Selvmondsatferd og yrke – er det noen sammenheng?

Ved Erlend Hem

Noen yrker er forbundet med forhøyet selvmordsrate, men feltet er preget av mytedannelser og mangelfull dokumentasjon. I denne artikkelen vil jeg særlig omtale selvmordsatferd i menneskebehandlerne profesjoner, som var emnet for min doktoravhandling.

Jeg undersøkte selvmordsatferd i fem menneskebehandlerne profesjoner i Norge: leger, tannleger, sykepleiere, teologer og politi (Hem, 2004). Bakgrunnen var at tidligere studier hadde vist høye selvmordsrater i de tre førstnevnte gruppene, det var påstander om det samme blant politifolk, mens én studie hadde vist lave rater blant prester.

Det er gjort få studier i Norge, men en analyse fra Statistisk sentralbyrå gir oversikt over dødeligheten i ulike yrkesgrupper for perioden 1970–80 (Borgan & Kristofersen, 1986). Gruppen med den høyeste selvmordsdødeligheten var leger, sykepleiere, tannleger og fysioterapeuter. Dessverre var disse yrkene slått sammen, slik at forskjeller mellom dem ikke fremgikk.

Selv mord blant leger

Leger er den yrkesgruppen som er grundigst studert med henblikk på yrke og selvmordsatferd. I løpet av de siste årene er det publisert to gjennomganger av litteraturen på feltet, og begge har kommet til samme resultat (Lindeman et al., 1996; Schernhammer & Colditz, 2004). I en fersk metaanalyse som omfattet 25 studier for perioden 1960–2003, ble det vist en økt selvmordsrate både blant mannlige og kvinnelige leger, men kvinnene var særlig utsatt (Schernhammer & Colditz, 2004). Nyere studier viser imidlertid at forskjellen til andre grupper er i ferd med å bli mindre.

Vi ønsket å undersøke selvmordsutviklingen i de fem menneskebehandlerne

profesjonene i perioden 1960–2000. Utdanningsregisteret og dødsårsaksregisteret ble koblet i Statistisk sentralbyrå (Hem et al., 2005a).

Tabell 1 viser antall selvmord og selvmordsratene i de fem gruppene sammenliknet med andre akademikere og den øvrige befolkningen. Funnene bekreftet at selvmordsraten var forhøyet for leger sammenliknet med de andre gruppene. Selvmordsratene økte med alder blant legene (tabell 2). I den øvrige befolkning var mønsteret annerledes, her var selvmord hyppigst i aldersgruppen 40–60 år.

Et gledelig resultat var at selvmordsratene ble redusert i den siste tiårsperioden, slik at selvmordsraten i de menneskebehandlerne profesjonene var signifikant lavere i 1990-årene enn i 1980-årene (tabell 3).

Selv mord blant akademikere

Selvmondsratene for mannlige og kvinnelige akademikere (ikke medregnet leger, tannleger og teologer) var henholdsvis 19 og 12 per 100 000, mens de tilsvarende tallene for den generelle befolkningen var 24 og 8 per 100 000 (tabell 1). Raten blant mannlige akademikere var altså lavere enn i befolkningen for øvrig, mens det var omvendt for kvinnelige akademikere. Det er imidlertid verdt å merke seg at kvinnelige akademikere ikke hadde forhøyet rate i siste tiårsperiode (tabell 3).

Tabell 1. Antall selvmord og selvmordsrater per 100 000 personår, 1960–2000

Utdanning	Antall selvmord	Menn		Kvinner	
		N	Selvmondsrater (95 % konfidensintervall)	N	Selvmondsrater (95 % konfidensintervall)
Leger	111	98	43,0 (35,3–52,5)	13	26,1 (15,2–44,9)
Tannleger	34	32	32,9 (23,3–46,5)	2	5,8 (1,5–23,2)
Sykepleiere	175	14	24,4 (14,4–41,1)	161	10,4 (8,9–12,1)
Teologer	5	5	7,0 (2,9–16,9)	–	–
Politi	28	28	19,5 (13,4–28,2)	–	–
Andre akademikere	344	306	18,5 (16,5–20,7)	38	11,6 (8,5–16,0)
Øvrig befolkning	15 008	10 992	23,5 (23,1–24,0)	4 016	8,0 (7,8–8,3)
Totalt	15 705	11 475	23,4 (23,0–23,9)	4 230	8,1 (7,9–8,4)

Tabell 2. Selvmordsrater med 95 % konfidensintervall per 100 000 personår, etter alder, 1960–2000

