

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie

Fredrik A. Walby
Martin Ø. Myhre
Anine T. Kildahl



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Utgitt av *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, januar 2020.

Tittel:

Selv mord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie.

Forfattere:

Fredrik A. Walby, prosjektleder
Martin Ø. Myhre, rådgiver
Anine T. Kildahl, rådgiver

Publikasjonstype: Rapport
ISBN 978-82-995816-5-3 (Trykt, heftet)
ISBN 978-82-995816-6-0 (PDF)

Rapporten kan lastes ned som PDF fra
www.uio.no/kartleggingssystemet

Emneord: selvmord, selvmordsforebygging, psykiatri, rus, psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T. (2020). *Selv mord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

Kartleggingssystemet er finansiert av Helse- direktoratet gjennom et oppdrag til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, UiO. Finansiør har ingen rolle i analyse av data eller utarbeidelse av denne rapporten.

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

Publikasjonen har benyttet data fra Døds- årsaksregisteret (DÅR). Folkehelseinstituttet, som databehandlingsansvarlig for Døds- årsaksregisteret, har ikke ansvar for tolkning og rapportering på bakgrunn av det utleverte datamaterialet.

All rights reserved ©2020

Forord

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling startet ordinær drift i mars 2019. Hensikten med systemet, som er et 5 års prøveprosjekt, er å sikre oversikt over antall selvmord, omstendigheter rundt hendelsene, typiske områder for svikt og identifisere forbedringsmuligheter for å medvirke til å redusere antall mennesker som dør i selvmord under og etter behandling i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Kartleggingssystemets metode er å kombinere data registrert av behandlere i tjenestene etter at det har skjedd et selvmord med data som allerede rutinemessig samles inn i etablerte nasjonale helseregistre (Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister). Datainnsamlingen er nå i god gjenge.

Selv om registrering av selvmord i Kartleggingssystemet først startet opp i 2019, har vi tilgang på registerdata for selvmord i disse tjenestene tilbake til 2008. I 2018 publiserte vi rapporten 1910 døde pasienter (Walby, Myhre og Kildahl 2018) basert på registerdata. Her viste vi at nesten halvparten av alle som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og/eller rus siste år før dødsfallet. Aller flest har hatt kontakt med psykisk helsevern, og rapporten fra 2018 fokuserte derfor særlig på denne gruppa.

Vi fant imidlertid også at en betydelig del av personene som døde i selvmord hadde vært i kontakt med den relativt nye sektoren i spesialisthelsetjenesten som gir helsehjelp til mennesker med ulike typer rusproblemer; tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Lite har vært kjent både nasjonalt og internasjonalt om omfang av selvmord blant brukere av denne tjenesten. Hensikten med denne rapporten er således å gi

et langt mer detaljert bilde av disse dødsfallene. Denne rapporten demonstrerer at selvmord er et like alvorlig problem blant brukere av tverrfaglig spesialisert behandling som i psykisk helsevern. Vi håper at tallmaterialet som presenteres her vil være et nyttig bidrag for både myndigheter, ledere og de som jobber i tjenestene til å utvikle stadig bedre tjenester og øke systematiske selvmordsforebyggende innsatser. Selvmord og annen selvmordsproblematikk er et svært viktig og alvorlig problem. Et alvorlig problem først og fremst for den som selv sliter, pårørende og eventuelt etterlatte, men også for behandlere, ledere og alle andre involverte.

Vi har i arbeidet med denne rapporten fått bistand av flere eksterne samarbeidspartnere. Takk til Tommy Sjøfjell i brukerorganisasjonen A-larm som har bidratt i utarbeidelsen av denne rapporten med sin omfattende og viktige erfaringskompetanse. Også takk til Guri Spilhaug, Tone Øiern og Hilde E. Lytømt Harwiss ved Nasjonal kompetansetjeneste for TSB som har bidratt med sin unike faglige kunnskap om denne spesialisthelsetjenesten. Takk i tillegg til hele miljøet ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ledet av prof. Lars Mehlum, ikke minst til administrasjonskonsulent Wenche Andreassen som igjen har bidratt med å lese korrektur.



Fredrik A. Walby
Forsker og psykologspesialist
Prosjektleder



Innhold

Forord	4
Sammendrag	8
Bakgrunn	8
Metode	8
Hovedfunn	8
Konklusjon	9
Innledning	10
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
Kartleggingssystemets rapport selvmord i psykisk helsevern og TSB 2008–2015	11
Hensikten med rapporten	11
Metode	12
Datakilder	12
Registerkobling og uttrekk	12
Variabler	12
Statistikk	13
Etikk og tillatelser	13
Resultater	14
Registerkobling	15
Del 1a: Alle selvmord under og inntil 12 måneder etter kontakt med TSB	16
Forekomst	17
Helseregion	19
Bostedskommune	19
Kjønn	19
Alder	21
Selvmordsmetode	22
Kontakt med andre sektorer	25
Behandlingsstatus	25
Døgnopphold	26
Poliklinisk kontakt	29
Diagnoser siste år	30
Del 1b: Kun kontakt med TSB siste år	32
Kjønn og alder	33
Diagnoser	33
Poliklinisk kontakt og døgnbehandling	34
Tid fra siste kontakt til selvmord	34

Del 1c: Kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord	36
Kjønn og alder	37
Diagnoser	37
Kontakt med poliklinikk og døgntilrettelagt behandling	38
Tid fra siste kontakt til selvmord	39
Del 2: Siste kontakt med TSB	42
Kjønn og alder	43
Diagnoser	44
Behandlingsstatus	47
Tid siden siste kontakt.....	47
Type institusjon ved siste kontakt	49
Diskusjon	50
Forekomst av selvmord i TSB	51
Selvmordsmetoder og mørketallsproblematikk	51
Kjønnforskjeller	52
Omfang av kontakt og tid siden siste kontakt.....	52
Rusbruk og psykiske lidelser	53
Kontakt med tjenestene siste år	53
Begrensninger	54
Implikasjoner for forebygging.....	56
Avslutning	59
Etterord	60
Referanser	62
Oversikt over figurer og tabeller	64
Tabeller	64
Figurer	65

Sammendrag

Bakgrunn

Personer med ruslidelser har en betydelig forhøyet dødelighet, hvor selvmord er en av de viktigste årsakene. I Norge har vi til nå manglet en oversikt over forekomsten av kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) før selvmord, kjennetegn ved personene i kontakt og hvilken behandling de har mottatt før selvmordet. Denne rapporten presenterer resultatene fra den første nasjonale registerstudien av selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før dødsfallet i perioden 2009–2017. Registerstudien er utført som ledd i arbeidet med å etablere Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Metode

Rapporten er basert på en kobling av registerdata fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister årene 2009–2017. Alle personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009–2017 er inkludert i studien.

Hovedfunn

- 480 personer hadde kontakt med TSB siste år før de døde i selvmord.
- Nesten hver tiende person (9,3 %) som dør i selvmord i Norge, har vært i kontakt med TSB siste leveår.
- Selvmordsraten i TSB er 1,93 per 1000 pasienter, hvilket er sterkt forhøyet sammenlignet med selvmordsraten i befolkningen generelt.
- Det er omtrent dobbelt så mange selvmord blant menn som kvinner i TSB, men andelen menn og kvinner i kontakt med TSB siste år før selvmord er tilnærmet lik.
- Majoriteten (43 %) av personene i kontakt med TSB siste år før selvmord døde som følge av henging, kvelning eller strangulering, mens 23 % døde av forgiftning. I tillegg kan det være mørketall, særlig hva gjelder forgiftninger.
- En betydelig andel (64 %) hadde også kontakt med psykisk helsevern (PHV) siste leveår.
- Over 90 % av de som døde innen ett år etter kontakt med TSB hadde hatt poliklinisk kontakt siste år, men antall kontakter per pasient var relativt lavt med en median på 6 polikliniske kontakter i TSB siste år.
- En stor andel (68 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold siste år: 40 % i TSB og 49 % i PHV. Innleggelsene var hovedsakelige kortvarige: I TSB var 30 % av innleggelsene under 7 dager, mens 50 % av innleggelsene i PHV var under 7 dager.

- Majoriteten (91 %) var diagnostisert med en ruslidelse siste år. Av disse var alkoholbrukslidelse den vanligste diagnosen (45,6 %), etterfulgt av bruk av multiple stoffer (27,7 %) og opiatbrukslidelse (22,1 %).
- En tredjedel (32,9 %) av mennene og nesten halvparten (46,9 %) av kvinnene i utvalget hadde siste år fått diagnostisert en depresjon eller angstlidelse i tillegg til en ruslidelse.
- Få av selvmordene skjedde under døgnbehandling i TSB.
- Det gikk lengre tid mellom siste kontakt og selvmord blant personer som kun hadde kontakt med TSB, sammenlignet med de som hadde hatt kontakt både med TSB og psykisk helsevern.

Konklusjon

Den høye andelen i kontakt med TSB viser nødvendigheten av fokus på forebygging av selvmord blant pasienter i TSB. Mange personer som dør i selvmord etter kontakt med TSB har sammensatte problemer som omfatter blant annet rusproblematikk og psykiske lidelser, og overlappende behandling i PHV er derfor vanlig. Det å sikre integrert behandling av rus og psykiske lidelser i både TSB og PHV, ha tilpassede og tilgjengelige tjenester, fokusere på tilbakefallsforebygging samt sikre oppfølging etter utskrivelse, fremstår som viktige prioriteringsområder i TSB.

Tilgjengelige registerdata er godt egnet til å beskrive antall og andel i kontakt i de ulike tjenestene, men det mangler data i registrene vedrørende sosiale forhold, detaljer om behandlingen som ble gitt og tidligere selvmordsatferd. Data fra Kartleggingssystemet, som nå er implementert, vil bidra med mer kunnskap om selvmord i TSB.

Innledning

Selv mord er en av de viktigste årsakene til tapte leveår i Norge (Tollånes et al., 2018) og medfører store konsekvenser for de mange etterlatte og samfunnet for øvrig. Selv om årsakene til selvmord er sammensatte og komplekse, er det velkjent at psykiske lidelser og ruslidelser er sterkt assosiert med selvmord (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Too et al., 2019). Risikoen er betydelig forhøyet både ved alkoholbrukslidelse (Darvishi, Farhadi, Haghtalab, & Poorolajal, 2015) og ved bruk av illegale stoffer (Poorolajal, Haghtalab, Farhadi, & Darvishi, 2016). Personer med rus- og avhengighetslidelser har også ofte somatiske og psykiske problemer, samtidig som pasienter i psykisk helsevern har en betydelig økt forekomst av rus- og avhengighetsproblematikk (Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007; Gråwe & Ruud, 2006). Sammenhengen mellom ruslidelser og selvmord er kompleks, både fordi akutt ruspåvirkning er en risikofaktor for selvmord, selvmordsrisikoen er forhøyet ved ruslidelser og det er en høy grad av komorbide psykiske lidelser (Bagge & Borges, 2017). Personer med ruslidelser er således utvilsomt en viktig risikogruppe for selvmord, og dermed også en viktig målgruppe for utvikling av selvmordsforebyggende tiltak. Forekomsten av selvmord i tjenestene som behandler ruslidelser, vil være langt større enn i den generelle befolkningen siden de behandler en gruppe med forhøyet risiko.

Det er velkjent at personer med ruslidelser har en betydelig forhøyet dødelighet generelt (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014), og blant personer som har vært i rusbehandling er selvmord den nest viktigste dødsårsaken etter rusrelaterte dødsfall (Merrall, Bird, & Hutchinson, 2012). I Norge har det gjennom mange år vært mye fokus på det høye antallet overdosedødsfall. Dette har blant annet gitt seg utslag i omfattende forskning og utvikling av forebyggende tiltak - slik som *Nasjonal overdosestrategi*. Det har derimot vært mye mindre oppmerksomhet rettet mot selvmord blant personer med ruslidelser. Mens en rekke studier har undersøkt kontakt med psykisk helsevern før selvmord (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018b), har kontakt med rusbehandling før selvmord i liten grad blitt studert. Vi vet derfor mye mindre om forekomsten av kontakt med rusbehandling før selvmord, kjennetegn ved personene og hvilken behandling de har mottatt før selvmordet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Før 2004 hadde fylkeskommunene ansvaret for all rusbehandling i Norge, og behandlingen var lovhjemlet i sosialsektoren. Ved rusreformen i 2004 vedtok Stortinget at pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk skulle få spesialisthelsetjenester på lik linje med pasienter som har somatiske eller psykiske helseproblemer, og ansvaret ble overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet ble etablert som et eget tjenesteområde, og pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. TSB ble deretter et satsningsområde i opptrappingsplanen for rusfeltet 2007–2012 (Helsedirektoratet, 2012b). TSB skiller seg fra andre spesialisthelsetjenester ved det at de er tverrfaglige og består av både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse – samtidig som både fastleger og sosialtjeneste (NAV) kan henvise til behandling i TSB. Da det er mange personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, må psykisk helsevern og TSB koordinere behandlingen slik at pasientene får forsvarlig helsehjelp. I en nasjonal retningslinje for behandling av ROP-lidelser fra 2012 (Helsedirektoratet, 2012a) er en av de sentrale anbefalingene at den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse, skal sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser. Selv om ansvaret plasseres ett sted vil også andre instanser ha et ansvar, og det skal etableres et forpliktende samarbeid. Dette fører til et betydelig overlapp mellom PHV og TSB hvor en stor andel av pasientene som mottar behandling i TSB også har vært i kontakt med PHV. Det er utviklet en egen nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2017b), men i en ny rapport fra Statens Helsetilsyn (Helsetilsynet, 2019), basert på landsomfattende tilsyn, var et av sviktområdene som gikk igjen uklarheter i oppgave- og ansvarsfordeling innen eller mellom ulike deler av tjenestene innen psykisk helse og rus.

TSB tilbys av omlag 150 enheter i Norge, og består av offentlige helseforetak, private virksomheter som har driftsavtale med det regionale helseforetaket eller av kommersielle aktører godkjent av HELFO. I 2018 mottok 33 000 personer behandling i TSB (Helsedirek-

toratet, 2019a), og de private rusinstitusjonene utgjør en betydelig andel av helsetjenestene som tilbys innenfor denne sektoren. En rapport fra Helsedirektoratet (2016) for perioden 2010–2014 viste at de private ideelle bidro med 38 % av innleggelsene og hele 60 % av oppholdsdøgnene i TSB, noe som blant annet skyldes at døgnbehandling av lengre varighet skjer hos de private institusjonene, mens de offentlige helseforetakene i større grad tilbyr avrusning, utredning og kortere opphold. Når det gjelder den polikliniske behandlingen foregikk 77 % av denne innenfor de offentlige helseforetakene og 23 % hos de private. Det er videre store variasjoner innad i de regionale helseforetakene når det gjelder bruk av private og offentlige helsetjenester – samt forekomst av døgnbehandling. Særlig Helse Nord RHF skiller seg ut fra de andre helseregionene ved at de i denne perioden ikke har hatt private aktører som leverer polikliniske tjenester – i tillegg til at de har et mindre antall TSB-konsultasjoner i helseforetakene. Det er en noe større forekomst av personer med opiatproblemer i de offentlige helseforetakene, mens de private har en noe større andel personer med alkoholproblemer. Dette kan blant annet være et resultat av at personer som mottar LAR-behandling i hovedsak får dette gjennom offentlige helseforetak.

Kartleggingssystemets rapport om selvmord i psykisk helsevern og TSB 2008–2015

Kartleggingssystemet publiserte i desember 2018 rapporten 1910 døde pasienter (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018a), basert på en nasjonal registerstudie av selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2008–2015. Studien fant at nesten halvparten av de personene som døde i selvmord i Norge i denne perioden hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste leveår. Psykisk helsevern er den største av disse tjenestene, men det var også en betydelig andel (18,5 %) av personene som hadde hatt kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siste år før selvmordet og 227 (11,9 %) hadde hatt kontakt både med PHV og TSB.

Den økte risikoen for selvmord blant personer med ruslidelser i kombinasjon med en betydelig andel i kontakt med TSB før selvmord peker på behovet for en bedre oversikt og mer spesialisert kunnskap også om de personene som har mottatt behandling for rus-

lidelser i tiden før selvmordet. Dette er et område som tidligere har vært svært lite studert, og den sterke sammenhengen mellom ruslidelser og selvmord gjør dette til en viktig gruppe for forebyggende tiltak. Formålet med denne rapporten er å øke kunnskapsgrunnlaget ved å beskrive omfanget av kontakt med TSB året før selvmord, samt beskrive personene som har vært i kontakt og den behandlingen de mottok.

Hensikten med rapporten

Hensikten med rapporten er å presentere en nasjonal oversikt over alle personer som døde i selvmord under og innen ett år etter kontakt med TSB, samt beskrive denne pasientgruppen og kontakten de har hatt med TSB og de andre spesialisthelsetjenestene i tiden før dødsfallet. Omfanget av kontakt med de andre spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus vil også bli beskrevet blant de som har hatt kontakt med flere tjenester enn TSB. Dette gjelder psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU) samt avtalespesialister innenfor disse tjenestene

Metode

Rapporten er basert på en sammenstilling av registerdata fra DÅR og NPR, der alle personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 01.01.2009 til 31.12.2017 er inkludert. Vi har utelukkende benyttet data fra spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus – informasjon fra primærhelsetjenesten eller somatiske spesialisthelsetjenester er ikke inkludert i dette materialet. I tillegg til tallene som ble presentert for TSB i rapporten *1910 døde pasienter*, inkluderer foreliggende rapport også informasjon om selvmord i TSB fra årene 2016 og 2017. Vi gjør oppmerksom på at selv om denne rapporten er fremstilt av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inneholder den utelukkende registerdata og benytter ikke data som er spesielt innsamlet for Kartleggingssystemet. Mer informasjon om Kartleggingssystemet finnes på: www.uio.no/kartleggingssystemet

Datakilder

Dødsårsaksregisteret

Dødsårsaksregisteret (DÅR) inneholder opplysninger om personer som på dødstidspunktet oppholdt seg i Norge samt personer som på dødstidspunktet er registrert bosatt i Norge, men som døde i utlandet. Registeret danner utgangspunktet for den årlige dødsårsaksstatistikken og er underlagt Folkehelseinstituttet. DÅR har en dekningsgrad på 98 % (Pedersen & Ellingsen, 2015).

Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister etablert i 1997 og ble personidentifiserbart i 2008. Data fra TSB ble imidlertid ikke innrapportert før i 2009. NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og ventelister fra spesialisthelsetjenesten. Siden 2009 har kompletthet i form av kobling mot gyldig fødselsnummer eller D-nummer vært svært høy i TSB med over 99 %, og i psykisk helsevern for voksne har kompletthet vært på over 99 % fra og med år 2010 (Helsedirektoratet, 2017). Denne studien har brukt aktivitetsdata fra NPR, ikke situasjonsdata ved behandlingsoppstart i TSB som også registreres i NPR.

Registerkobling og uttrekk

Materialet består av indirekte personidentifiserbare data fra en kobling mellom DÅR og NPR i perioden 2009–2017. Det ble foretatt et uttrekk av alle dødsfall registrert i Dødsårsaksregisteret (DÅR) med ICD-10 koder for selvmord som underliggende dødsårsak (X60-X84, Y87.0) eller dødsfall med usikker ytre årsak (Y10-34, Y87.2) som underliggende dødsårsak. Uttrekket fra DÅR ble koblet sammen med aktivitetsdata fra psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU) og avtalespesialister innenfor de nevnte tjenestene for personer som var registrert med aktivitet i disse sektorene i løpet av ett år før selvmordet. For denne studien ble all aktivitet i NPR hentet ut for de personene som hadde kontakt med TSB siste år. Registerkoblingen og uttrekket er illustrert i figur 1.1.

Variabler

En rekke variabler i materialet er hentet direkte fra registrene. Dette gjelder kjønn, alder og diagnose for underliggende dødsårsak og skade fra DÅR. Regionalt helseforetak, bostedskommune, sektor, omsorgsnivå ble hentet fra NPR. Så langt som mulig anvendes samme begreper som benyttes av NPR og DÅR. Variablene ble analysert basert på tre tidsperioder: siste direkte kontakt med tjenesten, kontakt siste 90 dager og kontakt siste år før selvmord.

Under vil vi beskrive variabler som har blitt bearbeidet før analyse.

ICD-10 diagnoser

For diagnoser ble kun F (psykiske lidelser), G (nevrologisk) og Z-diagnoser (kontaktårsaker) analysert. Diagnoser ble analysert for siste år og for siste kontakt. Ruslidelsene er analysert som diagnoser på tosiffer-nivå (f. eks F10 (alkohol), F11 (opiat)), mens de andre psykiatriske eller nevrologiske tilstandene er analysert på hovedkategori-nivå (f. eks F2, F3) i ICD-10 (WHO, 2016). Analysen av diagnoser ved *siste kontakt* skiller på hoveddiagnose og bidiagnose, men analysen av diagnoser *siste år* skiller ikke på hvorvidt diagnosen er registrert som hoveddiagnose eller bidiagnose.

For diagnoser siste år ble også kombinasjoner av

diagnoser analysert. Når det gjelder forekomsten av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, er disse delt i tre ulike kategorier. Den første kategorien er ruslidelse (F1) og psykisk lidelse (F20-F90). Den andre kategorien er samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelse (F2) og bipolar lidelse (F31)). Den tredje kategorien er ruslidelser i kombinasjon med angst og depresjon. I denne rapporten har vi valgt å konsekvent benytte disse tre avgrensede kategoriene. Dette fordi ROP-veilederen bruker definisjonen ROP-lidelser om alle kombinasjoner av ruslidelse og psykiske lidelser, mens det i andre sammenhenger er avgrenset til å gjelde ruslidelser og psykoselidelser (inklusive bipolar lidelse) og alvorlig depresjon eller angstlidelser.

Behandlingsstatus

Behandlingsstatus beskriver hvorvidt personen var under pågående behandling eller om behandlingen var avsluttet på dødstidspunktet. Behandlingsstatus ble kategorisert på bakgrunn av om siste kontakt var med en døgnavdeling eller poliklinikk. Poliklinisk kontakt inkluderte her dagbehandling.

Når det gjaldt personer med døgnopphold som siste kontakt, ble de som døde dagen etter siste kontakt eller senere kategorisert som utskrevet. Personer med siste kontakt samme dag (eller tidligere) ble kategorisert som innlagt hvis de ble utskrevet som døde eller døde på sykehus samme dag som siste kontakt skjedde. Definisjonen kan potensielt medføre at et fåtall personer ble feilaktig klassifisert som utskrevet. For de personene som hadde siste kontakt med en poliklinikk eller dagbehandling, ble behandlingen kategorisert som avsluttet hvis det var satt en dato for avslutning av henvisningsperioden før personens dødsdato. Dette samsvarer med NPRs definisjon av avsluttet behandling. Behandlingen ble også kategorisert som avsluttet hvis personen ikke hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 90 dagene før dødsfallet uten at kontakten var registrert som avsluttet i NPR.

