

Eldre dør oftere av kreft

Elin Skretting Lunde

Eldre i Norge har høyere forventet levealder enn eldre de fleste andre steder i verden, med kvinnene på topp. I dag er hjerte- og karsykdommer den vanligste sykdomsgruppen blant eldre, og det er også den vanligste dødsårsaken. Antallet døde på grunn av hjerte- og karlidelser har imidlertid sunket de siste tiårene, mens antallet døde på grunn av kreft har økt i den samme perioden.

Den norske befolkningen er blant den eldste i verden, og i løpet av det siste århundret har vi nesten fordoblet antallet innbyggere. Ved inngangen til 2000 var vi nærmere 4,5 millioner mennesker her i landet. Andelen personer over 80 år har steget jevnt de siste 20 årene og utgjør nå 4,3 prosent av befolkningen. Kvinner lever fremdeles lenger enn menn. Derfor er to av tre personer over 80 år kvinner.

Med eldre mener vi i denne artikkelen personer som er 67 år og over,

når ikke annet er sagt. I noen sammenhenger er gruppen delt opp i personer 67-79 år og personer 80 år og over, som her blir kalt de *eldste eldre*. En gruppe som også omtales er personer 60-66 år, også kalt *unge eldre*. Disse er altså ikke inkludert når vi omtaler eldre generelt. Mens middelaldrende er satt til personer i alderen 45 til 59 år. Når sentralitet analyseres, er det basert på bostedskommunene inndelt i fire grupper: *Oslo, andre storbyer, andre sentrale kommuner* (kommuner som har eller ligger i nærheten av større

tettsteder) og *perifere kommuner* (kommuner som ikke har eller er i nærheten av større tettsteder).

En nyfødt gutt hadde i 1998¹ en forventet levealder på 75,5 år, mens den var 81,3 år for en nyfødt jente. Tallene er for begge kjønn de høyeste som noen gang er beregnet i Norge. På grunn av den høye spedbarns- og barnedødeligheten, var forventet levealder mye lavere da dagens eldre kom til verden. For eksempel var forventet levealder for nyfødte i perioden 1916-1920 54,5 år for menn og 57,8 år for kvinner.

Hvor gamle kan dagens eldre forvente å bli? En person som har fylt 60 år² kan forvente å bli 79,6 år om det er en mann og 83,9 år om det er en kvinne. En 70 år gammel mann kan forvente å bli 82,2 år mens en kvinne kan forvente å bli 85,6 år. For dem som har rukket å bli 80 år, kan mennene regne med å leve 6,8 år til og kvinnene kan forvente å bli 8,6 år eldre, gitt at dødelighetsratene holder seg stabile.

De vanligste sykdommene

De tre største sykdomsgruppene for eldre over 67 år er hjerte- og

Ramme 1. Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser

Helseundersøkelsene har hele den *hjemmeboende* befolkningen som målgruppe. Dette medfører at alle eldre som måtte befinne seg på pleiehjem, aldershjem eller sykehjem ikke har blitt intervjuet. Det er således de friskeste av de eldre, de som bor for seg selv, som har deltatt i helseundersøkelsene. Utvalget ble trukket på personnivå i 1995, i 1985 på husholdsnivå. I tillegg til trekkpersonen, intervjues alle personer som bor i husholdet sammen med trekkpersonen. I 1995 ble det også trukket et tilleggsutvalg (1 000 personer) av de "eldste eldre" det vil si personer 80 år og over. I eldreutvalget er det kun trekkpersonen som intervjues, men det blir gjort en fortegning over øvrige medlemmer i husholdet. I alt inngår det opplysninger om 3 982 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1995 og 3 698 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1985. Analysene i dette kapitlet er hovedsakelig basert på tall hentet fra Helseundersøkelsen 1995 og der hvor en sammenlikning er mulig, også fra Helseundersøkelsen 1985. Høsten 1998 ble det gjennomført en ny helseundersøkelse. Helseundersøkelsene vil heretter bli en del av *de samordnede levekårsundersøkelsene*, som vil ha helse som hovedtema hvert tredje eller fjerde år. Data fra 1998-undersøkelsen er ikke med i denne artikkelen. Vi har tatt utgangspunkt i 1995-dataene fordi disse inneholder flere opplysninger om eldre og har et betydelig større utvalg av eldre personer.

Tabell 1: Andel eldre 67 og over med varige sykdommer klassifisert i sykdomsgrupper, etter ICD-8 i 1985 og ICD-9 i 1995. Prosent

	1985	1995
Alle sykdomsgrupper	76	86
Nervøse lidelser	11	11
Sykdommer i nervesystemet	3	5
Øye/øresykdommer	13	38
Hjerte-/karsykdommer	39	47
Sykdommer i åndedretsorganene ¹	7	15
Magesår/magekatarr o.l.	3	7
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	6	10
Sykdommer i urin og kjønnsorganene	5	11
Sykdommer i hud/underhud ¹	6	7
Sykdommer i skjelett-/muskelsystemet	26	44
Andre sykdommer	17	26
Skader	6	8
Tallet på personer som svarte	1 415	1 601

¹ En stor gruppe som omfatter allergi (uten nærmere spesifisering av hva som utløser allergisk reaksjon) ble i 1985 kodet under "sykdom i hud og underhud". I 1995 er denne gruppen klassifisert som sykdom i åndedrettet. Dette vil påvirke størrelsen på disse gruppene i hhv. 1985 og 1995. Kilde: Helseundersøkelsen 1985 og 1995

karlidelser, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og øye-/øresykdommer.

Blant eldre over 67 år er det nesten fem av ti som oppgir hjerte- og karsykdommer, mens 44 prosent forteller om sykdommer forbundet med muskel og skjelett. Det er 28 prosent i aldersgruppen 67 til 79 år som lider av sykdommer i øye eller øreregionen, mens dette øker til 48 prosent for de over 80 år. Videre har 15 prosent av de eldre over 67 år ulike typer lidelser knyttet til åndedretsorganene.

