Epidemiologi ved selvmord hos eldre

En fersk oversikt over utviklingen, med data fra WHO, er gitt av Walter H. Gulbinat (1996). Det har vært en øking av selvmord hos eldre i de fleste land i Europa, og også i verden som helhet, og selvmordshyppigheten er i de fleste land høyere for den eldre befolkning enn for den yngre. I Europa topper Ungarn selvmordsstatistikken for de eldre (fig. 1).

Rekkefølgen mellom landene er noenlunde som for selvmord i den generelle befolkning, men i alle land ligger selvmord hos eldre høyere enn i yngre aldersgrupper.

Hyppigheten er opptil 7 ganger høyere enn i yngre voksen alder. Det ser ut til å gjøre seg nok et mønster gjeldende for selvmord i eldre alder: Der er en betydelig større overvekt av menn i forhold til kvinner. Forholdstallet mellom menn og kvinner varierer fra 2:1 til 12:1.

I Norge har det i den siste 30-årsperioden vært en øking i selvmordshyppigheten for menn over 75 år på over 100 %. I Europa er det bare Irland som har hatt en større øking (150 %). Økningen har vært 50 % i Finland, 20 % i Danmark, mens i Sverige har den vært liten. Figur 2 viser denne utviklingen (Gulbinat 1996).

I Norge øker selvmordshyppigheten klart for menn fra 60-årsalderen (ca 25) til det når toppen i aldersgruppen over 80 år (35), mens selvmordshyppigheten faller for kvinner fra 12 i 60-årsalderen til 6.4 i aldersgruppen over 80 år. Forholdstallet mellom menn og kvinner blir vel 5:1, slik den også er i yngste aldersgruppe (15-19 år), mens forholdstallet i de midtre aldersgrupper er 3:1 og 2:1 (Retterstøl 1995). Figur 3 viser situasjonen i 1992.

Selvord i Norge 1965-67 og 1985-87 i henhold til kjønn og alder fremgår av figur 4. (Ekeberg og Aagaard 1991). Det fall som har vært i selvmordshyppigheten i Norge fra 1988 til 1994, gjør seg også gjeldende for de eldre.

Fig. 2
Endring av selvmordshyppigheten blant eldre menn over 74 år i enkelte utvalgte land i Europa

Fig. 3
Selvmord etter kjønn og alder 1992 (pr. 100 000 innb.)

Fig. 4
Selvmord etter kjønn og alder 1965-67 og 1985-87 (pr. 100 000 innb.)

Underregistrering av selvmord hos eldre

Som kjent er der en underregistrering av selvmord generelt. Internasjonalt regner man med 25 %, men Ekeberg og medarbeidere (1985) har funnet grunnlag for at denne prosent i Norge kan ligge rundt 10 %.

Underregistreringen antas å være høyere blant eldre enn blant yngre (De Leo og Diekstra 1990). Dette skyldes at mange eldre velger metoder der dødsfallet ikke blir registrert som selvmord:

- Avviser væske- og næringstilførsel
- Avviser livsviktige medisiner (insulin, hjertemedisin)
- Forsømmer behandling og omsorg ("neglect")

Disse former for selvmord blir gjerne omtalt som "passivt selvmord" eller "organisk selvmord", men dødsårsaken blir som regel registrert under den sykdom de ellers led av.

Selv mord og selvmordsforsøk hos eldre

Forholdstallet mellom selvmordsforsøk og selvmord varierer betydelig i de forskjellige aldersgrupper. Mens forholdstallet mellom selvmordsforsøk og fullbyrdet selvmord er 3:1 for eldre menn, er det for yngre kvinner 30:1.

Et selvmordsforsøk hos eldre er en mye sterkere risikofaktor for senere selvmord hos et eldre menneske enn tilsvarende hos yngre. De eldre nytter mer voldsomme metoder enn de yngre, og de gir i mindre grad varsel på forhånd. Av de eldre nytter 85 % en av de fire følgende hovedmetoder:

- Skyting (nesten bare menn)
- Henging (noen, relativt overvekt av menn)
- Intoksikasjon (relativt likt fordelt)
- Drukning (relativt likt fordelt)

Metoder varierer landene imellom. I USA er skyting hovedmetoden hos begge kjønn, for eldre menn 76 %, eldre kvinner 41 % (Farberow 1998).

Hvilke lidelser disponerer for selvmord hos eldre?

Legemlige lidelser forekommer meget hyppigere ved selvmord hos eldre enn yngre. I et britisk arbeid (Sainsbury 1955) var legemlig lidelse en medvirkende faktor ved selvmordet hos 35% av dem som var over 65 år, hos 27% i middelaldrende grupper og bare hos 10 % i de yngre aldersgrupper.