Tid fra siste kontakt

Tid fra siste kontakt til selvmord er beregnet ved å trekke dødsdato fra datoen for siste direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten. Ved poliklinisk kontakt er dette datoen for denne kontakten, mens ved døgnopphold er dette datoen for utskrivelse.

Type institusjon

For å beskrive type institusjon brukte vi institusjonsnavnet og klassifiserte de som offentlige (helseforetak og private institusjoner med lokalsykehusfunksjon) og private (organisasjoner med driftsavtaler med de regionale helseforetakene). De regionale helseforetakenes lister over private organisasjoner med driftsavtale ble brukt som utgangspunkt for klassifiseringen.

Statistikk

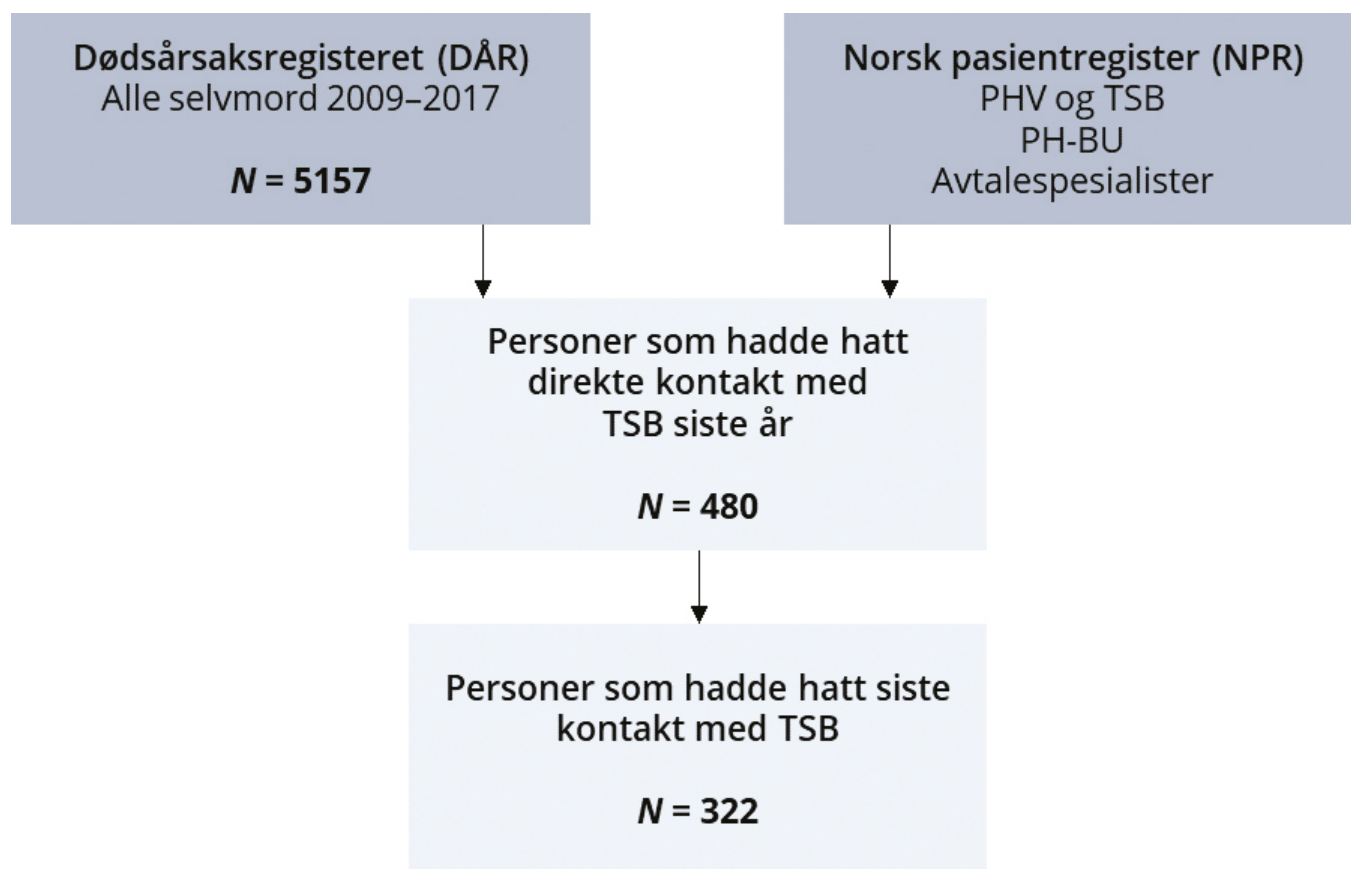
Resultatene rapporteres som frekvenser eller mål på sentraltendens (gjennomsnitt og median). Alle ratene som presenteres i rapporten er ujusterte og regnet per 1000 pasienter. Selvmordsrater i befolkningen oppgis vanligvis per 100 000, så for å sammenlikne med disse ratene må ratene som presenteres i rapporten multipliseres med 100. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i TSB siste år fordelt på kjønn og aldersgrupper er brukt som populasjon for å estimere ratene. Disse dataene mangler for 2009, så rater er kun regnet ut for årene 2010–2017. Konfidensintervaller er regnet ut med Poisson fordeling i analyse av rater. Standardfeilen estimeres med kvadratroten av antall selvmord delt på populasjonen.

Etikk og tillatelser

Denne registerstudien er basert på dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 b for innhenting, lagring og håndtering av sammenstilte registerdata fra DÅR og NPR samt en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i samarbeid med Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er godkjent av personvernombudet ved Universitetet i Oslo. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har også gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider, hvor prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 (ref: 32494). Koblingen av registerdata er gjennomført av NPR, og Kartleggingssystemet har ikke på noe tidspunkt hatt tilgang til direkte identifiserbar personinformasjon som fødselsnummer eller navn. Data vil ikke presenteres på en slik måte at enkeltpersoner eller enheter kan gjenkjennes eller identifiseres av andre, og resultater vil heller ikke bli oppgitt på grupper med mindre enn 5 personer.

Resultater

Resultatene i denne rapporten for perioden 2009–2017 presenteres i to deler. I første del presenteres resultater basert på analyser av alle personene som hadde vært i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år før de døde i selvmord. Andre del beskriver de personene som hadde sin siste kontakt med TSB før de døde i selvmord.



Figur 1.1. Kobling og uttrekk av registerdata fra DÅR og NPR for personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017.

Fra 2009 til 2017 var det 5 157 selvmord registrert i Norge, og av disse personene var 480 registrert med aktivitetsdata i TSB i NPR siste år før dødsfallet. Dette tilsvarer 9,3 % av alle selvmordene i Norge i perioden.

Det var totalt 2 300 som døde etter kontakt med en eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i samme periode. Selvmord under og

innen ett år etter kontakt med TSB utgjør med andre ord en betydelig andel (20,9 %) av dødsfallene i disse tjenestene.

Kun 8 av de 480 personene i utvalget var registrert med et dødsfall hvor det er usikkert hvorvidt skaden hadde blitt påført med hensikt. De er analysert sammen med de øvrige dødsfallene.

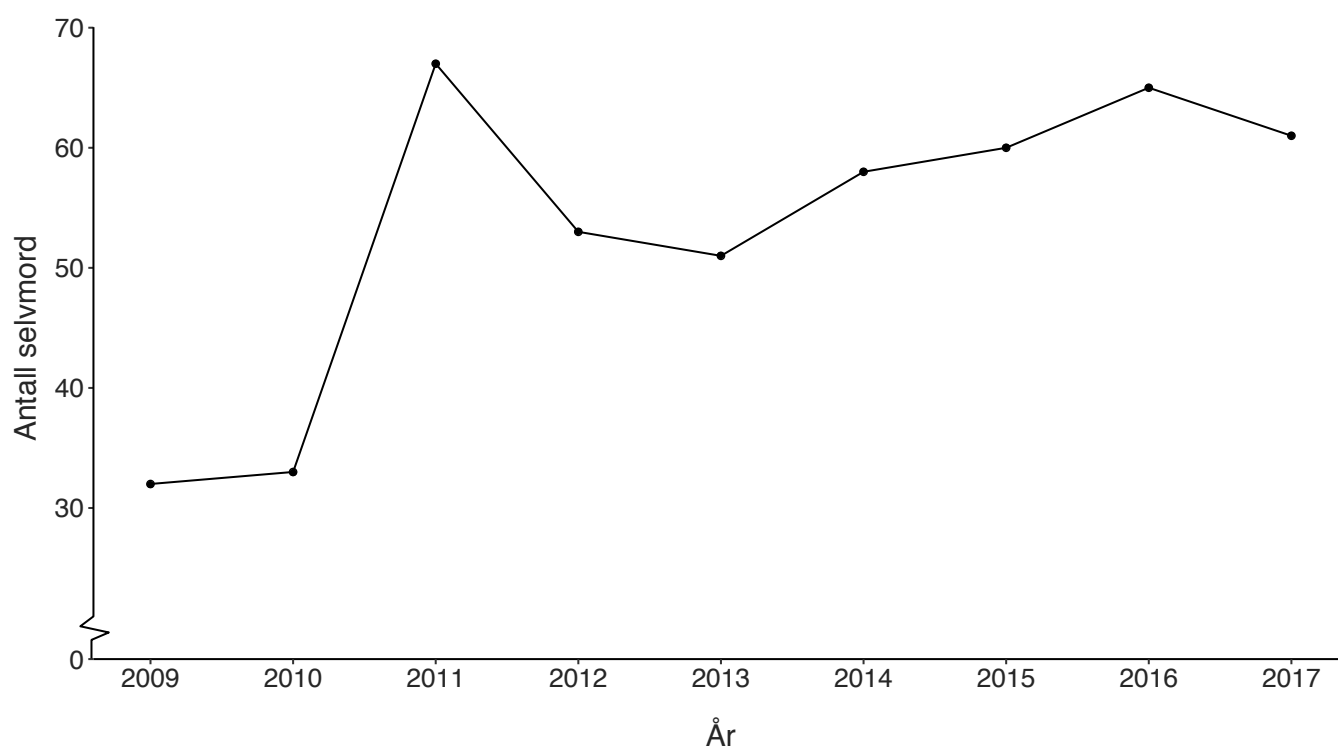
Del 1a:

**Alle selvmord under og
inntil 12 måneder etter
kontakt med TSB**

År	Antall selvmord	Antall i kontakt med TSB	Andel i kontakt med TSB (%)
2009	578	32	5,5
2010	549	33	6,0
2011	601	67	11,1
2012	520	53	10,2
2013	555	51	9,2
2014	551	58	10,5
2015	596	60	10,1
2016	614	65	10,6
2017	593	61	10,3
N	5157	480	9,3

I perioden 2009–2017 ble det registrert 5 157 dødsfall som følge av selvmord i Norge. Tabell 1.1 viser fordelingen av antall selvmord per år, der andelen i kontakt

ligger stabilt rundt 10 % fra 2011. Figur 1.2 viser antall personer i kontakt for den samme tidsperioden – antallet har økt i løpet av studieperioden.



Figur 1.2. Antall selvmord per år blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017.

I perioden 2009–2017 var det 480 personer som døde i selvmord etter kontakt med TSB siste leveår. I samme periode var 249 032 personer i kontakt med TSB. Dette gir en samlet forekomst på 1,93 [95 % CI

1,76 – 2,10] selvmord per 1000 personer i kontakt med TSB siste år.

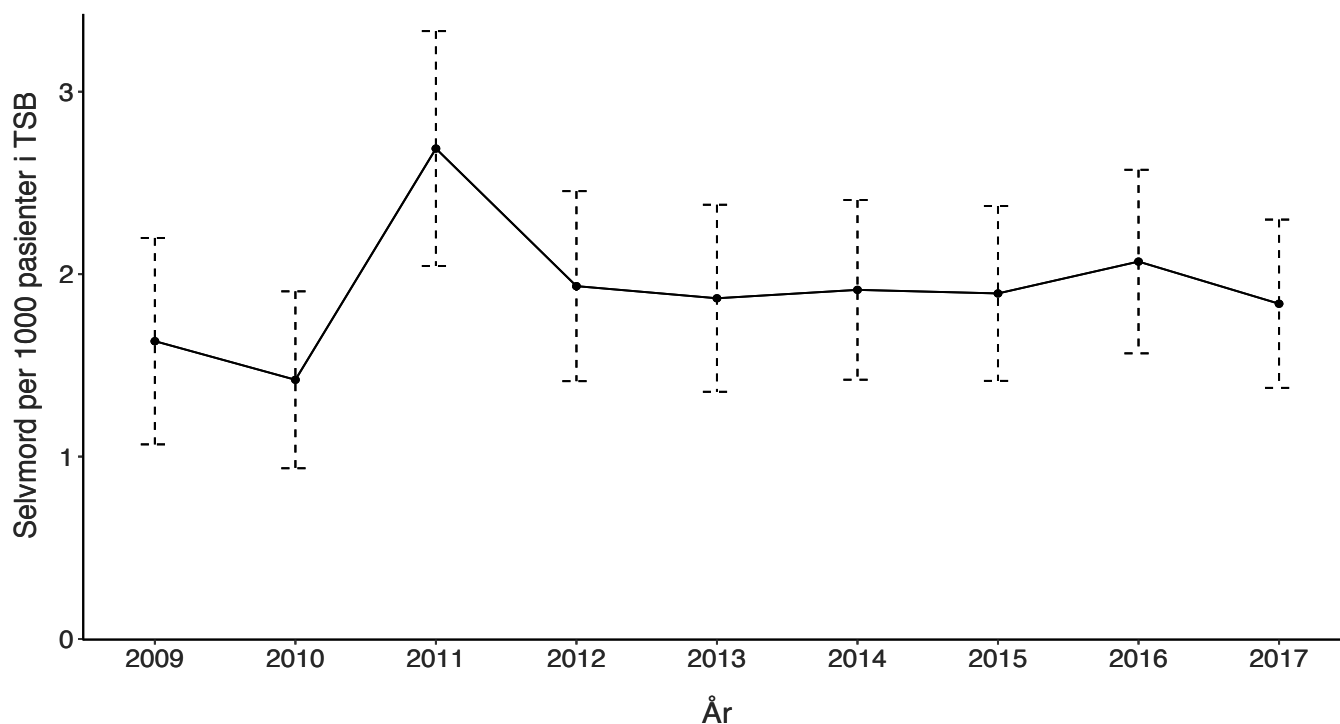
Fra 2009 til 2017 har det vært en dobling av antall selvmord i TSB, og en viktig årsak til økningen er at

Tabell 1.2. Antall selvmord per år og rate per 1000 pasienter blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

År	Antall selvmord i TSB	Antall pasienter i TSB	Rate per 1000 pasienter [95 % CI]
2009	32	19 599	1,63 [1,07 - 2,20]
2010	33	23 223	1,42 [0,94 - 1,91]
2011	67	24 921	2,69 [2,04 - 3,33]
2012	53	27 399	1,93 [1,41 - 2,46]
2013	51	27 305	1,87 [1,36 - 2,38]
2014	58	30 304	1,91 [1,42 - 2,41]
2015	60	31 674	1,89 [1,41 - 2,37]
2016	65	31 416	2,07 [1,57 - 2,57]
2017	61	33 191	1,84 [1,38 - 2,30]
N	480	249 032	1,93 [1,76 – 2,10]

pasientgrunnlaget i TSB også har økt med omtrent 40 % i løpet av tidsperioden. Videre kan pasientsammensetningen ha endret seg, noe som ikke er undersøkt i

dette materialet. Etter en økning fra 2010 til 2011 har selvmordsraten i TSB ligget stabilt på rundt 2 selvmord per 1000 pasienter fra 2012 til 2017.



Figur 1.3. Ujustert selvmordsrate per 1000 pasienter i TSB fra 2009 til 2017. 95 % konfidensintervaller er markert med de loddrette linjene.

Helseregion

Det er store forskjeller i befolkningssammensetning, befolkningsgrunnlag og dermed størrelse på de fire helseregionene i Norge. Direkte sammenligninger på tvers av regionale helseforetak krever derfor analyser som tar disse forholdene i betraktning.

I perioden 2009–2017 hadde Helse Sør-Øst RHF flest selvmord blant personer i kontakt med TSB (281, 58,5 %), hvilket har sammenheng med størrelsen på helseforetaket da de har om lag 60 % av pasientgrunnet i

denne sektoren. Videre hadde Helse Vest RHF 73 (15,2 %), Helse Midt-Norge RHF 46 (9,6 %) og Helse Nord RHF 26 (5,4 %) selvmord blant personer i kontakt med TSB. Det er ingen forskjell i selvmordsraten mellom de regionale helseforetakene. Årsaken til at ratene fordelt på regionale helseforetak er lavere enn den samlede raten på 1,93 per 1000 pasienter, er at det mangler informasjon om helseforetak for 54 personer. Manglende registrering av RHF gjelder hovedsakelig for 2009 frem til 2011.

Tabell 1.3. Antall selvmord i de regionale helseforetakene blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Regionalt helseforetak	<i>n</i>	%	Antall pasienter i TSB	Rate per 1000 pasienter i TSB
Helse Midt-Norge	46	9,6	25 332	1,82 [1,29 - 2,34]
Helse Nord	26	5,4	14 331	1,81 [1,12 2,51]
Helse Sør-Øst	281	58,5	165 160	1,70 [1,50 - 1,90]
Helse Vest	73	15,2	47 148	1,55 [1,19 1,90]
Mangler informasjon	54	11,2	-	-
<i>N</i>	480	100		

Bostedskommune

Antall selvmord blant personer i kontakt med TSB varierer betydelig mellom bostedskommunene i Norge. Samlet har personer fra 133 kommuner dødd i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB. Oslo er

kommunen med flest personer i kontakt med TSB før selvmord (*n* = 77), fulgt av Bergen (*n* = 28), Stavanger (*n* = 14) og Trondheim (*n* = 14).

Kjønn

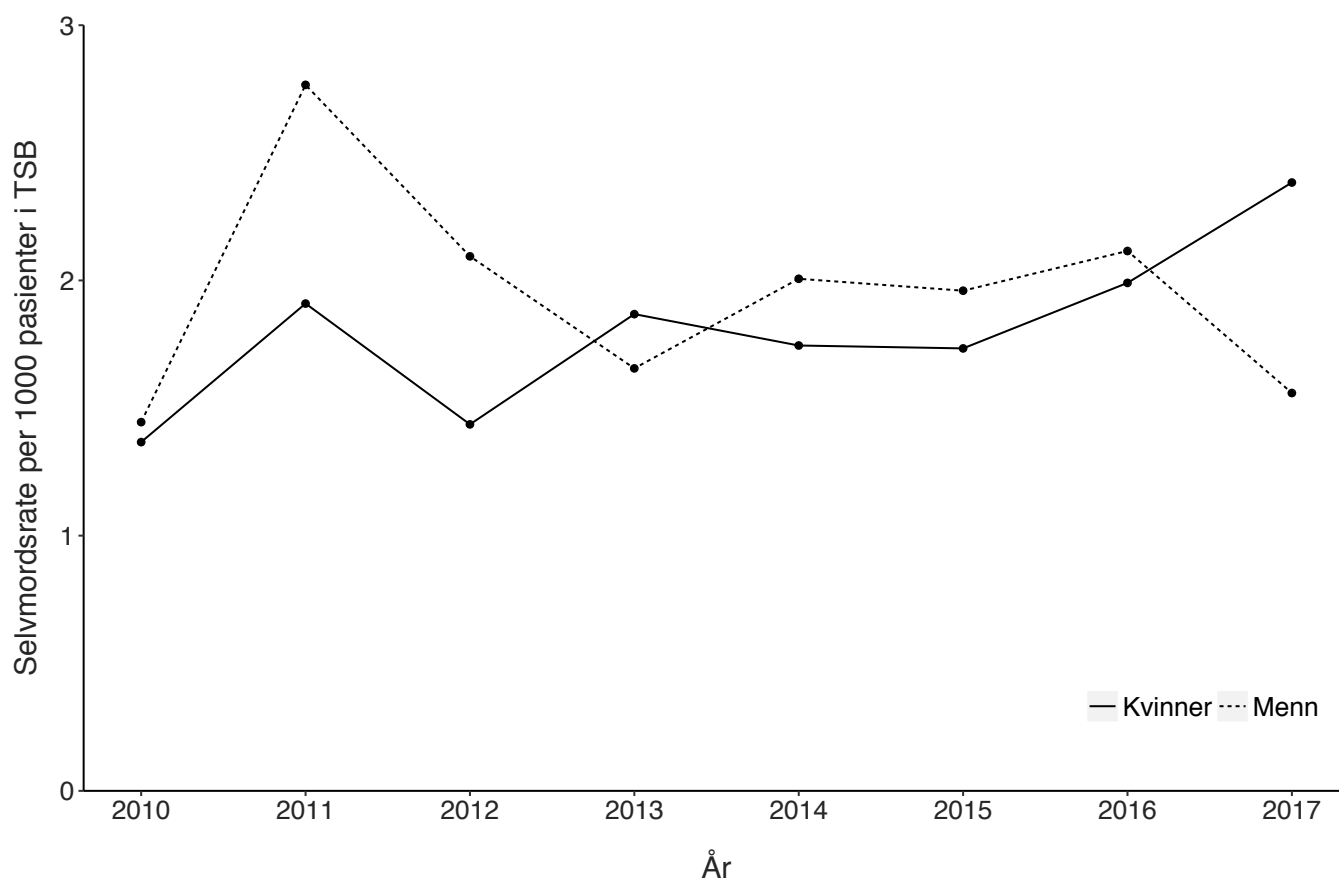
Tabell 1.4. Antall selvmord fordelt på kjønn og hvorvidt de hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017

	Menn	Kvinner	Totalt
Selvmord i befolkningen <i>n</i> (%) ^a	3624 (70,3)	1533 (29,7)	5157
Selvmord i kontakt med TSB siste år <i>n</i> (%)	321 (66,9)	159 (33,1)	480
Andel i kontakt med TSB %	8,9	10,4	9,3

^aData på selvmord i befolkningen hentet fra Folkehelseinstituttets statistikkbank 19.06.2019

To tredjedeler av alle selvmord i befolkningen skjer blant menn. Denne kjønnsforskjellen finner vi også blant de som har hatt kontakt med TSB. Av 480 selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år i perio-

den 2009–2017 var 321 (66,9 %) menn. Ratioen var 2,0 selvmord blant menn per kvinne for perioden samlet, men med relativt store variasjoner mellom år.



Figur 1.4. Selvmordsrate i TSB per år i perioden 2010–2017 fordelt på kjønn (N = 448).

