

Nye tall om ungdom

Suicidal atferd – endringer fra 1992 til 2002

Ingeborg Rossow

Selvmord er, nest etter trafikkulykker, den vanligste dødsårsaken blant ungdom. I 2002 skyldtes 20 % av alle dødsfall i aldersgruppen 15–24 år selvmord (SSB 2004a). Selvmordsratene (antall selvmord per år per 100 000 innbyggere) for aldersgruppen 15–19 år var i 2002 13,0 for menn og 6,1 for kvinner (SSB 2004a). Selvmordsforsøk er også relativt vanlig blant ungdom; tall fra Sør-Trøndelag viste at kvinner i aldersgruppen 15–19 år hadde den høyeste raten for innleggelse i sykehus med selvmordsforsøk (Hjelmeland 2001), med vel 300 selvmordsforsøk per 100 000 innbyggere. Blant menn i samme aldersgruppe var raten 75 per 100 000 innbyggere. Spørreundersøkelser blant ungdom viser imidlertid at svært mange rapporterer å ha hatt selvmordsforsøk uten å ha søkt behandling hos lege eller i sykehus (Rossow og Wichstrøm 1997), og en større undersøkelse blant 15–16-åringer i Hedmark og Oppland (Ystgaard et al. 2003) viste at 3,1 % av guttene og 10,2 % av jentene rapporterte ett eller flere tilfeller av villet egenskade i løpet av siste år (svarende til hhv. ca. 3 000 og 10 000 tilfeller av villet egenskade per 100 000 tenåringer per år). Tallene illustrerer derved to sentrale trekk ved suicidal atferd blant unge; grovt regnet kan vi si at for hvert selvmord er det ca. 10 sykehusinnleggelse med selvmordsforsøk og ca. 100 selvpåførte skader som ikke behandles i helsevesenet, og – det er betydelige kjønnsforskjeller i forekomsten av suicidal atferd, og disse forskjellene er omvendte for selvmord og selvmordsforsøk.

En rekke studier har vist at både selvmord og selvmordsforsøk forekommer oftere blant ungdom som bl.a. har følgende kjennetegn: psykiske lidelser (f.eks. depresjon, schizofreni), svake sosiale nettverk, dårlig selvbilde, negative foreldrerelasjoner, skilte foreldre, samt omfattende rusmiddelbruk (Apter og Freudenstein 2000, Wagner et al. 2003). Gjennom de siste 10–15 årene ser det ut til at omfanget av flere av disse risikofaktorene har økt blant

barn og unge i Norge. I barne- og ungdomspsykiatrien har antallet konsultasjoner økt fra 124 000 i 1990 til 219 000 i 2002. Samtidig har kapasiteten og antallet årsverk i tjenesten økt, slik at tallene ikke nødvendigvis gir uttrykk for en økning i omfanget av behovet for psykiatrisk behandling (SSB 2004b). Skilsmisseraten i aldersgruppen 40–49 år har økt fra 14,1 per 1000 gifte i 1990 til 19,3 per 1000 gifte i 2002, og andelen barn og unge som ikke bor med begge foreldrene, har økt fra 18 % i 1989 til 25 % i 2003 (SSB 2004c). Videre har andelen barn og unge med barnevernstiltak økt fra 14,1 til 22,7 per 1000 under 18 år fra 1990 til 2002 (SSB 2004d). SSBs levekårsundersøkelser (2004e) viser at ungdom nå i økende grad rapporterer plager og symptomer som indikerer stress i hverdagen. Årlige spørreundersøkelser blant 15–20-åringene viser at rusmiddelbruk blant ungdom har økt betydelig i siste halvdel av 1990-årene (Bye 2003), alkoholkonsumet har økt med over 50 % gjennom 1990-årene, og andelen som har eksperimentert med illegale rusmidler, er doblet. Det er derfor mange forhold som peker i retning av at omfanget av en rekke risikofaktorer for suicidal atferd blant ungdom har økt i seinere år.