I 1985-undersøkelsen var det færre eldre som hadde åndedrettssykdommer enn i 1995, men siden klassifikasjonsstandarden har blitt endret, vet vi ikke om økningen som kan spores i tallene fra 1995, er reelle. I 1985 var det blant eldre over 67 år 39 prosent som hadde

hjerne- og karsykdommer, mens 26 prosent hadde sykdommer i skjelett-/muskelsystemet. 13 prosent fortalte om sykdom i øye/øre, mens 7 prosent led av sykdom i åndedretsorganene. For mange av sykdomsgruppene kan vi se en forholdsvis stor økning i tiårsperioden, men på grunn av endringer i innsamlingsmetoden i helseundersøkelsen, vet vi ikke om økningen er så stor som tabellen indikerer. I 1985 fylte intervjueren ut et papirspørreskjema, mens i 1995 ble alle svarene tastet direkte inn på en bærbar PC. En annen medvirkende årsak kan være endringen i diagnoselisten (en liste over de vanligste sykdommene) som alle personene som deltok ble forevist. I 1995 var denne listen lenger enn i 1985. Dette kan ha ført til økt rapportering av disse lidelsene.

Eldre menn og kvinner hadde i 1995 omtrent like stor grad av hjerte- og karsykdommer, henholdsvis 42 og 45 prosent i alderen 67-79 år. Dette mønsteret finner vi også blant de eldste, hvor andelen med hjerte-sykdom har økt til rundt 50 pro-

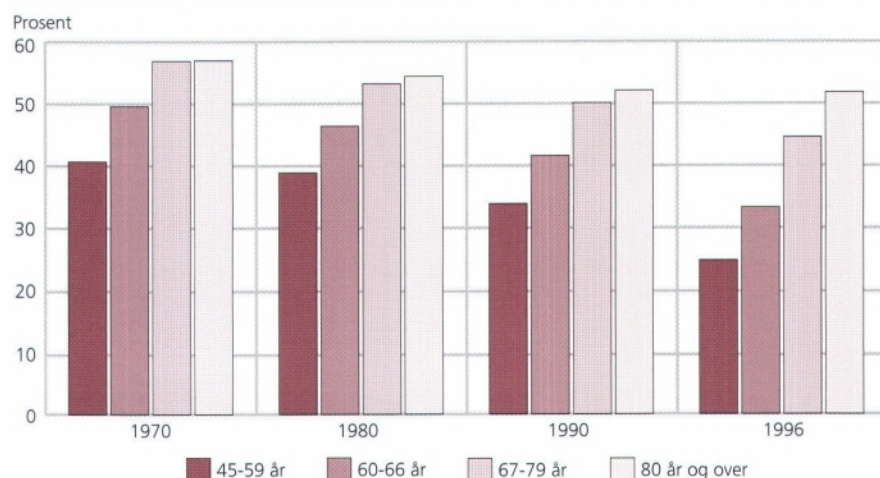
sent. Det er en høyere andel kvinner enn menn i de eldste aldersgruppene som har skjelett- og muskelsykdommer. 31 prosent av mennene og 46 prosent av kvinnene over 80 år var plaget med slike sykdommer i 1995. Når det gjelder magesår, magekatarr og liknende er dette jevnt fordelt i aldersgruppen 67-79 år, mens blant de over 80 er det 12 prosent menn, mot 5 prosent kvinner.

Flest dør av hjerte- og karsykdommer og kreft

Det er hjerte- og karsykdommer som forårsaker flest dødsfall blant eldre i Norge. For middelaldrende er det derimot kreftsykdommer som er vanligste dødsårsak³. Blant eldre har det vært en gradvis nedgang i antallet døde av hjerte- og karsykdommer, mens antallet døde av kreft har økt.

57 prosent av alle dødsfallene blant de eldste eldre (80 år og over) skyldtes hjerte- og karsykdommer i 1970. Tilsvarende tall for 1996 var 52 prosent, det vil si en nedgang på 5 prosentpoeng. Mens bortimot 20

Figur 1. Andel døde i befolkningen av hjerte- og karsykdommer i ulike aldersgrupper 1970, 1980, 1990 og 1996. Prosent



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Ramme 2. Dødsårsaksstatistikken

Dødsårsaksstatistikken omfatter alle personer som var bosatt i Norge på dødstidspunktet, uavhengig av om dødsfallet fant sted i eller utenfor landets grenser. Mens helseundersøkelsene bare omfatter de som bor utenfor institusjon, omfatter dødsårsaksstatistikken også institusjonsbeboerne. Statistikken viser den underliggende årsaken til død.

Den underliggende dødsårsaken er definert som:

- Den sykdommen eller skaden som startet rekken av de sykelige tilstandene som ledet direkte til døden, eller
- de ytre omstendighetene ved den ulykken eller voldshandlingen som var årsaken til den dødelige skaden.

Ved kreftdødsfall med spredning registreres primærkreft som underliggende dødsårsak.

prosent av dødsfallene blant eldre (67-79 år) skyldtes kreft i 1970, hadde andelen økt med 11 prosentpoeng til 31 prosent i 1996. Også blant de aller eldste har det vært en økning i andelen dødsfall på grunn av kreft, om enn ikke så sterk som blant de yngre. I 1996 skyldtes nærmere 15 prosent av dødsfallene blant landets eldste (80 år og over) kreft, mot om lag 11 prosent i 1970. Likevel er det de middelaldrende (45-59 år) som har opplevd den største økningen i dødsfall som skyldes ondartede svulster. Her har andelen døde på grunn av kreft steget fra i overkant av 30 prosent av alle dødsfall i 1970 til nærmere 43 prosent i 1996. Det er en økning på over 12 prosentpoeng i løpet av 26-årsperioden.