Selv om antall selvmord er høyere hos menn enn kvinner i kontakt med TSB, er selvmordsraten relativt lik når man tar høyde for kjønnssammensetningen blant brukerne av tjenestene. I perioden 2009–2017 ble det registrert 5 157 dødsfall som følge av selvmord i Norge. Tabell 1.1 viser fordelingen av antall selvmord per år, der andelen i kontakt ligger stabilt rundt 10 % fra 2011. Figur 1.2 viser antall personer i kontakt for den samme tidsperioden – antallet har økt i løpet av studieperioden. Det kan allikevel se ut til at det er en økende tendens i selvmordsraten hos kvinner. Med unntak av en topp i raten hos menn i 2011, ligger selvmordsraten nokså stabilt for menn gjennom hele tidsperioden. Videre fremstår den relative økningen av raten i 2011 som større hos menn enn kvinner. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i TSB siste år fordelt på kjønn og aldersgrupper mangler for 2009, så rater er regnet ut for årene 2010–2017.

Tabell 1.5. Kjønnssfordeling av antall selvmord per år blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

År	Menn (n)	Kvinner (n)	Ratio
2009	20	12	1,7
2010	22	11	2,0
2011	49	18	2,7
2012	39	14	2,8
2013	32	19	1,7
2014	40	18	2,2
2015	41	19	2,2
2016	44	21	2,1
2017	34	27	1,3
N	321	159	2,0

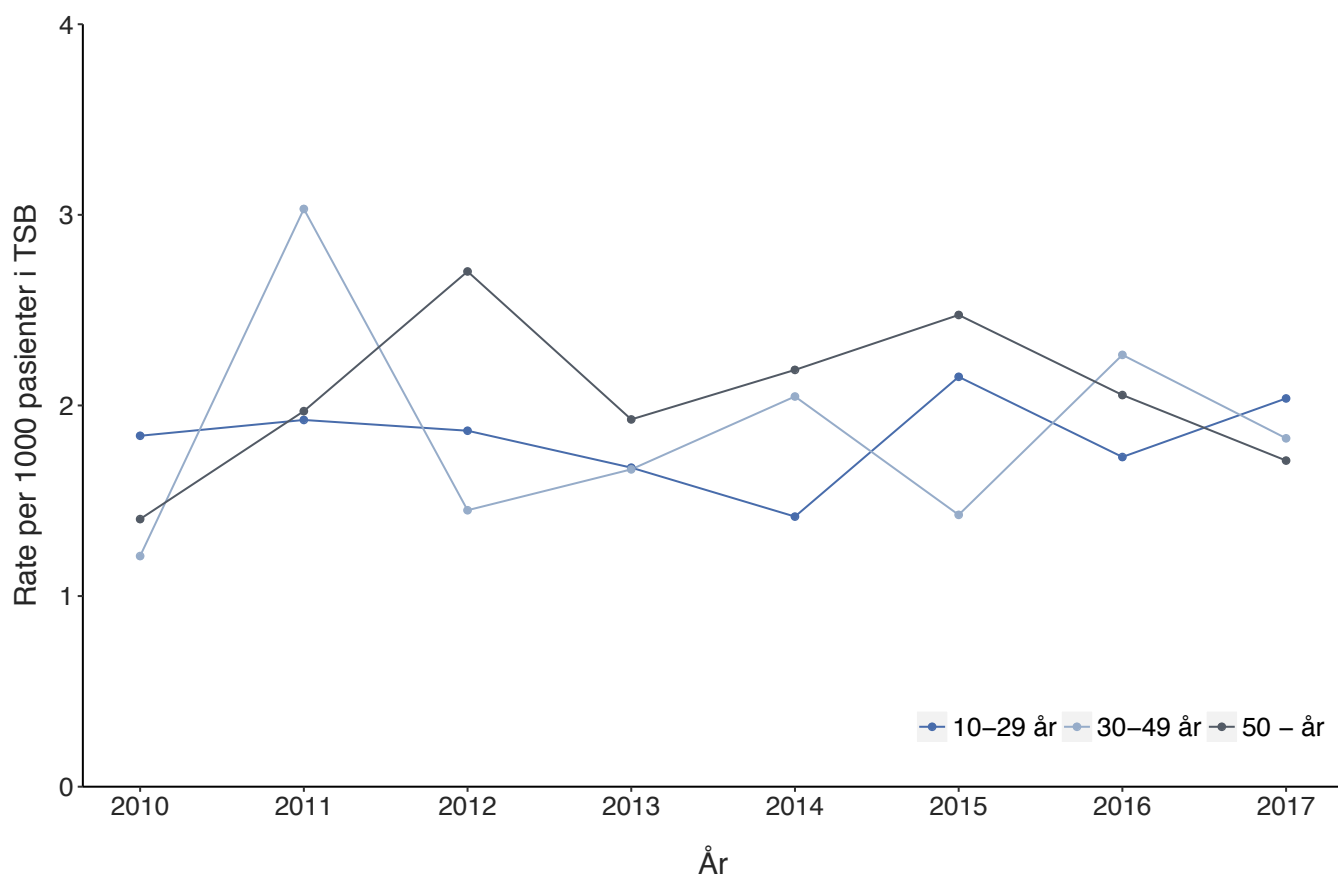
Alder

Gjennomsnittsalderen til personer som døde i selvmord etter kontakt med TSB var 40,6 år med en spredning fra 18 til 75 år. Menn hadde en noe lavere gjennomsnittsalder (39,8 år) enn kvinner som hadde

en gjennomsnittsalder på 42,2 år. Aldersgruppen med flest selvmord er 30–39 år hos menn (27,4 %) og 40–49 år hos kvinner (27,7). Det er svært få selvmord i aldersgruppen under 19 år (2,9 %).

Tabell 1.6. Alder og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

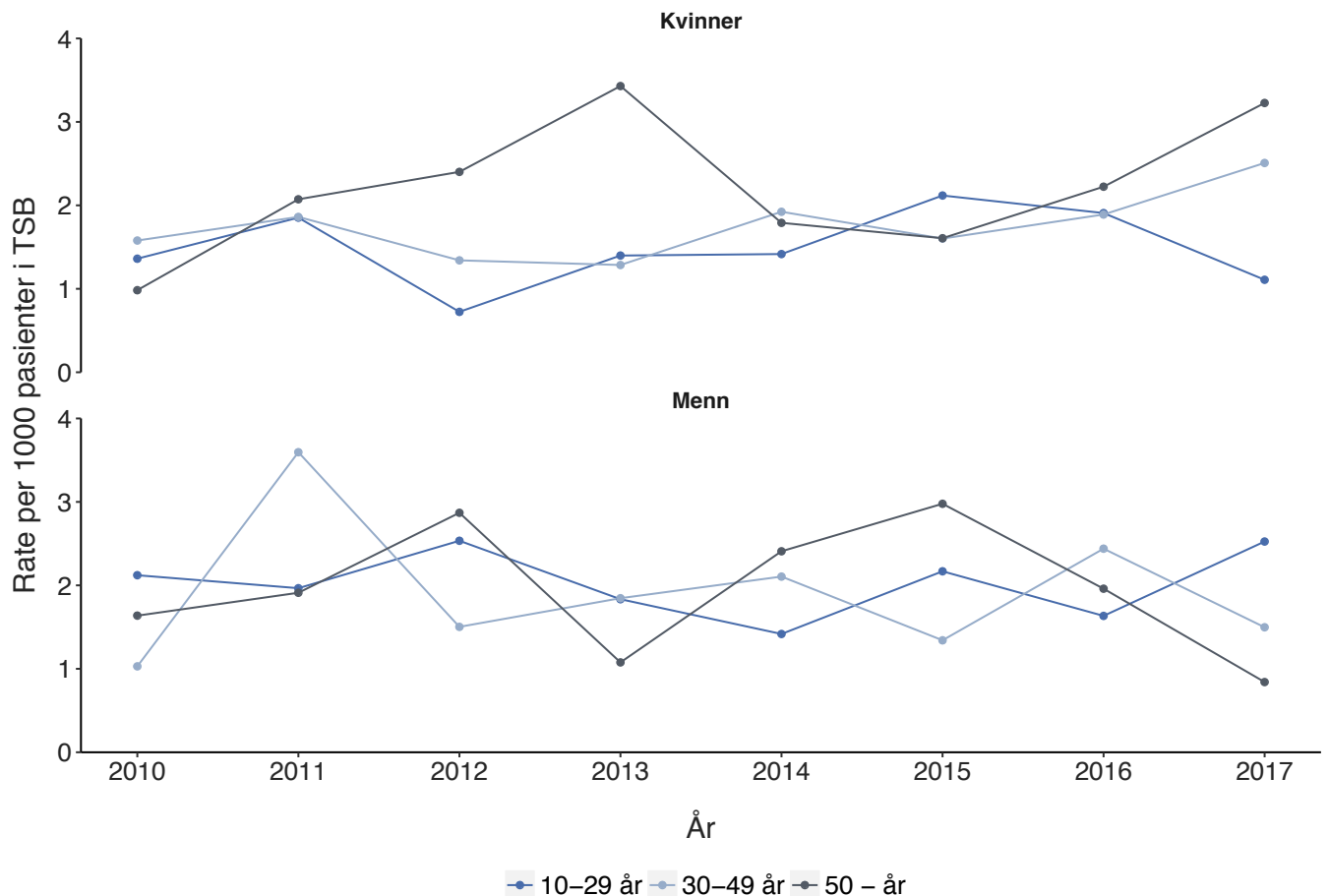
Alder	Kvinner		Menn		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10–19 år	-	-	-	-	14	2,9
20–29 år	33	21,3	70	21,8	103	21,5
30–39 år	27	17,4	88	27,4	115	24,0
40–49 år	43	27,7	71	22,1	114	23,8
50–59 år	34	21,9	57	17,8	91	19,0
> 60 år	18	11,6	25	7,8	43	9,0



Figur 1.5. Selvmordsrater for personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2010–2017 fordelt på aldersgrupper

Fra 2014 til 2017 er det ingen store forskjeller i nivået på selvmordsraten mellom aldersgruppene. På grunn av et lite antall personer per aldersgruppe er ratene

rapportert i aldersgrupper på 20 år, i stedet for 10 år som i Tabell 1.6.



Figur 1.6. Selvmordsrate per aldersgruppe fordelt på kjønn for personer i kontakt med TSB året før selvmord i perioden 2010-2017 (N = 448).

Raten i aldersgruppene er relativt lik på tvers av kjønn, og det er ingen tydelige trender. Særlig blant kvinner er både antallet selvmord og antall kvinner behandlet i TSB relativt lavt, noe som gjør at konfidensintervallene er bredere (data ikke vist) enn hos menn.

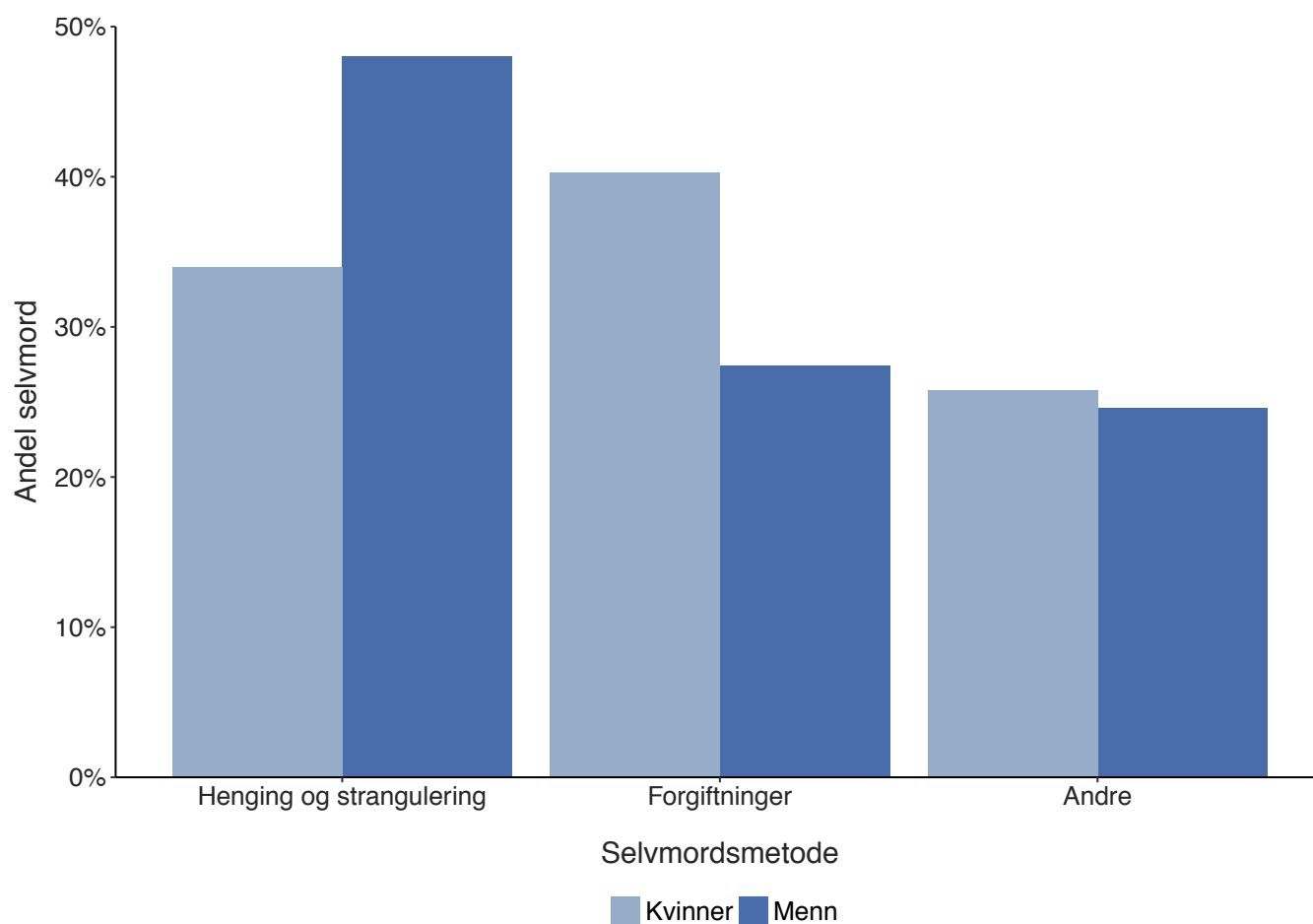
Selvmordsmetode

Blant de personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB var hengning, strangulering

eller kvelning den mest brukte metoden (208, 43,3 %) etterfulgt av forgiftning (141, 29,4 %). Hengning eller forgiftning benyttes som selvmordsmetode i om lag 75 % av alle selvmordene i denne gruppa. Dette er omtrent samme fordeling som vi finner blant personer i kontakt med psykisk helsevern siste år (Walby et al., 2018a). Det er flere selvmord ved forgiftninger i TSB-populasjonen enn ved selvmord i befolkningen generelt (Folkehelseinstituttet, 2019).

Tabell 1.7. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017

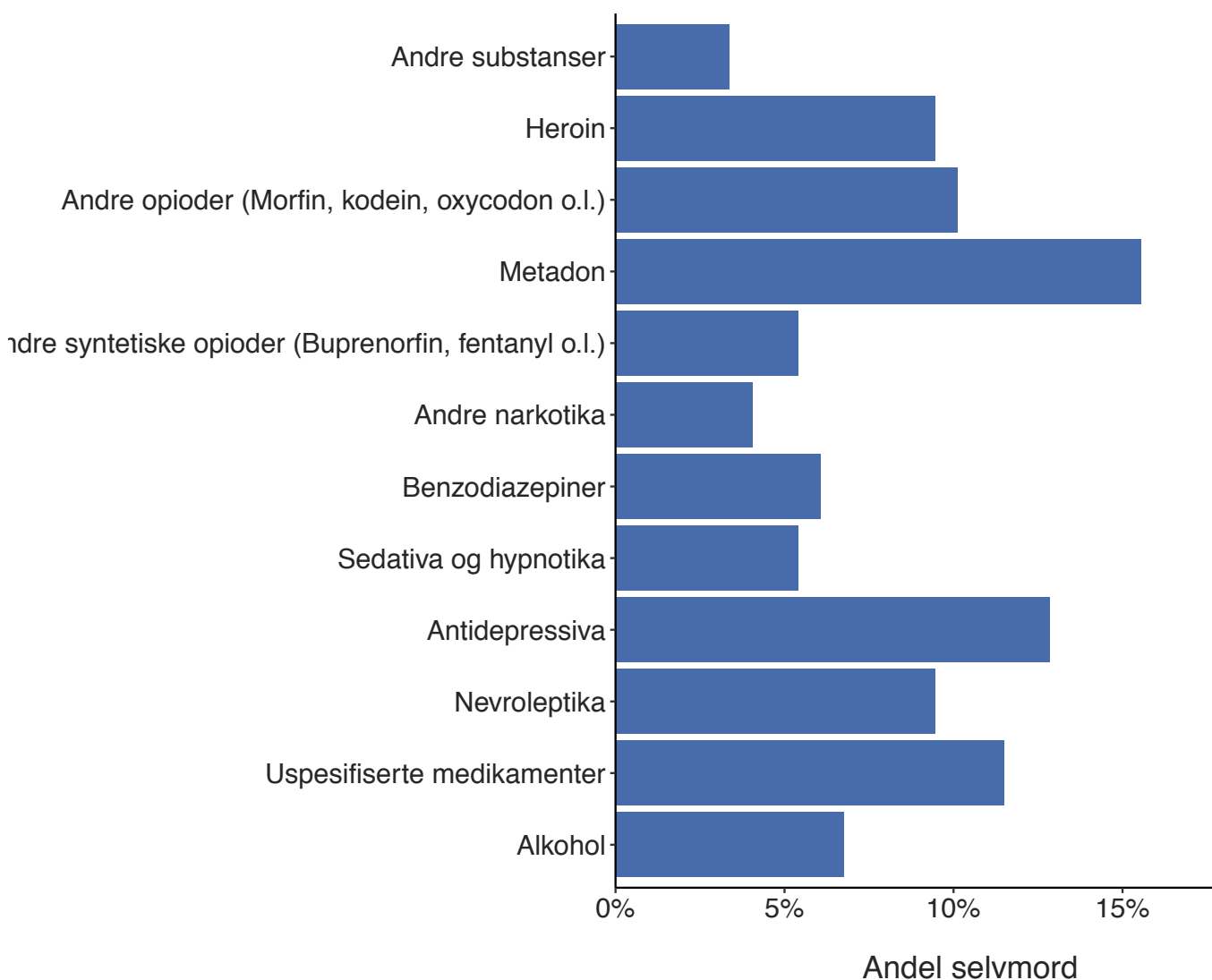
Selvmordsmetode	<i>n</i>	%
Henging, strangulering eller kvelning	208	43,3
Forgiftning	141	29,4
Sprang fra høyt sted	36	7,5
Skyting eller eksplosiver	19	4,0
Andre	19	4,0
Drukning	18	3,8
Forgiftninger med gasser	11	2,3
Hoppe eller ligge foran kjøretøy	11	2,3
Skarpe gjenstander	9	1,9
Skade, uvisst påført med hensikt	8	1,7
N	480	



Figur 1.7. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 fordelt på kjønn

Fordelt på kjønn ser man en lignende fordeling i selvmordsmetode som ved selvmord i befolkningen som helhet – der henging og strangulering er den vanligste selvmordsmetoden hos menn (48,0 %) og forgiftning

er den vanligste metoden hos kvinner (40,3 %). Det er mindre markerte kjønnsforskjeller for selvmord ved forgiftning blant personer som har hatt kontakt med TSB enn det er ved selvmord i resten av befolkningen.



Figur 1.8. Type substans brukt ved selvmord ved forgiftninger (N = 161) i perioden 2009–2017.

Opiater og opiatderivater (metadon, heroin, andre syntetiske opioder og andre opioder) utgjorde omtrent en tredjedel av forgiftningene (32,3 %), og metadon var den vanligste av de substansene (14,3 %). En betydelig andel av forgiftningene skjedde også med antidepressiva (11,8 %). En liten andel av forgiftningene med antidepressiva (n = < 5) var med tricycliske

antidepressiva. Det var få forgiftninger registrert med paracetamol (n = < 5) i denne gruppa. Informasjon om samtidig bruk av flere substanser mangler, og fremstillingen bør derfor ses på som en grov oversikt siden kombinasjoner av substanser er relativt vanlig ved forgiftninger.

Kontakt med andre sektorer

Det er stor overlapp av kontakt med andre sektorer blant personer som dør i selvmord under eller etter kontakt med TSB, og dette gjelder spesielt kontakt med psykisk helsevern for voksne. Av de 480 personene som døde innen ett år etter kontakt med TSB, hadde 64,4 % også hatt kontakt med PHV og 6,9 % med en avtalespesialist i løpet av siste år før døds-

fallet. Mindre enn fem personer hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for barn og unge siste år i løpet av hele 9-års perioden. Majoriteten (67,1 %) av de som hadde kontakt med TSB siste år før selvmord hadde også siste kontakt med TSB, mens 31,2 % hadde siste kontakt med PHV og 1,7 % med en avtalespesialist.

Tabell 1.8. Antall personer i kontakt med de ulike sektorene siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Sektor	Kontakt siste år før selvmord		Siste kontakt før selvmord	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TSB	480	100,0	322	67,1
PHV	309	64,4	150	31,3
PH-BU	< 5	-	-	-
Avtalespesialist	33	6,9	8	1,7

Behandlingsstatus

Av de som var i kontakt med TSB siste år før selvmord var 42,9 %, registrert med en pågående poliklinisk kontakt på tidspunktet for dødsfallet. Omtrent en fjerdedel (26,0 %) hadde en avsluttet poliklinisk kontakt og omtrent samme andel (26,9 %) hadde utskrivelse fra døgnet som siste kontakt før de døde. Svært få (4,2 %) døde under en innleggelse i PHV eller TSB.

Tabell 1.9. Behandlingsstatus på tidspunkt for selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år 2009–2017

Behandlingsstatus	<i>n</i>	%
Pågående poliklinisk	206	42,9
Avsluttet poliklinisk	125	26,0
Intramurale	20	4,2
Utskrevet døgnet	129	26,9
Total	480	

Døgnopphold

Antall personer med døgnopphold siste år og tre måneder fordelt på sektor

En stor andel (68,3 %) av de som døde innen ett år etter kontakt med TSB hadde hatt ett eller flere døgnopphold i TSB eller PHV siste år før dødsfallet. Tabell 1.10 viser antall og andel personer med døgnopphold

siste år og siste tre måneder før selvmordet. 39,6 % hadde hatt døgnopphold i TSB og 49,0 % i PHV. De siste tre månedene før selvmord var andelen noe mindre: 39,8 % hadde hatt døgnopphold i en eller flere sektorer, 17,9 % i TSB og 27,7 % i PHV. Mindre enn 5 personer hadde hatt døgnopphold i PH-BU siste år og ingen siste 90 dager.

