

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk
helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Selvmord under Covid-19-pandemien

Fredrik A. Walby • Helene Astrup • Martin Ø. Myhre • Sissel M. Bélanger

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Bakgrunn	8
Om denne rapporten	8
Metode	9
Registerdata	10
Kartleggingsskjemaet	10
Formalia, personvern og datasikkerhet	11
Analyse av data	11
Resultater	12
Del 1 Implementering av Kartleggingssystemet	13
Resultater	14
Del 2 Selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus	21
2.1 Selvmord blant personer i kontakt med minst én av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året	24
2.2 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V det siste året	30
2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året	69
2.4 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU det siste året	89
Del 3 Selvmord under Covid-19-pandemien blant personer som hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året	91
Begrensninger	98
Oppsummering	99
Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene	100
Anbefalinger som videreføres basert på tidligere implikasjoner	100
Anbefalinger for å forebygge flere selvmord i PHV-V	100
Referanser	102
Oversikt over tabeller og figurer	104
Tabeller	104
Figurer	105

Forord

Dette er Kartleggingssystemets 9. rapport. Etter som antall selvmord i tjenestene er akkumulert over årene etter at Kartleggingssystemet startet opp i 2019, er det i denne rapporten mulig å vise mer detaljerte data på ulike undergrupper. Likevel er det et tydelig funn som går igjen over alle årene; antall selvmord justert for antall pasienter i tjenestene er med få unntak veldig stabilt. Det samme gjelder for den høye andelen som er i kontakt med tjenestene det siste året før selvmord, samt andre sentrale funn. Også områder der det mest åpenbart kan synes å være rom for kvalitetsforbedringer – som høy forekomst av uspesifikke diagnoser, kort tid mellom kontakt og selvmord, særlig i forbindelse med utskriving fra døgnenhet, samt relativ lav forekomst av kriseplaner og kontakt med pårørende i forkant av selvmordet – ser så langt ut til å variere lite fra år til år.

Det at mange av våre sentrale funn er så stabile fra år til år viser et klart behov for fortsatt monitorering av selvmord under og etter behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mer forebygging vil bety mange liv spart, med de omfattende og alvorlige konsekvensene som selvmord har, for avdøde, de etterlatte, helsepersonell og systemene rundt, samt for samfunnet i sin helhet. Vi er derfor glade for at Helse- og omsorgsdepartementet i 2025 ga Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i oppgave å utrede hvordan Kartleggingssystemet kan sikres en fast forankring etter at nåværende tillatelser utløper ved utgangen av 2027. Vi har naturligvis bidratt aktivt i dette arbeidet, og etter et effektivt og godt samarbeid i en stor og bredt sammensatt arbeidsgruppe som også inkluderte etterlatteorganisasjonen LEVE og pårørendeorganisasjonen Ivareta, ble en omfattende utredning levert til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2025.

Arbeidet med videre forankring ble ledet av seniorrådgiver Karin Gravbrøt fra Helsedirektoratet. Hun har vært helt sentral i arbeidet med utvikling og implementering av Kartleggingssystemet. Karin har også vært sentral innenfor andre deler av selvmordsforebyggingen og har nå blitt pensjonist. Vi vil takke så mye for et meget godt samarbeid i over 10 år.

Nytt i denne rapporten er at vi har sett på data som omhandler tiltak i helseforetakene etter selvmord. Vi har sett på gjennomføring av intern gjennomgang, innmelding til Statens helsetilsyn og om pårørende har blitt tilbudt møte med virksomheten etter dødsfallet. Dette er viktige elementer i systematisk pasientsikkerhetsarbeid som ikke har vært tilgjengelige i Norge tidligere.

Vi beskriver også selvmord før, under og etter covid-19-pandemien, blant personer som hadde kontakt med tjenestene det siste året. Det har vært omfattende spekulasjoner om betydningen av denne pandemien for selvmordsraten og ikke minst for ulike høyrisikogrupper. Funnene gir ny kunnskap om hvordan store ytre endringer, som en pandemi, kan påvirke kontakt med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus.

Til slutt, men ikke minst; takk til medarbeiderne i Kartleggingssystemet og til det øvrige miljøet på NSSF for alle bidrag til å ferdigstille rapporten. En særlig takk til rådgiver Helene Astrup som har holdt tråden hele veien og sørget for at rapporten ble ferdig.

Fredrik A. Walby

Forsker / psykologspesialist

Prosjektleder, Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fungerende senterleder, NSSF, UiO

Sammendrag

Bakgrunn

Kartleggingssystemets oppdrag er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Målet er å identifisere kjennetegn ved selvmord i denne pasientgruppen, identifisere mulige forbedringsområder og behov for forebyggende tiltak på systemnivå, samt evaluere effekten av tiltak som iverksettes.

I denne årsrapporten er formålet å:

1. presentere oppdaterte data frem til 2022 på selvmord i psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt utvalgte data fra psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)
2. beskrive tidstrender gjennom Covid-19-pandemien, samt beskrive noen mulige faktorer som kan bidra til å forklare eventuelle endringer.

Metode

Kartleggingssystemet benytter et hybrid design, som kombinerer registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk Pasientregister (NPR) med data fra et spørreskjema som fylles ut av behandler etter et selvmord. Registerdata og data fra kartleggingsskjemaet kobles sammen og analyseres på aggregert nivå.

Hovedfunn

Del 1 Implementering av Kartleggingssystemet

Totalt over tidsperioden har dekningsgraden økt og lå på 94,6 % i 2022.

Del 2 Selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus

Alle sektorer

I 2022 hadde 298 personer kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord, dette tilsvarer 46,4 % av alle selvmord i Norge i 2022, 37,4 % hadde hatt kontakt i løpet av de siste 90 dagene før selvmord.

PHV-V

- Antall selvmord blant kvinner som var i kontakt med PHV-V det siste leveåret økte i perioden 2021 til 2022 (fra 76 til 104), dette etter en tydelig nedgang fra 2020–2021. Antall selvmord blant menn har holdt seg stabilt de siste årene, i 2022 hadde 161 menn kontakt med PHV-V det siste året før selvmord.
- Den totale selvmordsraten i PHV-V var på henholdsvis 110,4 og 244,1 per 100 000 pasienter blant kvinner og menn i perioden 2010–2022. Blant kvinner gikk selvmordsraten betydelig ned i 2021, men økte igjen i 2022. Blant menn gikk selvmordsraten noe ned i 2022 etter å ha vært stabil i flere år.
- Selvmordsraten (2010–2022) blant personer med poliklinisk kontakt det siste året var 151,8 per 100 000 pasienter. Blant kvinner gikk raten betydelig ned fra 2019–2021, men økte igjen i 2022. Blant menn har raten gått ned fra 2019–2022.

- Totalt hadde 66,6 % hatt døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord. Selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold var 573,2 per 100 000 pasienter. Blant kvinner gikk raten kraftig ned i 2021 (fra 470–296 per 100 000 pasienter), men i 2022 økte den igjen og var på sitt høyeste i tidsperioden (549 per 100 000 pasienter). Blant menn gikk raten ned i 2022 etter å ha økt i flere år.
- Affektive lidelser var den vanligste diagnosegruppen, og depressive episoder var den vanligste psykiske lidelsen etterfulgt av tilbakevendende depressiv lidelse.
- Basert på data fra Kartleggingssystemet for perioden 2018–2022 døde 824 personer (68 %) innen 30 dager etter siste kontakt mens 387 (32 %) døde etter lengre tid.
- Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, ble det gjennomført en intern gjennomgang i 80,3 % av tilfellene, 83,3 % av tilfellene ble meldt inn til Statens helsetilsyn og pårørende ble tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet i 79,2 % av tilfellene.
- Andelen respondenter som svarte at hendelsen hadde ført til læring i organisasjonen var 40 % blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt.

TSB

- Antall selvmord blant kvinner i kontakt med TSB det siste året gikk betydelig ned i 2021 (fra 22 i 2020 til 13 i 2021), men gikk opp igjen til 22 i 2022. Blant menn har antallet gått noe ned de siste årene.
- I motsetning til PHV-V, var det små kjønnsforskjeller i selvmordsraten i TSB, henholdsvis 190,7 og 208,2 per 100 000 pasienter for kvinner og menn.
- To av tre som døde i selvmord etter kontakt med TSB det siste året før selvmord hadde også hatt kontakt med PHV-V i løpet av det siste året. I 2022 lå andelen på 60,7 %.
- Henholdsvis 64,8 % og 50,2 % av kvinnene og mennene hadde en historikk med villet egenskade.

PHV-BU

- I perioden 2010–2022 var det gjennomsnittlig 8 selvmord per år blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før dødsfallet, dette tilsvarer en selvmordsrate på 0,18 per 1000 pasienter.

Del 3 Selvmord under Covid-19-pandemien blant personer som hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

- Under Covid-19-pandemien døde 560 personer i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.
- Gjennomsnittlig antall selvmord per måned i pandemi-perioden var 24,5, sammenlignet med 26,1 i både pre- og post-pandemi-perioden.
- Vi fant en tendens til reduksjon i antall selvmord per dag under andre og tredje nedstenging, men estimatene har stor usikkerhet.

Anbefalinger

Følgende anbefalinger er basert på denne og tidligere rapporter, med hovedfokus på forebygging av selvmord i PHV-V:

- Sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og omfang av spesialiserte tjenester innenfor PHV-V og TSB
- Villet egenskade og andre former for suicidal atferd identifiseres og adresseres direkte og tiltak rettet mot suicidal atferd integreres i behandlingen
- Integrere selvmordsforebyggende tiltak i hele behandlingsforløpet
- Rask og tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse fra døgnopphold
- Avdekke ruslidelser også i PHV-V og sikre integrert behandling for samtidig rus og psykisk lidelse
- Oppmerksomhet og tiltak ved økt symptomtrykk
- Være oppmerksom på pasienter med omfattende og langvarige psykososiale belastninger
- Styrke systembaserte tilnærminger til forebygging i psykisk helsevern
- Individualiserte kliniske vurderinger av selvmordsrisiko
- Rutiner og tiltak for å sikre at pasienter møter opp til avtaler
- Mer systematisk monitorering av medikamentell behandling
- Rutiner for kontakt med og involvering av pårørende

Bakgrunn

Kartleggingssystemets oppdrag er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord som skjer under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, herunder psykisk helsevern for voksne (PHV-V), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) samt avtalespesialister innen disse tjenestene. Målet med en systematisk kartlegging av alle selvmord i denne pasientgruppen er å identifisere sårbare områder i behandlingsapparatet, identifisere mulige forbedringsområder og forebyggende tiltak på systemnivå og kunne evaluere effekten av tiltak som iverksettes. En løpende nasjonal oversikt gir også mulighet til å monitorere endringer over tid. Viser til den første årsrapporten (Walby, Astrup, et al., 2021) for utdypende beskrivelse av Kartleggingssystemets bakgrunn.

Vi har tidligere publisert tre nasjonale rapporter basert på registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR). Disse rapportene viser omfanget av selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge, henholdsvis én rapport på alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (Walby et al., 2018), én rapport for TSB (Walby et al., 2020) og én rapport for PHV-BU (Walby, Astrup, et al., 2022). I 2022 ga vi også ut en tematisk rapport på selvmord med illegale rusmidler blant personer som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før dødsfallet (Myhre et al., 2022). Vi har tidligere publisert tre årsrapporter (Walby, Astrup, et al., 2021; Walby et al., 2023, 2024) som i tillegg til registerdata inkluderer informasjon fra et nettbasert skjema utfyllt av behandlere i tjenestene (videre omtalt som kartleggingsskjemaet).

Selv mord hos personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus påvirkes av samfunnet rundt. Den 11. mars 2020 erklærte WHO at spredningen av Covid-19-viruset representerte en pandemi (WHO, 2025), og den 12. mars ble det iverksatt omfattende tiltak i Norge for å begrense spredningen av Covid-19-viruset (Regjeringen, 2021). I starten av Covid-19-pandemien var det uttrykt bekymring for at pandemien og tiltakene som ble iverksatt skulle øke risikoen for selvmord. I tillegg var dette en utfordrende tid for helsetjenesten som raskt måtte tilpasse seg en krevende pandemisituasjon. Studier fra de første ti månedene av Covid-19-pandemien viste at selvmordsraten hverken økte i pasientpopulasjonen (Walby, Myhre, et al., 2022) eller i den generelle befolkningen i Norge (Stene-Larsen et al., 2022). Det påfølgende året av pandemien har frem til nå vært mindre undersøkt, og belyses her for første gang.

