer S, Häfner H, Mann AH, Ames D, Graham N. Prevalence and course of depression among elderly residential home admissions in Mannheim and Camden, London. Int Psychogeriatr 1995; 7: 479–93.

○