Utdanning	Leger	Tannleger	Sykepleiere	Teologer	Politi	Andre akademikere	Øvrig befolkning
Menn							
< 40 år	24,9 (15,9–39,1)	9,5 (3,1–29,4)	30,5 (16,9–55,1)	–	8,4 (3,2–22,5)	11,0 (8,6–14,0)	21,0 (20,4–21,7)
40–59 år	47,2 (35,8–62,3)	45,4 (29,3–70,4)	17,2 (5,6–53,4)	6,9 (1,7–27,7)	24,2 (14,8–39,5)	19,0 (16,1–22,4)	25,9 (25,2–26,7)
≥ 60 år	63,7 (44,2–91,6)	41,8 (21,8–80,3)	–	12,3 (4,0–38,3)	26,4 (13,2–52,8)	30,7 (25,2–37,8)	23,8 (23,0–24,8)
Kvinner							
< 40 år	26,1 (11,7–58,0)	–	9,2 (7,2–11,9)	–	–	7,9 (4,5–13,8)	6,7 (6,3–7,1)
40–59 år	15,0 (4,8–46,5)	–	13,3 (10,6–16,6)	–	–	13,6 (8,6–21,6)	9,9 (9,5–10,4)
≥ 60 år	58,6 (22,0–156,0)	27,2 (6,8–108,8)	7,4 (5,0–11,1)	–	–	19,3 (9,7–38,6)	7,4 (7,0–7,9)

Tabell 3. Selvmordsrater med 95 % konfidensintervall per 100 000 personår, etter tiårsperiode, 1960–2000

Utdanning	1960–1970	1970–1980	1980–1990	1990–2000
Menn				
Leger	29,7 (16,0–55,3)	45,1 (29,1–69,9)	58,9 (43,2–80,3)	34,3 (23,7–49,6)
Tannleger	17,8 (5,7–55,1)	60,8 (36,0–102,6)	14,0 (5,3–37,4)	38,1 (21,1–68,8)
Sykepleiere	–	39,5 (9,9–158,0)	25,1 (9,4–66,8)	26,4 (13,2–52,8)
Teologer	6,6 (0,9–47,1)	–	10,4 (2,6–41,5)	9,7 (2,4–38,8)
Politi	21,9 (9,8–48,7)	12,7 (4,8–34,0)	23,7 (13,1–42,8)	18,1 (8,6–37,9)
Andre akademikere	16,9 (12,6–22,6)	21,5 (16,9–27,4)	23,2 (19,2–28,0)	14,1 (11,4–17,4)
Øvrig befolkning	17,6 (16,8–18,4)	21,8 (21,0–22,7)	28,7 (27,8–29,7)	24,9 (24,0–25,7)
Kvinner				
Leger	45,9 (11,5–183,4)	41,8 (13,5–129,6)	29,7 (11,1–79,1)	16,1 (6,1–42,9)
Tannleger	18,9 (2,7–133,9)	–	–	8,1 (1,1–57,5)
Sykepleiere	7,3 (4,5–11,9)	11,7 (8,5–16,1)	12,1 (9,1–16,0)	9,7 (7,5–12,5)
Teologer	–	–	–	–
Politi	–	–	–	–
Andre akademikere	6,3 (1,6–25,0)	15,9 (7,2–35,5)	19,6 (12,0–32,0)	8,0 (4,7–13,5)
Øvrig befolkning	5,3 (4,9–5,7)	7,4 (7,0–7,9)	10,4 (9,8–10,9)	8,6 (8,1–9,1)

Selvmondsraten økte med alder for akademikerne (tabell 2). Vi kjenner ikke årsakene til dette. Kanskje er akademikerens identitet og selvrespekt tettere forbundet med yrket enn for mange andre grupper, og overgangen fra travelt yrkesliv til pensjonisttilværelse kan for noen være stor.

Selvmondsstanker blant leger

Forekomsten av selvmondsstanker og -forsøk blant leger ble studert i en landsomfattende tverrsnittsstudie (N = 1 064) (Hem et al., 2000). 26 leger (2,6 %) rapporterte om alvorlige selvmondsstanker siste år, mens tre leger (0,3 %) rapporterte om selvmondsforsøk.

I en justert multivariat logistisk regresjonsmodell var en del forhold signifikant forbundet med alvorlige selvmondsstanker. At kjønn (kvinner), sivilstand (enslig), angst og depresjon var risikofaktorer samsvarer med tidligere studier. Mer uventet var det at subjektive helseplager og å være anestesilog var risikofaktorer.

”Personlige forhold” og ”familiære forhold” var viktigste bidragende faktorer for utvikling av slike alvorlige selvmondsstanker. ”Sosiale forhold”, ”problemer i forbindelse med legeyrket” eller ”andre forhold” var mindre viktige. Dette samsvarer med forventningene. Selv om flere forhold knyttet til arbeid og yrke kan spille inn ved selvmondsatferd, ligger som oftest hovedårsakene utenfor arbeidsplassen.