Om denne rapporten

Formålet med denne rapporten er først å beskrive oppdaterte registerdata for 2022 på personer som har vært i kontakt med minst én av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord. Disse vil sammenlignes med tidstrender tilbake til 2010. Deretter vil vi beskrive data fra kartleggingsskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2022. Disse dataene supplerer registerdataene med viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet. Denne rapporten er en videreføring av forrige årsrapport med én ekstra årgang. Vi har vektlagt å vise data og figurer på samme måte som i tidligere rapporter for å kunne beskrive utvikling over tid, men har også lagt til noen nye figurer med fokus på tiden etter dødsfallet i helsetjenesten. I del 2 har vi hovedsakelig fokusert på PHV-V, men har også med utvalgte registerdata og data fra kartleggingsskjemaet for TSB, samt noen utvalgte

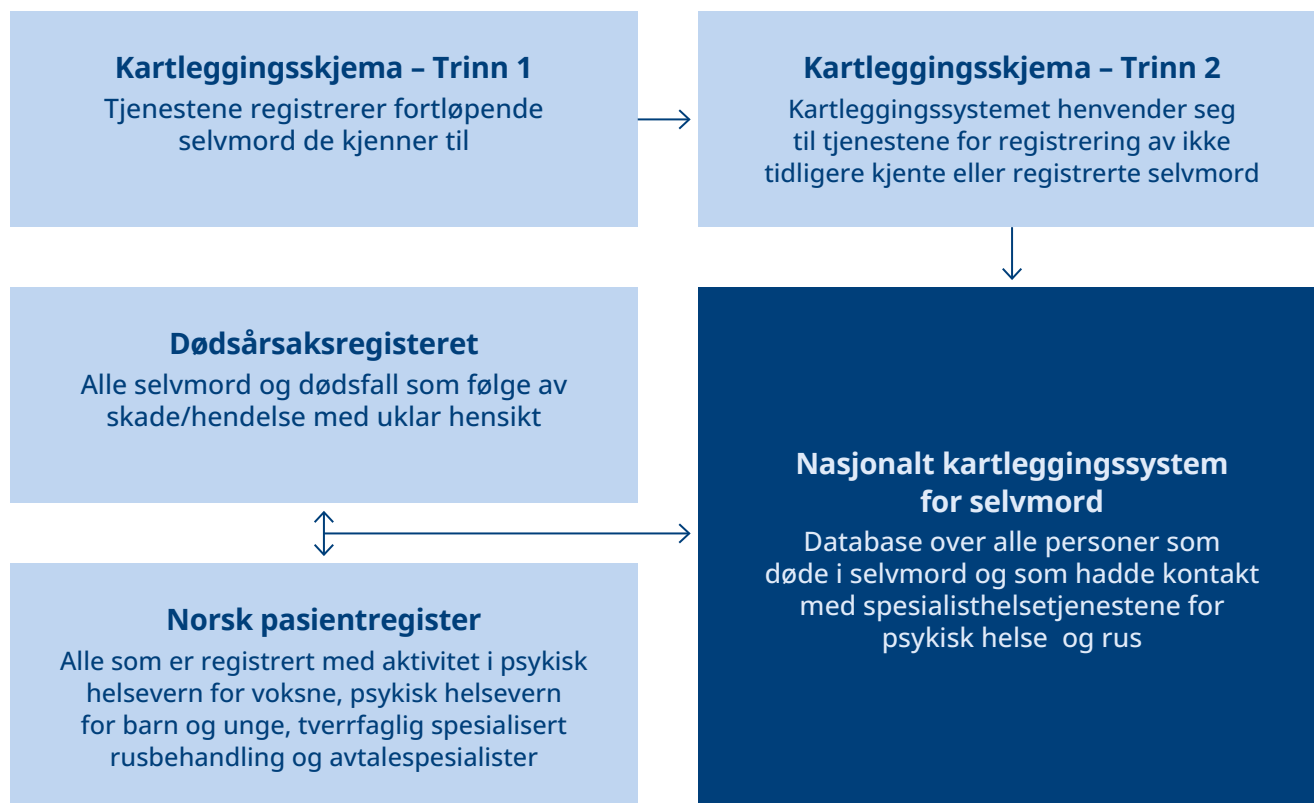
Metode

registerdata for PHV-BU. På grunn av et begrenset datamateriale fra kartleggingsskjemaene for PHV-BU kan vi ikke analysere dataene for denne sektoren før vi har flere årganger tilgjengelig.

I del 3 beskriver vi utviklingen av selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før dødsfallet. Vi beskriver også utviklingen i pandemiens ulike faser som besto av flere nedstengninger og gjenåpninger av samfunnet.

I Kartleggingssystemet registreres opplysninger om alle personer i Norge som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU eller avtalespesialister det siste året før dødsfallet. Datainnsamlingen gjøres med et hybrid registerdesign, noe som betyr at vi kombinerer nasjonale registerdata fra DÅR og NPR med data fra kartleggingsskjemaet. Denne metoden er grundig beskrevet i tidligere publikasjoner (Myhre et al., 2023; Walby et al., 2017), samt på våre hjemmesider (www.uio.no/kartleggingssystemet). En kortfattet oversikt over datakilder og oppbygning av systemet er illustrert i figur 1, og fremstillingen her er basert på de tre foregående årsrapportene (Walby, Astrup, et al., 2021; Walby et al., 2023, 2024).

Figur 1 Oversikt over Kartleggingssystemets design



Registerdata

Som tidligere beskrevet (Walby et al., 2024) benytter Kartleggingssystemet registerdata fra DÅR og NPR. DÅR inneholder informasjon om dødsårsak og opplysninger rundt dødsfallet mens NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og opplysninger om pasienten, henvisninger, oppholdet og formalia i spesialisthelsetjenestene i Norge. Aktivitetsdata fra NPR er hentet fra datasettene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for barn og unge og avtalespesialister innen disse tjenestene.

Det ble først foretatt et uttrekk av alle dødsfall i perioden 2010–2022 registrert som selvmord eller følgetilstand etter skade/hendelse med uklar hensikt i DÅR (X60–X84, Y87.0, Y10–34, Y87.2) som underliggende dødsårsak. Etter at uttrekket er foretatt kobles registerdata fra DÅR med aktivitetsdata fra NPR i PHV-V, TSB, PHV-BU og for avtalespesialister innen psykisk helse og rus. Alle personer som hadde minst én direkte kontakt innenfor en av de overnevnte tjenestene, inkluderes i det endelige utvalget. For utdypende beskrivelse av registerkoblingen, variabelutvalg og metode viser vi til tidligere rapporter (Walby, Astrup, et al., 2022; Walby et al., 2018, 2020).

Kartleggingsskjemaet

Kartleggingssystemet er basert på *The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (NCISH) ved University of Manchester (NCISH, 2025). Som tidligere beskrevet (Walby et al., 2023) er metoden tilpasset norske forhold og modifisert for å kunne inkludere de ulike spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus. Kartleggingsskjemaet inneholder spørsmål som ikke kan hentes ut fra registerdata, både om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet. Skjemaet skal fortrinnsvis fylles ut av den behandleren som sist hadde klinisk kontakt med pasienten. Kartleggingsskjemaet sendes kryptert inn til Kartleggingssystemets database.

Innsamlingen av kartleggingsskjemaer foregår ved en to-trinns prosess:

3. Selvmord hos pasienter som tjenestene er kjent med registreres fortløpende (trinn 1).
4. Etter en årlig kobling mellom DÅR og NPR der alle selvmord blant personer i kontakt med tjenestene identifiseres, henvender Kartleggingssystemet seg til tjenestene for etterregistrering av personer som ikke allerede er registrert i trinn 1 for den aktuelle årgangen.

Den tekniske løsningen og detaljert beskrivelse av innholdet i kartleggingsskjemaet, samt nærmere detaljer om datainnsamlingen er beskrevet i Myhre et al. (2023).

Vi har gjort noen mindre endringer i kartleggingsskjemaet siden det først ble tatt i bruk i april 2019. Viser til den første årsrapporten (Walby, Astrup, et al., 2021) for detaljer rundt dette.

Formalia, personvern og datasikkerhet

Kartleggingssystemet har dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 og helseregisterloven § 19e for å kunne innhente og behandle opplysninger. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har utført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som bekrefter at Kartleggingssystemet oppfyller kravene i personvernlovgivningen. Denne 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).

Kartleggingsskjemaene samles inn gjennom Nettskjematjenesten ved Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2025a). Alle data i Kartleggingssystemet lagres i en tilgangsstyrt database i *Tjenester for Sensitive Data* (TSD) ved Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2025b). TSD er en løsning utviklet for å samle inn, oppbevare og analysere sensitive data. Kun personer ansatt i Kartleggingssystemet har tilgang på data. Data utleveres ikke til andre instanser.

Koblingen av registerdata er gjennomført av NPR, og Kartleggingssystemet har ikke på noe tidspunkt hatt tilgang til direkte identifiserbar personinformasjon, slik som for eksempel fødselsnummer. Ved innsending av kartleggingsskjema fjernes fødselsnummer og erstattes med en personunik prosjekt-ID som Kartleggingssystemet får tilgang på. Viser igjen til (Myhre et al., 2023) for detaljert informasjon om prosjektets infrastruktur. Avdeling for helseregistre i Helsedirektoratet er nøkkelforvalter for fødselsnumrene.

Data i denne rapporten presenteres på en slik måte at enkeltpersoner eller enheter ikke kan gjenkjennes eller identifiseres av andre.

Analyse av data

Data er analysert med Tidyverse pakkene (Wickham og R Studio, 2017) i R versjon 4.2.3 (Cran-R project, 2022). Resultatene rapporteres hovedsakelig som frekvenser og andeler. Tid fra siste kontakt til selvmord rapporteres som kontinuerlig variabel med dager som enhet og median blir benyttet grunnet skjevfordelte data. Vi har også rapportert noen funn som rater. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i de aktuelle sektorene det siste året fordelt på kjønn, er brukt som populasjon for å estimere ratene. Selvmordsratene i PHV-V og TSB er ujusterte og beregnet per 100 000 pasienter. Selvmordsratene i PHV-BU er ujusterte og beregnet per 1000 pasienter. Konfidensintervaller for rater er regnet ut med deltametoden.

For å beskrive datakvaliteten i Kartleggingssystemet har vi i denne rapporten undersøkt om andelen «ukjent»- eller «vet ikke»-besvarelser henger sammen med om kartleggingsskjema leveres i trinn 1 (løpende registrering) eller trinn 2 (etterregistrering). Vi brukte logistisk regresjon for å beskrive sammenhengen mellom «ukjent»- eller «vet ikke»-besvarelser og hvilket trinn skjemaene var levert i, og undersøkte dette over 51 kategoriske variabler i Kartleggingsskjemaet.

For å undersøke forskjeller i forekomst av selvmord og kjennetegn under Covid-19-pandemien delte vi perioden opp i en pre-pandemi-periode (01.01.2018–11.03.2020), pandemi-periode (12.03.2020–11.02.2022) og en post-pandemi-periode (12.02.2022–31.12.2022) basert på regjeringens tidslinje over tiltak under Covid-19-pandemien (Regjeringen, 2021). Tre-måneders rullerende gjennomsnitt ble brukt for å glatte ut tidstrendene per måned. For å ta høyde for forskjellig varighet av periodene estimerte vi antall selvmord per dag og brukte Poisson regresjon til å sammenligne forekomsten i pandemi- og

Resultater

post-pandemi-perioden med pre-pandemi-perioden. Siden pandemi-perioden besto av flere nedstengninger og gjenåpninger identifiserte vi tre nedstengningsperioder og to gjenåpningsperioder basert på regjeringens tidslinje over tiltak under Covid-19-pandemien. Første nedstengning er datert til 12.03.2020–14.06.2020, andre nedstenging er datert til 28.10.2020–26.05.2021, men tredje nedstengning, som var mildere enn de to andre, er datert til 30.11.2021–11.02.2022 (Regjeringen, 2021). Poisson regresjon ble brukt for å undersøke forskjeller i forekomst i de ulike pandemi-fasene sammenlignet med perioden før. På grunn av små tall og få datapunkter per fase har vi ikke rapportert tre-måneders rullerende gjennomsnitt per fase i pandemi-perioden.

Denne rapportens resultatdel er strukturert på følgende måte:

I første del av denne rapporten viser vi implementeringen av Kartleggingssystemet og utviklingen når det gjelder innsamling av kartleggingsskjemaer fra helseforetakene samt private institusjoner med avtale og avtalespesialister i perioden 2018–2022.

I andre del beskriver vi registerdata for perioden 2010–2022 samt data fra kartleggingsskjemaer fra perioden 2018–2022.

I tredje del av rapporten viser vi fordelingen av selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien, basert på registerdata.

Del 1

Implementering av Kartleggingssystemet

Vi har tidligere beskrevet implementeringen av 2018 årgangen, som var det første året Kartleggingsskjemaer ble samlet inn (Walby, Myhre, et al., 2021), samt implementeringen for årene 2019–2020 og 2021 i de to forrige rapportene (Walby et al., 2023, 2024). I de fleste tabellene og figurene som følger har vi inkludert data for årene 2018–2022 for å kunne sammenligne årgangene og følge utviklingen.

Resultater

Tabell 1.1 Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2022

Årgang	2018	2019	2020	2021	2022
Kartleggingsskjema (n)	265	301	288	314	300
Koblingsnøkkel (n)	263	306	290	298	294
Registerdata (n)	334	333	325	315	311
Indirekte kontakt	18	9	14	8	6
Venteliste	12	7	6	6	7
Gyldig kobling registerdata-koblingsnøkkel (n)	263	306	290	295	294
Til stede i koblingsnøkkel, men uten kartleggingsskjema (n)	3	7	6	5	7
Gyldig kobling registerdata-kartleggingsskjema	260	299	284	290	287
Kartleggingsskjema med feil	0	2	4	0	0
Indirekte kontakt	8	3	3	10	5
Totalt	252	296	281	280	282
Dekningsgrad (%)	82,9	93,4	92,1	93,0	94,6

Registerkoblingen mellom Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR) for 2022 besto av 311 personer (Tabell 1.1). Dette utvalget inkluderer selvmord blant personer som hadde kontakt med én eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister) det siste året, og inkluderer også seks personer med kun indirekte kontakt det siste året og syv personer på venteliste. Når disse ekskluderes fra utvalget, blir antall personer med direkte kontakt det siste året 298 personer.

Koblingsnøkkelene inneholder alle personer som har en gyldig kobling mellom fødselsnummer fra kartleggingsskjema og registerkoblingen mellom DÅR og NPR. Personer vi mottok kartleggingsskjemaer for, men som ikke ble gjenfunnet i registerkoblingen, ble slettet. Dette gjaldt for 15 personer i 2022.

Koblingsnøkkelene for 2022 besto av 294 personer (Tabell 1.1). I likhet med de foregående årgangene viste det seg at noen skjemaer kun hadde koblingsnøkkel til registerdata, men ikke kartleggingsskjema. I 2022 gjaldt dette syv skjemaer. En mulig forklaring kan være at kartleggingsskjemaet er påbegynt, men ikke fullført, slik at kun første del av skjemaet med koblingen er sendt inn, og ikke selve skjemaet. Siden vi ikke har direkte identifiserbar informasjon, er det vanskelig å verifisere årsaken. Totalt antall kartleggingsskjemaer med gyldig kobling til registerdata var derfor 287 for 2022. Vi mottok fem skjemaer der det viste seg å være indirekte kontakt.

Dekningsgraden for de fem årene var henholdsvis 82,9 %, 93,4 %, 92,1 %, 93,0 % og 94,6 %.

Tabell 1.2 Dekningsgrad per sektor og år, 2018–2022

Sektor	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
PHV-V	82,1	97,1 %	95,6 %	95,2 %	96,2 %	93,3 %
TSB	88,0	93,9 %	89,1 %	90,2 %	89,1 %	90,1 %
BUP	80,0	75,0 %	91,7 %	92,3 %	100 %	88,6 %
Avtalespesialister	80,0	50,0 %	57,9 %	72,2 %	71,4 %	65,9 %

Totalt var dekningsgraden på registrerte skjemaer høyest i PHV-V (93,3 %) etterfulgt av TSB (90,1 %) (Tabell 1.2). Det var særlig stor variasjon fra år til år i andel registrerte kartleggingsskjemaer fra

avtalespesialister, og i motsetning til de andre sektorene var andelen registrerte kartleggings-skjemaer høyest i 2018.