På den annen side har den forebyggende innsatsen i forhold til suicidal atferd blitt vesentlig styrket i samme periode. I 1993 presenterte det daværende Helsedirektoratet et nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge (Helsedirektoratet 1993). Her framstår ungdom som en viktig målgruppe for primær- og sekundærforebyggende tiltak, og skolehelsetjeneste, PP-tjeneste og lærere skulle undervises og veiledes i selvmordsforebyggende arbeid. Det nasjonale programmet ble avsluttet i 1999. Konklusjonene fra evalueringen av programmet var at forventningene til planen i all hovedsak var innfridd, men at det likevel gjenstod uløste oppgaver (Mehlum og Reinholdt 2001). Handlingsplanen er videreført i et oppfølgingsprosjekt, Tiltak mot selvmord 2000–2002). I dette prosjektet er barn og unge definert som ett av fem særskilte satsingsområder (Reinholdt 2000). Oppfølgingsprosjektet er så langt ikke evaluert.

Selv om omfanget av flere sårbarhetsfaktorer har økt gjennom 1990-årene, er det ikke gitt at vi kan forvente at det også har vært en økning i omfanget av suicidal atferd blant ungdom i samme periode. Etersom suicidal atferd er betinget av mange sårbarhetsfaktorer og utløsende faktorer, kan en økning i noen sårbarhetsfaktorer være oppveid av en nedgang i andre risikofaktorer og/eller av forebyggende tiltak. Det er også mulig at betydningen av en risikofaktor (relativ risiko) blir svakere når omfanget av denne risikofaktoren blir større og dermed i mindre grad et marginalt fenomen.

Statistisk sentralbyrås dødsårsaksstatistikk viser at fra femårsperioden 1991–95 til femårsperioden 1996–2000 gikk selvmordsratene noe ned for

unge menn og noe opp for unge kvinner, men tallene er så vidt små at forskjellene ikke er statistisk signifikante. Tall fra Sør-Trøndelag viser at ratene for sykehusinnleggelse med selvmordsforsøk blant unge gikk ned for menn og var omtrent stabile for kvinner fra 1992 til 1999 (Hjelmeland 2001), men også her var tallgrunnlaget svært lite. To store nasjonale spørreundersøkelser blant ungdom (*Ung i Norge 1992* og *Ung i Norge 2002*) gir imidlertid anledning til å belyse hvorvidt omfanget av selvmordsforsøk (slik ungdom rapporterer det i spørreundersøkelser) er endret i løpet av denne tiårsperioden, og om en ev. endring kan knyttes til endringer i omfang av noen kjente risikofaktorer. En tidligere analyse av disse dataene (Rossow, Grøholt og Wichstrøm, in press) har belyst ungdoms økte bruk av rusmidler i forhold til endring i suicidal atferd, og rusmiddelbruk omhandles derfor ikke i analysene i denne artikkelen.

Ung i Norge 1992 og 2002

I 1992 ble det gjennomført en omfattende nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg elever på alle trinn i ungdomsskole og videregående skole, altså i hovedsak aldersgruppen 13–19 år. Spørreskjemaet dekket et bredt spekter av tema hvor blant annet forhold til foreldre, sosialt nettverk, selvbilde og mental helse inngikk. I 2002 ble en tilsvarende ungdomsundersøkelse gjennomført med identisk utvalgsprosedyre, datainnsamling og en rekke likelydende spørsmål i spørreskjemaet. Svarprosenten var høy i begge undersøkelsene, hhv. 97,0 og 92,3 %, og nettoutvalgene omfattet hhv. 10 460 og 11 371 elever (se Rossow og Bø (2003) for nærmere beskrivelse av undersøkelsene).

Det ble stilt ett enkelt spørsmål om selvmordsforsøk i begge undersøkelsene: «Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?» med svaralternativene «Nei» og «Ja». Risikofaktorer for selvmordsforsøk ble målt på følgende måter: Svarkategoriene på hvem elevene bodde sammen med, ble slått sammen til en todelt variabel som skilte mellom dem som bodde sammen med begge foreldre, og dem som bodde sammen med kun en av sine foreldre eller bodde på andre måter. Forholdet til foreldre i oppveksten var målt med seks spørsmål fra Parental Bonding Instrument (Parker et al. 1979), hvorav tre spørsmål dekker mangel på omsorg («parental lack of care»). Sumskårene for disse tre ble todelt, og skilte mellom de elevene som ikke hadde opplevd at foreldrene hadde forstått deres problemer og bekymringer, og som hadde opplevd at foreldrene ikke hadde snakket noe særlig med dem og ikke hjulpet dem så mye som de hadde trengt (i alt 16 %), og de øvrige elevene