Tabell 1.10. Antall personer som har mottatt døgnopphold siste år og siste 90 dager før selvmord i perioden 2009–2017.

Sektor	Døgnopphold siste år		Døgnopphold siste 90 dager	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alle tjenester	328	68,3	191	39,8
TSB	190	39,6	86	17,9
PHV	235	49,0	133	27,7

Note: % viser til andel personer som har vært i kontakt med TSB siste år (N = 480)

Antall døgnopphold fordelt på sektor

Gjennomsnittlig antall døgnopphold var 2,6 (SD = 2,4) for alle tjenester siste år, 1,6 (SD = 1,2) i TSB og 2,5 (SD = 2,4) i PHV siste år.

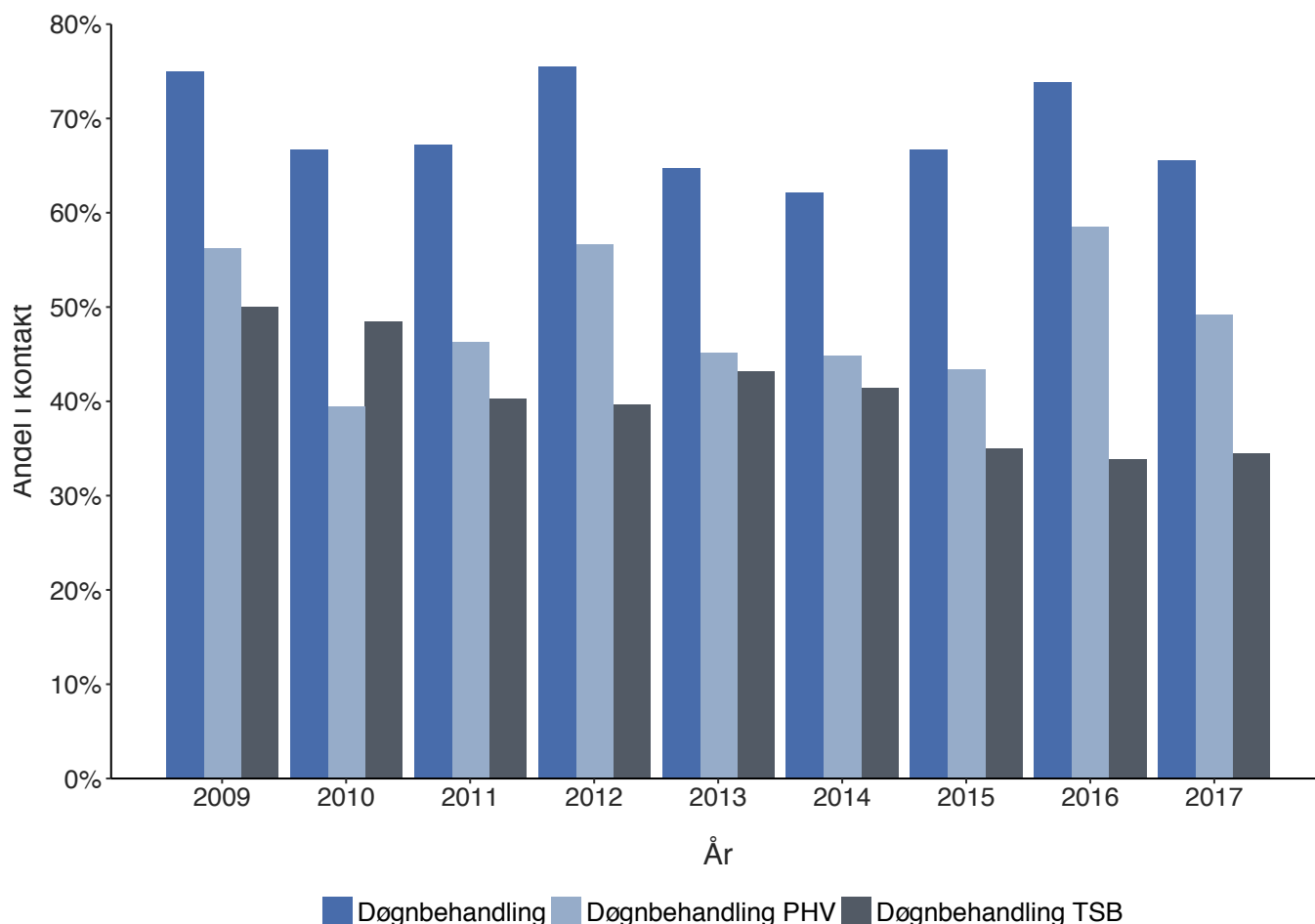
Av de som hadde hatt døgnopphold i TSB siste år hadde

de 68,4 % kun ett døgnopphold, 19,5 % to døgnopphold og kun 6,3 % hadde mer enn tre døgnopphold i TSB siste år. Det var vanlig å ha noen flere døgnopphold i PHV: 47,7 % hadde kun ett døgnopphold, 19,1 % hadde to døgnopphold og 14,5 % hadde tre døgnopphold. 8,9 % hadde mer enn 5 døgnopphold i PHV siste år.

Tabell 1.11. Antall døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009–2017

Alder	Alle tjenester			TSB			PHV		
	<i>n</i>	%	kum %	<i>n</i>	%	kum %	<i>n</i>	%	kum %
1 døgnopphold	138	42,1	-	130	68,4	-	112	47,7	-
2 døgnopphold	72	22,0	64,1	37	19,5	87,9	45	19,1	66,8
3 døgnopphold	43	13,1	77,2	12	6,3	94,2	34	14,5	81,3
4 døgnopphold	29	8,8	86,0	6	3,2	97,4	13	5,5	86,8
5 døgnopphold	16	4,9	90,9	< 5	-	-	11	4,7	91,5
6-10 døgnopphold	23	6,7	97,6	< 5	-	-	15	6,4	97,9
> 10 døgnopphold	7	2,2	100,0	< 5	-	-	5	2,5	100,0
N	328			190			235		

Andel med døgnopphold fordelt på år



Figur 1.9. Andel personer med døgnopphold siste år før selvmord i perioden 2009–2017. Alle sektorer inkludert (N = 328).

En høy andel (68,3 %) av de som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB hadde hatt minst ett døgnopphold i PHV eller TSB siste år. Den minste andelen med døgnopphold finner vi i 2014 (62,1 %) og den høyeste andelen i 2012 (75,5 %). Ser man perioden 2009–2017 samlet hadde 39,6 % av de som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB mottatt døgnbehandling spesifikt i TSB. Det kan allikevel se ut til å være en noe synkende tendens. I 2009 had-

de 50,0 % mottatt døgnbehandling i TSB siste år før selvmordet, mens det i 2017 var 34,4 % personer som mottok døgnbehandling i TSB. Når det gjelder andelen med døgnopphold i henholdsvis TSB og PHV er andelen døgnopphold ganske likt fordelt i de to sektorene, men noen flere ser ut til å ha hatt døgnopphold i PHV enn TSB. Det er noe større variasjon i PHV de siste årene, men samlet sett er forekomsten relativt lik over år.

Varighet av døgnopphold

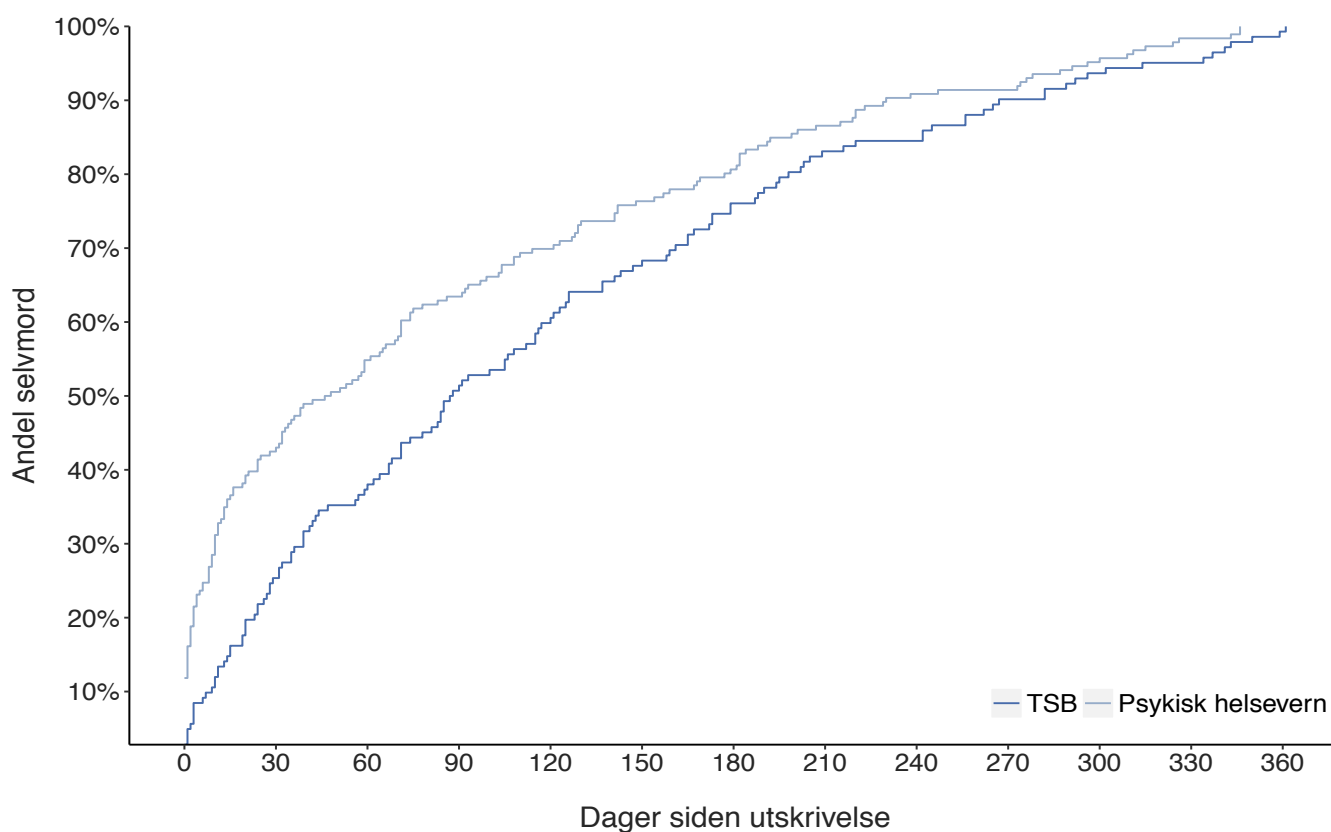
De fleste av de siste døgnoppholdene var korte, der 41,5 % var mindre enn 7 dager. Her var det også en stor forskjell mellom personer som hadde siste kontakt med TSB eller psykisk helsevern, der hele

50 % av de siste døgnoppholdene i psykisk helsevern var mindre enn 7 dager. Man ser også at innleggelser over 91 dager er vanligere i TSB (21,9 %) enn psykisk helsevern (5,9 %). 152 personer i utvalget mottok ikke døgnbehandling siste år og er dermed ikke inkludert i analysen.

Tabell 1.12. Varighet av siste døgnopphold for personer i kontakt med TSB siste år før selvmord 2009–2017

Varighet av siste døgnopphold	TSB		Psykisk helsevern		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
< 7 dager	43	30,3	93	50,0	136	41,5
8-30 dager	42	29,6	59	31,7	101	30,8
31-90 dager	26	18,3	23	12,4	49	14,9
91-180 dager	18	12,7	5	2,7	23	7,0
181-365 dager	13	9,2	6	3,2	19	5,8
N	142		186		328	

Tid fra utskrivelse til selvmord



Figur 1.10. Kumulativ fordeling av tid siden siste utskrivelse fra døgnbehandling i henholdsvis TSB og psykisk helsevern N = 328.

Det er en høy forekomst av selvmord i tiden etter utskrivelse fra døgntilrettelagt. Medianen for personer som hadde siste døgntilrettelagt i psykisk helsevern var 47 dager, sammenlignet med 87,5 dager for personer med siste døgntilrettelagt i TSB. Dette viser en betydelig større grad av nærhet i tid fra utskrivelse til selvmord blant personer som har hatt siste døgntilrettelagt i psykisk helsevern sammenlignet med TSB. I begge gruppene stiger kurven betydelig den første perioden, med en sterkere økning blant pasienter med siste kontakt i psykisk helsevern. Blant de med siste døgntilrettelagt i TSB døde 14 personer (9,9 %) i løpet av den første uken etter utskrivelse, mens 46 av personene (24,9 %) som hadde siste døgntilrettelagt i psykisk helsevern døde i løpet av de første 7 dagene. Vi må påpeke at Figur 1.10 ikke skiller på hvorvidt døgntilrettelagene er gjennomført som planlagt eller om utskrivelsen ikke var planlagt.

Poliklinisk kontakt

Antall personer med poliklinisk kontakt siste år og tre måneder fordelt på sektor

Av de 480 personene som hadde kontakt med TSB siste år før selvmordet hadde 464 (96,7 %) hatt poliklinisk kontakt i en eller flere av sektorene det siste leveåret og 356 (74,2 %) innen 90 dager før dødsfallet. Tallet inkluderer også pasienter i dagbehandling siden omsorgsnivået dagbehandling i liten grad er rapportert. Dette vil si at kun 3,3 % av alle pasienter som hadde kontakt med TSB siste år før selvmord utelukkende hadde døgntilrettelagt siste år. Videre var det 440 (91,7 %) som hadde hatt poliklinisk kontakt i TSB siste år, 250 (52,1 %) i PHV siste år og 33 (6,9 %) med avtalespesialist siste år. Siste 90 dager hadde 287 (59,8 %) hatt poliklinisk kontakt i TSB, 153 (31,9 %) i PHV og 16 (3,3 %) med avtalespesialist.

Tabell 1.13. Antall personer som har hatt poliklinisk kontakt siste år og siste 90 dager før selvmord i perioden 2009–2017 fordelt på sektor (N = 480)

Sektor	Poliklinisk kontakt siste år		Poliklinisk kontakt siste 90 dager	
	n	%	n	%
Alle tjenester	464	96,7	356	74,2
TSB	440	91,7	287	59,8
PHV	253	52,7	153	31,9
Avtalespesialister	33	6,9	16	3,3

Antall polikliniske kontakter

Tabell 1.14. Antall direkte^a polikliniske kontakter siste år blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009–2017

Alder	Alle sektorer			TSB		
	n	%	kum %	n	%	kum %
1–5 kontakter	153	33,9	-	194	47,7	-
6–10 kontakter	89	19,7	53,6	73	17,9	65,6
11–20 kontakter	105	23,3	76,9	84	20,6	86,2
21–30 kontakter	48	10,6	87,5	20	4,9	91,1
31–40 kontakter	32	7,1	94,6	24	5,9	97,0
41–50 kontakter	9	2,0	96,6	5	1,2	98,2
> 50 kontakter	15	3,3	100,0	7	1,7	100,0
N	451			407		

^aKontakter der pasienten fysisk er tilstede

Blant de som hadde poliklinisk kontakt siste år før de døde i selvmord, var gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter i alle sektorer det siste året 15,5 (SD = 23,3). Medianen var 9 direkte polikliniske kontakter. 153 (33,9 %) personer hadde 1–5 direkte kontakter siste året, 89 (19,7 %) personer hadde 6–10 direkte kontakter og 105 (23,3 %) hadde mellom 11 og 20 kontakter. 15 (3,3 %) personer hadde mer enn 50 direkte polikliniske kontakter siste år.

Gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter i TSB siste år før selvmord var 11,3 (SD = 20,2) med en spredning fra 1 til 269 kontakter siste år. Medianen var 6 polikliniske kontakter. 194 (47,7 %) personer hadde mellom 1 og 5 direkte polikliniske kontakter i TSB, 73 (17,9 %) personer hadde 6–10 kontakter i TSB, 84 (20,6 %) personer hadde 11–20 kontakter i TSB og kun 7 (1,7 %) personer hadde mer enn 50 direkte polikliniske kontakter i TSB.

Diagnoser siste år

Tabell 1.15. Diagnoser siste år blant personer i kontakt med TSB året før selvmord i perioden 2009–2017

Diagnose siste år	Kvinner		Menn		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ruslidelse (F1x)	284	88,5	148	93,1	432	90,0
Alkohol (F10)	144	44,9	75	47,2	219	45,6
Opiater (F11)	71	22,1	35	22,0	106	22,1
Cannabinoider (F12)	58	18,1	21	13,2	79	16,5
Sedativa og hypnotika (F13)	69	21,5	51	32,1	120	25,0
Sentralstimulerende (F15)	50	15,6	31	19,5	81	16,9
Bruk av multiple stoffer (F19)	91	28,3	42	26,4	133	27,7
Psykisk lidelse (F2x - F90)	170	53,0	113	71,1	283	59,0
Psykoselidelser (F2x)	24	7,5	11	6,9	35	7,3
Affektive lidelser (F3x)	97	30,2	62	39,0	159	33,1
Angstlidelser (F4x)	76	23,7	61	38,4	137	28,5
Personlighetsforstyrrelser (F6x)	32	10,0	36	22,6	68	14,2
AD/HD (F90)	18	5,6	10	6,3	28	5,8
Ruslidelse og psykisk lidelse (F1x + F2x-F90)	147	45,8	105	66,0	252	52,5
Ruslidelse og psykoselidelser (F1x + F2x/F30/F31)	36	11,2	23	14,5	59	12,3
Ruslidelse og depresjon eller angst (F1x +	106	33,0	75	47,2	181	37,7
N	321		159		480	

Majoriteten (90,0 %) av personene som hadde kontakt med TSB siste år før selvmordet hadde en diagnostisert ruslidelse. Den vanligste ruslidelsen var alkoholbrukslidelser (Menn = 44,9 %; Kvinner = 47,2 %) fulgt av bruk av multiple stoffer (Menn = 28,3 %; Kvinner = 26,4 %), og opiatbrukslidelser (Menn = 22,1 %; Kvinner = 22,0). Bruk av sedativa eller hypnotika var vanligere hos kvinner (32,1 %) enn menn (21,5 %). Vi gjør

oppmerksom på at det i denne analysen ikke er skilt mellom hoved- og bidiagnoser.

En høy andel av utvalget var også registrert med en psykisk lidelse diagnostisert i løpet av siste år. Hele 71,1 % av kvinnene hadde en diagnostisert psykisk lidelse, mens 53,0 % av mennene hadde en diagnostisert psykisk lidelse. Av de ulike gruppene var affektive

lidelser (Menn = 30,2 %; Kvinner = 39,0 %) og angstlidelser (Menn = 23,7 %; Kvinner = 38,4 %) de vanligste. Personlighetsforstyrrelser var vanligere hos kvinner (22,6 %) enn menn (10,0 %).

Kombinasjonen av ruslidelse og psykisk lidelse var vanligere hos kvinner (66,0 %) enn hos menn (45,8 %). Ruslidelse i kombinasjon med psykoselidelser eller bipolar lidelse skal i hovedsak behandles i psykisk helsevern og utgjorde en liten andel av diagnosene blant personene i utvalget (Menn = 11,2 %; Kvinner =

14,5 %). Ruslidelser i kombinasjon med angst og depresjon kan derimot behandles i TSB og var langt mer vanlig (Menn = 33,0 %; Kvinner 47,2 %). Forekomsten av affektive- eller angstlidelser i utvalget er stort (45,8 %), og når vi ser på forekomst av affektive- eller angstlidelser fordelt på de ulike ruslidelsene er forekomsten også høy på tvers av de ulike ruslidelsene. Forekomsten er lavest hos de med opiatbrukslidelse (31,1 %) og høyest hos de med skadelig bruk eller avhengighet av sedativa og hypnotika (52,5 %).

Tabell 1.16. Forekomst av affektive- eller angstlidelser fordelt på ruslidelse siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Ruslidelse siste år	<i>n</i>	Affektiv eller angstlidelse <i>n</i> (%)
Alkohol (F10)	219	106 (48,4)
Opiater (F11)	106	33 (31,1)
Cannabinoder (F12)	79	34 (43,0)
Sedativa og hypnotika (F13)	120	63 (52,5)
Kokain (F14) eller stimulanter (F15)	90	43 (47,8)
Multiple stoffer (F19)	133	64 (48,1)
Ruslidelser (F1x)	432	198 (45,8)

Del 1b:

Kun kontakt med TSB siste år

Blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB hadde 164 personer kun hatt kontakt med TSB det siste året. Dette tilsvarer 3,2 % av alle selvmord i befolkningen og 34,2 % av de personene som hadde hatt kontakt med TSB siste år før selvmordet. I de påfølgende analysene har vi sett videre på noen viktige kjennetegn ved denne gruppen.

Kjønn og alder

Tabell 1.17. Kjønn og aldersfordeling blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år (n = 164)

Aldersgruppe	Kvinner		Menn		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10–19 år	-	-	-	-	5	3,0
20–29 år	9	24,3	22	17,3	31	18,9
30–39 år	6	16,2	35	27,6	41	25,0
40–49 år	8	21,6	32	25,2	40	24,4
50–59 år	8	21,6	24	18,9	32	19,5
> 60 år	-	-	-	-	15	9,1
<i>N</i>	37	22,6	127	77,4	164	

Det var en lav andel kvinner (23 %) som kun hadde kontakt med TSB siste år – der menn representerte 77 % av undergruppen. Gjennomsnittsalderen til personer som kun hadde kontakt med TSB siste år var 40,9 år for kvinner og 41,3 år for menn. Forekom-

sten av selvmord blant menn er omtrent likt fordelt i aldersgruppene mellom 30–59 år, mens kvinner i aldersgruppen 30–39 år har en lavere forekomst (16,2 %) sammenlignet med menn i samme aldersgruppe (27,6 %).

Diagnoser

Tabell 1.18. Diagnoser siste år for personer som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Diagnosegruppe	<i>n</i>	%
Ruslidelse (F1x)	148	90,2
Alkohol (F10)	77	47,0
Opiater (F11)	44	26,8
Cannabis (F12)	23	14,0
Sedativa og hypnotika (F13)	36	22,0
Sentralstimulerende midler (F15)	26	15,9
Bruk av multiple stoffer (F19)	21	12,8
Psykisk lidelse (F20 - F90)	34	20,7
Ruslidelse og psykose- eller bipolar lidelse (F1x + F2x/F31)	-	-
Ruslidelse og depresjon eller angstlidelse (F1x + F32 - F49)	18	11,0
<i>N</i>	164	

Majoriteten (90,2 %) av personene som kun hadde kontakt med TSB siste år hadde blitt diagnostisert med en ruslidelse siste år. En betydelig andel (20,7 %) ble også diagnostisert med en psykisk lidelse det siste året. Det var svært få (mindre enn 5 personer) som hadde en samtidig rus og psykose- eller bipolar lidelse og kun kontakt med TSB siste år. Kombinasjonen av ruslidelse og depresjon eller angstlidelse var mer vanlig (11,0 %).