Sykdommer i åndedretsorganene, det vil si ulike lungesykdommer, står for nær 8 prosent av alle dødsfallene blant eldre mellom 67 og 79 år, og mellom 11 og 12 prosent av dødsfallene blant dem som er enda eldre. Det har bare vært små endringer i andelen dødsfall på grunn av sykdommer i åndedretsorganene i løpet av perioden 1970-1996.

Fallulykkene er vanligst

Det er ikke bare sykdommer som medfører dødsfall. Mange mennesker dør hvert år på grunn av ulykker⁴. Blant eldre er fall vanligste årsak til ulykkesdød. I 1996 døde 623 av de eldste eldre etter fallulykker, det utgjør knapt 3 prosent av alle dødsfall. Blant eldre mellom 67 og 79 år døde 173 (1,2 prosent av dødsfallene) på grunn av fall. De

fleste fallulykkene resulterer i et lårhalsbrudd, med påfølgende komplikasjoner.

I 1996 ble det registrert totalt 517 selvmord i Norge, det gir en rate på 11,8 per 100 000 innbyggere. Selvmordsraten var for 70-79-åringene 16,4 og for de over 80 år 11,2. Den høyeste raten finner vi blant de unge i alderen 20-29 år med 16,5 selvmord per 100 000 innbyggere. Det var 73 personer som begikk selvmord blant eldre i aldersgruppen 67-79 år, mens 20 personer blant de aller eldste tok sitt eget liv. Dette utgjør henholdsvis 0,5 og 0,1 prosent av dødsfallene i disse aldersgruppene.

Eldre kvinner dør oftere av hjerte- og karsykdommer

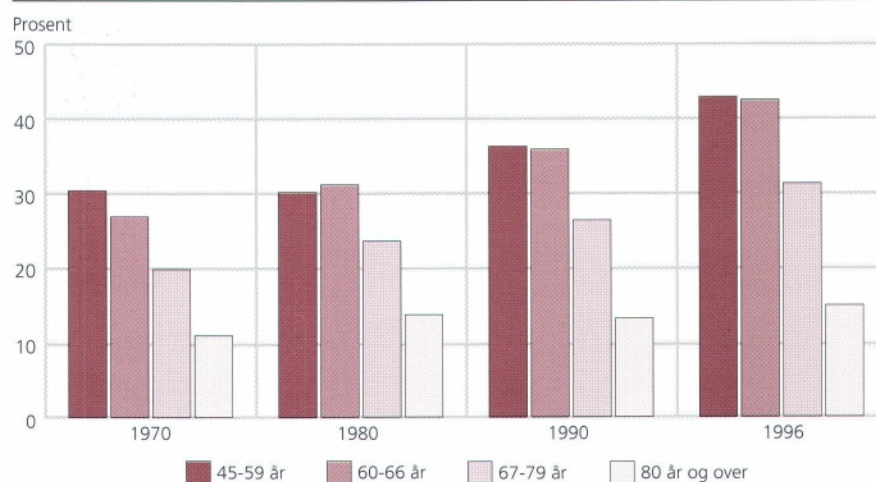
Menn og kvinner er forskjellige, ikke bare med hensyn til hvor lenge

de lever, men også hva de dør av. Blant middelaldrende og unge eldre er det langt flere kvinner enn menn som har ondartede svulster som dødsårsak. Blant eldre i aldersgruppen 67-79 år er det omtrent like mange menn og kvinner som dør på grunn av kreft, mens det blant de aller eldste er noen flere menn enn kvinner som dør av denne sykdommen.

Mønsteret er annerledes for hjerte- og karsykdommer. Spesielt i de yngre aldersgruppene er det flere menn enn kvinner som dør av disse sykdommene. Dette snur blant de aller eldste, hvor hjerte- og karsykdommer er en litt vanligere dødsårsak blant kvinner enn blant menn.

For de middelaldrende og unge eldre er det en noe høyere andel kvinner enn menn som dør på grunn av sykdommer i åndedretsorganene. Blant eldre mellom 67 og 79 år er det små kjønnsforskjeller, mens det er en noe høyere andel menn enn kvinner som har sykdom i åndedretsorganene som dødsårsak blant de aller eldste. Ser vi på

Figur 2. Andel døde i befolkningen av kreft i ulike aldersgrupper. 1970, 1980, 1990 og 1996. Prosent



Kilde: Dødsårsaksregisteret

dødsfall på grunn av ulykker, finner vi den største kjønnsforskjellen i aldersgruppen 45 til 59 år. Det er dobbelt så mange menn som kvinner som dør etter en ulykke (6,8 prosent blant menn og 3,3 prosent blant kvinner). Fallulykker forårsaker flest ulykkesdødsfall blant de aller eldste, og det er flere kvinner enn menn som dør etter et fall, henholdsvis 398 kvinner og 225 menn i 1996. Mens i aldersgruppen 67 til 79 år er denne typen ulykker forholdsvis jevnt fordelt mellom kjønnene. Det er langt flere menn enn kvinner (i alle aldre) som begår selvmord. I 1996 var det 27,1 menn per 100 000 innbyggere over 80 år som tok livet av seg, mens tallet for kvinner var på 3,4. Denne kjønnsforskjellen er stabil over tid. Den høyeste selvmordsraten finner vi blant menn i aldersgruppen 70-79 år, med 31,3 selvmord per 100 000 innbyggere. Til sammenlikning er raten 27,3 for 20-29 åringer og 20,1 for 30-39 åringer.