som hadde opplevd et bedre forhold til foreldrene sine. En indikator på ensomhet (hentet fra UCLA Loneliness Scale, Russel et al. 1980) var basert på påstanden «Jeg føler meg ensom», og elever som hadde svart «Av og til» eller «Ofte», ble regnet som ensomme (i alt 24 %). Fra Hopkins symptom-sjekkliste på mental helse (Derogatis et al. 1974) var det seks spørsmål om depressivt stemningsleie, og sumskåren for svarene på disse ble todelt ved 90-percentilen (den tidelen av elevene som hadde høyest skåre, ble ansett å ha et depressivt stemningsleie). Spørsmål om selvbilde var basert på Harter's Self-Perception Profile for Adolescents (Harter 1988, Wichstrøm 1995), og sumskåren for fem spørsmål om globalt selvbilde ble todelt ved 20-percentilen og skilte følgelig mellom den femtedelen som hadde det mest negative selvbildet, og de øvrige elevene.

Ettersom det er betydelige kjønnsforskjeller i omfang av selvmordsforsøk og også i risikofaktorer som depressivt stemningsleie og negativt selvbilde (Wichstrøm og Rossow 2002), ble analysene av data foretatt for gutter og jenter hver for seg.

Resultater

Andelen elever som rapporterte at de noen gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv, hadde økt fra 1992 til 2002. Det var en beskjeden (og ikke statistisk signifikant) økning – fra 6,0 % til 6,2 % blant gutter, og en betydelig økning – fra 10,6 % til 13,6 % blant jenter (Tabell 1).

Tabell 1. Andelen elever med ulike risikofaktorer for suicidal atferd og andelen elever som rapporterte at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, etter kjønn og årstall. Prosent.

	Gutter		Jenter	
	1992	2002	1992	2002
Bor ikke med begge foreldre	25,9	30,2	28,1	32,7
Mangel på foreldreomsorg	18,5	11,4	18,2	12,4
Ensom	21,5	16,4	34,0	25,4
Depressivt stemningsleie	5,4	9,5	14,6	17,9
Negativt selvbilde	5,4	6,5	11,9	17,2
Selvmordsforsøk	6,0	6,2	10,6	13,6

Endringer i omfang av ulike risikofaktorer gikk i ulike retninger. Andelen tenåringer som ikke bodde sammen med begge foreldrene, hadde økt fra 1992 til 2002 og var i tråd med hva vi kunne forvente ut fra økningen i skilsmissetall blant 40–49-åringene. Andelen unge med depressivt stemningsleie og negativt selvbilde hadde også økt fra 1992 til 2002, både blant gutter og jenter. På den annen side hadde andelen ungdommer som skåret høyt på opplevd mangel på foreldreomsorg, og andelen som følte seg ensomme, gått ned fra 1992 til 2002, både blant gutter og jenter (Tabell 1).

Tabell 2 viser at andelen som hadde forsøkt å ta sitt eget liv, hadde økt både for gutter og jenter blant dem som ikke bodde sammen med begge foreldrene, blant dem som skåret høyt på mangel på foreldreomsorg, blant dem som følte seg ensomme, og blant dem som hadde et negativt selvbilde. Blant dem med depressivt stemningsleie var det ikke skjedd noen vesentlige endringer i andelen med selvmordsforsøk fra 1992 til 2002 (Tabell 2).

Tabell 2. Andelen elever som rapporterte noen gang å ha forsøkt å ta sitt eget liv i ulike risikogrupper, etter kjønn og årstall. Prosent.