Nyere forskning har vist enda større forskjeller. Kronisk smerte, psykologisk eller fysisk, anføres ofte som en sentral faktor, særlig når det virker som om ingenting kan hjelpe og døden fortøner seg som den eneste løsning (Shneidman 1993).

Psykiatriske lidelser er hos eldre som yngre meget sentrale ved selvmordshandlingen. Hyppigheten av depresjon er større hos eldre. I befolkningen over 65 år anføres at mellom 13 og 27 % lider av lettere depresjon, prosenten angis størst hos dem som befinner seg i sykehjem eller pleiehjem. Moderat depresjon finner man hos omlag halvparten av de eldre som tar sitt liv, alvorlig depresjon (major affective disorder) hos anslagsvis 15 % (O'Neal et al. 1956).

Depresjon hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet. Jevnt over har behandling av depresjon hos eldre like god prognose som hos yngre. De eldre sier ofte lite fra om sine symptomer, og det er lett å overse en depresjon hos eldre, og oppfatte symptomene mer som et uttrykk for begynnende senilitet og tegn på organisk hjernelidelse. Depresjon kan vise seg ved redusert matlyst, mangel på søvn, tilbaketrekning, skyldfølelse, mangel på egenomsorg og næringstilførsel, ønske om å gjøre opp for seg, og selvsagt også uttrykk for suicidale tanker. Kjell Martin Moksnes som arbeider med gerontopsykiatri, omtaler depresjon hos eldre nærmere i dette nummer.

Organiske hjernelidelser forekommer oftere i eldre aldersgrupper, mest som presenile, arteriosklerotiske og senile dementielle tilstander. Slike lidelser gir ofte en følelse av utilstrekkelighet og nederlag. Oppgaver mestres ikke lenger som før, håpløshet og depresjon tar lett over. Man skal være tilbakeholden med å gi diagnosen demens til en eldre, en "demens" kan være en "kasjert depresjon" med gode behandlingsmuligheter.

Schizofreni og alkohol- og stoffmisbruk ser ut til å forekomme relativt sjeldnere som hoveddiagnose ved selvmord hos eldre enn hos yngre. Tidligere selvmordsforsøk er derimot registrert hos anslagsvis like mange av de eldre som tar livet sitt som hos de yngre.

Psykososiale karakteristika - Risikofaktorer

Med alderen følger endringer i den sosiale situasjon, ofte over kortere tidsperiode enn i andre aldersgrupper. Fra å være en aktiv yter reduseres man til å bli en person det må gis omsorg til, men utviklingen skjer hos de fleste langsomt. Men mange merker forandringene intellektuelt og fysisk. Den sosiale situasjonen forut ser ut til å være av betydning. Ved sivilstatus **gift** er det en klart lavere selvmordsrate enn ved både ugift, skilt og enkestand. Dette gjelder alle aldersgrupper og begge kjønn. Man har talt om at ekteskapet har "en immuniserende effekt". Dette antas delvis å henge sammen med at den gifte gjerne sitter i et tettere nettverk, med familie og venner, at tendensen til isolasjon blir mindre, men det henger nok også sammen med seleksjonsfaktoren og personligheten. Selvmordshyppigheten øker med årene, men mest i de lavere sosialgrupper.

Pensjoneringssituasjonen og uttreden fra aktivt arbeidsliv er en risikoutsatt tid. Den betyr ofte et tap av sosialt nettverk, et tap av selvaktelse og følelse av meningsfullhet, tap av prestisje, makt og kontroll. Det betyr som regel også en betydelig redusert økonomi, men muligens betyr økonomien alene ikke så meget. Det kom ingen endring av selvmordshyppigheten i forbindelse med innføringen av alderspensjon. Shepherd og Barraclough (1980) viste at selvmordshyppigheten viste sterkest øking hos dem som fikk en brå pensjonering, men markerte seg mindre hvis uttreden av aktivt arbeidsliv skjedde gradvis og over lengre tid. Den nedsatte pensjonsalder i våre dager kan slå uheldig ut, mens innføring av fleksibel pensjonsalder med mulighet for gradvis nedtrapping sannsynligvis er gunstig.

Tap av nære medmennesker er faktorer som tillegges betydning. Tap av ektefelle slår hardest ut, og mest tap av ektefelle ved selvmord. Det er også kjent at minnedager for slike begivenheter (fødselsdager, dødsdager) kan representere risikofylte perioder.

Når selvmordsraten hos eldre menn er så mye høyere enn hos eldre kvinner, har man tenkt at en faktor kan være at eldre kvinner gjerne har jevnaldrende venninner igjen - og ofte står i et bedre fortrolighetsforhold til disse enn menn gjør til sine venner. Menn blir i alderdommen lettere isolert, med mindre

nettverk og mindre evne til å kommunisere sine personlige problemer. De får også sin vennekrets raskere redusert ettersom menns gjennomsnittlige levealder er 5-6 år kortere enn en kvinnes.