Redusert hjerte- og kardødelighet

Det har vært en positiv utvikling i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer for både kvinner og menn de siste tiårene. Langt færre mennesker dør på grunn av denne typen sykdommer i dag enn tidlig på 1950-tallet. For menn over 40 år⁵ økte antallet som døde av hjerte- og karsykdommer fram til begynnelsen av 1970-tallet, for så å vise en klar nedgang etter det. For kvinner kom denne nedgangen tidligere. I tidsperioden 1966-1970 begynte antallet dødsfall på grunn av hjerte- og karlidelser å synke, spesielt for de eldste kvinnene. I aldersgruppen 60-69 år gikk antallet menn som døde av hjerte- og karsykdommer ned fra litt over 1 300 døde per 100 000 innbyggere på begynnelsen av 1970-tallet til 753 i 1996. Blant

kvinner i samme aldersgruppe ble dødeligheten mer enn halvert fra tidlig på 1960-tallet til 1996 (fra 688 til 255 døde per 100 000 innbyggere). For de eldste mennene økte antallet dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer fra 1950-tallet til 1960-tallet, før nivået begynte å synke. I perioden 1991-1995 har antallet⁶ døde av denne typen sykdommer stabilisert seg på drøyt 7 200 dødsfall per 100 000.

For kvinner i samme aldersgruppe lå antallet dødsfall på over 7 700 i perioden 1951-1955. Dette tallet var høyere for kvinner enn for menn på 1950-tallet, men i perioden 1961-1965 endret det seg i kvinnes favør. Siden den gang har flere menn enn kvinner dødd av hjerte- og karsykdommer. I 1996 var det litt under 5 800 kvinner per 100 000 innbyggere som døde av denne typen sykdommer i den eldste aldersgruppen.

Flere ondartede svulster blant eldre menn

Antall personer som dør på grunn av kreft, har økt blant menn de siste 40-50 årene, mens mønsteret har holdt seg forholdsvis stabilt blant kvinner. Tidlig på 1950-tallet var det blant de eldste mennene (80 år og over) i gjennomsnitt 1 762 per 100 000 innbyggere som døde på grunn av ondartede svulster. Dette tallet har steget jevnt siden slutten av 1950-tallet, og har i femårsperioden 1991-1995 plassert seg på 2 678 personer per 100 000 innbyggere. Utviklingen er annerledes for de eldste kvinnene, hvor antallet døde har holdt seg noenlunde stabilt i den samme perioden mellom ca. 1 200 og 1 400 døde per 100 000 innbyggere. I 1991-1995 lå antallet kvinner (over 80 år) som døde av kreft på 1 315 per 100 000 innbyggere. Mens blant kvinnene i

aldersgruppen 70-79 år har antallet døde på grunn av kreft variert mellom 856 og 732⁷ per 100 000 innbyggere.

Antallet døde var høyest i perioden 1951-1955 og lavest i 1971-1975. I femårsperioden 1991-1995 lå raten på 760.

1. Tallene om forventet levealder er beregnet av Seksjon for befolknings- og utdanningsstatistikk.

2. Forventet gjenstående levetid for personer som fylte 60 år i 1998.

3. Statistisk sentralbyrås nyeste statistikk over dødsårsaker er fra 1996, men dette er stabile mønstre.

4. Dødsfall som skyldes ulykker, drap eller selvmord betegnes som "voldsomme dødsfall" i statistikken.

5. Dette datamaterialet er delt inn i aldersgrupper på ti år, for eksempel 40-49, 50-59.

6. Årsgjennomsnitt for femårsperioden.

7. Årsgjennomsnitt for femårsperioden.

Litteratur

Bjørnøy, Harald (1987): *Helseundersøkelsen 1985. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, NSD rapporter 69, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Statistisk sentralbyrå (2000): *Dødsårsaksstatistikken 1996*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1987): *Helseundersøkelsen 1985*, Norges offisielle statistikk.

Wikholm, Stine og Astri Hildrum, (1997): *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, NSD rapporter 111, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Elin Skretting Lunde

(Elin.Skretting.Lunde@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Selv mord blant unge

Lars Mehlum, Karsten Hytten og Finn Gjertsen

Dødeligheten av selvmord blant unge i Norge økte relativt kraftig fra begynnelsen av 1970-årene til begynnelsen av 1990-årene. Økningen skjedde i hovedsak blant unge menn (15-24 år) og selvmordsraten var 2,5 ganger høyere i slutten av 20-årsperioden sammenlignet med begynnelsen. På 1970-tallet hadde unge i Oslo høyest selvmordsrate. Økningen har imidlertid skjedd i andre deler av landet, men fortsatt er nivået lavest blant unge på Vestlandet, og Bergen har lavere ratetall enn Oslo og Trondheim.

Gjennom de siste tiårene har de fleste vestlige industrialiserte land observert en vesentlig økning i forekomsten av selvmord blant ungdom og unge voksne. I flere land er selvmord nå den andre eller tredje viktigste dødsårsaken i disse aldersgruppene (Vaillant 1990). Selvmordstallene i Norge har vært relativt lave sammenlignet med andre land. Dette gjaldt også i forhold til

nabolandene Danmark og Sverige, som ligner oss både demografisk, sosioøkonomisk og kulturelt (WHO 1993, Retterstøl 1992).

I de siste tiårene har imidlertid selvmordstallene økt relativt kraftig i Norge (Retterstøl 1993). Den økte forekomsten har vært særlig sterk blant menn i yngre aldersgrupper, og for unge er selvmordstallene nå

høyere i Norge enn i de andre nordiske land med unntak for Finland og Grønland (Hytten, Mehlum og Gjertsen 1995). Denne situasjonen har ført til en økt innsats i forskning og forebyggende tiltak, og Norge var tidlig ute med et nasjonalt program for forebygging av selvmord (Retterstøl 1995).