	Gutter		Jenter	
	1992	2002	1992	2002
Bor med begge foreldre	4,9	4,9	8,6	10,1
Bor ikke med begge foreldre	9,1	9,4	15,5	20,8
Ikke mangel på foreldreomsorg	5,6	5,4	9,7	12,6
Mangel på foreldreomsorg	7,7	11,4	14,2	19,9
Ikke ensom	4,9	4,4	7,3	10,7
Ensom	9,6	14,8	17,0	22,3
Ikke depressivt stemningsleie	5,2	4,6	7,7	10,3
Depressivt stemningsleie	21,1	21,4	27,1	29,3
Ikke negativt selvbilde	5,3	4,4	8,4	9,1
Negativt selvbilde	13,2	22,4	19,6	27,4

Hvorvidt styrken på sammenhengen mellom disse risikofaktorene og selvmordsforsøk var endret fra 1992 til 2002, ble testet med interaksjonsledd i logistiske regresjonsmodeller. For både gutter og jenter hadde andelen med selvmordsforsøk økt signifikant blant dem med negativt selvbilde sammenliknet med dem som ikke hadde et negativt selvbilde. Blant gutter var det

også en statistisk signifikant økning i andelen med selvmordsforsøk blant dem som skåret høyt på mangel på foreldreomsorg, og blant dem som følte seg ensomme. Betydningen av depressivt stemningsleie og det å ikke bo sammen med begge foreldre for risiko for selvmordsforsøk hadde ikke endret seg signifikant fra 1992 til 2002.

Avslutning

Tallene viser at omfanget av selvmordsforsøk og villet egenskade i løpet av perioden 1992 til 2002 har økt blant ungdom i Norge, og økningen har i all hovedsak skjedd blant jenter. En tidligere studie basert på *Ung i Norge*-data fra 1992 og 2002 (Rossow et al., in press) viste at noe av økningen i omfanget av selvmordsforsøk blant jenter kunne tilskrives økningen i alkoholmisbruk og annen rusmiddelbruk blant ungdom i denne perioden. Når det gjaldt den stabile andelen med selvmordsforsøk blant gutter, tydet funnene på at betydningen av økt rusmiddelbruk var oppveid av andre forhold. Blant de risikofaktorene som er analysert i forhold til selvmordsforsøk i denne studien, har noen faktorer økt i omfang, og noen er redusert i omfang fra 1992 til 2002. Analysene viser imidlertid at endring i omfanget av selvmordsforsøk ikke bare er betinget av endringer i *omfanget* av viktige risikofaktorer, men også av endringer i den *relative betydningen* av noen av disse risikofaktorene. Eksempelvis var andelen av unge med høy skåre på mangel på foreldreomsorg gått ned fra 1992 til 2002, mens den relative betydningen av denne risikofaktoren var signifikant i 2002, men ikke i 1992.

Hva betyr det så at ungdom krysser av på et spørreskjema og svarer «Ja» på spørsmålet om de noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv? I en omfattende studie blant 15–16-åringene i Hedmark og Oppland fylker ble de som hadde svart bekreftende på et liknende spørsmål om villet egenskade, bedt om å beskrive dette nærmere (Ystgaard et al. 2003). Forskernes vurdering av disse svarene var at størstedelen av elevene som hadde krysset av på dette spørsmålet, beskrev handlinger som fylte strenge predefinerte kriterier for villet egenskade¹, – i alt 10,7 % av alle 15–16-åringene. Blant disse hadde et flertall (74 %) kuttet seg, mens 17 % hadde tatt en overdose med medikamenter. Over halvparten (56 %) svarte at de ønsket å dø da de skadet seg, og kun 15 % var blitt behandlet i sykehus etter skaden. Undersøkelsen som Ystgaard og medarbeidere (2003) har gjort, inngår i en omfattende europeisk multisenterstudie, CASE-studien (Child and Adolescent Self-harm in Europe). Fra denne er det også rapportert en tilsvarende undersøkelse fra England (Hawton et al. 2003), og de norske funnene er i tråd med funnene

fra England. Vi vet imidlertid lite om hvor alvorlige og livstruende disse selvpåførte skadene er. Det at størstedelen av skadene skjer ved kutting, kan bety at mange av tilfellene kanskje snarere er «et rop om hjelp» enn et «mislykket» forsøk på å ta sitt eget liv. Det er likevel grunn til å bekymre seg over at omfanget av selvmordsforsøk, særlig blant jenter, er så vidt høyt, og at dette omfanget også har økt i løpet av tiårsperioden fra 1992 til 2002.