Flytting og miljøskifte hører ofte pensjoneringssituasjonen og alderdommen til. Eldre har vanskeligere for å omstille seg til nye forhold. Flytting til eldrebolig, og særlig til sykehjem, kan være en traumatiserende opplevelse, med mulighet for sosial isolasjon og tap av nettverk på den ene siden, og tap av kontroll over eget liv og følelse av avmakt, degradering og selvaktelse på den andre siden (De Leo 1997). Mange eldre har ikke forberedt seg på en slik situasjon, og vil se aldringsfenomenene og følgene som en katastrofe, og ikke se mulighetene for en tilpasningsprosess (Mc Intosh et al. 1994).

Mange eldre er sterkt religiøse, og det har vært påpekt at dette viktige perspektivet ikke ivaretas godt nok i den siste livsfasen, hvor behovet er sterkest og hvor mulighetene til deltagelse i vanlig kirkeliv og menigheter er redusert (Weaver og Koenig 1996).

Jo større respekt den eldre befolkning nyter i et samfunn, jo mindre vil overvekten av suicid være. Dette er vist f.eks. i Amish-sekten i USA, der de eldre er en høyt respektert gruppe som har relativt lavere selvmordsrate. I vår kultur blir de eldre ikke verdsatt særlig høyt. Det er ungdom, sunnhet, fart og effektivitet som teller. Eldre blir fort "over og ut" - og deres stemme lite hørt. Det er påfallende at langt færre eldre velges inn i politiske organer. I arbeidslivet har det vært en tendens til å "dyrke" de yngre og tilsidesette den ressursen som eldre og erfarne arbeidstagere utgjør. I samfunn hvor identifikasjon med jobben og ambisjonene er enda sterkere enn i vårt land, er dødeligheten i selvmord hos de gamle enda større enn hos oss, som i Japan (Kanazawa 1994).

Ensomhet og isolasjon ser ut til å være en sentral faktor ved selvmord hos eldre. Ekeberg og Aargaard (1991) fant ut i sitt materiale at selvmordsforsøkere over 70 år som var innlagt ved Ullevål sykehus etter selvpåført forgiftning, hadde en sterk øking i antall forsøk ved selvpåført forgiftning, faktisk en fordobling på 4 år (fra 1985 til 1989). De fant at ensomhet og isolasjon var den vanligste anførte årsak til selvmordsforsøk hos eldre. Mange eldre gav uttrykk for at de følte at de var til belastning for sin familie når de ønsket kontakt eller søkte kontakt. Det dreide seg ofte om mennesker som hadde hatt en barndom i en hard tid med mange krav, der det hadde vært lite anledning til å få omsorg. I den grad pasienten som barn fikk bekreftelse på sin egen verdi, var det gjerne betinget av at de hadde ytet noe aktivt. Når de etter et innsatsrikt liv var blitt alene og passive, aktiviserte dette tidligere savn og mangel på bekreftelse av og anerkjennelse av deres innsats. Ved passivitet og behov for hjelp ble selvfølelsen svekket, noe som igjen førte inn i den onde sirkel av isolasjon, som også sykdom og fysisk svekkelse bidro til.

Kjølseth og Ekeberg (1997) har nettopp publisert resultatet av en intervju-undersøkelse av en mindre gruppe eldre pasienter som var innlagt i sykehus etter alvorlig suicidalforsøk (med kvalitativt forskningsintervju). Se Kjølseths omtale av undersøkelsen i dette nummer.

Hovedfaktorer som er mest sentrale for utløsning av selvmord:

- Psykiatrisk sykdom - depresjon, demens eller truende demens
- Legemlig sykdom - særlig langvarig smertefull, invalidiserende, kronisk, dødelig
- Ektefelles (partners) død
- Tilbaketrekning fra aktiv status, pensjonering
- Sosial isolasjon, miljøskifte, forstyrrelse eller brudd i sosiale relasjoner, nettverk
- Trussel om avhengighet av omsorg og institusjonalisering
- Alkohol- og medikamentavhengighet

Forebygging

Rask og effektiv behandling av depresjon hos eldre er sannsynligvis den viktigste enkeltfaktor i forebyggelse av suicid hos eldre. Hele 70 % av de eldre som tar sitt liv, har konsultert lege i løpet av siste måned. Depresjon er ofte ikke diagnostisert fordi pasienten har konsentrert seg om den somatiske problematikken, som legen også har gjort, og legen har ikke fått tak i de tegn til depresjon som var til stede.