Selv mordsraten doblet blant unge menn

I aldersgruppen 10-24 år økte forekomsten av selvmord fra 5,4 til 10,3 per 100 000 innbyggere i årene fra 1973 til 1994. Økningen er å finne blant unge menn, hvor selvmordsraten økte fra 8,3 til 16,2, med en topp på 20,3 i 1991-1992. Selvmordsraten blant unge kvinner har ligget stabil mellom 3 og 5 (per 100 000) i hele 22-årsperioden (figur 1). Forskjellen mellom kjønnene har med andre ord blitt større. Selvmord forekom svært sjelden hos barn og ungdom mellom 10 og 14 år i hele perioden; blant gutter varierte det totale antallet mellom null og sju per år, blant jenter mellom null og to.

I de aller siste årene har vi imidlertid sett en nedgang i antallet selvmord blant unge menn: I 1996 ble

Materialer og metoder

Alle dødsattester sendes til Statistisk sentralbyrå, hvor en spesialtrenet gruppe tolker og koder dødsårsaker i henhold til den internasjonale sykdomsklassifikasjonen og retningslinjer fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO 1967, 1977). Denne artikkelen bygger på nasjonal dødsårsaksstatistikk fra 1973 til 1994 for barn, ungdom og unge voksne under 25 år. I perioden var ingen selvmord registrert for barn under 10 år, og alle analyser er derfor utført på aldersgruppen 10-24 år.

Selv mordsraten (antall selvmord per 100 000 innbyggere) ble beregnet for kvinner og menn innenfor hvert år i perioden 1973 til 1994. I tillegg ble selvmordsrater beregnet for aldersgruppene 15-19 og 20-24 år for begge kjønn innenfor fire tidsperioder: 1973-1977, 1978-1982, 1983-1988 og 1989-1994.

Landets kommuner ble gruppert i fire nivåer ut fra sentralitet og innbyggertall:

Nivå 3-kommuner har et senter med mer enn 50 000 innbyggere, eller ligger innenfor 75 minutters reisetid (på bakken) fra et slikt senter.

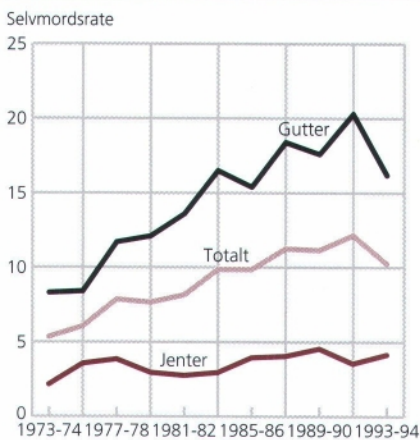
Nivå 2-kommuner har et senter med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere, eller ligger innenfor 60 minutters reisetid fra et slikt senter.

Nivå 1-kommuner har et senter med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere, eller ligger innenfor 45 minutters reisetid fra et slikt senter.

Nivå 0-kommuner innfrir ingen av kriteriene ovenfor.

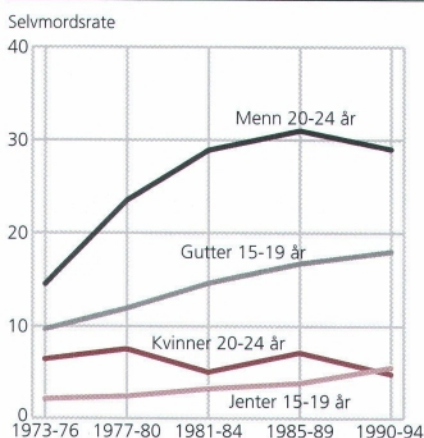
Hvis en kommune innfrir flere kriterier, gjelder det høyeste kriteriet for sentralitet.

Figur 1. Selvmordsraten i Norge i aldersgruppen 10-24 år i perioden 1973-1994. Gutter, jenter og totalt. Per 100 000



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 2. Selvmordsraten i Norge i aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år i perioden 1973-1994. Gutter, jenter og totalt. Per 100 000



Kilde: Dødsårsaksregisteret

det registrert 68 selvmord blant unge menn under 25 år, en nedgang fra 96 i 1988, 94 i 1991 og 1992 og 75 i 1995.

Selv mord en viktigere dødsårsak

Perioden fra 1973 til 1994 viser en tydelig økning i selvmord som dødsårsak hos begge kjønn i aldersgruppen 10-24 år. I 1973 utgjorde

selvmord 7 prosent av alle dødsfall (8 prosent blant menn og 6 prosent blant kvinner), mens andelen i 1994 var steget til 24 prosent (28 prosent blant menn og 14 prosent blant kvinner). Mot slutten av perioden var bare ulykker en viktigere dødsårsak (44 prosent) blant unge menn. For kvinner er både sykdommer (59 prosent) og ulykker (27 prosent) fortsatt viktigere dødsårsaker enn selvmord.

Den totale dødeligheten i denne aldersgruppen avtok fra 58 (per 100 000) i 1973-1974 til 43 i 1993-1994. Hovedforklaringen er en markert nedgang i antallet dødsulykker, særlig i trafikken. Også død som følge av sykdom har gått noe ned i perioden.