Utvikling av selvmondsplaner blant unge leger

Vi undersøkte også forekomsten av selvmondsstanker og -forsøk hos medisinstudenter og unge leger i en landsomfattende longitudinell undersøkelse. Alle medisinstudenter i Norge 1993–94 ble invitert til å delta (N = 631) (Tyssen et al., 2004). Deltakerne fylte ut et spørreskjema i det siste året av medisinstudiet, samt i første og fjerde år etter embetseksamen.

Det viste seg at 6 % av unge leger rapporterte å ha hatt alvorlige selvmondsstanker i det foregående året. Et mindretall av disse (10 av 28) hadde søkt hjelp.

Prediktorer for alvorlige selvmondsstanker var negative livshendelser, alvorlige depressive symptomer og personlighetstrekket *sårbarhet*.

Studien omfattet målinger over flere år. Dette gjorde at vi kunne undersøke kjennetegn ved dem som opplyste om selvmondsstanker i medisinstudiet og seinere rapporterte om selvmondsplaner. En slik alvorlig utvikling er tidligere knapt studert, først og fremst på grunn av mangel på oppfølgingsstudier. 158 studenter rapporterte at de hadde hatt alvorlige selvmondsstanker i løpet av livet. 13 av disse (8 %) utviklet selvmondsplaner. Bare fire av dem hadde søkt hjelp. Uavhengige prediktorer for en slik overgang fra selvmondsstanker til planer var personlighetstrekket *realitetssvakhet* og *alvorlige depressive symptomer*.

Samlet sett ser vi at depressive symptomer, visse personlighetstrekk og negative livshendelser er forbundet med alvorlige selvmondsstanker og -planer. Dette er ikke overraskende, men det er en viktig dokumentasjon av risikofaktorer.

Selvmondsstanker i politiet

Politiet er på mange måter et myteomspunnet yrke, og det har vært en utbredt oppfatning at selvmondsraten er høy blant polititjenestemenn. Vi ønsket derfor å undersøke det empiriske grunnlaget for denne antakelsen. I en systematisk litteraturgjennomgang ble 20 studier inkludert (Hem et al., 2001). Resultatene sprikte i alle retninger, men det var ikke dokumentert at selvmondsraten i politiet var forhøyet. Seinere har en metaanalyse bekreftet dette (Loo, 2003).

I perioden 1960–2000 ble det registrert 28 selvmondsstanker i politiet i Norge, alle hos menn (tabell 1). Dette tilsvarer en selvmondsrate på 19,5 per 100 000, som ikke er signifikant forskjellig fra den generelle befolkningen.

Både den internasjonale litteraturen og norske registerdata peker således i samme retning. Vi kan derfor konkludere med at myten om en høy selvmondsrate i politiet ikke kan bekreftes. Det betyr imidlertid ikke at selvmondsatferd ikke er et problem i politietaten.

Selv-mordstanker i politiet

Vi undersøkte forekomsten av selv-mordstanker og -forsøk i en landsomfattende tverrsnittsstudie også i politiet (N = 3 272) (Berg et al., 2003). Alvorlige selv-mordstanker og selv-mordsforsøk siste år ble rapportert av henholdsvis 1,7 % og 0,1 %. For øvrig var resultatene i stor grad sammenfallende med studien blant legene.

Funnene tyder på at det er lav forekomst av selvrappporterte selv-mordstanker og -forsøk både blant politi og leger sammenliknet med den generelle befolkning. Dette kan være uttrykk for at det i disse yrkesgruppene er lite "rop om hjelp", og at risikoen for død er stor når de først bestemmer seg for å forsøke.

Selv-mord blant sykepleiere

Blant sykepleiere var selv-mordsraten forhøyet hos kvinner, men ikke hos menn (tabell 1). Dette er interessant, ettersom den forhøyede selv-mordsraten blant kvinnelige leger delvis har vært forklart med vanskene i det å være underrepresentert i et mannsdominert yrke. At mannlige sykepleiere har vært underrepresentert i et kvinnedominert yrke ser ikke ut til å virke på samme måte.

Blant sykepleierne fulgte selv-mordsraten i ulike aldre det samme mønsteret som blant folk flest, det vil si at den høyeste raten var blant sykepleiere i aldersgruppen 40–60 år, mens den var lavere hos dem over 60 år (tabell 2).

Selv-mord blant tannleger

Mannlige tannleger hadde høyere rater enn andre akademikere. Estimaten er usikre for kvinnelige tannleger pga. lavt antall registrerte selv-mord (N = 2) (tabell 1).