Synspunkter på hva som kan gjøres for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk blant ungdom, varierer. Ystgaard og medarbeidere (2003) kommenterer funnene i sin studie ved bl.a. å peke på nødvendigheten av intensivert innsats overfor risikoutsatte familier og ungdomsgrupper, og de anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer for selvmordsforebyggende tiltak som involverer familiarbeid, skolesektoren og helsetjenesten. En nestor innenfor forskning og klinisk arbeid med suicidal atferd blant unge, Keith Hawton (1986), hevder at selv om helsepersonell og lærere kan spille en nøkkelrolle i å identifisere de mest risikoutsatte ungdommene, vil dette likevel være vanskelig fordi denne gruppen vil utgjøre en liten andel av dem som har de kjente risikofaktorene. Han mener derfor at en bedre strategi vil være å hjelpe ungdom til bedre å mestre vanskelige hendelser og situasjoner, samt å begrense tilgjengeligheten av farlige midler som benyttes ved selvmord og selvmordsforsøk. Den 10. september var verdensdagen for selvmordsforebygging. I Norge ble dagen markert med arrangementer i ni norske byer. Hovedbudskapet på dagen var: «Våg å bry deg! Din åpenhet og omtanke kan redde liv!»

Note

1. Villet egenskade er definert som: En handling som ikke endte med døden, hvor individet gjorde en eller flere av følgende: – initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv; – tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet, eller som er vanlig anerkjent dose, – tok illegale stoffer i den hensikt å skade seg selv, – svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand (Ystgard et al. 2003).

Litteratur

Apter, Alan og Ornit Freudenstein (2000). Adolescent suicidal behaviour: psychiatric populations. I: Hawton, Keith og Kees van Heeringen (red.) *The international handbook of suicide and attempted suicide*, s. 261–274. New York: Wiley.

- Bye, Elin K. (red.) (2003). *Rusmidler i Norge*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Derogatis, L.B., R.S. Lipman, E.H. Uhlenhut og L. Covi (1974). The Hopkins Symptom Checklist: a self-report inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.
- Hawton, Keith (1986). *Suicidal behavior in children and adolescents*. Beverly Hills, Ca.: Sage Publications.
- Hawton, Keith, Karen Rodham, Emma Evans og Rosamund Weatherall (2003). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207–1211.
- Helsedirektoratet (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Helsedirektoratets utredningsserie, 1-93. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelmeland, Heidi (2001). WHO-undersøkelsen i Sør-Trøndelag: Parasuicidraten øker for unge kvinner. *Suicidologi*, 6, nr. 1, <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/tids0101/Hjelmeland.htm>
- Mehlum, Lars og Nils Petter Reinholdt (2001). Handlingsplan mot selvmord: Gode erfaringer skal føres videre. *Suicidologi*, 6, nr. 1, <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/tids0101/Mehlum.htm>
- Parker, G., H. Tupling, og L. B. Brown (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.
- Reinholdt, Nils Petter (2000). Oppfølgingsprosjekt – tiltak mot selvmord 2000 – 2002. *Suicidologi*, 5, nr. 3, <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/tids0003/oppfolgingsprosjekt.htm>
- Rossow, Ingeborg og Lars Wichstrøm (1997). Når nøden er størst – er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 117, 1740–1743.
- Rossow, Ingeborg og Anne Kristin Bø (2003). *Metoderapport for datainnsamlingen til Ung i Norge 2002*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Rossow, Ingeborg, Berit Grøholt og Lars Wichstrøm (in press). Use of intoxicants and suicidal behavior among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction*.
- Russel, D., L.A. Peplau og C.E. Cutrona (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- SSB (2004, a). <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2004-02-27-08.html>

- SSB (2004 b). <http://www.ssb.no/emner/03/02/speshelsepsyk/>
- SSB (2004 c). http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2004/familie/
- SSB (2004 d). http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2004/barnevern/
- SSB (2004 e). <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>
- Wagner, B.M., M.A.C. Silverman og C.E. Martin (2003). Family factors in youth suicidal behaviours. *American Behavioral Scientist*, 46, 1171–1191.
- Wichstrøm, Lars (1995). Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: reliability, validity and evaluation of the question format. *Journal of Personality Assessment*, 65, 100–116.
- Wichstrøm, Lars og Ingeborg Rossow. (2002). Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: A nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 101–116.
- Ystgaard, Mette, Nils Petter Reinholdt, Jorulf Husby og Lars Mehlum (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123, 2241–2245.