Selv mordsmetodene er voldsommere

I femårsperioden 1973-1977 ble 39 prosent av alle selvmord blant menn i alderen 10-24 år utført med våpen eller eksplosiver. I perioden 1988-1992 var denne andelen økt til 48 prosent. Blant kvinner steg andelen selvmord utført med våpen eller eksplosiver fra 9 til 19 prosent i samme periode (se figur 3). For

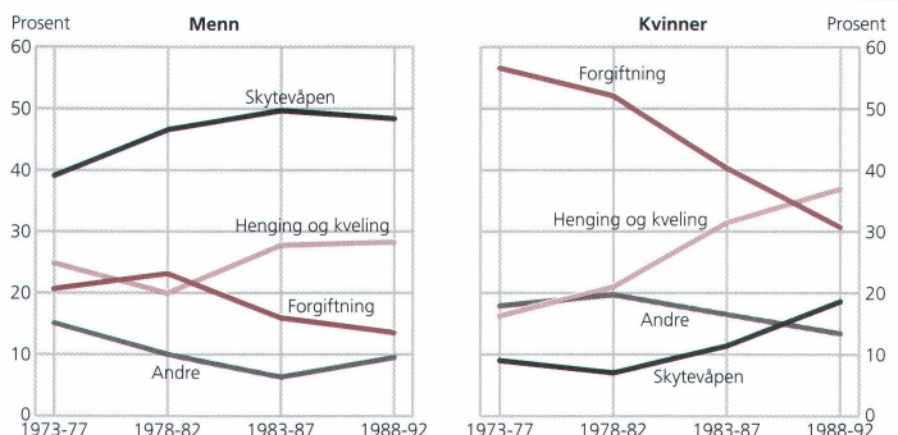
begge kjønn går andelen forgiftninger ned, samtidig som det skjer en økning i andelen selvmord forårsaket av kvelning/henging. Denne endringen er klartest blant kvinner, hvor henging/kvelning nå er den vanligste selvmordsmetoden, og antallet forgiftningsselv mord har gått ned.

Storbyer og landsdeler

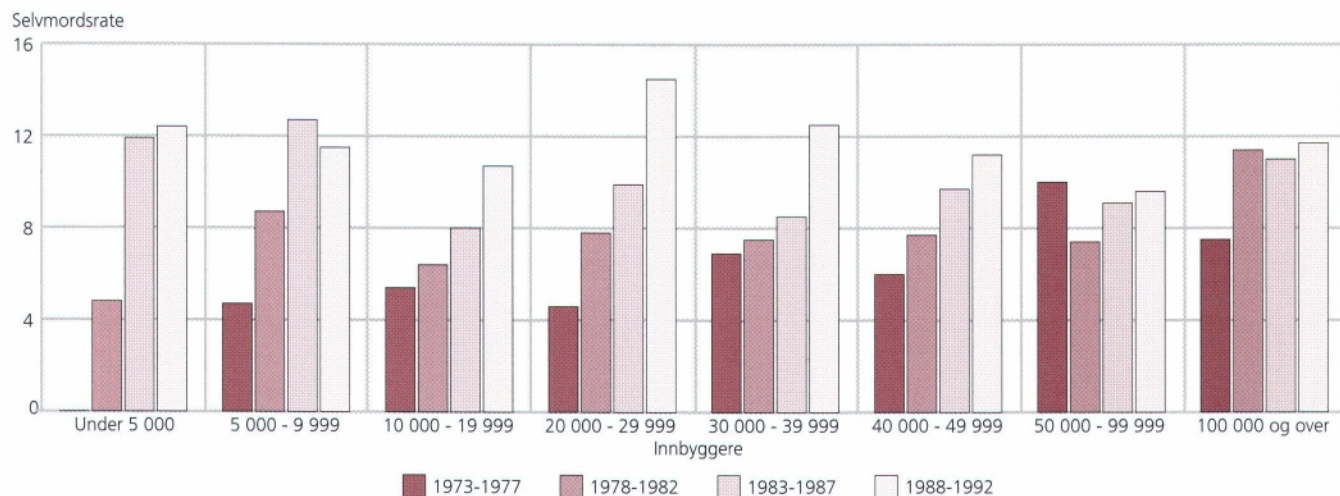
På midten av 1970-tallet var forekomsten av selvmord blant unge (10-24 år) i Norge klart høyest i kommuner med over 50 000 innbyggere, og spesielt i byene Oslo og Trondheim. Over en 20-årsperiode har imidlertid selvmordstallene økt i mindre sentrale strøk, samtidig som forekomsten i kommuner med innbyggertall over 50 000 innbyggere viste stabilitet eller mindre økning. De senere årene er også forskjellene i selvmordsrater blant unge i kommuner med liten grad av sentralitet blitt mindre klare.

I perioden 1983-1992 var selvmordsraten blant 10-24-åring høyest i Agder, Trøndelag og Nord-Norge (14 per 100 000 innbyggere), mens raten på Vestlandet var 9 per 100 000 innbyggere. Det var

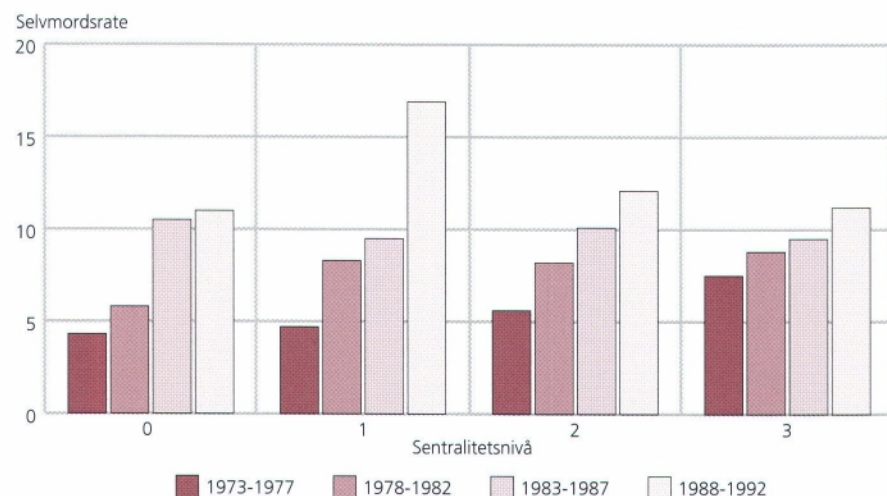
Figur 3. Selvmordsmetoder blant norske gutter og jenter i perioden 1973-1992. Prosent



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 4. Selvmord per 100 000 i aldersgruppen 10-24 år fordelt på forskjellige perioder og etter kommunistørrelsen. Årlig gjennomsnitt

Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 5. Selvmord per 100 000 i aldersgruppen 10-24 år fordelt på forskjellige perioder og etter kommunenes sentralitetsnivå. Årlig gjennomsnitt

Kilde: Dødsårsaksregisteret

også lavere ratetall i Bergen enn i Oslo og Trondheim. Unge kvinner i Oslo hadde fortsatt høyere selvmordshyppighet sammenlignet med andre områder i Norge.