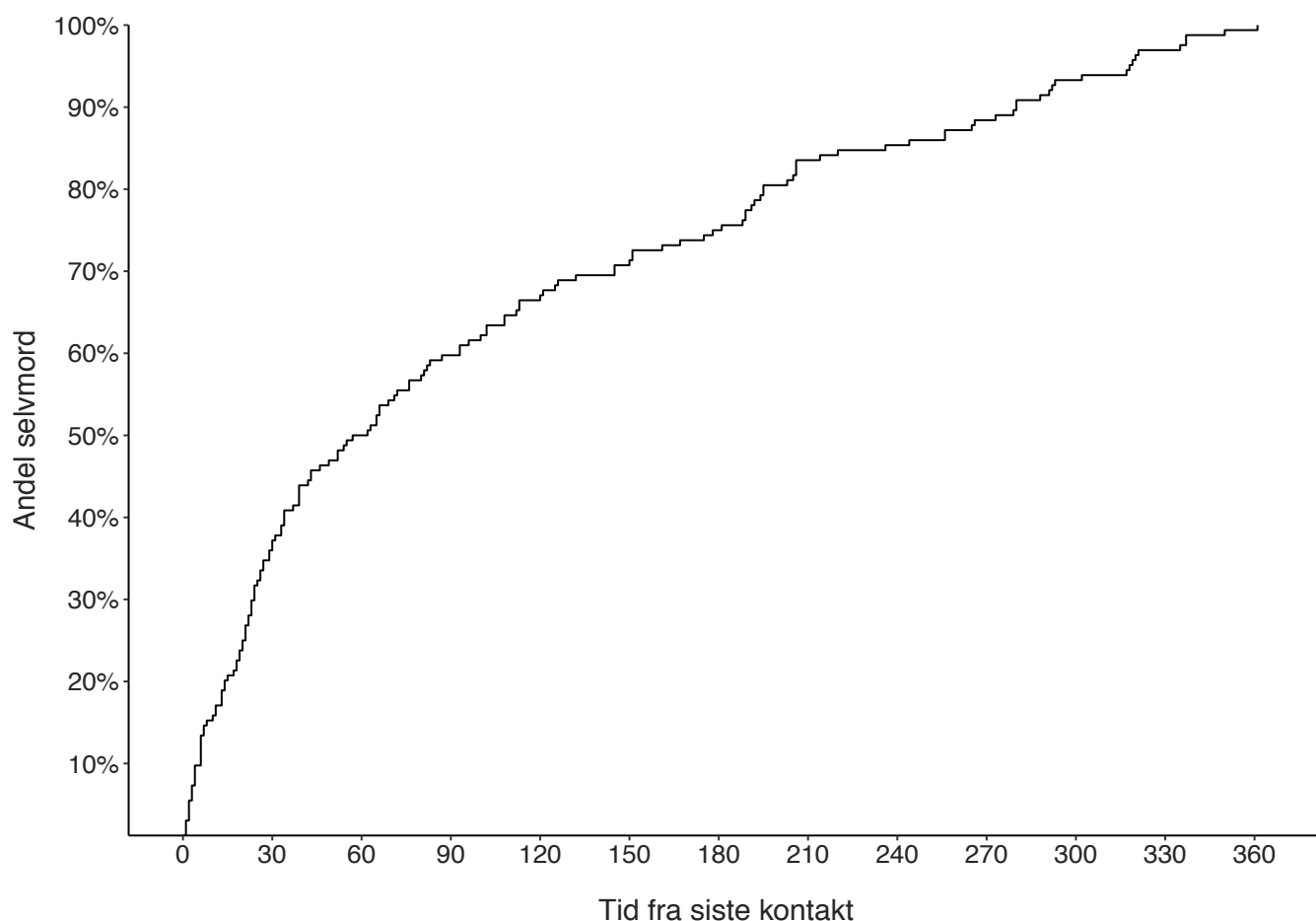
Poliklinisk kontakt og døgnerbehandling

Blant personer som utelukkende hadde kontakt med TSB siste år, hadde 12,8 % mottatt døgnerbehandling de siste 90 dagene og 38,4 % hadde mottatt døgnerbehandling det siste året før de døde i selvmord. En høyere andel mottok poliklinisk behandling, der 61,0 % hadde hatt poliklinisk kontakt de siste 90 dagene før selvmordet og 93,3 % hadde hatt poliklinisk kontakt det siste året.

Tabell 1.19. Bruk av tjenester blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Gruppe	<i>n</i>	%
Døgnerbehandling		
Siste 90 dager	21	12,8
Siste år	63	38,4
Poliklinisk behandling		
Siste 90 dager	100	61,0
Siste år	153	93,3
<i>N</i>	164	

Tid fra siste kontakt til selvmord



Figur 1.11. Tid fra siste kontakt til selvmord blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år (n = 164).

Halvparten av alle selvmordene blant personer som kun hadde kontakt med TSB skjedde i løpet av de første 54 dagene etter siste kontakt. Som figur 1.11 viser, er det en økning den første tiden etter siste kontakt, mens kurven flater ut etter omtrent 50 dager. Fra 50 dager og utover er linjen tilnærmet lineær med noen

brattere økninger – som mest sannsynlig skyldes at det er et noe lavere antall personer inkludert i denne analysen sammenlignet med andre kumulative kurver presentert i denne rapporten. 24 (14,6 %) av personene som kun hadde kontakt med TSB siste år døde i løpet av den første uken etter siste kontakt.

Tabell 1.20. Tid fra siste kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Behandlingsstatus	<i>n</i>	Min	<i>M</i>	<i>SD</i>	Median	Max
Pågående poliklinisk	76	0	28,3	23,8	22,5	87
Avsluttet poliklinisk	58	4	176,3	98,1	189	337
Utskrevet døgn	30	0	142,8	110,7	123	361
<i>N</i>	164					

Det er til dels store forskjeller i tid fra siste kontakt avhengig av behandlingsstatus. Som forventet er tiden fra kontakt til selvmord minst (*Median* = 22,5 dager) blant personer som er under pågående poliklinisk behandling, mens den er betydelig lengre hos personer som har en avsluttet poliklinisk behandling

(*Median* = 189 dager). Blant personer som hadde siste kontakt med døgnbehandling (utskrevet døgn) var også tiden siden siste kontakt forholdsvis lang (*Median* = 123 dager). Ingen av personene som utelukkende hadde kontakt med TSB siste år døde under døgnbehandling.

Del 1c:

Kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord

Som tidligere vist er overlappende bruk av tjenester i TSB og psykisk helsevern stor. 316 personer (65,8 %) hadde kontakt med begge tjenestene i løpet av det siste året før selvmord. I de påfølgende analysene er de som hadde siste kontakt med avtalespesialist (N = < 5) inkludert under psykisk helsevern.

Kjønn og alder

Tabell 1.21. Kjønn og aldersfordeling blant personer i kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Alder	Kvinner		Menn		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10–19 år	-	-	-	-	9	2,8
20–29 år	24	19,7	48	24,7	72	22,8
30–39 år	21	17,2	53	27,3	74	23,4
40–49 år	35	28,7	39	20,1	74	23,4
50–59 år	26	21,3	33	17,0	59	18,7
> 60 år	14	11,5	14	7,2	28	8,9
<i>N</i>	122	38,6	194	61,4	316	

Som tabell 1.21 viser er det høyere andel menn enn kvinner i aldersgruppene 20–29 år og 30–39 år, og en høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppene 40–

49 år og 50–59 år. Gjennomsnittsalderen for menn var 38,8 år (SD = 13,2) og for kvinner 42,5 år (SD = 13,2).

Diagnoser

Tabell 1.22. Diagnoser siste år for personer i kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Diagnosegruppe	Sektor for siste kontakt			
	TSB		Psykisk helsevern	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ruslidelse (F1x)	144	91,1	140	88,6
Alkohol (F10)	74	46,8	68	43,0
Opiater (F11)	40	25,3	22	13,9
Cannabis (F12)	28	17,7	28	17,7
Sedativa og hypnotika (F13)	47	29,7	37	23,4
Kokain (F14) og Sentralstimulerende (F15)	38	24,1	26	16,5
Multiple stoffer (F19)	54	34,2	58	36,7
Psykisk lidelse (F20 - F90)	113	71,5	136	86,1
Ruslidelse og psykose- eller bipolar lidelse (F1x + F2x/F31)	18	11,4	40	25,3
Ruslidelse og depresjon eller angstlidelse (F1x + F32 - F49)	77	48,7	86	54,4
<i>N</i>	158		158	

Omtrent 90 % hadde en ruslidelse, og det var ingen forskjell basert på hvorvidt personene hadde siste kontakt med TSB eller PHV. Forekomsten av psykiske lidelser er høy i begge gruppene. Med unntak av opiatbrukslidelse (TSB = 25,3 %, psykisk helsevern = 13,9 %) var det ingen store forskjeller i forekomst av ruslidelser basert på siste kontakt. De som hadde siste kontakt med PHV hadde en høyere forekomst av diagnostiserte psykiske lidelser siste år (86,1 %)

sammenlignet med de som hadde siste kontakt i TSB (71,5 %). Forekomsten av ruslidelse i kombinasjon med psykose- eller bipolar lidelse var høyere hos de som hadde siste kontakt med psykisk helsevern (25,3 %) sammenlignet med siste kontakt i TSB (11,4 %). Forekomsten av ruslidelser og depresjon eller angstlidelse var også høy, men uten store forskjeller basert på hvorvidt siste kontakt var i TSB (48,7 %) eller PHV (54,4 %).

Kontakt med poliklinikk og døgntilbud

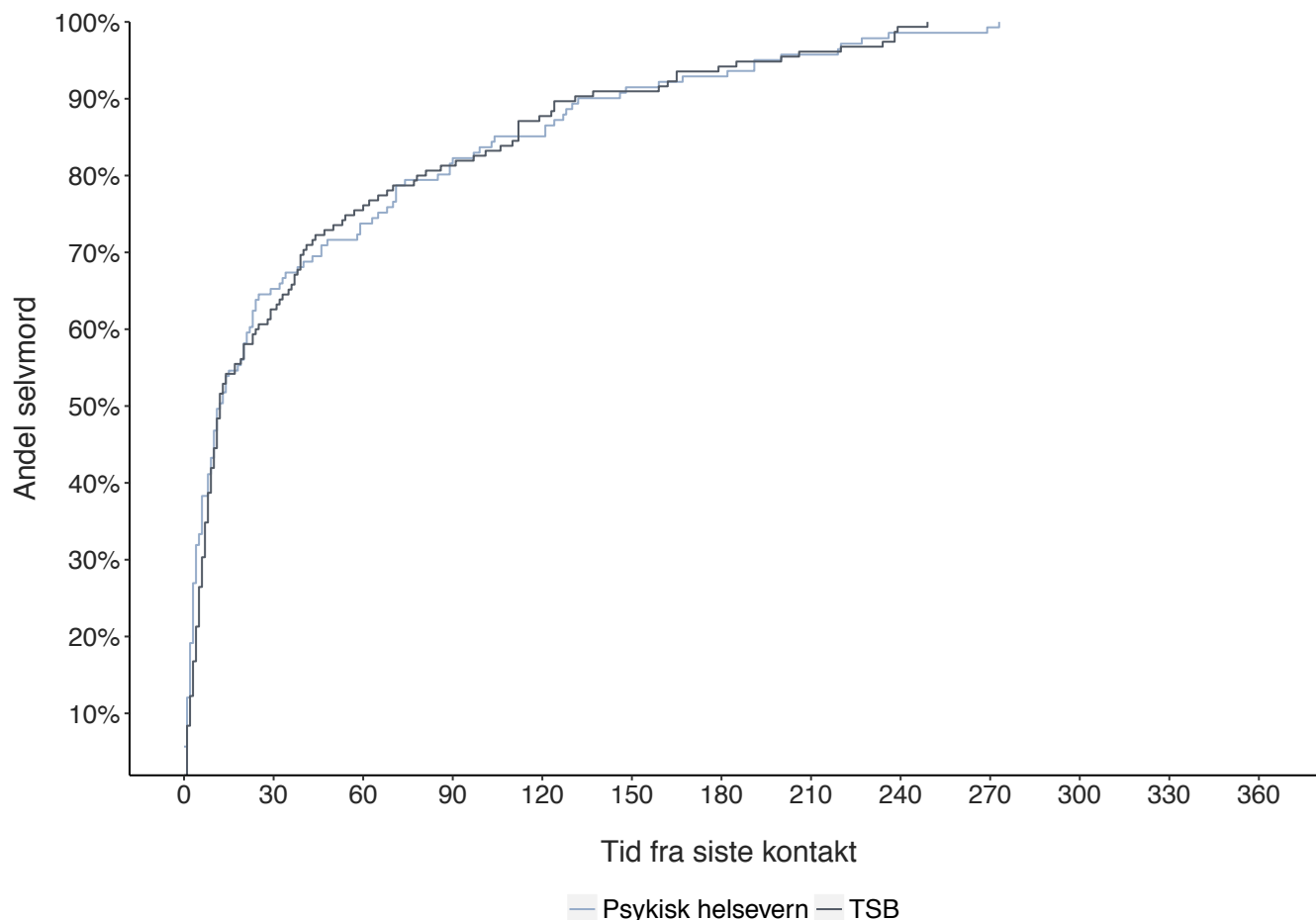
Tabell 1.23. Bruk av tjenester blant personer i kontakt med TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017

	Sektor for siste kontakt			
	TSB		Psykisk helsevern	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Døgntilbud				
TSB siste 90 dager	48	30,4	17	10,8
Psykisk helsevern siste 90 dager	35	22,2	98	62,0
TSB siste år	73	46,2	54	34,2
Psykisk helsevern siste år	106	67,1	129	81,6
Poliklinisk kontakt				
TSB siste 90 dager	123	77,8	64	40,5
Psykisk helsevern siste 90 dager	54	34,2	99	62,7
Avtalespesialist siste 90 dager	6	3,8	10	6,3
TSB siste år	143	90,5	144	91,1
Psykisk helsevern siste år	116	73,4	134	84,8
Avtalespesialist siste år	15	9,5	18	11,4
<i>N</i>	158		158	

En høy andel personer hadde kontakt med flere typer tjenester og begge sektorene. Videre er det en betydelig andel personer som både har hatt kontakt med poliklinikk og har hatt døgntilbud i løpet av de siste 90 dagene før selvmordet. Blant de som hadde kontakt både med TSB og psykisk helsevern siste år, hadde 46,2 % hatt døgntilbud i TSB og hele 67,1 % hatt døgntilbud i psykisk helsevern siste år. Blant de med siste kontakt i psykisk helsevern hadde 62,0 %

døgntilbud i psykisk helsevern de siste 90 dagene, noe som er en betydelig høyere andel enn de som hadde hatt døgntilbud i TSB siste 90 dager (10,8 %). Ved poliklinisk kontakt siste 90 dager og siste år er forskjellene mindre, og man finner at siste kontakt i TSB gir en høyere andel kontakt med TSB. Det var færre som hadde kontakt med avtalespesialister siste år og siste 90 dager i denne gruppen.

Tid fra siste kontakt til selvmord



Figur 1.12. Tid fra siste kontakt i TSB og psykisk helsevern til selvmord for de som hadde kontakt med begge sektorene i løpet av siste år i perioden 2009–2017.

Selvmord blant personer som har vært i kontakt både med TSB og psykisk helsevern skjer nært i tid til siste kontakt. Det er en betydelig opphopning av selvmord særlig første måned etter siste kontakt, men også innenfor 2–3 måneder etter siste kontakt. Halvparten av selvmordene skjer i løpet av de første 12 dagene i TSB og i løpet av de første 13 dagene i psykisk helse-

vern. Selvmord under døgnbehandling er ekskludert fra analysen (N = 20). Blant personer som hadde siste kontakt i TSB døde 57 personer (36,1 %) de første 7 dagene siden kontakt, mens 71 personer (44,9 %) som hadde siste kontakt i PHV døde i løpet av den første uken.

Tabell 1.24. Tid fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor og behandlingsstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017

Sektor for siste kontakt	Behandlingsstatus	<i>n</i>	Min	<i>M</i>	<i>SD</i>	Median	Max
TSB							
	Pågående poliklinisk	89	0	13,4	15,8	8	70
	Avsluttet poliklinisk	37	5	105,6	76,8	106	249
	Utskrevet fra	29	1	59,5	64,2	36	220
Psykisk helsevern*							
	Pågående poliklinisk	41	0	14,2	17,9	6	68
	Avsluttet poliklinisk	30	3	108,0	83,6	93,5	273
	Utskrevet døgnopphold	70	0	35,1	52,6	10	219

**Inkluderer avtalespesialister*

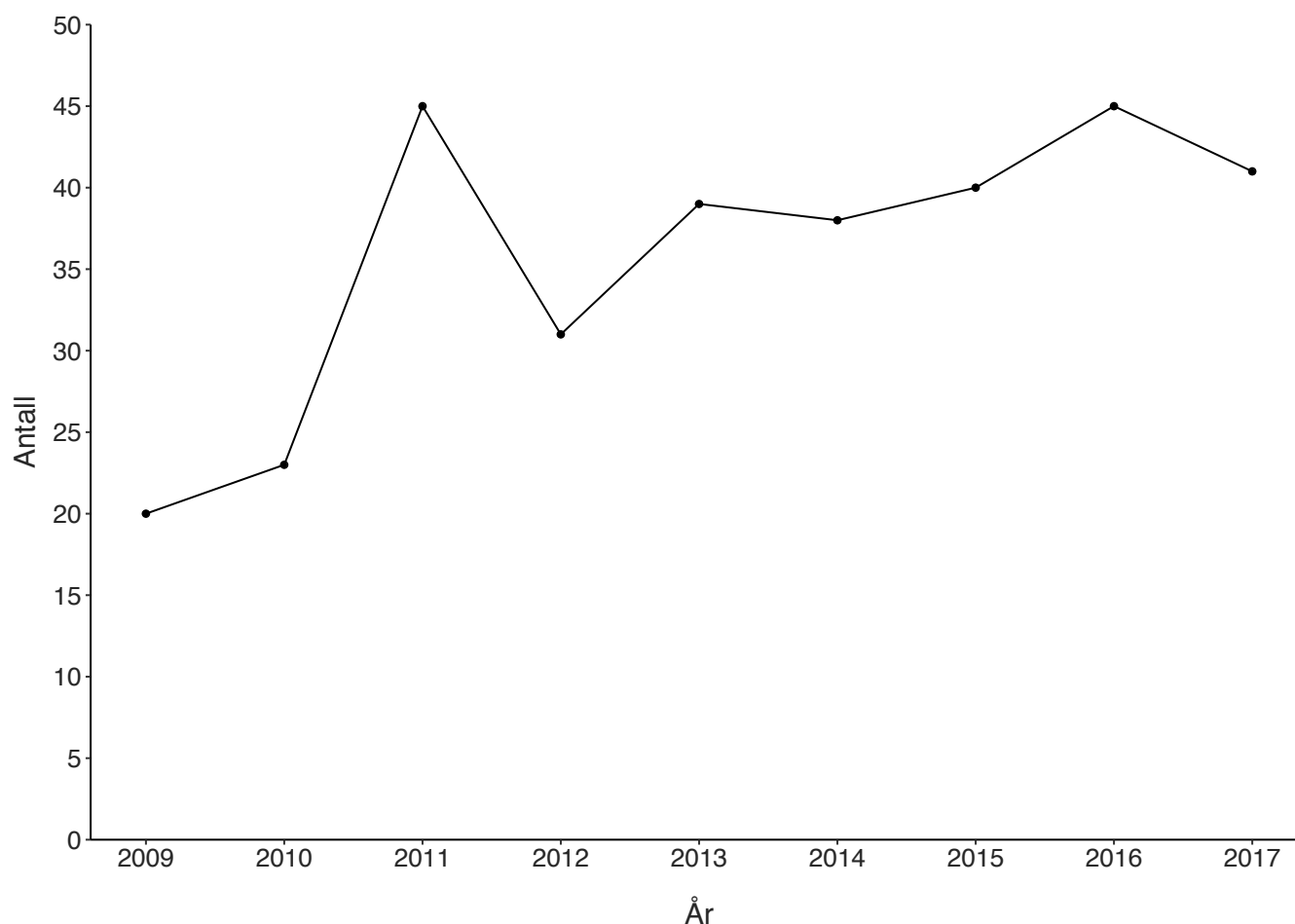
Det er store forskjeller i tid fra siste kontakt til selvmord mellom de ulike behandlingsstatusene. For personer med avsluttet poliklinisk behandling er median antall dager fra siste kontakt lengre (TSB = 106 dager; PHV = 93,5 dager) enn ved pågående poliklinisk behandling (TSB = 8; PHV = 6). Særlig blant de som hadde

pågående poliklinisk kontakt er det rimelig å forvente en tidsmessig nærhet siden kontakten er pågående. Blant de som hadde utskrivelse fra døgnopphold som siste kontakt var det stor forskjell i median antall dager mellom TSB (36 dager) og psykisk helsevern (10 dager).

Del 2:

Siste kontakt med TSB

Denne delen av rapporten er basert på de 322 personene som hadde TSB som sin siste kontakt før selvmord i perioden 2009–2017. De 158 personene som hadde siste kontakt med psykisk helsevern for voksne eller avtalespesialister innen psykisk helsevern er ekskludert fra disse analysene.



Figur 2.1. Antall selvmord per år blant personer som hadde siste kontakt med TSB i perioden 2009–2017 (N = 322)

Kjønn og alder

Andelen kvinner og menn er omtrent lik som i hele utvalget, men det er flere menn som hadde siste kontakt med TSB (69.3 %). Det samme gjelder aldersfordelingen som vist i figur 2.1, som følger samme tendens som i hele utvalget. Siden de som hadde siste kontakt med TSB utgjør majoriteten av personene som hadde kontakt med TSB siste år, er alder og kjønn relativt likt fordelt som i hele utvalget.

Gjennomsnittsalderen til de som døde etter siste kontakt med TSB var 40,2 år (SD = 13,0) med en spredning fra 18 til 75 år. Ingen som døde etter siste kontakt med TSB var under 18 år og kun 3,1 % var mellom 18 og 19 år. Det var også få selvmord i kategorien over 60 år – kun 8,1 %. Den største andelen (25,2 %) finner vi i aldersgruppen 40–49 år, tett etterfulgt av aldersgruppene 20–29 år (22,7 %) og 30–39 år (22,4 %).