Selv-mord blant teologer

Det var registrert fem selv-mord blant mannlige teologer. Dette tilsvarer en lav rate både sammenliknet med andre akademikere og den generelle befolkning (tabell 1). Det kan indikere at personlig religiøs overbevisning virker beskyttende mot selv-mordsimpulser, selv i perioder med stor personlig lidelse.

Mulige forklaringer

I litteraturen nevnes gjerne fire mulige forklaringer på forhøyede selv-mordsrater i ulike yrker: psykiske lidelser, arbeidsstress, selvseleksjon av sårbare personer og tilgang til selv-mordsmetoder (Boxer et al., 1995). Her har vi imidlertid lite empirisk kunnskap. Helsepersonell har både tilgang til og kunnskaper om selv-mordsmidler, men dette er ingen tilstrekkelig forklaring, ettersom det samme også gjelder politi uten at selv-mordsraten er forhøyet i den yrkesgruppen. Blant leger er det visse holdepunkter for overhyppighet av affektive lidelser, men dette er fremdeles omstridt. Det er imidlertid godt dokumentert at leger ofte har en inadekvat hjelpsøking (Rosvold, 2002, Hem et al., 2005b).

Forebygging?

Er det grunnlag for å tenke selv-mordsforebygging i forhold til yrke? Å få til en mer hensiktsmessig hjelpsøking kan være viktig. Dette kan nok være en særlig utfordring i de menneskebehandlerne profesjonene, der det ligger i yrkesutøvelsen at man skal yte, ikke motta, hjelp.

Selv-mord finner sted i alle yrkesgrupper, og kan derfor også angå arbeidsplassen, men det er tvilsomt om det er grunn til å sette inn fokusert selv-mordsforebygging innsats her. Det mest relevante er antakelig å legge til rette for forhold som kan bidra til bedre generell fysisk og psykisk helse. Det er særlig viktig å være oppmerksom på ansatte som har psykiske (inklusive rusrelaterte) problemer, og hjelpe til slik at de kommer til behandling og eventuelt skjermes for arbeidsoppgaver som kan gjøre vondt verre. Det er trolig gunstig med bedriftslegeordninger eller andre systemer som gjør det mulig å fange opp dem som har somatiske og/eller psykiske problemer i en tidlig fase, slik at de kan få hjelp før problemene blir så store at det utvikles selv-mordsfare.

Erlend Hem er postdoktorstipendiat dr.med. ved Avdeling for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

Referanser

- Berg, A.M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M., & Ekeberg, Ø. (2003). **Suicidal ideation and attempts in Norwegian police.** *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 302–312.
- Borgan, J.-K., & Kristoffersen, L.B. (1986). **Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970–1980.** Statistiske analyser nr. 56. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Boxer, P.A., Burnett, C., & Swanson, N. (1995). **Suicide and occupation: a review of the literature.** *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37, 442–452.
- Hem, E. (2004). **Suicidal behaviour in some human service occupations with special emphasis on physicians and police: a nationwide study.** Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo (www.legeforeningen.no/?id=46822 (24.4.2006)).
- Hem, E., Berg, A.M., & Ekeberg, Ø. (2001). **Suicide in police – a critical review.** *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 224–233.
- Hem, E., Grønvold, N.T., Aasland, O.G., & Ekeberg, Ø. (2000). **The prevalence of suicidal attempts and suicidal ideation among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nation-wide sample.** *European Psychiatry*, 15, 183–189.
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O.G., Tyssen, R., Vaglum, P., & Ekeberg, Ø. (2005a). **Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000.** *Psychological Medicine*, 35, 873–880.
- Hem, E., Stokke, G., Tyssen, R., Grønvold, N.T., Vaglum, P., & Ekeberg, Ø. (2005b). **Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample.** *BMC Medicine*, 3, 16 (www.biomedcentral.com/1741-7015/3/16 (24.4.2006)).
- Lindeman, S., Läärä, E., Hakko, H., & Lönnqvist, J. (1996). **A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors.** *British Journal of Psychiatry*, 168, 274–279.
- Loo, R. (2003). **A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33, 313–325.
- Rosvold, E.O. (2002). **Physicians in illness and health: an epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians.** Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo (www.legeforeningen.no/asset/20570/1/20570_1.pdf (24.4.2006)).
- Schernhammer, E.S., & Colditz, G.A. (2004). **Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis).** *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295–2302.
- Tyssen, R., Hem, E., Vaglum, P., Grønvold, N.T., & Ekeberg, Ø. (2004). **The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample.** *Journal of Affective Disorders*, 80, 191–198.