Flere selvmord blant unge menn – en internasjonal tendens

Fortsatt forekommer selvmord svært sjelden blant barn under 12

år i Norge, og forekomsten blant unge kvinner (10-24 år) har vært stabil de siste tiårene. Blant unge menn har imidlertid antallet selvmord steget vesentlig i denne perioden, og studier i en rekke industrialiserte land viser den samme tendensen (Diekstra og Garnefski 1995, Cantor mfl. 1996, Leenaars 1995). Økningen er ikke like sterk i alle land, og unntak fins, blant

annet Tyskland, Ungarn og Japan (Takahashi 1998). Like fullt er den gjennomgående tendensen en sterk økning i selvmord blant unge menn i den industrialiserte verden, Norge inkludert. Det fins flere mulige forklaringer på denne utviklingen.

Psykisk helse blant ungdom

Det er bred enighet om at depressive lidelser har avgjørende betydning i forhold til selvmord blant ungdom, og depresjon er den mest utbredte diagnosen i en rekke psykologiske autopsistudier av unge selvmordsofre (Brent 1995). I slike studier søker man i etterkant å rekonstruere den psykiske tilstanden hos de som begikk selvmord, blant annet ved å intervju de etterlatte. Mange land mangler imidlertid gode tall for forekomst av depresjon og andre psykiske lidelser (Diekstra og Garnefski 1995). I Norge viste en befolkningsundersøkelse blant unge i 1976 at byungdom hadde klart dårligere psykisk helse enn unge i mindre sentrale strøk (Lavik 1976). Hver femte byungdom hadde betydelige eller alvorlige psykiske problemer, mens dette

bare gjaldt 8 prosent av de unge på landet.

En landsomfattende undersøkelse nesten 20 år senere (Wichstrøm 1994) viste at disse forskjellene var forsvunnet. En undersøkelse basert på Statistisk sentralbyrås jevnleivekårsundersøkelser, viser også en økning i depressive problemer blant unge menn over de siste 10-20 årene (Barstad 1993). For befolkningen som helhet har det bare vært små endringer i psykiatrisk sykkelighet i samme periode. Oppsummert ser vi de samme mønstrene i forekomsten av depressive symptomer og av selvmord, noe som kan tyde på en årsakssammenheng. Årsakene til at flere unge, og spesielt unge menn, nå opplever depressive symptomer, er imidlertid dårlig klarlagt.

Tidligere pubertet

Enkelte forfattere (Diekstra og Garnefski 1995) har trukket fram at unge i alle industrialiserte land går tidligere inn i puberteten nå enn før. Det kan oppstå et misforhold mellom biologisk utvikling og psykologisk modning, som igjen kan føre til konflikter og følelsesmessige belastninger det er vanskelig å håndtere i en sårbar fase av livet. Men tidligere pubertet kan ikke forklare at de økte selvmordsratene først og fremst gjelder menn, og heller ikke at utviklingen varierer mellom geografiske områder og mellom nokså like land, som i Skandinavia.

Svekket sosial tilhørighet

En rekke forskere (Bille-Brahe 1987, Lester 1991, Trovato 1992, Rossow 1993) har forsøkt å teste Durkheims teori om at dårligere sosial integrasjon i et samfunn fører til flere selvmord (Durkheim 1897, 1951). I Norge har Bille-Brahe

(1987) påvist en klar nedgang i unge menns sosiale tilhørighet, parallelt med at forekomsten av selvmord har økt. Skilsmisser kan sees som et uttrykk for svekket sosial integrasjon. Tidsserieanalyser på norske data fra 1911 til 1990 har vist at skilsmisefrekvensen samvarierer med menns selvmordsrater, men ikke med kvinners (Rossow 1993). Også studier i andre land har funnet sammenheng mellom skilsmisefrekvens og selvmord blant unge (Stack 1980, Trovato 1992).

De tidligere så stabile familiestrukturene i Norge er i rask forandring. Mens det i 1980 var 29 prosent sannsynlighet for at et ekteskap ville ende i skilsmisse, var tallet steget til 44 prosent i 1996 (Østby og Skiri 1998). Trolig vil en tredjedel av dagens norske barn oppleve at foreldrene skiller seg før de selv fylter 16 år. Antallet aleneforeldre er omtrent fordoblet fra 1977 til 1994.

Langt fra alle skilsmisser resulterer i ødeleggende psykososiale forhold for barna. På gruppenivå ser det likevel ut til at barn av skilte foreldre oftere viser tegn på sosial mistilpasning, som bruk av psykiatrisk behandling, dårligere skoleprestasjoner, vanskeligere kjønnsrolleutvikling og svekket sosial kompetanse.

Enkelte forfattere (Giertsen og Morild 1993) mener at større åpenhet om temaet har ført til at leger i dag oftere rapporterer selvmord, også blant unge. I et så tett samfunn som Norge var for 20-30 år siden, og spesielt utenfor de store byene, kan det tenkes at leger forsøkte å omskrive dødsårsaken av hensyn til pårørende. Andre (Giertsen 1987) har argumentert for det motsatte; at det nettopp i så gjennomskjulte,

små samfunn har vært spesielt vanskelig å tilsløre selvmord, og at dette har bidratt til en relativt pålitelig rapportering. En nordisk forskergruppe gransket på 1980-tallet klassifisering av dødsfall i de nordiske landene (Kolmos og Bach 1987). Gruppen fant at norske rutiner var like grundige, og tallene like pålitelige, som i de øvrige landene. Vi vil ikke utelukke at leger i noen grad har endret sin praksis overfor registrering av selvmord blant unge over tid, men dette kan neppe forklare den store økningen i antall registrerte selvmord blant unge de siste 20 årene.