Tabell 2.1. Alder og kjønnsfordeling blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord 2009–2017

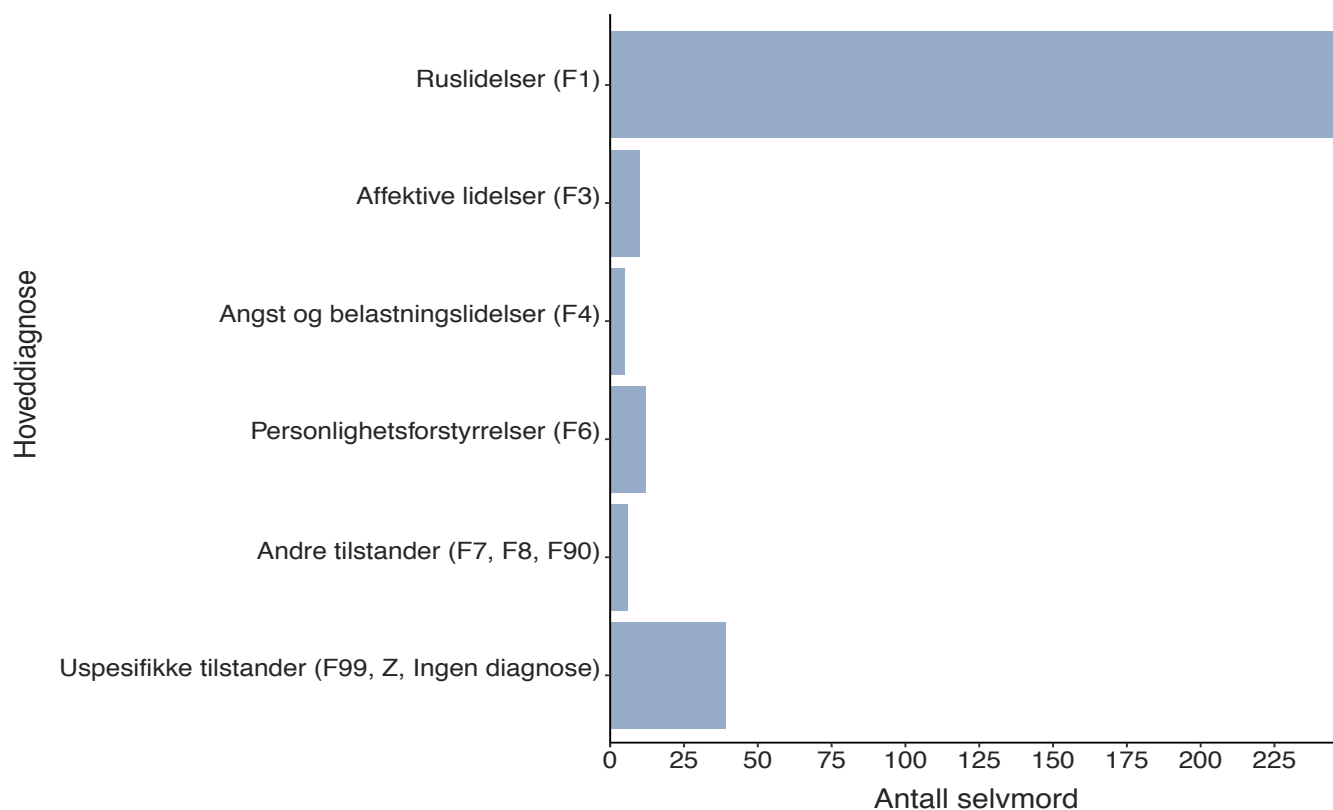
Alder	Kvinner		Menn		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10–19 år	< 5	-	-	-	10	3,1
20–29 år	25	25,8	48	21,5	73	22,7
30–39 år	16	16,2	56	25,1	72	22,4
40–49 år	28	28,3	53	23,8	81	25,2
50–59 år	20	20,2	40	17,9	60	18,6
> 60 år	8	8,1	18	8,1	26	8,1
<i>N</i>	223	69.3	91	30.7	322	

Gjennomsnittsalderen til kvinner var 40,6 år (SD = 13,5) med en spredning fra 18 til 75 år mens menn hadde en gjennomsnittsalder på 40,1 år (SD = 12,8) med en spredning fra 18 til 73 år. Tendensene er de

samme som for hele materialet, men forskjellene innad i aldersgruppene er noe mindre. Få menn og kvinner over 60 år hadde siste kontakt med TSB siste 12 mnd. før selvmordet.

Diagnose

Hoveddiagnoser



Figur 2.2. Hoveddiagnose fordelt på ICD-10 kategorier blant personer som hadde siste kontakt med TSB i perioden 2009–2017 (N = 322)

Som forventet hadde majoriteten (N = 248 (77,0 %)) av personene med siste kontakt i TSB skadelig bruk og avhengighet som registrert hoveddiagnose ved siste kontakt. Videre var 39 (12,1 %) personer registrert med uspesifikke tilstander (F99, Z eller ingen F), 12 (3,7 %)

personer med personlighetsforstyrrelser, 10 (3,1 %) personer med affektive lidelser og 5 (1,5 %) personer med angst og belastningslidelser som hoveddiagnose ved siste kontakt.

Hoveddiagnose fordelt på kjønn

Tabell 2.2. Hoveddiagnose blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord 2009–2017 fordelt på kjønn

Hoveddiagnose	Kvinner		Menn		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ruslidelser (F1)	82	82,8	166	74,4	248	77,0
Misbruk/avhengighet av alkohol (F10)	38	38,4	71	31,8	109	33,9
Misbruk/avhengighet av opiat (F11)	20	20,2	42	18,8	62	19,3
Misbruk/avhengighet av cannabinoide (F12)	-	-	-	-	15	4,7
Misbruk/avhengighet av sedativa/hypnotika (F13)	8	8,1	10	4,5	18	5,6
Misbruk/avhengighet av sentralstimulerende	7	7,1	11	4,9	18	5,6
Misbruk/avhengighet av multiple stoffer (F19)	7	7,1	19	8,5	26	8,1
Psykoselidelse (F2)	< 5	-	0	0,0	-	-
Affektiv lidelse (F3)	-	-	-	-	10	3,1
Angstlidelser (F4)	0	0,0	5	2,2	5	1,6
Personlighetsforstyrrelser (F6)	-	-	-	-	12	3,7
Andre (F7, F8, F9)	-	-	-	-	6	1,9
Uspesifikke tilstander (F99, Z, mangler diagnose)	8	8,1	31	13,9	39	12,1
N	99		223		322	

Misbruk eller avhengighet av alkohol er den vanligste diagnosen (33,9) fulgt av misbruk eller avhengighet av opiat (19,3). Sammen utgjør de to diagnosegruppene over halvparten av utvalget. Ingen i materialet er registrert med misbruk eller avhengighet av kokain

(F14) og misbruk eller avhengighet av hallusinogener (F16) er ikke registrert ved siste kontakt. Det var fem personer som var diagnostisert med spilleavhengighet (F63) og sju med ADHD (F90.0 og F90.1) som hoveddiagnose ved siste kontakt.

Bidiagnose

Blant de med siste kontakt i TSB hadde 226 personer ingen registrert bidiagnose, mens 96 personer (29,8 %) var registrert med minst én bidiagnose. Komorbiditet

er velkjent i denne gruppen, og man må her anta at det er en underdiagnostikk av diagnoser som er registrert i registeret.

Tabell 2.3. Bidiagnoser ved siste kontakt med TSB før selvmord i perioden 2009–2017

Bidiagnose	<i>n</i>	%
Alkoholbruk og avhengighet (F10)	15	15,6
Opiatbruk og avhengighet (F11)	9	9,4
Cannabinoidbruk og avhengighet (F12)	17	17,7
Sedativa og hypnotika bruk og avhengighet (F13)	24	25,0
Sentralstimulerende bruk og avhengighet (F15)	12	12,5
Andre bruk og avhengighetslidelser (F14; F16; F18)	9	9,4
Affektive lidelser (F3)	19	19,8
Angstlidelser (F4)	16	16,7
Personlighetsforstyrrelser (F6)	12	12,5
ADHD (F90)	7	7,3
Andre (F1, F2, G)	8	8,3
N	96	

Ruslidelser var den klart største gruppen av bidiagnoser (55,7 %). Bruk av sedativa og hypnotika (25,0 %) var den ruslidelser med høyest forekomst av bidiagnosene. Gitt den høye forekomsten av ruslidelser som hoveddiagnose (vist i tabell 2.2) viser dette at bruk av mer enn ett rusmiddel er den bitilstanden som oftest

diagnostiseres i TSB. Komorbide affektive (12,3 %) eller angstlidelser (10,4 %) var de vanligste bidiagnosene som ikke var en ruslidelse. Vi gjør oppmerksom på at siden en pasient kan ha flere bidiagnoser, vil summen i tabellen være mer enn de 96 personene som hadde minst en bidiagnose.

Klinisk tilstand

Blant personer som hadde en ruslidelse som hoveddiagnose ved siste kontakt (N = 248) var majoriteten diagnostisert med en avhengighet (81,9 %), mens en liten andel var diagnostisert med skadelig bruk (15,3 %).

Tabell 2.4. Ruslidelse: Klinisk tilstand blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord i perioden 2009–2017

Klinisk tilstand	<i>n</i>	%
Skadelig bruk	38	15,3
Avhengighet	203	81,9
Andre	7	2,8
N	248	

Behandlingsstatus

Blant personer som døde etter siste kontakt med TSB, hadde majoriteten (51,2 %) en pågående poliklinisk behandling da de døde i selvmord. Det var 29,5 % som hadde en avsluttet poliklinisk behandling og 18,3 % som var utskrevet fra døgnopphold ved siste kontakt. Svært få av de med siste kontakt i TSB døde av selvmord under et døgnopphold (< 5).

Tabell 2.5. Behandlingsstatus på tidspunkt for selvmord blant personer med siste kontakt i TSB i perioden 2009–2017

Behandlingsstatus	<i>n</i>	%
Pågående poliklinisk	165	51,2
Avsluttet poliklinisk	95	29,5
Intramurale	<5	-
Utskrevet døgn	59	18,3
<i>N</i>	322	

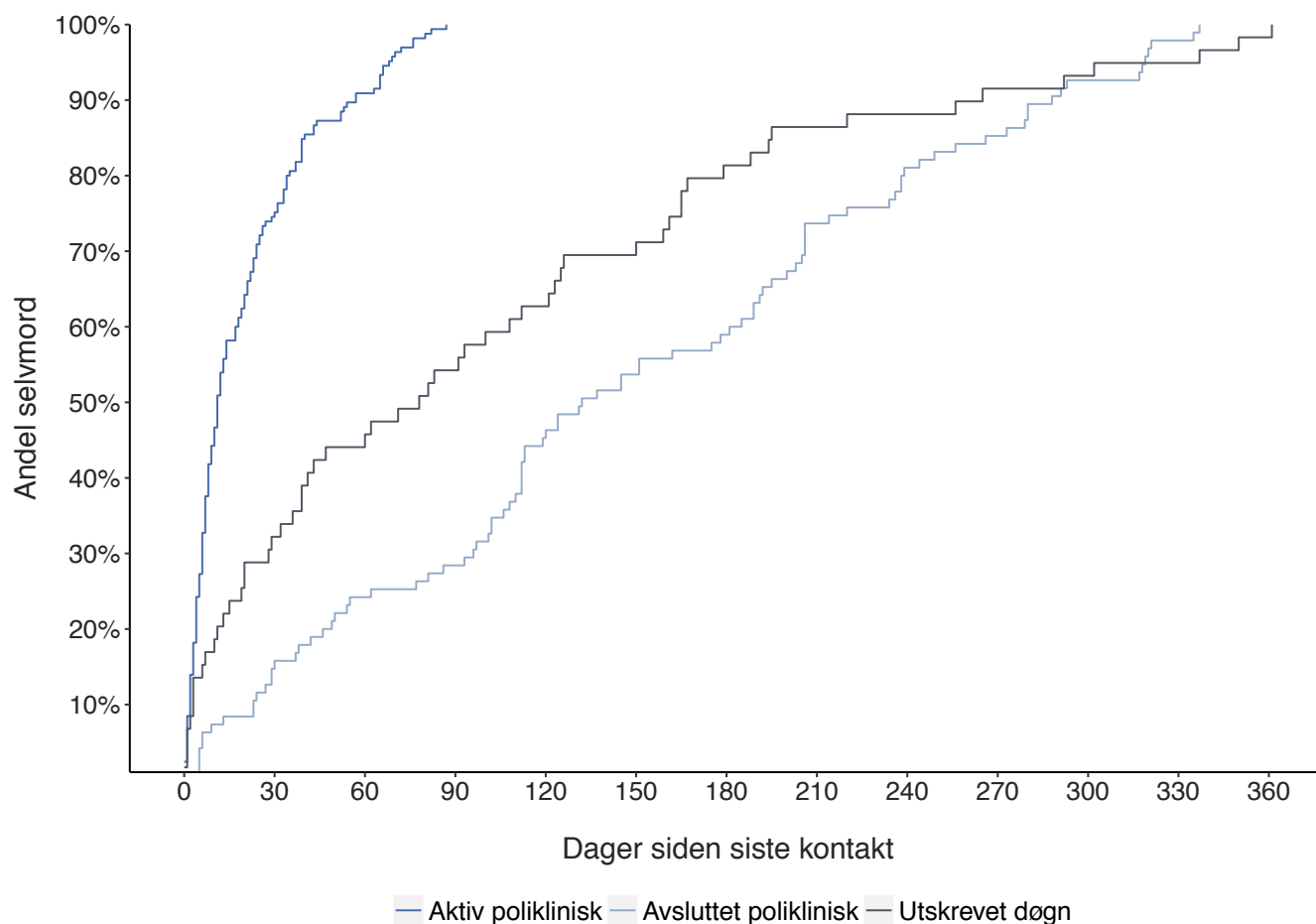
Tid siden siste kontakt

Tabell 2.6. Tid fra siste kontakt i TSB til selvmord i perioden 2009–2017

Behandlingsstatus	<i>n</i>	Min	<i>M</i>	<i>SD</i>	Median	Max
Pågående poliklinisk kontakt	165	0	20,2	21,2	11	87
Avsluttet poliklinisk kontakt	95	4	148,8	96,4	132	337
Utskrevet døgnopphold	59	0	101,8	99,4	78	361
<i>N</i>	319	0	73,6	90,0	31	361

For alle personer med siste kontakt i TSB døde halvparten mindre enn 31 dager etter siste kontakt, noe som viser en stor skjevfordeling i tid siden kontakt. Mange av personene med siste kontakt i TSB var under pågående poliklinisk kontakt da de døde i selv-

mord og antall dager siden siste kontakt er lavt (*M* = 20,2; Median = 11 dager). Variabelen er definert slik at pågående poliklinisk kontakt forutsetter kontakt siste 90 dager. Dersom det er mer enn 90 dager siden siste kontakt, kategoriseres den som avsluttet.



Figur 2.3. Kumulativ fordeling av tid fra siste kontakt med TSB til selvmord fordelt på pågående poliklinisk kontakt, avsluttet poliklinisk kontakt samt pasienter utskrevet fra døgntilleggsbehandling (N = 319).

Fordelingen av tid fra siste kontakt til selvmord er forskjellig basert på om pasienten hadde en pågående poliklinisk kontakt, en avsluttet poliklinisk kontakt eller utskrivelse fra døgntilleggsbehold ved siste kontakt. Blant personer med pågående poliklinisk behandling skjer selvmordet – som forventet – kort tid etter siste kontakt med en poliklinikk. Det er verdt å merke seg at

dette er en stor gruppe (N = 165) av de med siste kontakt i TSB. Pasienter med avsluttet poliklinisk kontakt har en tilnærmet lineær kurve som indikerer at dødsfallet fordeler seg relativt jevnt utover året etter siste kontakt. Blant personer som hadde siste kontakt med døgntilleggsbehandling ser man at mange av selvmordene skjer i løpet av de første 30 dagene etter utskrivelse.

Type institusjon ved siste kontakt

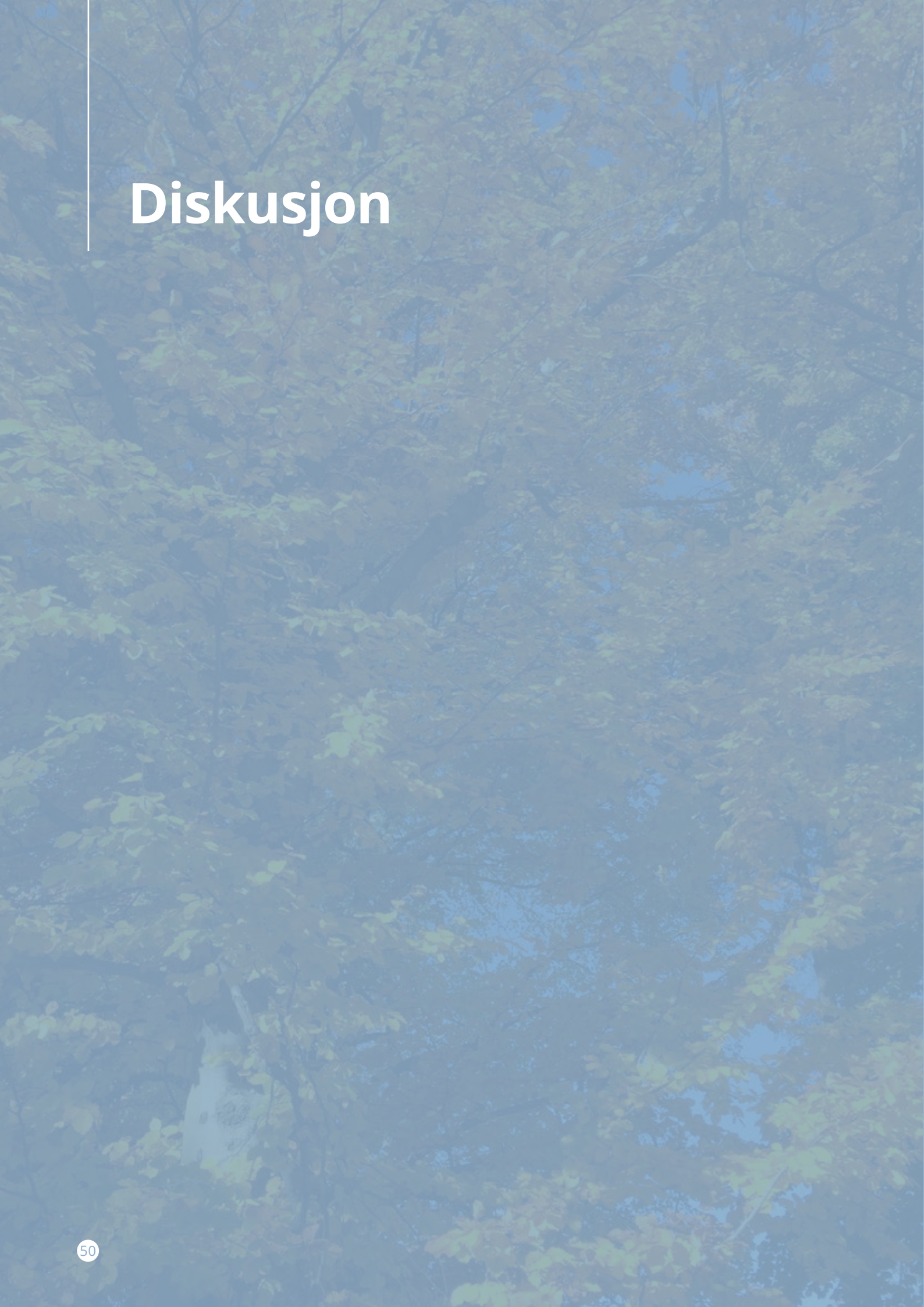
Tabell 2.7. Antall i kontakt med offentlig og privat institusjon innenfor TSB (N = 322) før selvmord i perioden 2009–2017

Regionalt Helseforetak	Siste kontakt				Siste år			
	Offentlig		Privat		Offentlig		Privat	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Helse Sør-Øst	139	64,7	20	28,2	166	60,0	34	32,3
Helse Vest	26	12,1	16	22,5	38	13,7	24	24,2
Helse Midt-Norge	17	7,9	< 5		23	8,3	5	5,0
Helse Nord	12	5,6	< 5		12	4,3	< 5	
Informasjon mangler	21	9,8	32	45,1	38	13,7	33	33,3
N	215	66,8	71	22,0	277	86,0	99	30,7

Note. Informasjon på type institusjon ved siste kontakt mangler for 36 personer.

Ulike private institusjoner har driftsavtaler med de regionale helseforetakene, og er således en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Majoriteten (66,8 %) av personene med siste kontakt i TSB før selvmordet hadde kontakt med offentlige helseforetak. Det er regionale forskjeller i antall selvmord i kontakt med private institusjoner, der få har kontakt med private institusjoner før selvmord i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Informasjon om regionalt helseforetak mangler for 53 personer, og type institusjon mangler for 36 personer.

Omtrent hele utvalget (86,0 %) hadde kontakt med en offentlig institusjon siste år. Omtrent en tredjedel (30,7 %) hadde hatt kontakt med en privat institusjon i løpet av året før de døde i selvmord. Kontakt med privat eller offentlig institusjon siste år følger i all hovedsak samme fordeling, men med noe høyere forekomst av kontakt med både offentlige og private institusjoner siste år. Vi gjør oppmerksom på at antallet i kontakt siste år ikke er gjensidig utelukkende.



Diskusjon

Vi har i rapporten vist at totalt 480 mennesker, som har hatt kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2009–2017, døde i selvmord innen ett år etter kontakt med tjenesten. Dette vitner om 480 personer som har opplevd så mye smerte og lidelse at livet har virket uutholdelig. Et selvmord, uavhengig av konteksten, er en enorm belastning for etterlatte, øvrig familie, venner og nettverk. Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling berører derfor mange personer hvert år.

I Norge har det over mange år vært rettet mye oppmerksomhet mot dødsfall som skyldes bruk av narkotika – ikke minst alle overdosedødsfallene. I denne rapporten viser vi at det også er et betydelig antall selvmord i denne gruppa – i tillegg vil det være mørketall. Det har vært mye mindre oppmerksomhet omkring alkoholrelaterte dødsfall til tross for at personer med alkohollidelser er en viktig risikogruppe for en lang rekke helseproblemer, risikoatferd og selvmord. Blant de som dør i selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er alkohol, ofte i kombinasjon med angst eller depresjon, den vanligste diagnosen. I tillegg kommer naturligvis mange av de andre belastningene som mennesker med rusproblemer ofte har i form av økonomiske, sosiale, sosiale og relasjonelle problemer –inkludert ensomhet og stigmatisering.

Dette studiet er det første i Norge som presenterer en nasjonal oversikt over selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før dødsfallet. Registerstudien inkluderer data som omhandler karakteristika ved disse personene og detaljer rundt deres kontakt med TSB – hvilket vi til nå har manglet systematisk kunnskap om i Norge. Rapporten er basert på data fra spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, så informasjon fra primærhelsetjenesten eller somatiske spesialisthelsetjenester er ikke inkludert i dette materialet. Hensikten med rapporten har vært å gi en overordnet og beskrivelse av selvmord under og etter kontakt med TSB, men materialet inneholder også en rekke problemstillinger som vil være egnet for mer inngående analyser på sikt. Siden materialet i studien er omfattende og bredt, har vi valgt å diskutere seks hovedfunn basert på resultatene som vi mener har særlig relevans for brukere, klinikere og tjenestene.