Tabell 1.3 Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2022 ($n=1390$)

År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
2018	64	25,4	188	74,6	252
2019	117	39,5	179	60,5	296
2020	111	39,5	170	60,5	281
2021	114	40,7	166	59,3	280
2022	101	35,9	180	64,1	281
Totalt	507	36,5	883	63,5	1390

I 2022 ble henholdsvis 35,8 % og 64,1 % av skjemaene sendt inn i trinn 1 (løpende registrering) og trinn 2 (etterregistrering) (Tabell 1.3). Sammenlignet med årene før, var andelen skjemaer som ble

sendt inn i trinn 1 lavere i 2022. Siden 2018-årgangen hovedsakelig var basert på retrospektiv registrering, ser denne noe annerledes ut.

Tabell 1.4 Antall skjema fordelt på trinn per sektor, 2018–2022 (1390)

Sektor	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
PHV-V	431	39,6	657	60,4	1088
TSB	57	27,3	152	72,7	209
PHV-BU	11	28,2	28	71,8	39
Avtalespesialister	8	14,8	46	85,2	54
Totalt	507	36,5	883	63,5	1390

PHV-V sendte inn flest skjemaer (78,3 % av totalt antall skjemaer). PHV-V sendte inn en noe høyere andel skjemaer i trinn 1 sammenlignet med de andre sektorene (Tabell 1.4).

Tabell 1.5 Antall skjema fordelt på trinn per regionalt helseforetak, 2018–2022 (*n*=1390)

Regionalt helseforetak	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Helse Sør-Øst RHF	318	39,1	495	60,9	813
Helse Vest RHF	75	27,2	201	72,8	276
Helse Midt-Norge RHF	63	42,6	85	57,4	148
Helse Nord RHF	51	33,3	102	66,7	153
Totalt	507	36,5	883	63,5	1390

Som det desidert største regionale helseforetaket, ble det naturlig nok sendt inn flest skjemaer fra Helse Sør-Øst RHF (58,5 % av totalt antall skjemaer). Andelen skjemaer som ble levert i trinn

1 og trinn 2 varierte noe mellom de ulike regionale helseforetakene (Tabell 1.5). Innad i de regionale helseforetakene har alle helseforetakene i Norge levert data til Kartleggingssystemet.

Tabell 1.6 Rollen personen som registrerte kartleggingsskjema hadde ovenfor pasienten ($n=1340$)

	År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ansvarlig behandler	2018	22	34,9	54	31,0	76	32,1
	2019	51	44,0	51	30,0	102	35,7
	2020	58	53,2	54	33,5	112	41,5
	2021	65	57,0	50	32,5	115	42,9
	2022	55	54,5	58	32,6	113	40,5
	Totalt	251	49,9	267	31,9	518	38,7
Direkte kontakt	2018	26	41,3	63	36,2	89	37,6
	2019	58	50,0	54	31,8	112	39,2
	2020	64	58,7	56	34,8	120	44,4
	2021	70	61,4	66	42,9	136	50,7
	2022	63	62,4	71	39,9	134	48,0
	Totalt	281	55,9	310	37,0	591	44,1

Andelen som var ansvarlig behandler for pasienten de registrerte var høyere for trinn 1 (49,9 %) enn trinn 2 (31,9 %), og andelen ansvarlige behandlere i trinn 1 har økt i løpet av perioden, med en liten nedgang i 2022 (Tabell 1.6). I perioden 2018–2022 var totalt 38,7 % av de som registrerte skjemaer ansvarlig behandler for pasienten. Totalt hadde 44,1 % direkte kontakt

med pasienten, andelen var 55,9 % i trinn 1 og 37,0 % i trinn 2. Andelen som hadde direkte kontakt med pasienten de registrerte har også økt i løpet av perioden, men var noe lavere i 2022 sammenlignet med 2021. Avtalespesialister er ikke inkludert i disse tallene siden dette ikke er relevant i denne delen av tjenesten.

Tabell 1.7 Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet (n=1390)

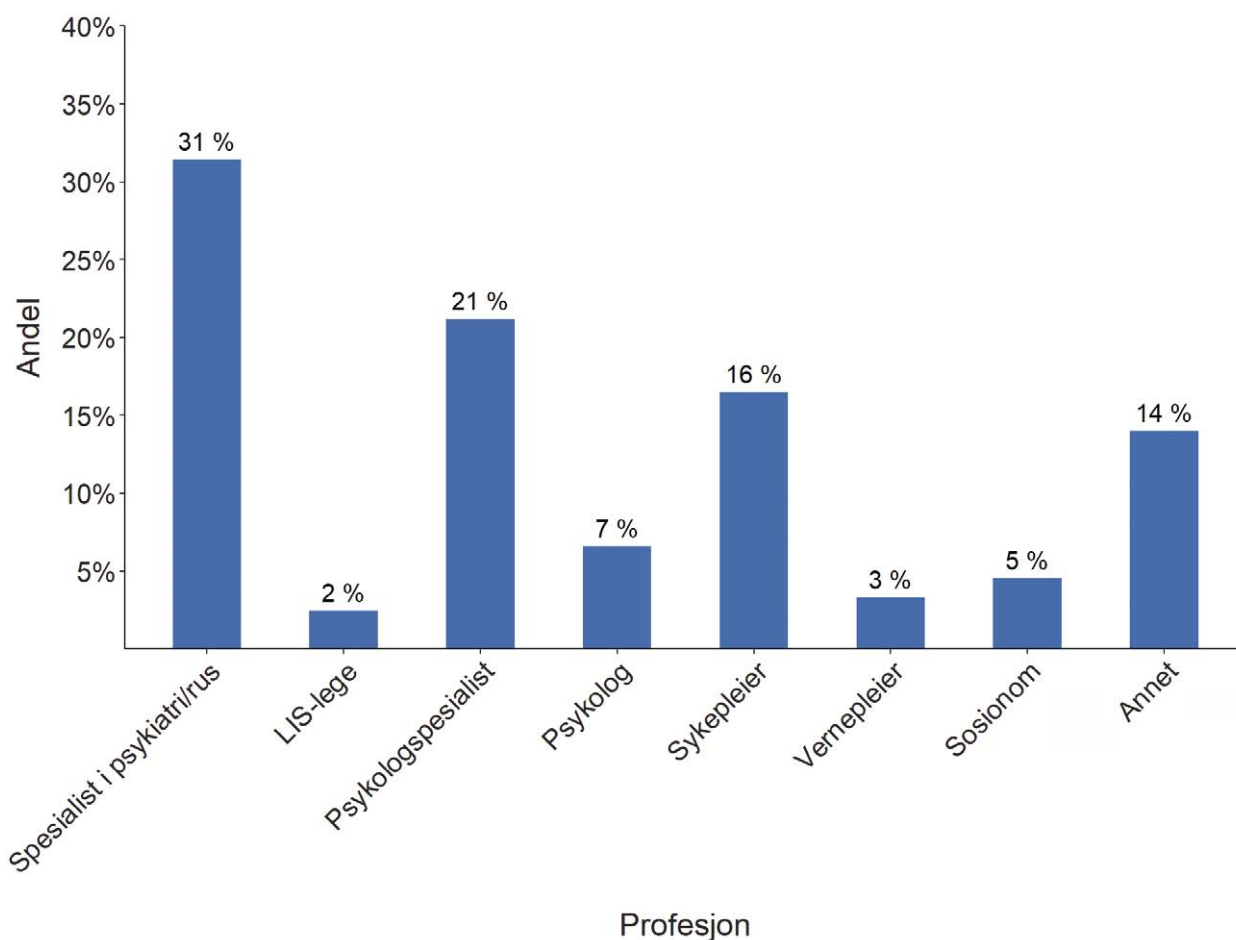
År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
2018	46	71,9	64	34,0	110	43,7
2019	82	70,1	59	33,0	141	47,6
2020	87	78,4	61	35,9	148	52,7
2021	94	82,5	63	38,0	157	56,1
2022	82	81,2	72	39,8	154	54,6
Totalt	391	77,1	319	36,1	710	51,0
Informasjon ikke gitt						
Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet	91	78,4	503	89,0	594	87,2
Pårørende er ikke kjent med dødsårsak og/eller kontakt med tjenestene	25	21,6	62	11,0	87	12,8

Halvparten oppga at de hadde informert de pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet. Andelen som informerte de pårørende om registreringen har økt over tid, men med en liten nedgang i 2022 (Tabell 1.7). I tilfellene der ikke informasjon ble gitt var *Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet* grunnen i 87,2 % av tilfellene.

Gjennomgangen av «ukjent»- og «vet ikke»-besvarelsene, og sammenhengen med hvilket trinn skjemaene var levert i – løpende registrering

(trinn 1) eller etterregistrering (trinn 2) – viste at slike svar var vanligere i trinn 2 for alle spørsmål der dette var et mulig svaralternativ. Dette er naturlig, ettersom det går lengre tid mellom selvmordet og registreringen i trinn 2. Denne sammenhengen var spesielt sterk for visse variabler som knytter seg til organisasjonens handling etter dødsfallet. For skjemaer levert i trinn 2 var behandlingen oftere avsluttet da dødsfallet skjedde, og det var vanligere at dødsfall med usikker underliggende årsak ble rapportert i trinn 2.

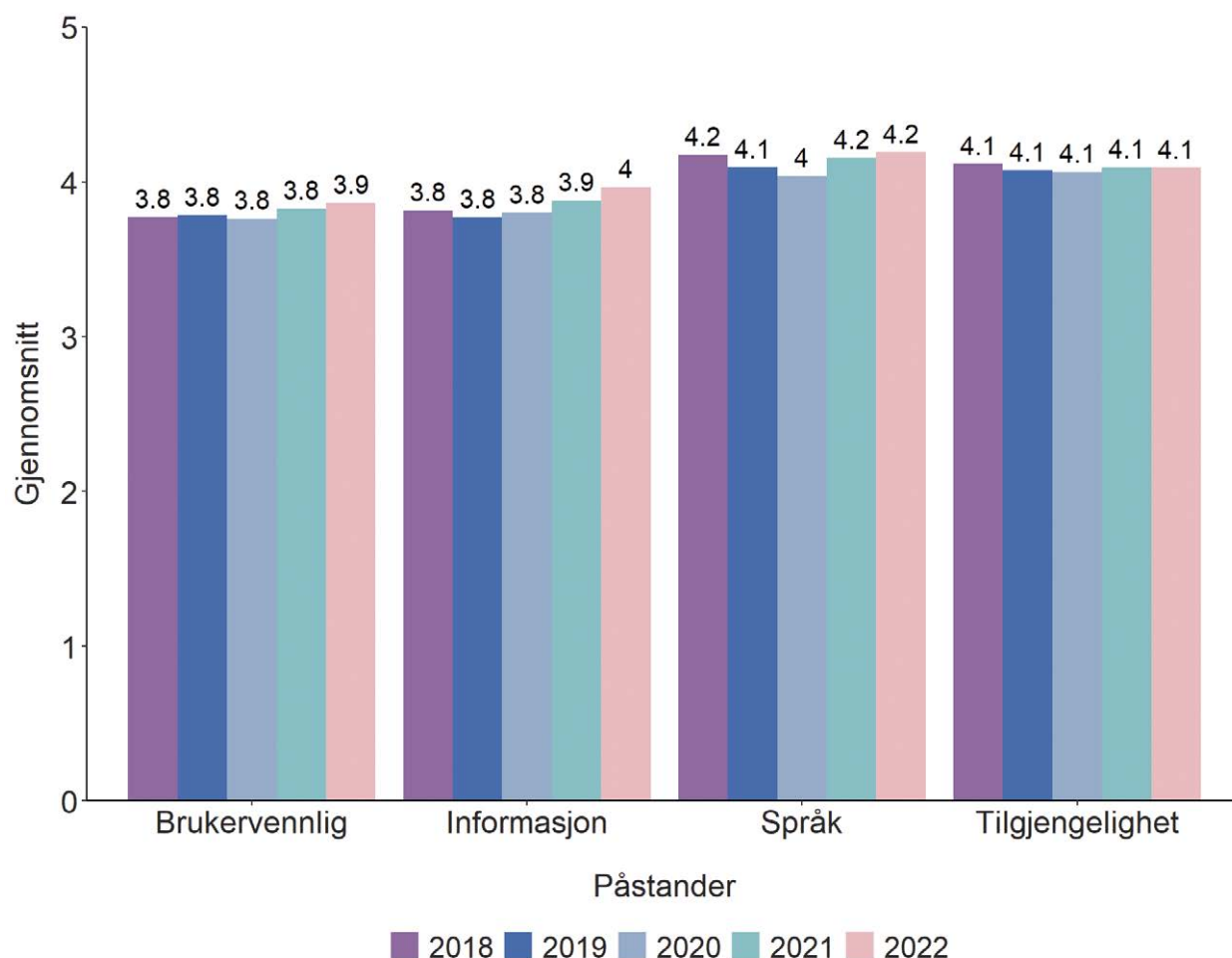
Figur 1.1 Profesjoner som har registrert kartleggingsskjemaer for selvmord i perioden 2018–2022
(n=1340)



Majoriteten av personene som registrerte kartleggingsskjemaer var spesialister i psykiatri eller rus- og avhengighetsmedisin, etterfulgt av psykologspesialister og sykepleiere (Figur 1.1). I kategorien *Annet* er det blant annet oppført

avdelingssjef, enhetsleder, seksjonsleder, kvalitetsrådgiver og spesialsykepleier. Avtalespesialister får ikke spørsmål om profesjon og er dermed ikke inkludert i figur 1.1.

Figur 1.2 Tilbakemeldinger på kartleggingsskjemaet, 2018–2022 (n=1390)



På slutten av kartleggingsskjemaet er det mulighet for å besvare et evalueringsskjema. Skalaen går fra 1–5, og de fleste spørsmålene ble rangert til rundt 4. Rangeringen har holdt seg stabil i løpet av perioden (Figur 1.2).

Det er også mulig å skrive tilbakemeldinger i fritekst. Basert på disse tilbakemeldingene har vi gjort endringer i skjemaet, både når det gjelder språklige forbedringer og spørsmålsformuleringer, samt endringer i svaralternativer.