Forebygging av selvmord

Økningen i selvmord blant unge har satt søkelyset på selvmord som folkehelseproblem, og utløst politisk vilje til nasjonale forebyggingstiltak. Den norske handlingsplanen bygger, som i mange andre land, på folkehelsemodellen. (Silverman og Maris 1995, Retterstøl 1995). Modellen tar utgangspunkt i og forutsetter god kunnskap om:

- klart definerte tegn og symptomer
- forekomst hos klart definerte befolkningsgrupper
- årsaksfaktorer
- overføring av "smitte" eller risikofaktorer
- det naturlige forløp ved suicidale prosesser
- mulige punkter for inngripen i prosessen fram mot selvmord.

Det har avgjørende betydning at leger og annet helsepersonell blir flinkere til å diagnostisere depresjoner, og at de på et tidlig tidspunkt gjenkjenner tegn på selvmordsrisiko. Det er også et viktig mål for den nasjonale handlingsplanen å skape en sammenhengende behandlings- og omsorgskjede for mennesker i selvmordskriser.

Det nasjonale forebyggingsarbeidet er for tiden svært aktivt, og omfatter utdanningstiltak, kliniske tiltak, forskning og utvikling. Men den norske handlingsplanen mot selvmord har hittil i liten grad forholdt seg til kulturelle og samfunnsmessige trekk som antakelig også har stor betydning for forekomsten av selvmord blant unge.

Litteratur

- Barstad Anders (1993): Flere psykiske lidelser? Paper til 17. nordiske sosiologi konferanse.
- Bille-Brahe Unni (1987): Suicide and social integration. A pilot study of the integration levels in Norway and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76; 5-62.
- Brent D A (1995): Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25; 2-63.
- Cantor C H mfl. (1996): Suicide trends in eight predominantly English-speaking countries 1960-89. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31; 364-373.
- Diekstra R F W og N Garnefski (1995): On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25; 36-57.
- Durkheim Emile (1887, 1951): *Suicide: A study in sociology*, New York: Free Press
- Gjertsen J C og I Morild (1993): *Påliteligheten av den norske selvmordsstatistikken*, *Nordic Medicin*, 108; 58-59.
- Gjertsen Finn (1987): *Selv mord i Norge*. Oslo: Instituttet for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Hytten Karsten, Lars Mehlum og Finn Gjertsen (1995): *Rom for unge liv. Selvmord hos barn og ungdom. Utviklingen i Norge de siste 20 år*, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kolmos L, E Bach (1987): Sources of errors in registering suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 336 (Supplementum); 22-43.
- Lavik Nils Johan (1976): *Ungdoms mentale helse. En empirisk psykiatrisk undersøkelse av psykisk helse og tilpasning blant ungdomsskoleelever i et by- og bygdeområde i Norge*, Oslo: Scandinavian University Press.
- Leenaars A A (1995): Suicide and the continental divide. *Archives of Suicide Research*, 1; 39-58.
- Lester David (1991): Social correlates of youth suicide rates in the United States. *Adolescence*, 101; 55-58.
- Retterstøl Nils (1995): The national plan for suicide prevention in Norway. *Italian Journal of Suicidology*, 5; 19-24.
- Retterstøl Nils (1993): Suicide. An European perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Retterstøl Nils (1992): Suicide in the Nordic countries. *Psychopathology*, 25; 254-265.
- Rossow Ingeborg (1993): Suicide, alcohol and divorce; aspects of gender and family integration. *Addiction*, 88; 1659-1665.
- Silverman M M and R W Maris (1995): The prevention of suicidal behavior: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25; 10-21.
- Stack S (1980): The effect of material dissolution on suicide, *Journal of Marriage and Family*, 2; 83-92.
- Takahashi Y (1998): "Suicide in Japan. What are the problems?" In R J Kosky, H S Eshkevari, R D Goldney & R Hassan (eds.): *Suicide Prevention. The Global Context*. New York: Plenum Press.
- Trovato F (1992): A Durkheimian analysis of youth suicide: Canada 1971 and 1981. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22; 413-427.
- Vaillant GE og S J Blumenthal (1990): "Suicide over the life cycle - risk factors and lifespan development". In: S J Blumenthal & D J Kupfer (eds.). *Suicide over the life-cycle*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1-17.
- Wickstrøm L (1994): *Mental helse blant ungdom i Norge. Oslo som særtilfelle*, Oslo: UNG-Forsk.
- World Health Organization (1993): *1992 World Health Statistics Annual*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1977): *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. 9th Revision. Vol 1*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1967): *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. 8th Revision. Vol 1*. Geneva: WHO.
- Østby Lars og Halvard Skiri (1998): "Befolkning", i *Sosialt utsyn 1998*, Statistiske analyser 22, Statistisk sentralbyrå.

Lars Mehlum

er professor dr.med. og leder av Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo.

Karsten Hytten

er overlege ved Psykiatrisk klinikk, Vindern, Oslo.

Finn Gjertsen

(Finn.Gjertsen@ssb.no) er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Artikkelen er en oversatt og noe revidert versjon av artikkelen "Epidemiological trends of youth suicide in Norway", *Archives of Suicide Research* 5, side 193-205, Nederland 1999. Oversettelsen er gjort av forsker Arnhild Taksdal, Universitetet i Bergen.