

Til tross for Handlingsplan mot selvmord og økning i forbruket av antidepressive legemidler har selvmordsratene i Norge vært uendret de siste årene

Hvorfor faller ikke selvmordsratene i Norge?

Etter en gledelig nedgang i selvmordsratene i Norge i begynnelsen av 1990-årene, har denne nedgangen nå stoppet opp. Dødsårsaksstatistikken for 2001, som nylig er publisert (1), viser at ratene er helt uendret i perioden 1996–2001, for menn og kvinner henholdsvis 18,4 og 6,1 per 100 000 innbyggere. Hva kan dette skyldes? Flertallet av dem som tar sitt liv, har en behandlingstrengende psykisk lidelse på dødstidspunktet, særlig depresjon.

Adekvat depresjonsbehandling er derfor et av målene for de selvmordsforebyggende programmene. Fordi forbruket av antidepressive legemidler, spesielt selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), har økt de senere årene, skulle man forvente at dette også gjorde utslag i selvmordsratene. Foreløpig er resultatet skuffende, men kanskje ikke så overraskende.

Enkelte forskere mener at dersom den antidepressive behandlingen blir optimal, vil selvmordsratene falle betydelig (2). Det er lite sannsynlig. La oss bruke trafikkkulykker som eksempel. Både selvmord og dødsfall i trafikken er statistisk sett sjeldne begivenheter.

Hvis man retter inn tiltak kun mot råkjørerne, ville antall drepte i trafikken ikke gå særlig mye ned. Det vil ha langt større effekt å senke hastigheten på veiene og å bygge fysiske sperrer mellom kjørefeltene. Samme tankegang kan brukes på mange områder, for eksempel i forhold til alkohol. For å redusere antall skader eller problemer ved alkoholforbruk, kommer man til kort ved kun å sette inn tiltak overfor storforbrukerne. Innsats rettet mot risikogrupper er selvsagt viktig, men det vil kun ha mindre betydning for dødelighetsratene.

I perioden 1970–88 ble selvmordsraten i Norge doblet, og selvmordsforebygging ble satt på den politiske dagsorden i 1990-årene. Det ble laget et Nasjonalt program for forebygging av selvmord i 1993, og to år senere fulgte en Handlingsplan mot selvmord som fortsatte til 2002. Ettersom selvmordsraten er stagnert de siste årene, kan man spørre om innsatsen har vært mislykket. Spørsmålet er vanskelig å besvare, fordi årsakene til selvmord er sammensatte.

Selvmordsrisikoen øker sterkt hvis det både foreligger for eksempel depresjon, alkoholmisbruk og negative livshendelser samtidig. Dessuten kan samfunnsmessige forhold lett viske ut selvmordsforebyggende bestrebelser. Et eksempel er alkoholforbruket. Økt rusforbruk og større vansker med å begrense tilgjengeligheten kan bidra til å redusere eller eliminere effekten av selvmordsforebyggende tiltak.

Selvmordsforebygging krever innsats på mange felter. I to artikler i dette nummer av Tidsskriftet beskrives kurset Førstehjelp ved selvmordsfare (3, 4). Opplegget har vært brukt blant annet ved medisinstudiet i Tromsø i flere år. Kurset gir kunnskaper og ferdigheter i førstehjelp ved selvmordsfare. Tankegangen er at mange grupper skal beherske dette, på samme måte som hjerte-lunge-redning.

Å forholde seg profesjonelt til selvmordstruede pasienter er krevende. Det er derfor noe overraskende at undervisningen av medisinstudenter på dette viktige feltet skal ha omtrent samme

omfang og innhold som i undervisningen av andre yrkesgrupper. Det er forskjell på basal og avansert hjerte-lunge-redning. Det ville jo ikke være tilfredsstillende hvis kravet til legene var kunnskaper og ferdigheter kun på det basale nivået. Det kunne vært interessant å se en oversikt over hva som gis av undervisning i suicidologi for medisinstudenter ved de andre norske lærestedene.

Det mest urovekkende trekket ved utviklingen av selvmordshyp-pighet i Norge har vært den sterke økningen blant unge mennesker. Selvmordsatferd blant ungdom omtales i to andre artikler i dette nummer av Tidsskriftet (5, 6). Mange av dem som tar sitt liv, eller som forsøker å gjøre det, oppsøker medisinsk personell før hendelsen. Er det mulig å fange opp flere av disse?

Sara Rise Langlo og medarbeidere viser at suicidal ungdom avviker fra annen ungdom på mange områder, både sosioøkonomiske og psykososiale, og at nesten halvparten av dem søker lege kort tid før selvmordsforsøket (5). Forfatterens konklusjon er at klinikere må se etter psykososiale belastninger og psykopatologiske forhold og aktivt spørre etter suicidal tanker og selvmordshandlinger. Dette er ikke enkelt. Mange av ungdommene tar ikke opp de psykiske vanskene, kanskje fordi de ikke kan sette ord på det eller ikke riktig forstår hva som skjer med dem. Hvordan skal lege eller helsesøster da klare å fange dette opp? Umulig er det ikke, men større oppmerksomhet om problemet og økte kunnskaper blant helsepersonell er opplagt nødvendig. Også i dette perspektivet blir det viktig å satse på tilbud nær barn og unge, ikke minst skolehelsetjenesten.

Mette Ystgaard og medarbeidere har undersøkt selvmordstanker og selvmordsforsøk hos ungdom i Hedmark og Oppland (6). Deres artikkel er en del av en multisenterstudie om selvmordsatferd i ti land. I et felt der metodeproblemer har gjort sammenlikninger vanskelige (7), er dette initiativet prisverdig. Resultatene samsvarer godt med tidligere funn. Forekomst av og risikofaktorer for selvmordsatferd er beskrevet i stort monn (8). Utfordringen innen selvmordsforskning består nå i å utvikle og evaluere vitenskapelig baserte forebyggende tiltak. Multisenterstudier, intervensjonsstudier og flerfaglig samarbeid er nødvendig for å få dette til.

Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder 1951–2001. www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2003-06-20-08.html (8.7.2003).
2. Isacson G. Prevention av självmord har räddat 2 500 liv på tio år. *Läkartidningen* 2003; 100: 1160–1.
3. Guttormsen T, Høifødt TS, Silvola K, Burkeland O. Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2284–6.
4. Silvola K, Høifødt TS, Guttormsen T, Burkeland O. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2281–3.
5. Langlo SR, Ramberg M, Grøholt B. Suicidal ungdom – hva skal klinikere se etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2246–9.
6. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2241–5.
7. Hem E. Selvmord – fortsatt et stort helseproblem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1025.
8. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 386–405.