Forekomst av selvmord i TSB

I perioden 2009–2017 hadde 9,3 % av alle personer

som døde i selvmord i Norge vært i kontakt med TSB siste år før dødsfallet. Fra 2011 har andelen i kontakt ligget nokså stabilt rundt 10 %. Selv om andelen i kontakt med TSB er langt lavere enn for psykisk helsevern (37 %), må dette ses i sammenheng med tjenestens omfang og pasientgrunnlag. PHV behandler nærmere 150 000 pasienter årlig, mens TSB behandler 30 000 pasienter. TSBs pasientgrunnlag er med andre ord bare en femtedel så stort som det man finner i PHV, og våre funn viser videre at om lag en av fem som har dødd i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, har vært i kontakt med TSB. Selvmordsraten i TSB ligger omtrent på samme nivå som i PHV, der rundt 2 av 1 000 personer i kontakt med tjenesten dør i selvmord innen ett år etter kontakt. Selvmordsraten økte noe i 2011 – en økning som var mest uttalt hos menn mellom 30 og 49 år. Det er vanskelig å vite hva som kan ligge bak denne økningen uten mer detaljerte analyser. Fra 2012 til 2017 har selvmordsraten i TSB ligget relativt stabilt.

Resultatene viser at personer med ruslidelser er en risikogruppe for selvmord, og TSB bør derfor også være en viktig arena for å implementere selvmordsforebyggende tiltak.

Selvmordsmetoder og mørketallsproblematikk

Majoriteten (43 %) av personene i kontakt med TSB siste år før selvmord døde som følge av henging, kvelning eller strangulering, mens 29 % døde av forgiftning. Dette er en nokså lik fordeling som den man finner blant pasienter i psykisk helsevern (Walby et al., 2018a). Andelen forgiftning er dobbelt så stor som i den generelle befolkningen, hvor denne selvmordsmetoden utgjør omlag 15 % av selvmordene (Folkehelseinstituttet, 2019). Til tross for at andelen dødsfall som følge av forgiftning er høyere i TSB-populasjonen enn i befolkningen generelt, er antallet lavere enn forventet. Dette skyldes sannsynligvis at det kan være svært vanskelig å avklare intensjonen bak en forgiftning (Gray et al., 2014; Rockett et al., 2018). Spesielt i grupper som benytter substanser med høy overdosefare – slik som opiater, vil noen selvmord sannsynligvis bli klassifisert som overdoser når de burde ha vært kategorisert som selvmord. Dette fører til en underrapportering av antall selvmord i denne gruppen. Antallet selvmord ved forgiftning bør av denne grunn ses på som et minimumsantall. Mørketallene gjør ikke at de eksisterende diagnosene

er usikre, men kan gjøre at andelen som dør av andre metoder kan fremstå som noe forhøyet.

En av utfordringene ved å studere sammenhengen mellom ruslidelser og selvmord er at det i denne gruppen også vil være en økt risiko for overdosedødsfall etter behandling i TSB (Merrall et al., 2012; Merrall, Bird, & Hutchinson, 2013). Kun 8 av personene i utvalget var registrert med dødsårsak «uklart om skade er påført med hensikt», mens resten av dødsfallene var sikre selvmord. Denne kategorien brukes for øvrig generelt lite i Norge.

Kjønnsforskjeller

Fra 2009 til 2017 var det omtrent dobbelt så mange selvmord blant menn som kvinner i TSB. Det er ingen store forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder andelen i kontakt med TSB siste år før selvmord, som hos begge kjønn ligger rundt 10 %. Dette er også en viktig forskjell fra kontakt med PHV der andelen i kontakt er omtrent 20 % høyere hos kvinner enn hos menn (Walby et al., 2018a). Selvmordsratene i TSB er omtrent identiske blant menn og kvinner. En tendens som har vært stabil gjennom hele tidsperioden.

En viktig faktor for å forklare disse funnene er at andelen menn i TSB utgjør omtrent 70 % av pasientgrunnlaget (Helsedirektoratet, 2017a). Til sammenligning er omtrent 60 % av pasientene i PHV kvinner. Tidligere forskning har også vist at kvinner med ruslidelser har mer kontakt med PHV enn menn (McHugh, Votaw, Sugarman, & Greenfield, 2017). Det er altså store kjønnsforskjeller i den generelle bruken av disse tjenestene som også får innvirkning på forekomsten av selvmord under og etter kontakt med tjenestene på tvers av kjønn.

Omfang av kontakt og tid siden siste kontakt

Omtrent alle (97 %) som hadde kontakt med TSB siste år før de døde i selvmord, hadde hatt poliklinisk kontakt i en eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i året før dødsfallet. Datagrunnlaget gir ikke mulighet til å skille på ulike former for poliklinisk behandling. De fleste av personene i vårt utvalg hadde poliklinisk kontakt i TSB siste år (92 %), men halvparten hadde også poliklinisk kontakt i PHV siste år. Generelt finner vi at de fleste personene i utvalget hadde et begrenset antall direkte polikliniske kontakter siste år før selvmordet, med en median på 9 polikliniske kontakter i alle sektorene og kun 6 polikliniske

kontakter i TSB. Det lave antallet polikliniske kontakter i løpet av siste leveår kan antyde at de fleste enten dør tidlig i behandlingsforløpet, avbryter eller avsluttes etter få kontakter med spesialisthelsetjenesten. Majoriteten av personene i utvalget hadde mellom 1–5 direkte polikliniske kontakter siste år. Behandling av ruslidelser vil ofte kreve en viss varighet for å kunne få en forventet effekt.

Blant de som hadde siste kontakt med TSB før de døde i selvmord, hadde majoriteten (51 %) en pågående poliklinisk kontakt på tidspunktet for dødsfallet, mens 30 % hadde en avsluttet poliklinisk kontakt. Disse to gruppene skiller seg fra hverandre hva gjelder tid fra siste kontakt med TSB til dødsfallet. Personer i pågående poliklinisk behandling døde i hovedsak kort tid etter siste kontakt – med en median på 11 dager. Denne tidsmessige nærheten er forventet da pågående poliklinisk kontakt forutsetter jevnlig konsultasjoner. Variabelen er også definert slik at personer som ikke har hatt poliklinisk kontakt på 90 dager, regnes som avsluttet. For personer som døde i selvmord etter en avsluttet poliklinisk kontakt var derimot forekomsten over tid omtrent likt fordelt for de 365 dagene etter siste kontakt – med en median på 132 dager fra siste kontakt til dødsfallet. Dette kan bety at mange sannsynligvis har blitt skrevet ut på et tidspunkt for bedring eller i en stabil situasjon, og at selvmordet ikke var så knyttet til den aktuelle tilstanden personene var i under siste kontakt.

En stor andel av utvalget (68 %) hadde ett eller flere døgnopphold i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år. Nesten halvparten (49 %) hadde hatt døgnopphold i PHV, mens 40 % hadde hatt døgnopphold i TSB. Den høye graden av døgnopphold kan indikere at disse personene har hatt alvorlige psykiske- eller rusrelaterte lidelser, krisereaksjoner eller funksjonstap, som har ført til innleggelse. Registerdataene kan dog ikke gi oss noe mer informasjon om dette. Av de som hadde siste kontakt med TSB før selvmordet var det kun 18 % som døde etter utskrivelse uten noen form for poliklinisk oppfølging i etterkant, og mindre enn 5 personer døde under en innleggelse i TSB i perioden 2009–2017. Selvmord under og etter døgnopphold ser med andre ord ut til å være noe mer vanlig i PHV enn TSB. Dette kan være et resultat av at akutt selvmordsproblematikk i hovedsak vil føre til en innleggelse i PHV. Denne tolkningen underbygges av forskjellene vi finner mellom PHV og TSB hva gjelder tid fra utskrivelse til selvmord – der medianen for personer som hadde siste døgnbehand-

ling i PHV var 47 dager sammenlignet med 87,5 dager for personer med siste døgnbehandling i TSB. Det var også få selvmord første uken etter kontakt med døgnbehandling i TSB. Siden relativt få personer dør under døgnbehandling og den første uka etter kontakt med TSB, samt at det er store forskjeller i medianen mellom gruppene, fremstår det som viktig med etablering av videre oppfølging etter utskrivelse og muligheter for gjenopptak av kontakt på sikt for personer som kun har kontakt med TSB.

Det gjennomsnittlige antall døgnopphold var 2,6 for alle tjenestene siste år, 2,5 i PHV og 1,6 i TSB. Samtidig som omfanget av døgnopphold er stort, viser resultatene at den siste innleggelsen ofte er kortvarig, men med forskjeller basert på hvorvidt personen hadde siste kontakt med TSB eller psykisk helsevern. Hele 50 % av innleggelsene i psykisk helsevern var mindre enn 7 dager, sammenlignet med 30 % i TSB. Man ser også at innleggelser over 91 dager er vanligere i TSB enn PHV. Dette er nok et resultat av at flere av de private institusjonene i TSB tilbyr langtidsbehandling som går over flere måneder, mens man i PHV har et større antall akuttposter og kriseinnleggelser.

Rusbruk og psykiske lidelser

Som forventet hadde majoriteten av utvalget i studien en diagnostisert ruslidelse. Omtrent 90 % hadde fått diagnostisert en ruslidelse i løpet av siste år, og omtrent 80 % hadde en diagnostisert ruslidelse ved siste kontakt. Blant de ulike ruslidelsene var alkoholbrukslidelse den vanligste både ved siste kontakt og i løpet av siste år. Alkoholsbrukslidelser utgjør en stor gruppe av de som får behandling i TSB, men vi vet også at dette er en gruppe der en betydelig mindre andel av personer med tilstanden oppsøker behandling sammenlignet med de som bruker illegale stoffer (Schuckit, 2009). En implikasjon av dette er at man sannsynligvis vil finne mange personer med alkoholbrukslidelser i gruppen som ikke hadde kontakt med TSB eller andre spesialisthelsetjenester siste år, hvilket viser at alkoholbrukslidelser er et spesielt viktig område for økt forebyggende innsats med fokus på tilgjengelige tjenester som kan tilby adekvat behandling. Den nest vanligste tilstanden var opiatbrukslidelse, fulgt av bruk av multiple stoffer. For opiatbrukslidelse var forekomsten omtrent lik for siste år og siste kontakt, mens både alkoholbrukslidelse og bruk av multiple stoffer hadde en høyere forekomst siste år sammenlignet med siste kontakt. De resterende ruslidelsene (cannabis, sedativa og hypnotika og sentralstimulerende

stoffer) ligger alle på en forekomst på rundt 5 % ved siste kontakt. Skadelig bruk av hallusinogener og kokain var svært sjeldent i materialet. Det er ellers verdt å merke seg at skadelig bruk eller avhengighet av hypnotika og sedativa er diagnostisert hos nærmere en tredjedel av alle kvinnene i utvalget siste år. Andre studier har også funnet at risikoen er sterkt forhøyet særlig hos disse tre gruppene (Bohnert, Ilgen, Louzon, McCarthy, & Katz, 2017). Særlig alkohol- hypnotika sedativa- og opiatbrukslidelse fremtrer som tre viktige diagnosegrupper ved selvmord etter kontakt med TSB.

Når vi undersøkte diagnoser som ble satt i løpet av siste år før selvmordet, fant vi at en tredjedel av mennene og halvparten av kvinnene i utvalget hadde fått diagnostisert en depresjon eller angstlidelse i tillegg til en ruslidelse i løpet av siste år. Utenom ruslidelsene var affektive lidelser og angstlidelser de vanligste diagnosene i materialet. Kombinasjonen av ruslidelse og psykoselidelser var mindre vanlig enn komorbid ruslidelse og depresjon eller angstlidelse. Dette er til en viss grad forventet da psykoselidelser i hovedsak skal behandles i psykisk helsevern, mens ruslidelser i kombinasjon med angst og depresjon også kan behandles i TSB. Affektive- og angstlidelser er velkjente risikofaktorer for selvmord (Cavanagh et al., 2003; Too et al., 2019), og vi fant at disse lidelsene også er vanlige ved selvmord etter kontakt med TSB. Videre er det velkjent at ruslidelser, angstlidelser og depresjon har høy grad av overlapp (Kessler et al., 1996) i tillegg til at de er blant de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Ved sårbarhet for suicidal atferd kan komorbide tilstander føre til økt symptomtrykk som igjen potensielt kan disponere for suicidal atferd. I kombinasjon med funnene gjengitt over der alkohol, opiat, sedativa og hypnotika misbruk er de vanligste ruslidelsene i materialet, bør man være ekstra oppmerksom på disse lidelsene i kombinasjon med depresjon eller angstlidelser. Funnet har også viktige kliniske implikasjoner der det fremhever betydningen av samtidig integrert behandling av begge tilstandene i spesialisthelsetjenesten.

Kontakt med tjenestene siste år

Majoriteten av selvmordene som skjedde etter kontakt med TSB var blant personer som også hadde hatt kontakt med PHV i løpet av siste år. Mange hadde mottatt døgnbehandling og poliklinisk behandling i PHV, og en betydelig andel hadde sin siste kontakt med PHV før dødsfallet. Døgnopphold i PHV

var vanligere enn i TSB, og tiden fra siste utskrivelse til selvmord var kortere blant de som hadde hatt døgnopphold i PHV sammenlignet med TSB. Blant personene med kontakt i begge sektorer var antallet med siste kontakt i henholdsvis PHV og TSB likt. Når det gjelder tid fra siste kontakt generelt, var det ingen forskjell avhengig av hvor den siste kontakten var, noe som viser at personer med kontakt i begge tjenestene er en viktig risikogruppe uavhengig av hvilken tjeneste de sist hadde kontakt med. Mest sannsynlig så er det ikke det å ha kontakt med begge sektorer som øker selvmordsrisikoen, men heller underliggende årsaker som komplekse og sammensatte tilstander som fører til høyt lidelsestrykk. Videre vil også sammensatte tilstander gjøre at det kan være krevende å sikre helhetlige tjenester til denne gruppen. Det er verdt å merke seg at den gruppen som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmordet, har betydelig avstand mellom siste kontakt og selvmord. Også dette peker på behovet for spesiell oppmerksomhet rettet mot de som bruker begge tjenester.

Graden av overlapp er forventet siden begge sektorer har et ansvar for å behandle personer med ruslidelser. Basert på den høye forekomsten av komorbide affektive- og angstlidelser kan komplekse problemer og symptombilder være en mulig hypotese for bruk av begge tjenester. Siden TSB og PHV er to separate sektorer med forskjellige lovverk og organisering, kan overganger og gråsoner mellom sektorene representere en utfordring siden ansvarsområder i praksis kan bli uklare. Dette selv om det er tydelig definert i *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Helsedirektoratet, 2012a) at tjenesten som først kommer i kontakt med pasientene har ansvar for å sikre videre oppfølging av pasienten for begge lidelsene. Videre er TSB ulikt organisert i de enkelte helseforetakene (Næss, Erlandsen, & Sjøfjell, 2019). Geografiske forhold og sammensetningen av befolkningen varierer stort, og får betydning for tjenestene som tilbys. Tilbudet om akutt rushjelp er derfor utformet forskjellig, og helseforetakene har ulikt samarbeid mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Tilgang på basistjenester og akutte tjenester i TSB er variabel og mange steder mangelfull – spesielt utenfor storbyene – og vil derfor føre til at mange akutte ruslidelser behandles i PHV. Den ulike organiseringen og manglende tjenestetilbud i TSB vil med andre ord kunne gi utslag på bruk av tjenester både i PHV og TSB, og betyr at noen av de personene, som dør etter for eksempel døgnopphold i PHV, potensielt kan være tilknyttet TSB.

Det store overlappet viser betydningen av at begge sektorer har tilstrekkelig kompetanse på både rus og psykiatri.

Begrensninger

Utover problemet med overdoser og forgiftninger mangler registerdataene en del relevant klinisk informasjon. Blant annet vet vi ikke bakgrunnen for kontakt med tjenesten, for utskrivelse fra døgnopphold eller avslutning av poliklinisk behandling og lignende. Detaljerte beskrivelser av rusbruk – som alderen da rusbruket startet, injisering, bruk av flere rusmidler (utover diagnostiserte ruslidelser) og om behandlingen ble planlagt avsluttet – mangler også i materialet. Vi har ikke sosiodemografiske variabler som kan si noe om personens livssituasjon på dødstidspunktet – slik som deres samlivsstatus og økonomiske situasjon. Videre vet vi ikke om det har vært en livshendelse i forkant av selvmordet som kan ha bidratt til hendelsen. Pasientens ønsker og behov fremkommer heller ikke i helseregistrene. Materialet består av en heterogen og sammensatte gruppe der viktige forskjeller mellom undergrupper kan eksistere. Informasjonen nevnt ovenfor ville derfor kunne bidratt til en bedre forståelse av forskjeller og eventuelle risikofaktorer knyttet til spesifikke undergrupper.

Den kanskje viktigste mangelen i materialet er at vi ikke har variabler for tidligere suicidal atferd, hvorvidt de aktuelle kontaktene var relatert til suicidal atferd og aktuelle selvmordstanker. Dette er variabler som overveiende sannsynlig vil være mer vanlige i dette materialet enn det man finner hos TSB-pasienter generelt, og videre vil kunne bidra til å forklare viktige forskjeller mellom disse gruppene. Videre er det en svakhet at vi ikke har data vedrørende overdoser som ikke er klassifisert som selvmord, da det sannsynligvis vil være flere selvmord som skjuler seg i denne gruppen. Dataene vi presenterer her må derfor antas å være et underestimat, samtidig som det gir et noe skjevt bilde av blant annet underliggende dødsårsaker i denne gruppen som særlig påvirker antall forgiftninger.

Styrken ved bruk av helseregistre er at de gir oss muligheten til å presentere en fullstendig nasjonal overordnet beskrivelse av selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, hvilket tidligere ikke har blitt gjort i Norge. Det nye medisinske kvalitetsregisteret *Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet*

av rusmidler (KVARUS) vil også på sikt kunne bidra med nyttig informasjon når det er implementert (Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS), 2020). Allikevel er det, som beskrevet over, en rekke svært sentrale variabler som mangler for å få nødvendig kunnskap om risikofaktorer og typiske kjennetegn ved denne gruppen personer og behandlingen de har mottatt. Dette er variabler som Kartleggingssystemet nå innhenter direkte fra klinikere i helseforetak gjennom et kartleggingsskjema for selvmord. Kartleggingsskjemaet inkluderer blant annet sosiodemografiske variabler slik som inntekt, boforhold og samlivsstatus, data på suicidal atferd, data vedrørende behandling, medikamenter og behandlers egne vurderinger av muligheter for forebygging. Alt dette er data som vil bli tilgjengelige etter hvert som de samles inn fra helseforetakene. Forhåpentligvis vil denne informasjonen kunne bidra til mer inngående kunnskap om områder hvor det er spesielt viktig å iverksette forebyggende tiltak – både i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus generelt og mer spesifikt for TSB.

Implikasjoner for forebygging

Selvmondsforebyggende tiltak i TSB må utvikles og implementeres

Både i Norge og internasjonalt har det vært lite forskning og fokus på selvmordsforebygging under og etter rusbehandling. Funnene i denne rapporten, som viser at selvmordsraten er omtrent like høy som i PHV, tyder på at man i større grad må prioritere epidemiologisk og klinisk forskning som kan bidra til bedre selvmordsforebygging i TSB.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) er i sin nåværende utgave kun rettet mot PHV. Selv om mange elementer fra retningslinjene kan brukes i TSB og elementer fra disse retningslinjene refereres til i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2017b) og for ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012a) er det behov for egne tiltak og tilpasninger som vil kunne løfte arbeidet med selvmordsforebygging i TSB og angi en nasjonal standard for hva som forventes av klinisk selvmordsforebygging i TSB. I de nevnte retningslinjene for rusfeltet er det anbefalt å kartlegge og vurdere selvmordsfare med henvisninger til PHV-retningslinjene. Vi tror at det både for PHV og TSB er nødvendig å utvikle selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå utover et fokus på vurdering av risiko hos den enkelte bruker av tjenesten. Eksempler på slike tiltak beskrives under. Hvorvidt det er fornuftig med felles retningslinjer for PHV og TSB er et spørsmål som bør avklares nærmere, da det både er betydelig overlapp, men også forskjeller mellom tjenestene.

Overdoseforebygging har de siste 10 årene vært et fokusområde i Norge (Helsedirektoratet, 2019b) og utgjør stadig flere dødsfall enn selvmord – selv om noen mørketall eksisterer. Det er allikevel viktig å fremheve at det kan være mange felleseffekter mellom selv-

mords- og overdoseforebygging og ved å ta høyde for begge deler vil potensielle forebyggende tiltak ha større påvirkning enn hvis de kun retter seg mot den ene typen dødsfall. Et eksempel på et slikt tiltak kan være tettere oppfølging fra helsetjenesten, særlig etter utskrivelse, hvilket utdypes nærmere under.

Alkoholbrukslidelser er den klart vanligste ruslidelser blant de som dør i selvmord

Av de som har dødd i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB, utgjør personer med alkoholbrukslidelser den største gruppen i materialet. Dette er i stor grad forventet da forhøyet risiko for selvmord i denne gruppen er velkjent (Rossow & Jørgensen, 2013). Dette er også en viktig gruppe i den generelle befolkningen siden en forholdsvis lav andel personer med alkoholbrukslidelser oppsøker behandling (Schuckit, 2009) – der målet generelt sett bør være å få en høyere andel med alkoholbrukslidelser i kontakt med TSB. Funnene fra denne rapporten viser tydelig at personer med alkoholbrukslidelser er en viktig gruppe for økt innsats i selvmordsforebygging. Alkoholbrukslidelser er nesten dobbelt så vanlig som opiatbrukslidelse – som er den nest vanligste ruslidelser i dette materialet.

Personer i kontakt med både TSB og PHV er en viktig målgruppe for selvmordsforebygging

Til tross for at TSB og PHV er to separate spesialisthelsetjenester er mange personer i kontakt med TSB også i kontakt med PHV. Dette fremhever betydningen av samarbeid og koordinering mellom disse tjenestene. Studier fra Storbritannia har vist at det å ha et tilbud til pasienter som både har psykiske lidelser og ruslidelser (*dual diagnosis policy*), har redusert selvmordsratene i tjenestene (While et al. 2016). Suicidal atferd kan som tidligere nevnt føre til at personer un-

der behandling i TSB blir henvist til PHV. Det fremhever betydningen av å sikre gode overganger og samarbeid. Allikevel kan det være hensiktsmessig å utvikle tjenestene slik at man i størst mulig grad kan tilby et adekvat behandlingstilbud til hver enkelt pasient uavhengig av hvilken tjeneste vedkommende tilhører. Det bør for eksempel være et mål at TSB innehar kompetanse til å håndtere de vanligste former for selvmordsproblematikk for å motvirke at tjenestetilbudet og behandlingen til disse pasientene blir fragmentert. Alvorlige psykiske lidelser slik som psykoselidelser og bipolar lidelse skal behandles i psykisk helsevern, samtidig har majoriteten av de med ruslidelser også angst og depresjon. Dersom alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen og risikoen for selvmord ikke er for høy, skal disse pasientene kunne behandles i TSB. På samme måte er det viktig å ha kompetanse på rusproblematikk i PHV siden det er stor grad av overlapp mellom sektorene både med tanke på personer som dør i selvmord og generelt.