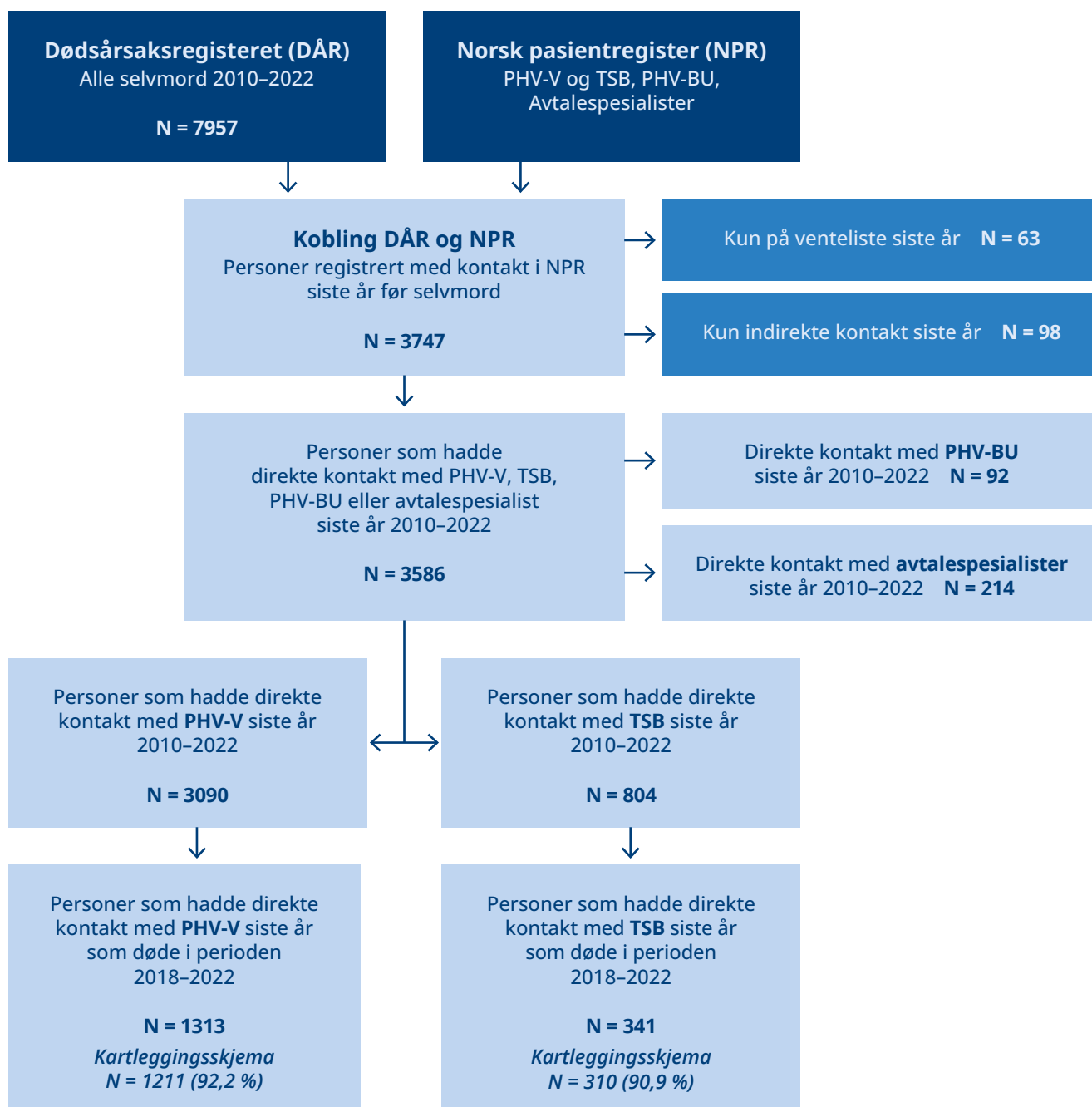
Median tid brukt på å fylle ut et kartleggings-skjema var 32 minutter. Basert på et begrenset antall selvmord per enhet i helseforetakene er dermed Kartleggingssystemets bidrag til rapporteringsbyrden minimal.

Del 2

Selv mord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus

I denne delen beskriver vi registerdata for perioden 2010–2022 samt data fra kartleggingsskjemaet for perioden 2018–2022. Først viser vi registerdata på personer i kontakt med én eller flere av tjenestene (PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister) det siste året før selvmord. Deretter viser vi registerdata og data fra kartleggingsskjemaet på henholdsvis personer som hadde kontakt med PHV-V og TSB det siste året før selvmord.

Figur 2.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2022, samt data fra kartleggingsskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2022



Figur 2.1 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2010–2022. Figuren viser antall personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister det siste året før selvmord i perioden 2010–2022, samt antall personer som var i direkte kontakt med PHV-V og TSB det siste året før selvmord i perioden 2018–2022 og antall personer med kartleggingsskjemaer innenfor disse to sektorene i denne perioden.

Personer kan ha vært i kontakt med flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord. I perioden 2010–2022 hadde 508 personer direkte kontakt i både PHV-V og TSB det siste året. I perioden 2018–2022 hadde 216 personer direkte kontakt i begge sektorer,

og 198 kartleggingsskjemaer gjelder personer med kontakt i både PHV-V og TSB det siste året – noe som fører til at disse personene både inkluderes i del 2.2 og del 2.3.

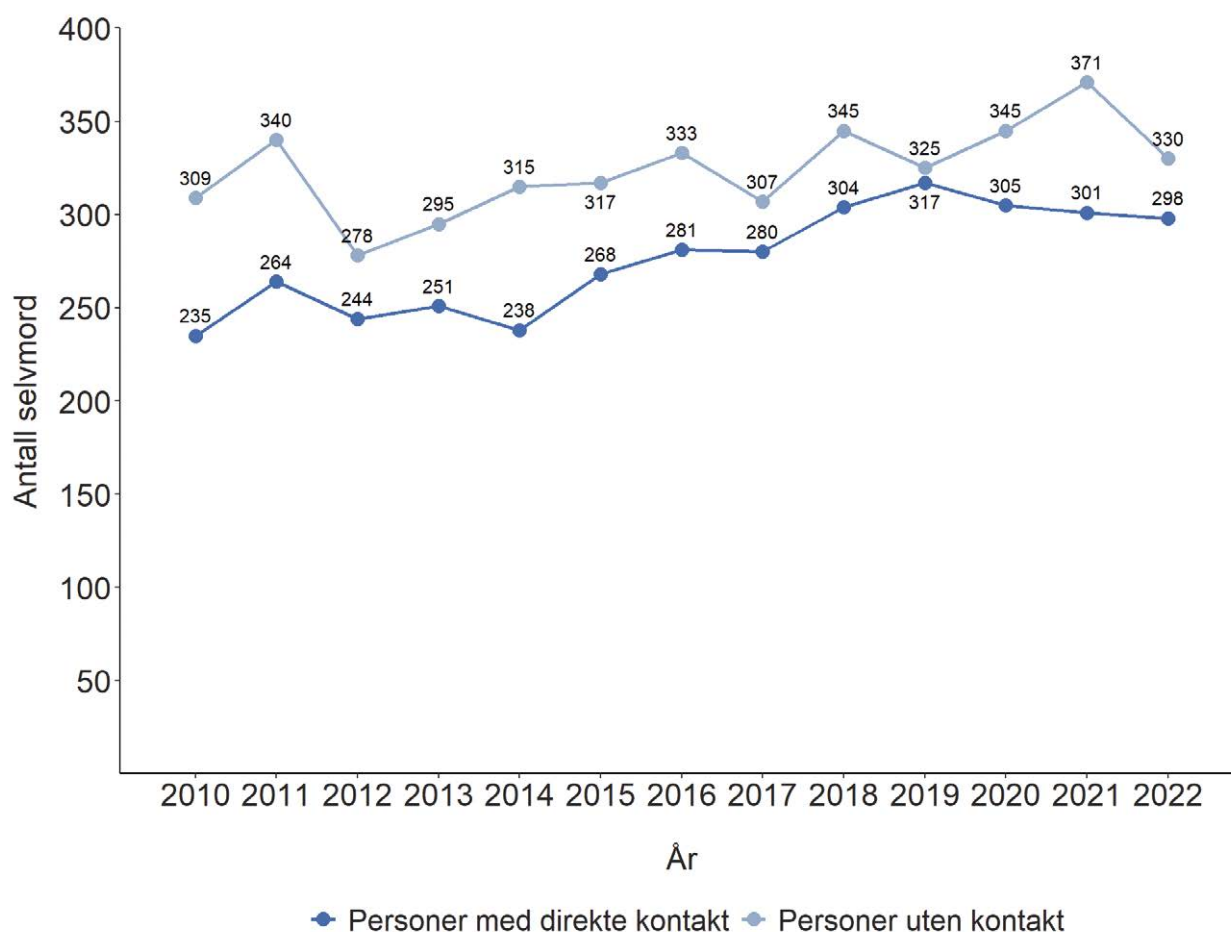
Data på personer med direkte kontakt i PHV-BU det siste året før selvmord beskrives i del 2.4, men her beskrives kun antall selvmord og selvmordsrate. For utfyllende beskrivelse av selvmord i PHV-BU viser vi til rapporten *Selv mord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008–2018* (Walby, Astrup, et al., 2022). Selvmord etter kontakt med avtalespesialister innen psykisk helse og rus ble beskrevet i fjorårets rapport (Walby et al., 2024), og vil ikke beskrives ytterligere her.

2.1 Selvmord blant personer i kontakt med minst én av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

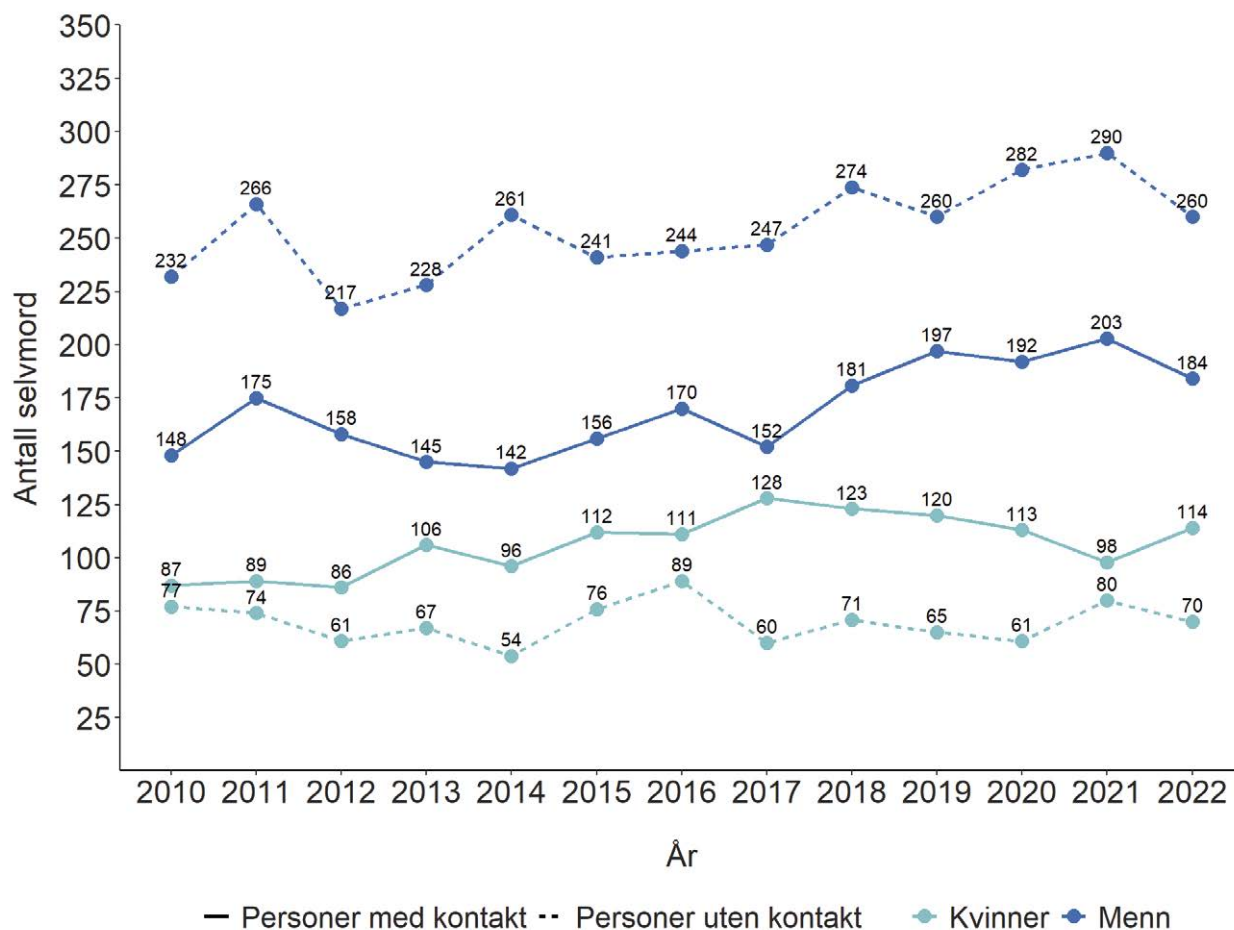
I del 2.1 beskriver vi registerdata for perioden 2010–2022 for alle personer som hadde direkte kontakt med én eller flere av sektorene innenfor spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (PHV-V, PHV-BU, TSB og avtalespesialister) det siste året før selvmord.