Eldre pasienter med selvmordstanker meddeler sjelden disse spontant. Utdannings- og etterutdanningsprogrammer i suicidologi for leger og annet helsepersonell er sannsynligvis blant de viktigste tiltak som kan gjøres, det er også vektlagt i den nasjonale handlingsplan (1995).

Av generelle tiltak er mye oppmerksomhet rettet mot eldreomsorgen i våre dager. Mye er gjort. Økonomiske forhold, boforhold og hjemmehjelpsordninger og hjemmesykepleie kan gjøre situasjonen lettere for de eldre og bidra til at de kan klare seg lenger uten institusjonsinnleggelse. Men en holdningsendring trenges nok i vår adferd overfor den eldre generasjon. I mange kulturer stiller man seg fremmed til den tendens til institusjonalisering vi har i den vestlige verden,

med rask anbringelse av mennesker med omsorgsbehov til aldershjem, sykehjem eller sykehus.

Familiene bør nok i større grad ta ansvar for de eldre. Mye kan nok gjøres ved at det etableres skiftordninger i tilsyn og omsorg for de eldre der hvor det er flere familiemedlemmer som kan dele på oppgavene. De eldre er tilbakeholdende med å søke om hjelp, og en mer aktiv oppsøkende holdning er aktuelt både fra samfunnets og familiens side. Avlastnings- og støttegrupper for pårørende som har tyngende omsorg og pleie, bør det stimuleres til.

Det vil være viktig å bygge ut tjenester i åpen omsorg med tilsyn og alarmsystemer. Dagbehandlingstilbud kan utbygges bedre, likeså hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det bør gis mulighet for avlastningsopphold i institusjon i perioder hvor pårørende og pasient blir utslitt. Det bør bygges plasser innen institusjonene med mulighet for å bevare individualitet når de eldre blir så pleietrengende at de ikke lenger kan ha noe meningsfullt liv alene hjemme.

I de senere år er det kommet et økende omfang av vold mot eldre. Alarm- og sikkerhetssystemer har bidratt til å dempe angst. Sosiale treffsteder er det viktig å etablere, og transporttjenesten for eldre kan bygges bedre ut. Det er ingen tvil om at det gjøres mye på dette område i vårt land i dag.

En "eldremilliard" som en engangsbevilgning er en dråpe i havet. Det er først og fremst en holdningsendring i forhold til de eldre som trengs. Det er de eldre som har utviklet det velferds- og velstandssamfunnet vi har i dag. I vår tid med sterk ekspansjon i vekst og økonomi, er de eldre blitt hengende etter, med liten øking i pensjonene og avtagende fradragsetter. De eldre og pensjonistene utgjør ingen pressgruppe - og deres stemmer blir i mindre grad hørt. De eldre kan ha mye verdifullt å fremføre til nytte for neste generasjoner.

Det psykiske helsevernets tilbud til de eldre trenger en vesentlig styrking. Forskningen som gjelder de eldre, bl.a. selvmord hos eldre, må prioriteres langt høyere. Det er liten forskningsaktivitet i vårt land på dette område, og mye som bør gjøres - og gjøres raskt.

LITTERATUR

De Leo D, Diekstra RFW: *Depression and suicide in late life*. Toronto: Hogrefe & Huber, 1990

De Leo D: *Suicide in general hospital: the case of the elderly*. *Crisis* 1997; 18: 5-6

Ekeberg Ø, Jacobsen D, Enger E, Fredrichsen P, Holan L: *Selvmordsstatistikkens pålitelighet i Norge*. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1985; 105: 123-127

Ekeberg Ø, Aagaard I: *Selvmord og selvmordsforsøk blant eldre*. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1991; 111: 562-564

Farberow N: *Elderly suicide* (in press 1998)

Gulbinat WH: *The epidemiology of suicide in old age*. *Archives of Suicide Research* 1996; 2: 31-42

Kanazawa A: *Selvmord hos eldre i Japan*. Personlig meddelelse 1994

Kjølseth I, Ekeberg Ø: *Selvmordsforsøk hos eldre*. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1997; 27: 3988-91

Mc Intosh JD, Santos JE, Hubbard RW, Overholser JC: *Elder suicide: research, theory, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 1994

O'Neal P, Robins E, Schmidt EH: *A psychiatric study of attempted suicide in persons over 60 years of age*. *Archives of Neurological Psychiatry* 1956; 75: 275-284

Retterstøl N: *Selvmord*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Sainsbury P: *Suicide in London. An ecological study*. London: Chapman & Hall, 1955

Shepherd DM & Barraclough BM: *Work and suicide. An empirical investigation*. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 469-478

Shneidman ES: *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale: Jason Aronson, 1993

Statens helsetilsyn: *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995

Weaver AJ, Koenig HG: *Elderly suicide, mental health professions, and the clergy: A need for clinical collaboration, training and research*. *Death-studies* 1996; 20: 495-508.