Sikre integrert behandling av samtidig rus og psykisk lidelse

Mange personer i kontakt med TSB har sammensatte problemer som omfatter rusproblematikk, psykiske lidelser, somatiske lidelser og sosiale eller økonomiske problemer, slik det blant annet framkommer i kartleggingen ved hjelp av BrukerPlan (Helse Stavanger, 2019). Svært mange av personene som døde i selvmord etter kontakt med TSB hadde fått diagnostisert en psykisk lidelse siste år, og angst og depresjon var de vanligste psykiske lidelsene som ble diagnostisert. Funnet fremhever betydningen av integrert behandling siden problemene ofte vil interagere med hverandre og forsterke hverandre. For å unngå et fragmentert behandlingstilbud bør de vanligste psykiske lidelsene (som depresjon og angst) kunne behandles i TSB. For mange av pasientene er det avgjørende at

man jobber integrert med flere av områdene samtidig for å oppnå adekvat behandling. Tverrfagligheten i TSB er en styrke på dette området, og de sammensatte utfordringene er nettopp grunnen til at TSB er tverrfaglig. Ut ifra funnene i rapporten ser det ut til at det å tilby behandling av angst og depresjon til personer i kontakt med TSB har potensiale som et selvmordsforebyggende tiltak.

Tilpassede og tilgjengelige tjenester

Mangel på akutte rustjenester er en viktig utfordring man har i forhold til tjenesteutformingen i TSB. I de geografiske områdene hvor man mangler akutte rustjenester er det viktig å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og kompetanse på behandling av ruslidelser innenfor andre sektorer (som PHV) slik at befolkningen har tilgang på adekvat rusbehandling ved behov. Videre peker ettervern eller oppfølging etter utskrivelse i både spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester seg ut som et viktig område for selvmordsforebygging. Dette er også tilbud som i stor grad etterlyses av både fagfolk og brukere, og som er viktige etter både korte akutte innleggelser og langtidsbehandling.

Frafall og manglende oppmøte er utfordringer som gjør det viktig å sørge for at personene som er i kontakt med TSB får tilstrekkelig oppfølging og kontakt med tjenestene, samt at oppfølgingen er etablert før utskrivelse fra døgnbehandling. Ambulante tjenester har potensiale til å være mer fleksible og gir muligheter for å følge opp pasienten der de bor, men per i dag er det en mangel på slike tjenester i TSB. Det å utvikle et mer fleksibelt tjenestetilbud og vurdere bruk av ambulante tjenester kan derfor ha potensiale som en selvmordsforebyggende strategi i denne sektoren. Tilgang på brukerstyrt innleggelse anbefales i TSB-veilederen, og nytten av dette som selvmords-

forebyggende tiltak bør undersøkes videre. Mange med rusproblemer opplever ofte mye skam knyttet til det å søke hjelp, og det er derfor viktig å utvikle tiltak som reduserer barrieren ved å søke hjelp (Stavanger Aftenblad, 2020).

Tilbakefallsforebygging er også en helt avgjørende del av behandlingstilbudet i TSB (Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999), og det er viktig å sørge for at veien tilbake til behandling er kort ved et eventuelt tilbakefall og at tilbakefallsforebyggingstrategier inkluderes i behandlingen. I dag er det som nevnt en mangel på både ambulante team og akutte tjenester i TSB og begrensede oppfølgingstilbud i kommunen. Evidensbasert behandling for ruslidelser inkluderer tilbakefallsforebygging, og det er rimelig å anta at et slikt tiltak også kan ha selvmordsforebyggende effekt ved at det bidrar til å fjerne eller dempe en viktig stressor i denne gruppen. Utviklingen av mer tilgjengelige og tilpassede tjenester vil med andre ord kunne være et godt systemrettet tiltak for forebygging av selvmord i TSB. Aktiv bruk av kriseplaner etter utskrivelse er egnet virkemiddel for å ivareta risiko etter utskrivelse. Det finnes evidens for bruk av kriseplaner/sikkerhetsplaner etter utskrivelse fra somatiske akuttposter som viser at de reduserer risikoen for selvmordsforsøk (Stanley, Brown, Brenner, & et al., 2018), og det er god grunn til å tro at kriseplaner også vil kunne ha en effekt etter utskrivelse fra TSB.

Oppfølging etter utskrivelse må prioriteres

Mange hadde kontakt med døgnbehandling i både TSB og PHV året før de døde, men kun en liten andel døde under døgnbehandling. Dette peker på at tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse er et viktig område for selvmordsforebygging i TSB – der også reetablering av kontakt ved behov vil være sentralt. Oppfølging etter utskrivelse er et område som har vært dårlig rangert

av pasienter som har vært under behandling i TSB (Skudal, Holmboe, Haugum, & Iversen, 2017). Her vil også samarbeid med de polikliniske spesialisthelsetjenestene og kommunene være en viktig faktor for å sørge for at oppfølgingen finner sted. Samarbeidsmøte i forbindelse med utskrivelse er et krav i det nye pakkeforløpet for pasienter i TSB, og kan bidra til å sørge for at en slik oppfølging skjer.

Avslutning

Det har til nå vært lite forskning både i Norge og internasjonalt som omhandler selvmordsforebygging under rusbehandling. Til tross for at man i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2017b) har et eget kapittel om selvmords- og dødelighetsrisiko i rusbehandling, samt at det gjøres mye godt og kunnskapsbasert arbeid innad i de ulike TSB-enhetene i landet, har det manglet større kunnskapsoppsummeringer og nasjonale systemrettede selvmordsforebyggende tiltak i denne helsetjenesten. Denne rapporten er den første i Norge som beskriver selvmord blant personer i kontakt med TSB, og det er også få beskrivelser å finne i internasjonal litteratur. I rapporten har vi beskrevet forekomsten av selvmord under og etter kontakt med TSB samt overordnede kjennetegn ved disse personene og tjenestene de mottok i året før selvmordet. Det er derimot viktig å påpeke at vi ikke har informasjon om bruk av kommunale tjenester som mange sannsynligvis har hatt kontakt med. Overgangen mellom TSB og kommunale tjenester er også et viktig område å få mer kunnskap om.

Vi finner mange av de samme tendensene som i PHV, men også forskjeller som er viktig å undersøke videre. Rapporten har presentert en overordnet og samlet beskrivelse av personer i kontakt med TSB året før de døde i selvmord, men det er viktig å presisere at dette er en sammensatt og heterogen gruppe hvor det finnes mange viktige forskjeller mellom undergrupper som bør undersøkes videre.

Et systemperspektiv på selvmordsforebygging har med suksess blitt implementert i psykisk helsevern (While et al. 2016) der man har funnet at ulike behandlingstilbud, organiseringsmetoder, og tjenester har bidratt til å redusere selvmordsratene. Systemperspektivet vil også kunne være egnet for å bygge opp kompetanse rundt selvmordsforebygging i TSB siden

det fokuserer på strukturer, rutiner og hvilke tilbud tjenestene bør omfatte. Eksempler på tiltak basert på et systemperspektiv vil kunne være strukturert oppfølging etter døgnbehandling eller ettervern, integrert behandling av rus og psykiske lidelser eller gode overganger og samarbeid mellom TSB, PHV og kommunen. Målet med et systemperspektiv er å gjøre selvmordsforebygging til en integrert del av helheten av tjenester som tilbys i spesialisthelsetjenesten – fremfor egne separate tiltak som står på siden av annen utredning, behandling eller oppfølging. Eksisterende *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* gjelder per i dag kun for PHV (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Det bør vurderes om selvmordsforebygging i TSB bør innlemmes her, eller om egne retningslinjer og tiltak utarbeidet for TSB-sektoren alene er mer hensiktsmessig.

Personer med ruslidelser er på mange måter en stigmatisert og utsatt gruppe både i samfunnet og i helsetjenesten – med en betydelig økt risiko for tidlig død. Med overdosestrategien har en viktig årsak til tidlig død i denne gruppen fått økt fokus, men det har vært mindre oppmerksomhet rettet mot selvmordsproblematikk i denne gruppa. Denne rapporten er et utgangspunkt og empirisk grunnlag for økt innsats og utvikling av selvmordsforebyggende tiltak i TSB. Her vil det være viktig å utvikle kunnskap og erfaring knyttet til både kliniske tilnærminger og tjenesteutforming. Vi håper denne rapporten kan bidra i arbeidet med utviklingen av selvmordsforebygging i TSB.

Etterord

Av Tommy Sjøfjell

Ja, vi må tørre å snakke om selvmord!

Jeg skal være varsom med å si at jeg har svar på årsakene til selvmord. Men jeg har gjort to forsøk og kan si hva det har handlet om for meg. Det har vært livskriser, vonde følelser skam og alkohol.

I etterkant av Ari Behns tragiske bortgang har det skjedd mye fint. Jeg tror som mange andre at vi må tørre å snakke mer om dette. Løsningen er mer åpenhet, men ikke bare via Facebook, fakkeltog og talkshow. Jeg tror vi må være mer åpne om at livet er strevsomt for mange av oss. Vi må også snakke om de enkle tingene som skaper bedring, vise det går an å få det bedre, og skape håp, for mange klarer seg. Vi må formidle betydningen av den ene gode helperen, vennen, kollegaen som bryr seg. Som i tillegg til å dele et innlegg på Facebook i jula også tar opp telefonen i februar og ringer den som sliter. Et lite «hei hvordan går det egentlig med deg?» kan bety mye for mange. Vi må også snakke om hvilke ordinære hjelpetiltak som er gode, for meg ble det fastlegen som gjorde mer enn forventet.

Nederlag og skam

Mine forsøk kom ikke som et lyn fra klar himmel. Å føle at jeg ikke mestrer det andre mestrer, er vondt, om det er jobb, familie eller kjærlighet. Da jeg datt ut av arbeidslivet i 2000 var jeg styrmann, i full jobb, og hadde en posisjon i samfunnet. Noen år etter følte jeg meg som en byrde, jeg var rusavhengig, en belastning for familien og samfunnet. For 15 år siden hadde jeg derfor mitt første selvmordsforsøk, det skjedde etter rusbehandling, jeg fikk et tilbakefall kort tid etter behandlingen, nederlaget og skammen var total. Jeg prøvde å komme meg i behandling igjen, men møtte en stengt dør. Når det samme

skjedde i år, var det etter et samlivsbrudd som medførte et tilbakefall til rus etter 13 år som rusfri. Skammen over tilbakefallet kombinert med frykten for ensomhet, sinne og sorg gjorde at alt ble for mye en mørk natt.

Medmenneske med kort ventetid

På et tidspunkt tenkte jeg, jeg trenger noen som vet hvor vanskelig livet mitt er, noen som vet at jeg er fylt med en destruktivitet jeg ikke klarer å stå i over tid, denne noen ble for meg min fastlege. Hun var tilgjengelig, brydde seg, hadde omsorg og tålte det jeg stod i. Hun var skeptisk til å inneha behandlerrollen, og sa: «Dette er utenfor kompetansen min, du trenger terapi, du trenger en ekspert». For meg var kunnskapen og kursene i samtaleteknikk lite viktig, jeg trengte et tilgjengelig medmenneske med taushetsplikt, og det ble henne. Jeg kjente ofte at å ta opp så mye av tiden til en travel fastlege utfordret meg, men jeg trengte samtalene. Jeg trengte ei som kunne romme min livssmerte, som kunne få mine ufiltrerte tanker og hjelpe å sortere. I dag tror jeg ikke mine selvmordsforsøk egentlig har handlet om et ønske om å dø, det handlet nok for meg om at livet et kort øyeblikk under alkoholpåvirkning ikke var verdt å leve. Om mine forsøk kan jeg si at for meg var det som skjedde logisk, livet gjorde ganske enkelt for vondt, et kort lite øyeblikk. Det er ikke tilfeldig at fellesfaktoren i forsøkene med 15 års mellomrom var indre smerte, skam og alkohol.

Hjelp på våre premisser

Jeg tror vi alle kan bli flinkere å ta vare på hverandre. Men vi må også forstå at ikke alle ønsker

å snakke om vonde, såre ting med familie, venner og kolleger. For mange av oss blir de relasjonene et friminutt fra det som er vanskelig. Kanskje nettopp derfor trenger vi gode tilgjengelige tjenester som kan gi hjelp på våre premisser, slik at vi som har det vanskelig, får velge hjelpen og hjelperen vi tror kan hjelpe. Jeg var heldig som fant ei jeg stolte på, ei som i en travel hverdag møtte meg der jeg var, som forstod skammen min. Ei som så at jeg ikke hadde tid til vurderinger i henvisningsmottak, eller til å kjempe for å få plass på en privatpraktiserende psykologs ventelister. Alle er ikke så heldige.

Teksten er opprinnelig publisert som et debattinnlegg i Stavanger Aftenblad 02.01.2020. Gjengis med fullt navn her etter avtale med forfatter.

Referanser

- Bagge, C. L., & Borges, G. (2017). Acute Substance Use as a Warning Sign for Suicide Attempts: A Case-Crossover Examination of the 48 Hours Prior to a Recent Suicide Attempt. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), 691-696. doi:10.4088/JCP.15m10541
- Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., Louzon, S., McCarthy, J. F., & Katz, I. R. (2017). Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. *Addiction*, 112(7), 1193-1201.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(03), 395-405.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all cause and suicide mortality in mental disorders: a meta review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. doi:10.1002/wps.20128
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*, 10(5), e0126870. doi:10.1371/journal.pone.0126870
- Folkhelseinstituttet. (2019). Dødsårsaksregisterets statistikkbank. Retrieved from: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Gray, D., Coon, H., McGlade, E., Callor, W. B., Byrd, J., Viskochil, J., . . . McMahon, W. M. (2014). Comparative Analysis of Suicide, Accidental, and Undetermined Cause of Death Classification. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 304-316. doi:10.1111/sltb.12079
- Gråwe, R. W., & Ruud, T. (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. *SINTEF Rapport*.
- Helse Stavanger. (2019). *Brukerplan - årsrapport 2018*. Retrieved from: www.brukerplan.no
- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelse*. Retrieved from Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2012b). *Opptrappingsplanen for rusfeltet - resultat og virkemidler* Retrieved from Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meldst-30-20112012/id686014/sec12>
- Helsedirektoratet. (2016). *Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014*. Retrieved from Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/private-aktorer-i-spesialisthelsetjenesten-omfang-og-utvikling-2010-2014/>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Retrieved from Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonal faglig retningslinje*. Retrieved from Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018*. Retrieved from Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. Retrieved from Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdose-strategi-2019-2022/id2636987/>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse*. Retrieved from Helsetilsynet: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplaster/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7_2019.pdf
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563-570. doi:10.1037/0022-006X.67.4.563
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31. doi:10.1037/h0080151

- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2017). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.012
- Merrall, E. L., Bird, S. M., & Hutchinson, S. J. (2012). Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: record-linkage study. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 24-32. doi:10.1016/j.drugpo.2011.05.010
- Merrall, E. L., Bird, S. M., & Hutchinson, S. J. (2013). A record-linkage study of drug-related death and suicide after hospital discharge among drug-treatment clients in Scotland, 1996-2006. *Addiction*, 108(2), 377-384. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04066.x
- Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS). (2020). Retrieved from <https://www.kvalitetsregistre.no/register/nasjonalt-kvalitetsregister-behandling-av-skadelig-bruk-eller-avhengighet-av-rusmidler-kvarus>
- Næss, P., Erlandsen, M. A., & Sjøfjell, T. (2019). *Akutte tjenester for rusmiddelavhengige. Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt*. Retrieved from Nasjonal kompetansetjeneste TSB: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tseb>
- Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Datakvaliteten i Dødsårsaksregisteret. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 135, 768-770. doi:10.4045/tidsskr.14.1065
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), e282-e291. doi:10.1093/pubmed/fdv148
- Rockett, I. R. H., Caine, E. D., Connery, H. S., D'Onofrio, G., Gunnell, D. J., Miller, T. R., . . . Jia, H. (2018). Discerning suicide in drug intoxication deaths: Paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history. *PLoS One*, 13(1), e0190200. doi:10.1371/journal.pone.0190200
- Rossow, I., & Jørgensen, R. (2013). Suicidal atferd blant alkoholmisbrukere: omfang, kjennetegn og videre oppfølging. *Suicidologi*, 18(3). doi:<http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2242>
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492-501.
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M., & Iversen, H. H. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017*. Retrieved from: https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2488115/Skudal_2017_Pas.pdf?sequence=1:
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Retrieved from: <http://www.helsedirektoratet.no>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., & et al. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
- Stavanger Aftenblad. (2020, 2. januar). Ja, vi må tørre å snakke om selvmord! Retrieved from: <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/Ad9kj5/ja-vi-ma-trre-a-snakke-om-selv-mord?fbclid=IwAR-21WxNdwXHo3JA4RPSF1nMLm122EwL-Qwp3WtiH-qN4p2N7ec0ckf2fE1uE>
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 138. doi:10.4045/tidsskr.18.0274
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302-313. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018a). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 - en nasjonal registersstudie*. Retrieved from: www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018b). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751-759. doi:10.1176/appi.ps.201700475
- WHO. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016 Retrieved from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/XX>.

Oversikt over figurer og tabeller

Tabeller

- | | |
|---|---|
| 1.1 Antall selvmord i befolkningen samt antall og andel selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 | 1.18 Diagnoser siste år for personer som kun hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 |
| 1.2 Antall selvmord per år og rate per 1000 pasienter blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | 1.19 Bruk av tjenester blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.3 Antall selvmord i de regionale helseforetakene blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | 1.20 Tid fra siste kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.4 Antall selvmord fordelt på kjønn og hvorvidt de hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 | 1.21 Kjønn og aldersfordeling blant personer i kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.5 Kjønnsfordeling av antall selvmord per år blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | 1.22 Diagnoser siste år for personer i kontakt med både TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.6 Alder og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | 1.23 Bruk av tjenester blant personer i kontakt med TSB og psykisk helsevern siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.7 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 | 1.24 Tid fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor og behandlingsstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.8 Antall personer i kontakt med de ulike sektorene siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | 2.1 Alder og kjønnsfordeling blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord 2009–2017 |
| 1.9 Behandlingsstatus på tidspunkt for selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år 2009–2017 | 2.2 Hoveddiagnose blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord 2009–2017 fordelt på kjønn |
| 1.10 Antall personer som har mottatt døgnopphold siste år og siste 90 dager før selvmord i perioden 2009–2017 | 2.3 Bidiagnoser ved siste kontakt med TSB før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.11 Antall døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009–2017 | 2.4 Ruslidelse: Klinisk tilstand blant personer med siste kontakt i TSB før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.12 Varighet av siste døgnopphold for personer i kontakt med TSB siste år før selvmord 2009–2017 | 2.5 Behandlingsstatus på tidspunkt for selvmord blant personer med siste kontakt i TSB i perioden 2009–2017 |
| 1.13 Antall personer som har hatt poliklinisk kontakt siste år og siste 90 dager før selvmord i perioden 2009–2017 fordelt på sektor | 2.6 Tid fra siste kontakt i TSB til selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.14 Antall direkte polikliniske kontakter siste år blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB i perioden 2009–2017 | 2.7 Antall i kontakt med offentlig og privat institusjon innenfor TSB før selvmord i perioden 2009–2017 |
| 1.15 Diagnoser siste år blant personer i kontakt med TSB året før selvmord i perioden 2009–2017 | |
| 1.16 Forekomst av affektive- eller angstlidelser fordelt på ruslidelse siste år før selvmord i perioden 2009–2017 | |
| 1.17 Kjønn og aldersfordeling blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 | |

Figurer

- 1.1** Kobling og uttrekk av registerdata fra DÅR og NPR for personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2017
- 1.2** Antall selvmord per år blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017
- 1.3** Selvmordsrate per 1000 pasienter i TSB fra 2009 til 2017
- 1.4** Selvmordsrate i TSB per år 2010–2017 fordelt på kjønn
- 1.5** Selvmordsrater for personer i kontakt med TSB siste år 2010–2017 fordelt på aldersgrupper
- 1.6** Selvmordsrate per aldersgruppe fordelt på kjønn for personer i kontakt med TSB året før selvmord 2010–2017
- 1.7** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017 fordelt på kjønn
- 1.8** Type substans brukt ved selvmord ved forgiftninger i perioden 2009–2017
- 1.9** Andel personer med døgnopphold siste år før selvmord i perioden 2009–2017. Alle sektorer inkludert.
- 1.10** Kumulativ fordeling av tid siden siste utskrivelse fra døgntil behandling i henholdsvis TSB og psykisk helsevern
- 1.11** Tid fra siste kontakt til selvmord blant personer som kun hadde kontakt med TSB siste år
- 1.12** Tid fra siste kontakt i TSB og psykisk helsevern til selvmord for de som hadde kontakt med begge sektorene i løpet av siste år
- 2.1** Antall selvmord per år blant personer som hadde siste kontakt med TSB i perioden 2009–2017
- 2.2** Hoveddiagnose fordelt på ICD-10 kategorien blant personer som hadde siste kontakt med TSB i perioden 2009–2017
- 2.3** Kumulativ fordeling av tid fra siste kontakt med TSB til selvmord fordelt på pågående poliklinisk kontakt, avsluttet poliklinisk kontakt samt pasienter utskrevet fra døgntil behandling

Selv mord innen ett år etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2009-2017

480 personer hadde vært i kontakt med TSB året før dødsfallet
1/10
av alle selvmord i Norge

 Dobbelt så mange **menn** som **kvinner**

1 av 3
kun kontakt med TSB
2 av 3
kontakt med både TSB og PHV

Selv mordsrate i TSB
1,93 selvmord
per 1000 pasienter

68 %
hadde døgnerbehandling siste år
Svært få
selvmord under døgnerbehandling i TSB

Alkoholbrukslidelser
vanligste ruslidelse

 **46%**
siste år

Depresjon eller angst siste år

1/3  **1/2**

Implikasjoner for forebygging

1. Fokus på **alkoholbrukslidelser**
2. Brukere av både **TSB** og **PHV** viktig målgruppe
3. **Integrert behandling** av samtidig rus og psykisk lidelse
4. **Tilpassede og tilgjengelige** tjenester
5. **Oppfølging** etter utskrivelse