Antall og andel i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus

Figur 2.1.1 Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2022 (n=7796)



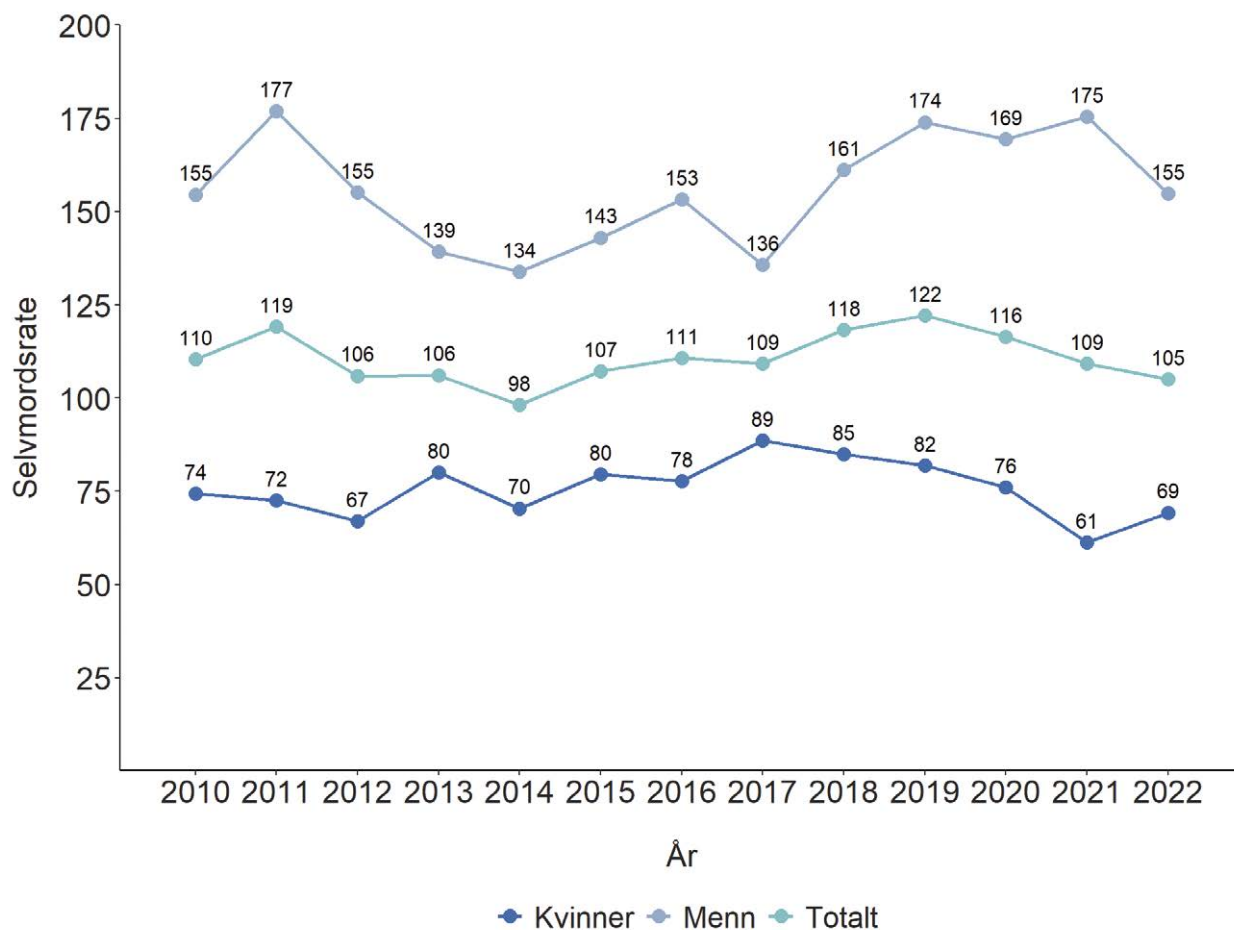
Figur 2.1.2 Antall selvmord blant personer med og uten kontakt det siste året, fordelt på kjønn, 2010–2022 (n=7796)



I perioden 2010–2022 hadde totalt 3586 personer direkte kontakt med én eller flere av sektorene innenfor spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus det siste året før selvmord, mens 4210 personer ikke hadde vært i kontakt med tjenestene det siste året før selvmord. Totalt var 98 personer på venteliste, mens 63 personer kun hadde indirekte kontakt med tjenestene det siste året før selvmord. Disse er ikke inkludert i figur 2.1.2. Det har vært en jevn økning i antall selvmord blant personer i kontakt med tjenestene i perioden 2010–2019, etter dette har antall selvmord blant personer i kontakt flatet ut (Figur 2.1.1).

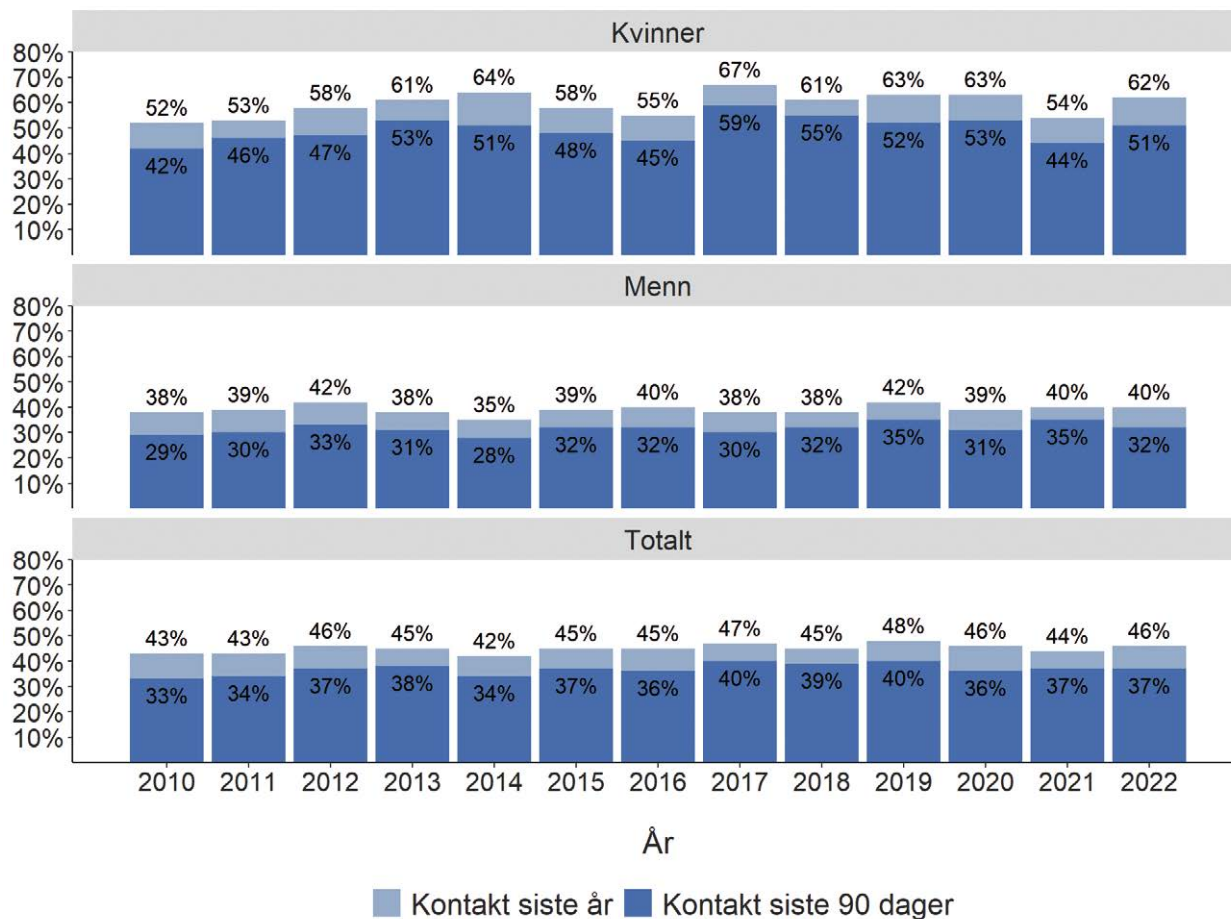
Som figur 2.1.2 viser er kurvene for kvinner og menn ulike. Fra 2017 gikk antall selvmord blant kvinner i kontakt med tjenestene nedover mens antall selvmord blant menn i kontakt økte. I 2022 ser man derimot en liten økning blant kvinner og en nedgang blant menn. Selvmord blant personer som har hatt kontakt med fastlege, kommunehelsetjenesten og psykologer/psykiatere uten driftsavtale, er ikke inkludert i vårt datamateriale. Totalt sett vil antall personer som har hatt kontakt med tjenester for psykisk helse og rus være høyere.

Figur 2.1.3 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2022



Til tross for økning i antall selvmord har den totale selvmordsraten holdt seg forholdsvis stabil over perioden. I likhet med totalt antall selvmord blant kvinner og menn, var det i 2022 en økning i selvmordsraten blant kvinner og en nedgang blant menn (Figur 2.1.3). Raten var totalt 111,0 per 100 000 pasienter (95 % KI 107,0–114,0), henholdsvis 75,6 per 100 000 (71,6–79,6) for kvinner og 156,0 per 100 000 (149,0–162,0) for menn. Det har vært en jevn økning i antall pasienter i tjenestene over perioden.

Figur 2.1.4 Andel i kontakt med tjenestene det siste året og de siste 90 dagene før selvmord, 2010–2022 ($n=3586$)

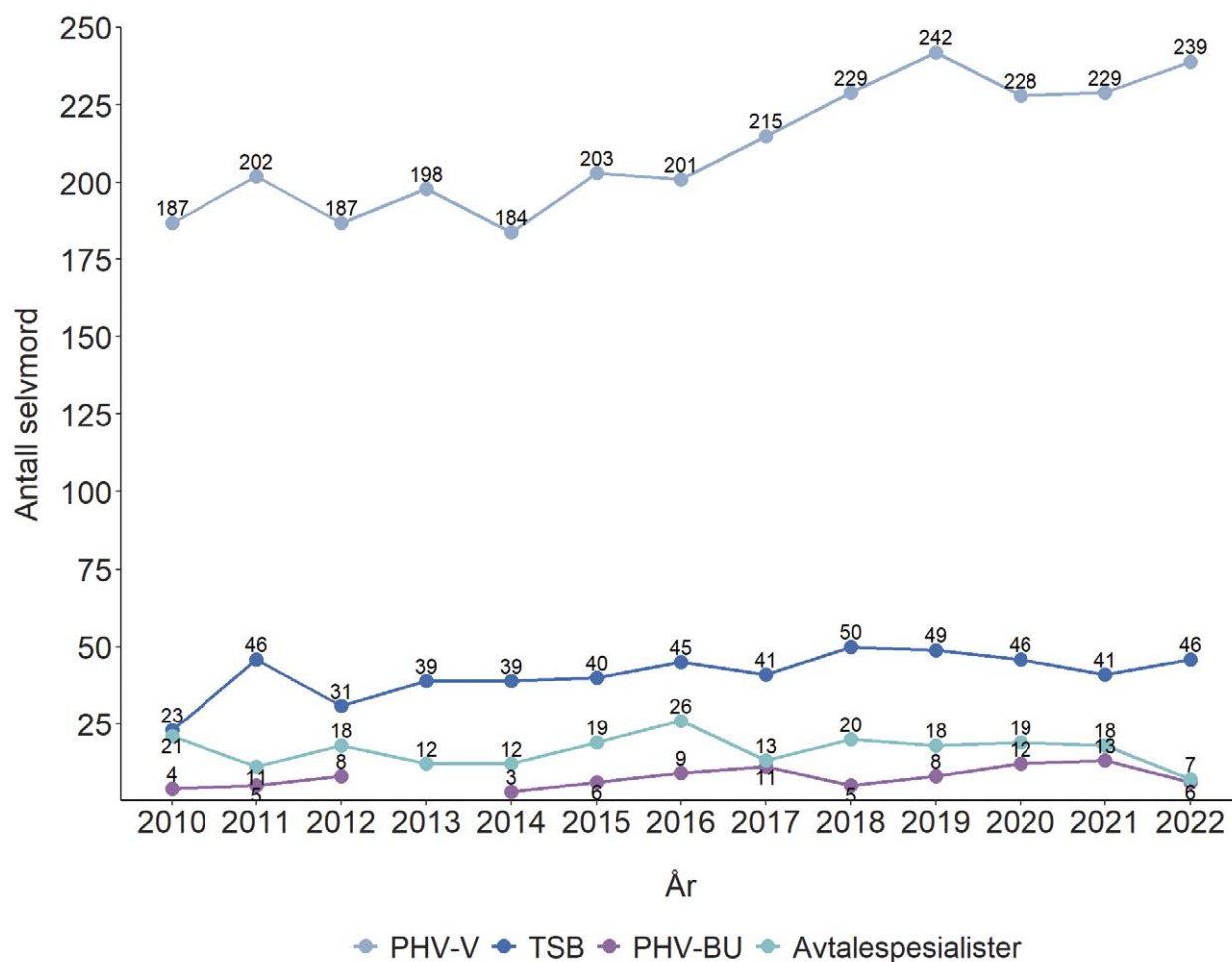


Totalt var 46,0 % i kontakt med én eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2010–2022. Andelen som var i kontakt med tjenestene de siste 90 dagene var 37,7 %. Andelen kvinner i kontakt før selvmord var betydelig høyere enn andelen menn i kontakt. Totalt var 60,4 % av kvinnene i kontakt i løpet av det siste året, mens 50,5 % var

i kontakt de siste 90 dagene. Blant mennene var 40,0 % i kontakt i løpet av det siste året, mens 32,3 % var i kontakt de siste 90 dagene. I 2022 var 61,6 % av kvinnene og 40,3 % av mennene i kontakt i løpet av det siste året. For kvinner er dette en betydelig økning fra 2021, der andelen var lavere enn de foregående årene. Blant menn har andelen derimot holdt seg stabil (Figur 2.1.4).

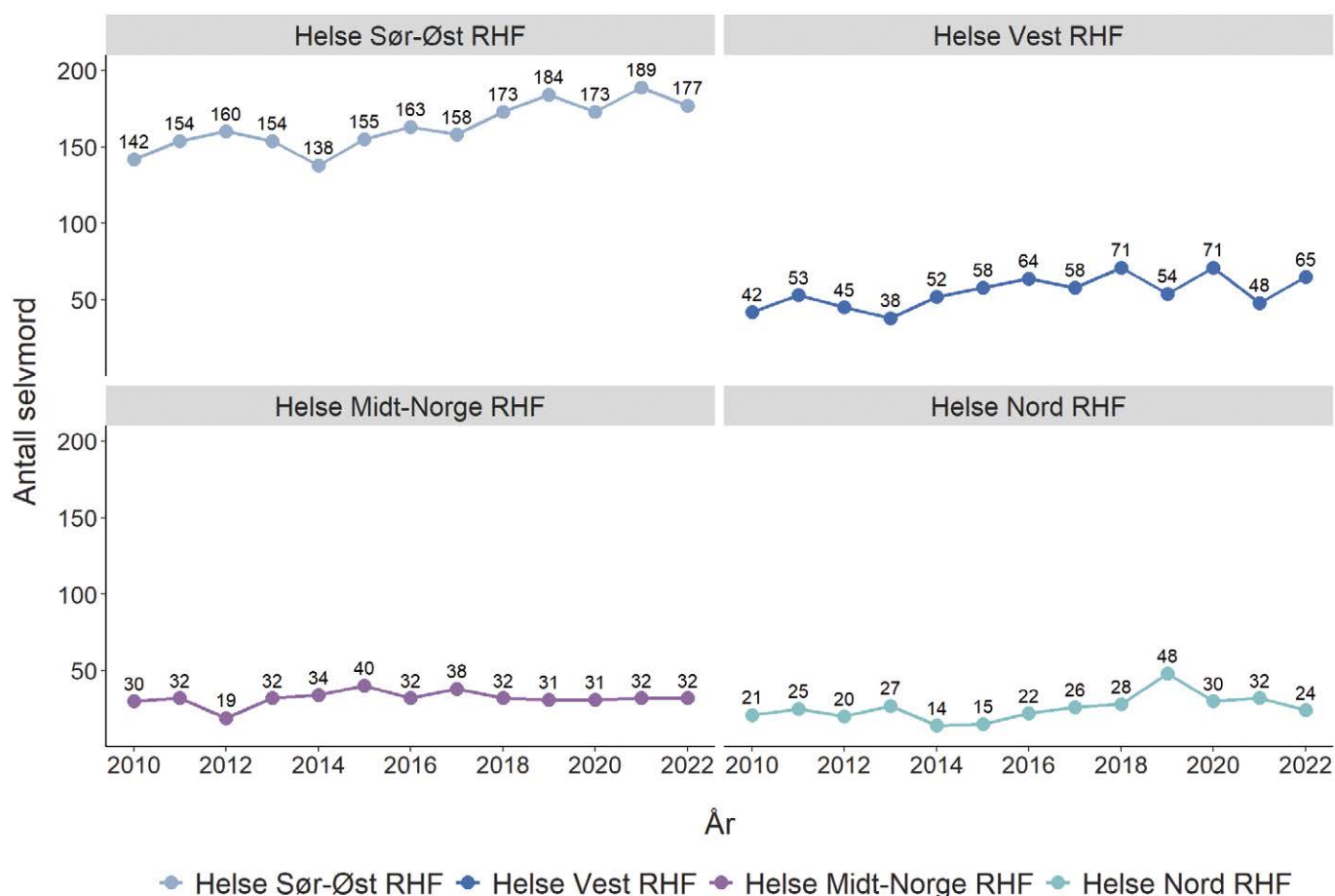
Sektor og helseregion ved siste kontakt

Figur 2.1.5 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2022 ($n=3586$)



Antall selvmord blant personer med siste kontakt i PHV-V har økt noe fra 2017, for så og holdt seg stabil i årene etter (Figur 2.1.5). Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året var betydelig lavere i 2022 enn de foregående årene. Antall selvmord i PHV-BU vises ikke i grafen der antallet selvmord er mindre enn tre.

Figur 2.1.6 Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt blant personer i kontakt med tjenestene det siste året, 2010–2022 ($n=3586$)



Det er kun i Helse Sør-Øst RHF man ser en tendens til økning i antall selvmord i løpet av perioden (Figur 2.1.6). For de andre regionale helseforetakene har antallet holdt seg mer stabilt, men med noen svingninger. Det er ikke tatt høyde for endringer i befolkningen (antall, kjønn eller alder) i denne fremstillingen. Videre er det

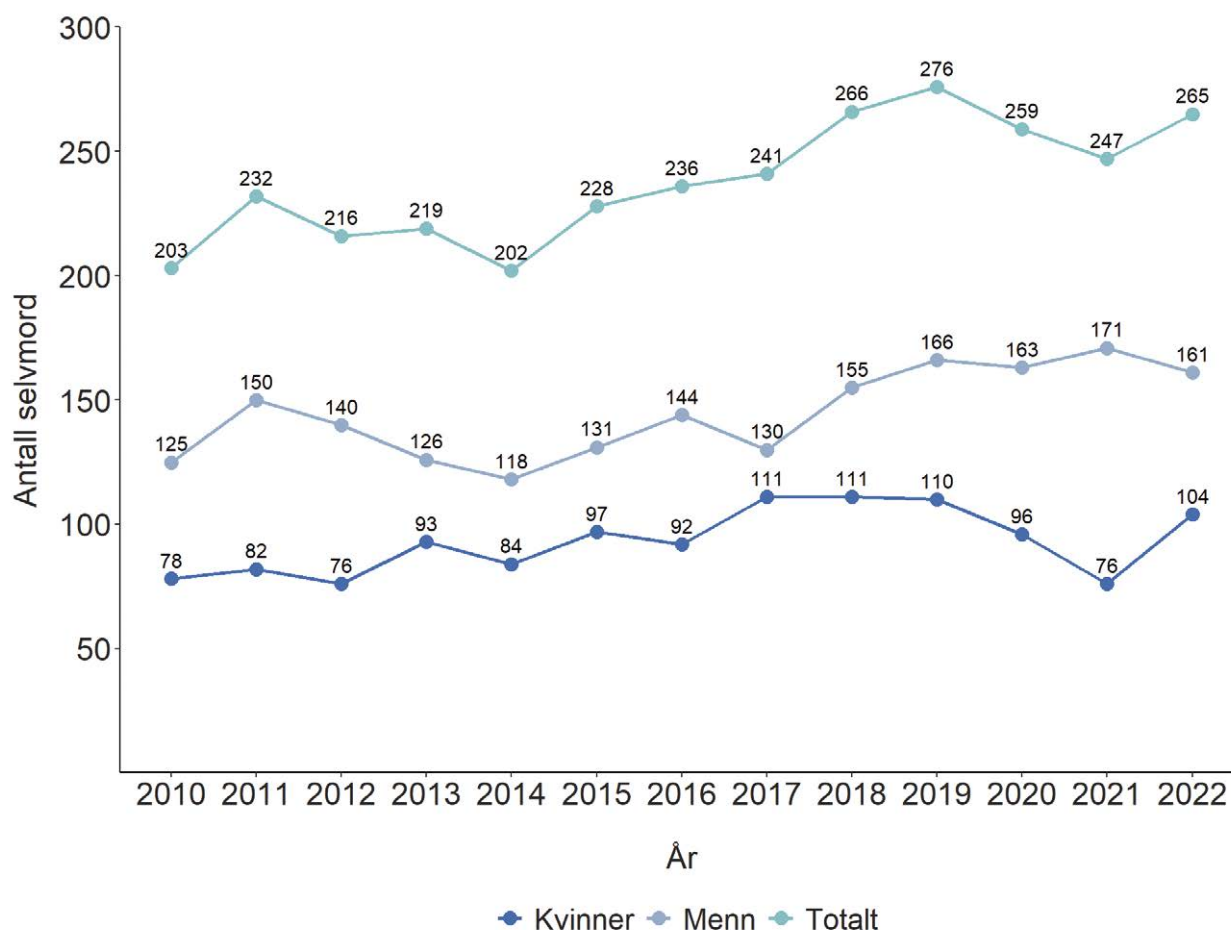
store forskjeller i pasientgrunnlag i de regionale helseforetakene Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF (Helsedirektoratet, 2023), noe som innebærer at alle sammenligninger på tvers av regionale helseforetak må ses i forhold til dette.

2.2 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V det siste året

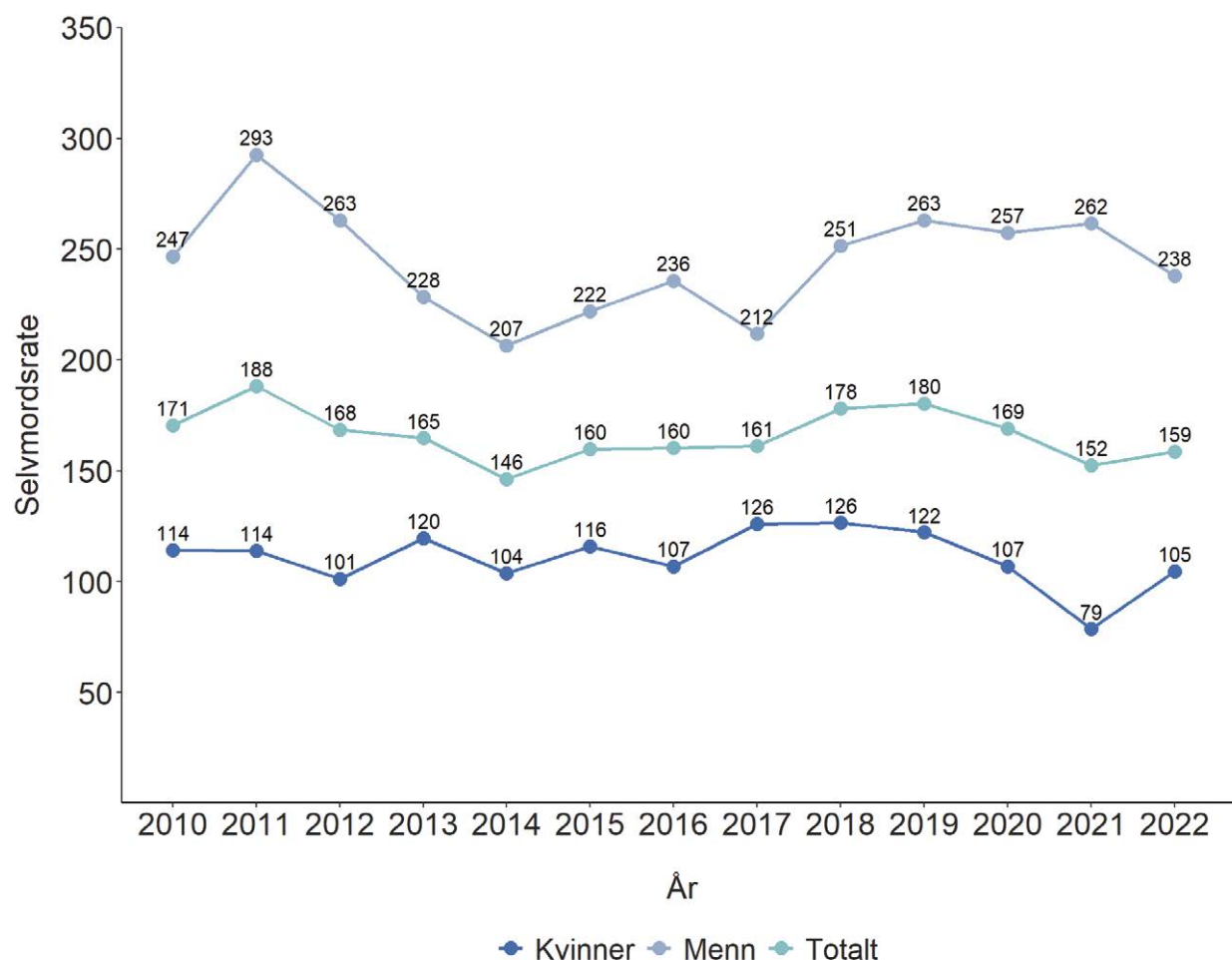
I det følgende beskrives kjennetegn ved personer som døde i selvmord og kontakten de hadde med psykisk helsevern for voksne (PHV-V) det siste året. Dette er den klart største sektoren som er inkludert i Kartleggingssystemet (som vist i Figur 2.1.5). Vi vil først vise utvalgte registerdata for perioden 2010–2022 og deretter utvalgte data fra kartleggingsskjemaet for årene 2018–2022.

Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med PHV-V det siste året

Figur 2.2.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=3090$)



Figur 2.2.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022



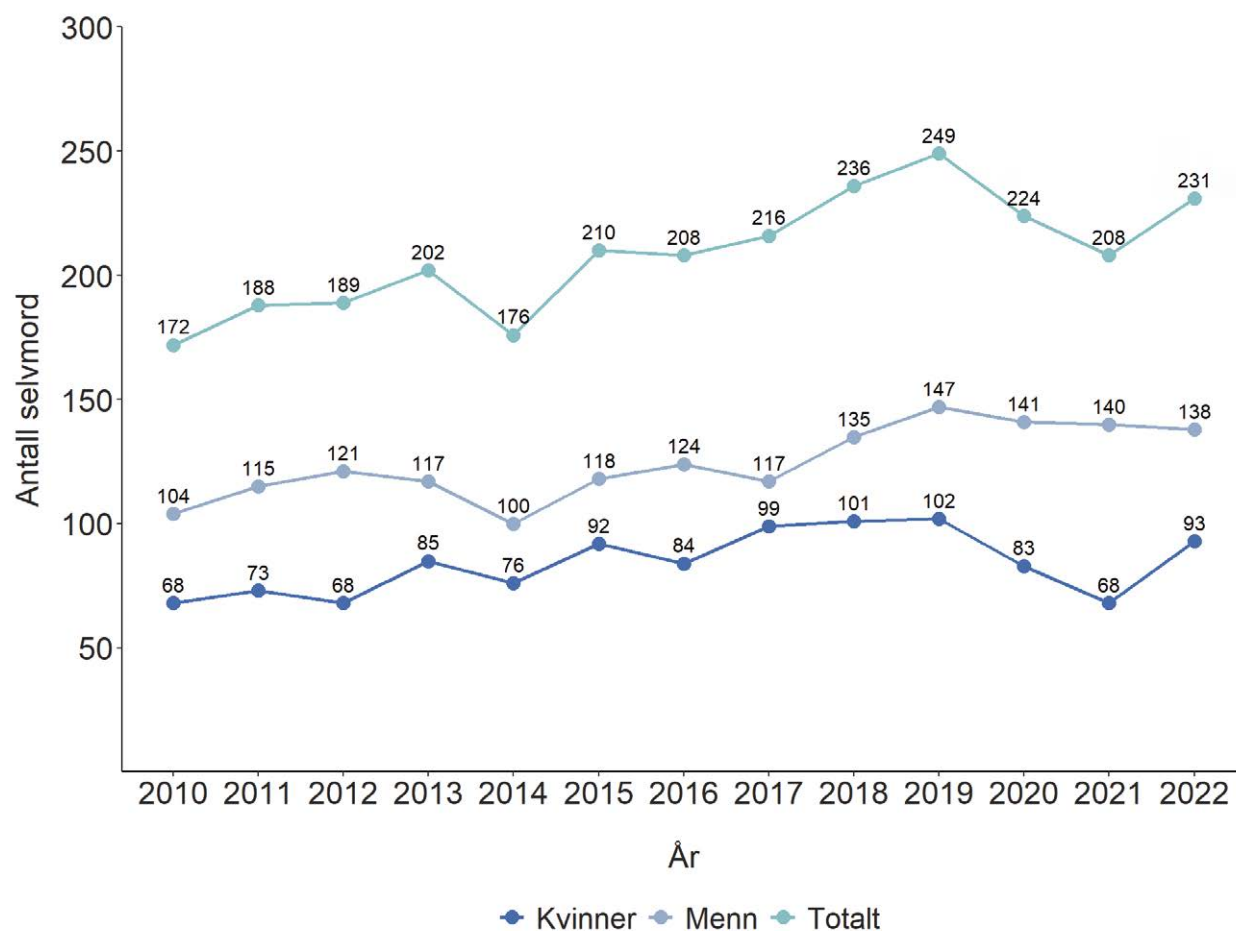
I perioden 2010–2022 hadde 3090 personer kontakt med PHV-V det siste året før de døde i selvmord. Antall selvmord per år i PHV-V har økt i perioden. Det var en tendens til nedgang fra 2019–2021, men i 2022 var det igjen en økning i antall selvmord (Figur 2.2.1). Dette gjenspeiler kurven vi ser blant kvinner. Selvmordsraten har derimot holdt seg forholdsvis stabil gjennom

perioden. Selvmordsraten blant pasienter i PHV-V var totalt 165,6 per 100 000 pasienter (95 % KI 159,8–171,4) i perioden 2010–2022. Blant kvinner var raten 110,4 per 100 000 (104,2–116,6) og blant menn var raten 244,1 per 100 000 (233,1–255,1). Selvmordsraten blant kvinner i kontakt gikk betydelig ned i 2021, men gikk opp igjen i 2022 (Figur 2.2.2). Blant menn gikk raten noe ned i 2022.

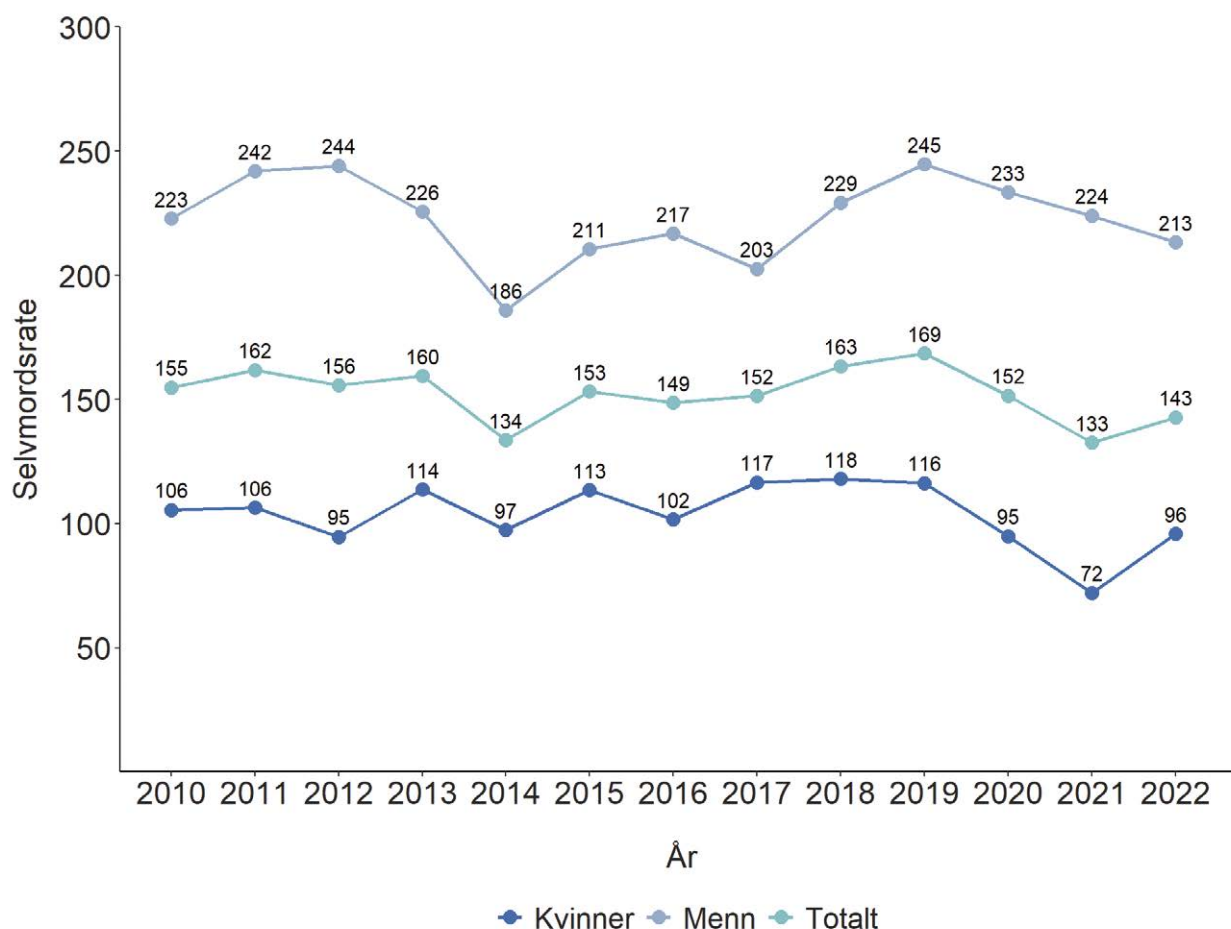
Antall selvmord og selvmordsrate fordelt på omsorgsnivå

Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk

Figur 2.2.3 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2022 ($n=2709$)



Figur 2.2.4 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2022

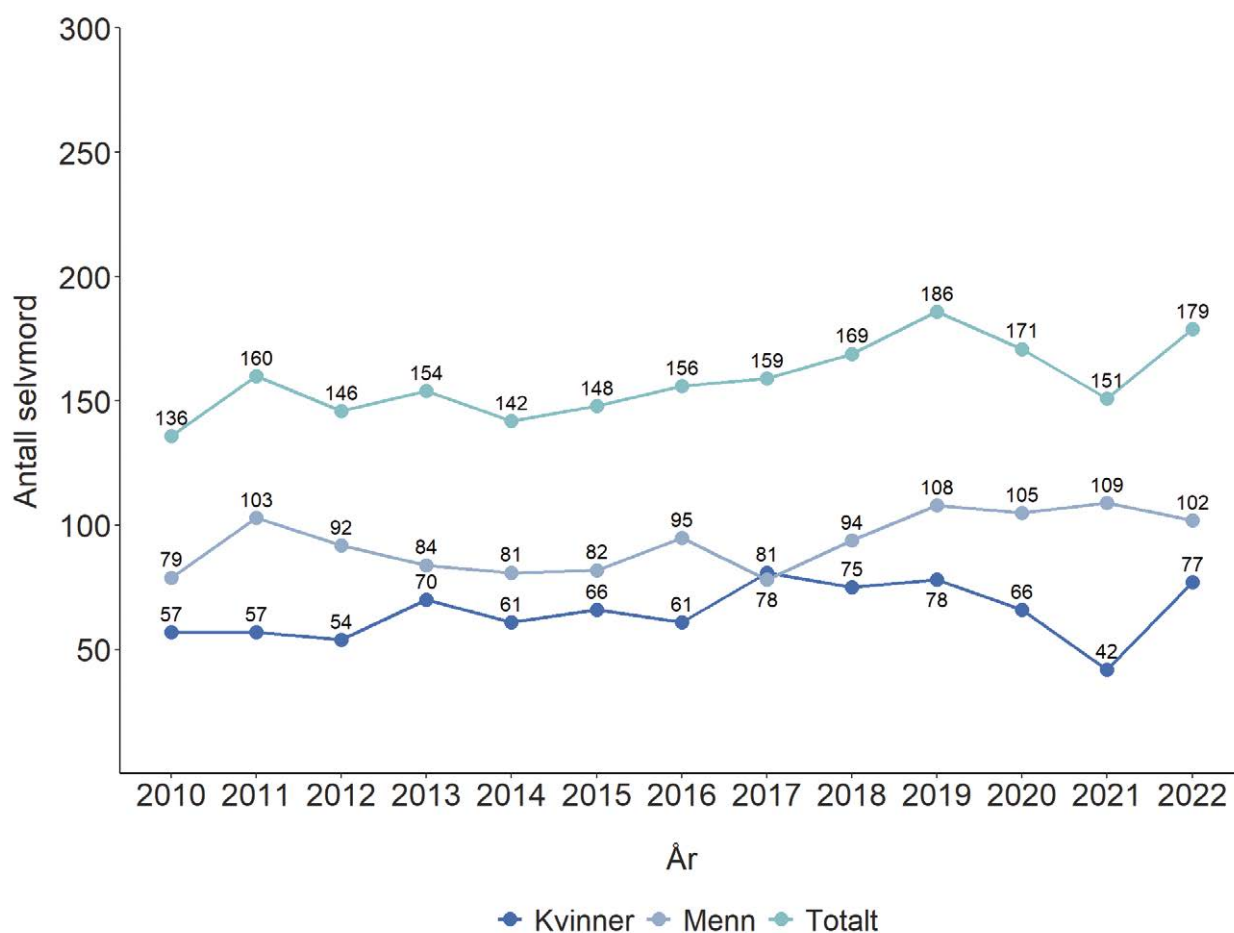


Over tidsperioden har det vært en tendens til flere selvmord blant personer som hadde kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året. Det var en nedgang fra en topp i 2019, men i 2022 økte antallet igjen (Figur 2.2.3). Blant menn har antallet holdt seg stabilt over perioden, mens blant kvinner var det en nedgang fra 2019–2021, og en økning igjen i 2022. Selvmordsraten i PHV-V poliklinikk har derimot holdt seg forholdsvis stabil. I perioden 2010–2022 var selvmordsraten

i PHV-V poliklinikk 151,8 per 100 000 pasienter (95 % KI 146,1–157,5), henholdsvis 103,3 per 100 000 (97,1–109,4) for kvinner og 222,5 per 100 000 (211,7–233,3) for menn. I årene 2020–2021 var det en reduksjon, men i 2022 økte raten noe igjen (Figur 2.2.4). Det har vært en vesentlig økning i antall pasienter i PHV-V poliklinikk, spesielt blant kvinner og økningen var særlig stor fra 2020–2021, noe som også fører til den store nedgangen i selvmordsraten akkurat dette året.

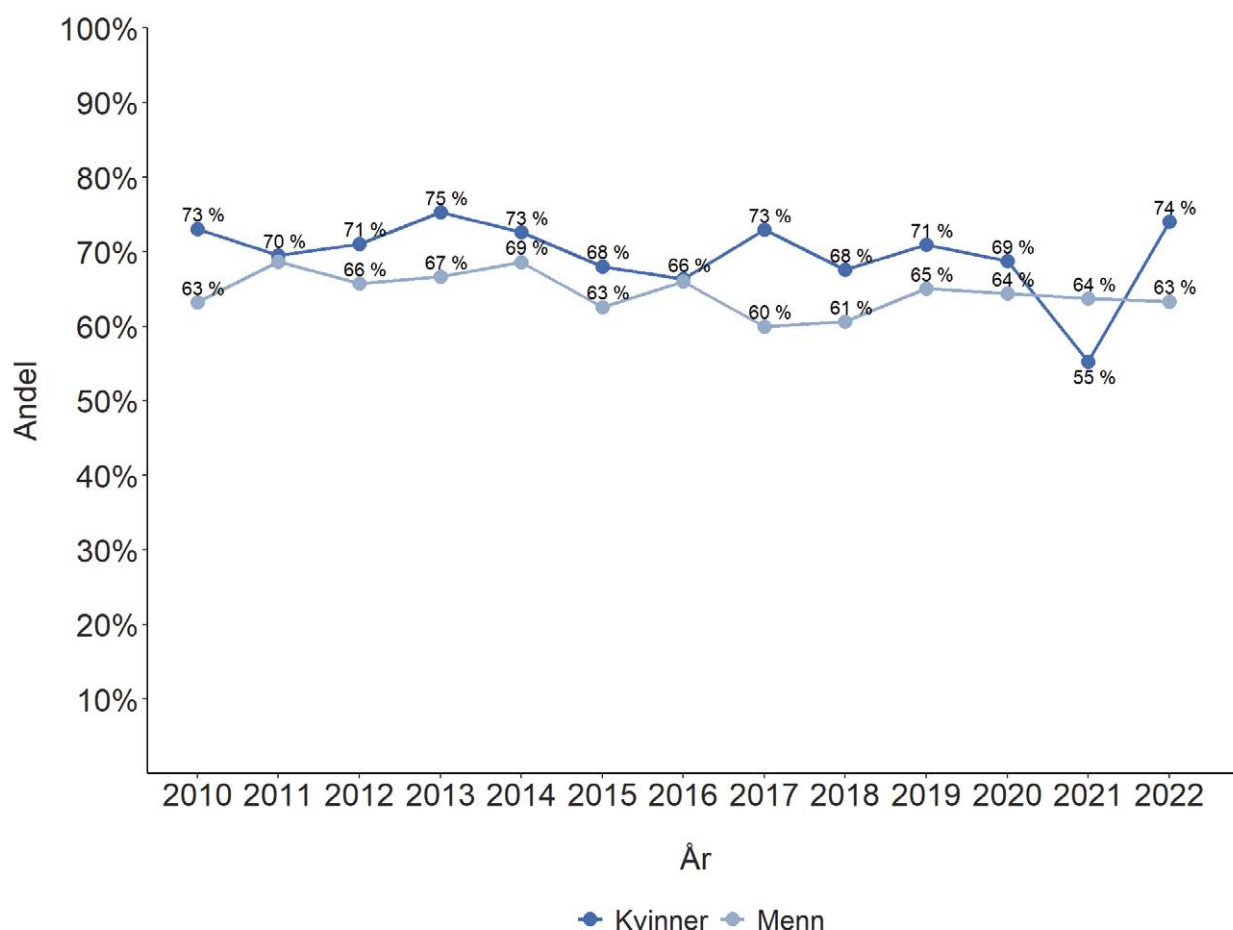
Antall selvmord og selvmordsrate blant personer med døgnopphold i PHV-V

Figur 2.2.5 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer med døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=2057$)



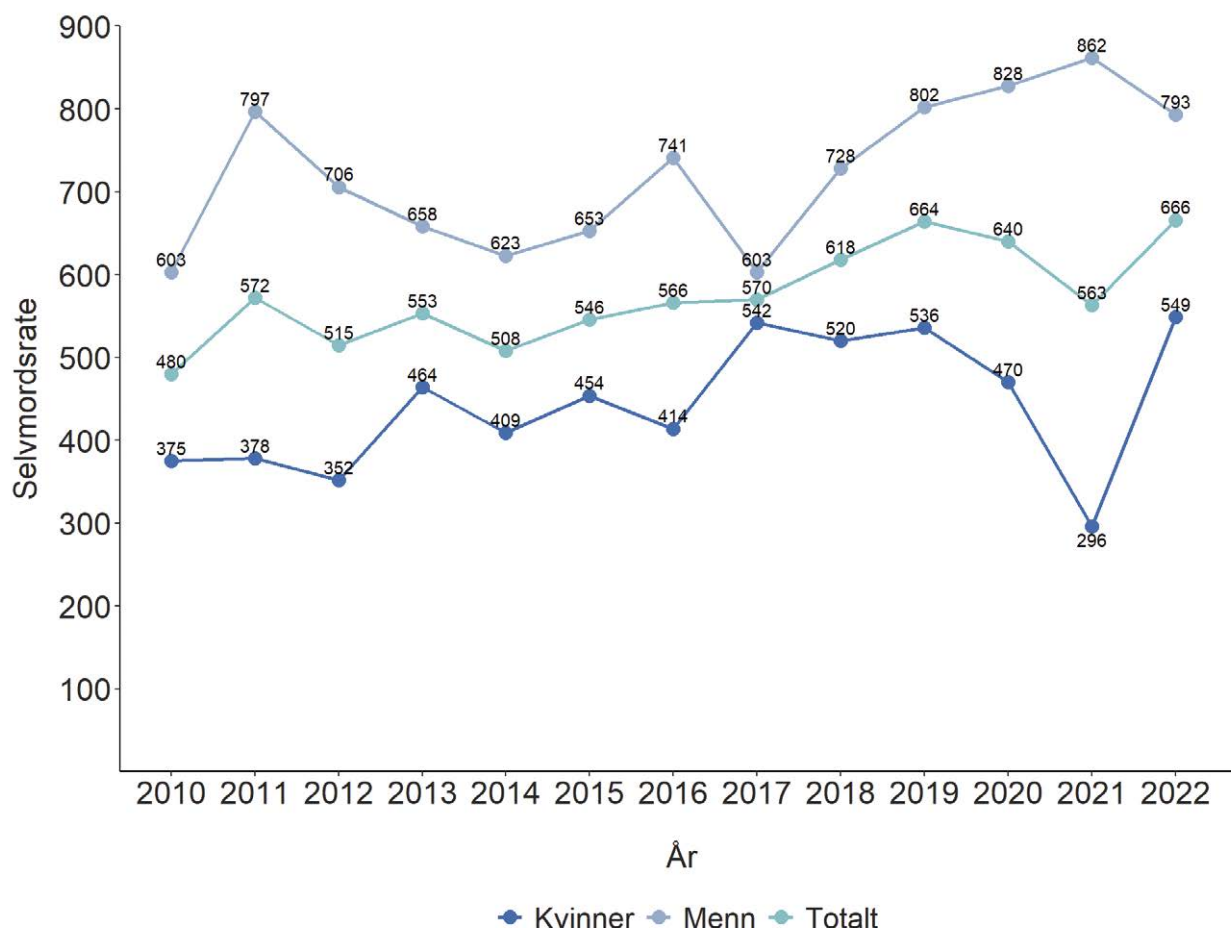
Antall selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i løpet av det siste året, viser den samme trenden som vi ser i PHV-V poliklinikk og totalt i PHV-V, bare enda tydeligere. Vi ser en nedgang blant kvinner fra 2020–2021, etterfulgt av en enda større økning igjen i 2022 (Figur 2.2.5).

Figur 2.2.6 Andel som hadde døgnopphold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)



Totalt hadde 66,6 % minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord. Andelen var noe høyere blant kvinner (69,8 %) enn blant menn (64,5 %). Figur 2.2.6 viser i likhet med figur 2.2.5 nedgangen fra 2020 til 2021, noe vi kommer tilbake til i del 3 som omhandler selvmord under Covid-19-pandemien.

Figur 2.2.7 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022



Den totale selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året var 573,2 per 100 000 pasienter (95 % KI 548,6–597,9) i perioden 2010–2022, henholdsvis 442,1 per 100 000 (412,4–471,8) for kvinner og 722,6 per 100 000 (682,2–763,0) for menn. Som figur 2.2.7 viser har selvmordsraten blant menn med døgnopphold i PHV-V økt de siste årene, med en nedgang igjen i 2022. Blant kvinner var det derimot en kraftig reduksjon i selvmordsraten i 2021 grunnet en prosentvis stor nedgang i antall selvmord blant kvinner med døgnopphold det siste året. I 2022 økte selvmordsraten kraftig igjen grunnet en økning i antall selvmord. Det totale antallet pasienter med døgnopphold i

PHV-V svinger en del fra år til år, men har totalt sett gått ned i løpet av tidsperioden, særlig blant kvinner. Blant kvinner var det en liten økning i antall pasienter fra 2020–2021 og det var en tilsvarende reduksjon i 2022. Blant menn var det en liten nedgang fra 2010–2021, men en betydelig økning i antall pasienter fra 2021–2022.

Selvsmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året var omtrent fire ganger så høy som blant pasienter med poliklinisk kontakt i PHV-V det siste året. Sammenlignet med i befolkningen var selvmordsraten nesten 50 ganger høyere (Folkehelseinstituttet, 2025).

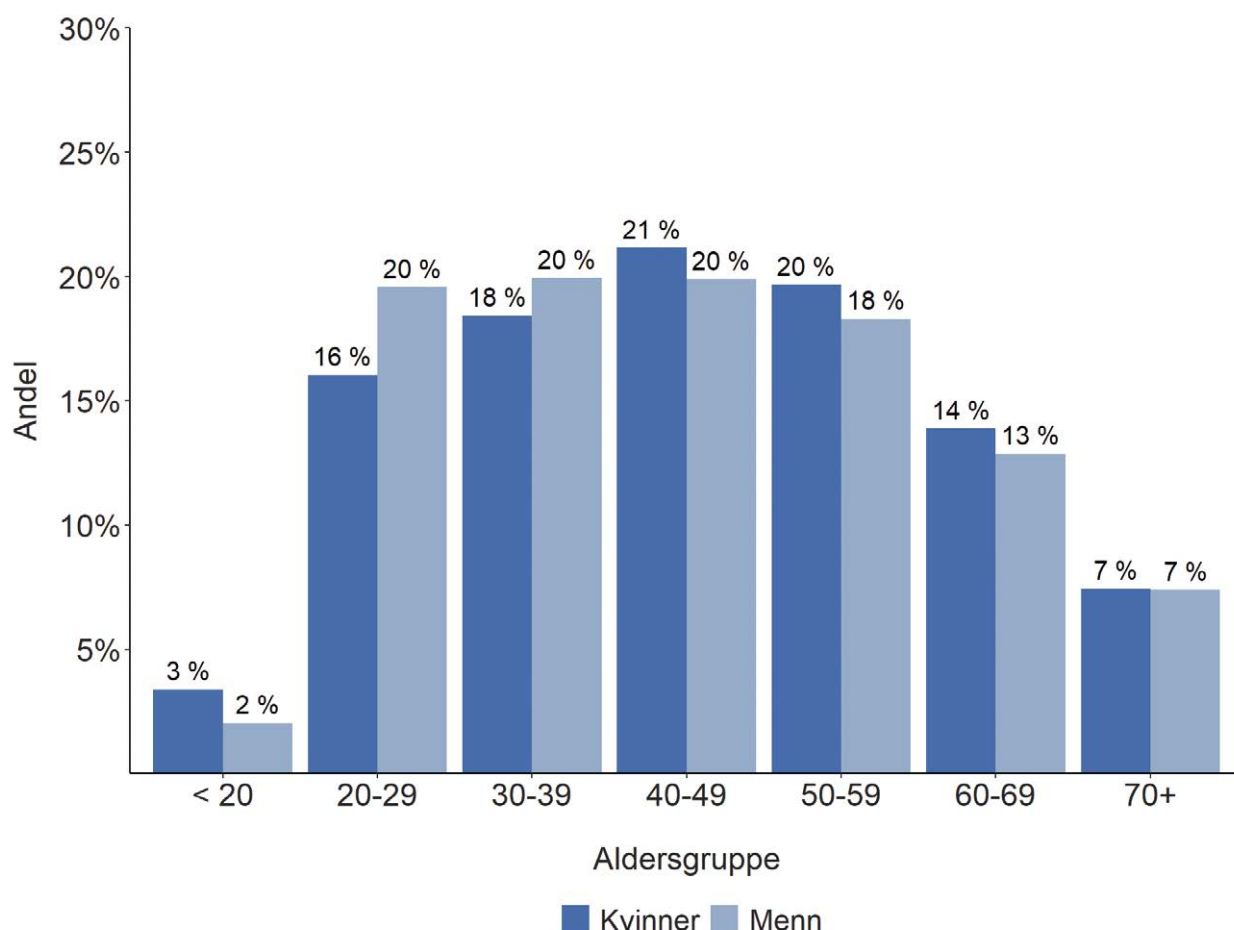
Kjønns- og aldersfordeling

Tabell 2.2.1 Kjønnsfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)

År	Kvinner		Menn		Ratio
	n	%	n	%	
2010	78	38,4	125	61,6	1,6
2011	82	35,3	150	64,7	1,8
2012	76	35,2	140	64,8	1,8
2013	93	42,5	126	57,5	1,4
2014	84	41,6	118	58,4	1,4
2015	97	42,5	131	57,5	1,4
2016	92	39,0	144	61,0	1,6
2017	111	46,1	130	53,9	1,2
2018	111	41,7	155	58,3	1,4
2019	110	39,9	166	60,1	1,5
2020	96	37,1	163	62,9	1,7
2021	76	30,8	171	69,2	2,2
2022	104	39,2	161	60,8	1,5
Totalt	1210	39,2	1880	60,8	1,6

Totalt hadde 1210 kvinner (39,2 %) og 1880 menn (60,8 %) kontakt med PHV-V i løpet av det siste året før selvmord i perioden 2010–2022 (Tabell 2.2.1). Forholdet mellom antall selvmord blant menn sammenlignet med kvinner lå på 1,6 gjennom perioden og varierte fra 1,2 til 2,2.

Figur 2.2.8 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)



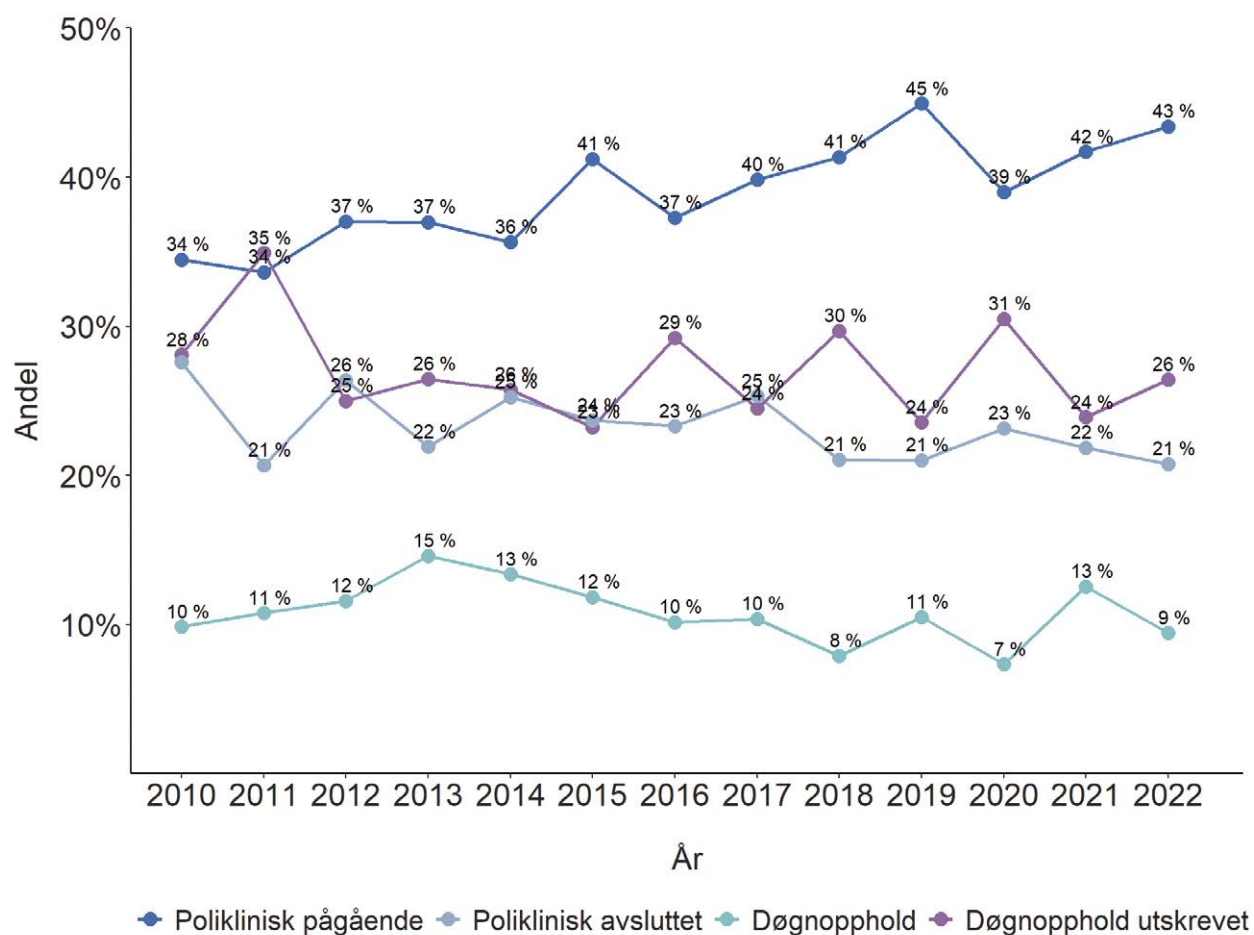
I perioden 2010–2022 var gjennomsnittsalderen blant personer som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V det siste året 45,0 år, henholdsvis 45,6 år og 44,7 år for kvinner og menn. Det var ingen vesentlige forskjeller i andelen selvmord i aldersgruppene fra 20–29 år til 50–59 år, men en tydelig lavere andel blant de over 60 år (Figur 2.2.8). De som er under 18 år skal i all hovedsak behandles i PHV-BU, og det er derfor få i den yngste aldersgruppen i dette utvalget. Dette er også en gruppe der antallet selvmord er lavere både i pasientpopulasjonen og den generelle

populasjonen. Det var ingen store kjønnsforskjeller i aldersgruppene, men det var en noe høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppene 20–29 år og 30–39 år og en noe høyere andel menn enn kvinner i aldersgruppene 40–49 år og 50–59 år.

Som vi også har beskrevet i de forrige årsrapportene (Walby et al., 2023, 2024) viser funnene at selvmordsforebygging i PHV-V er like relevant i alle aldersgrupper som er i kontakt med tjenesten, bortsett fra de yngste.

Behandlingsstatus ved siste kontakt

Figur 2.2.9 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2019–2022 (n=3090)

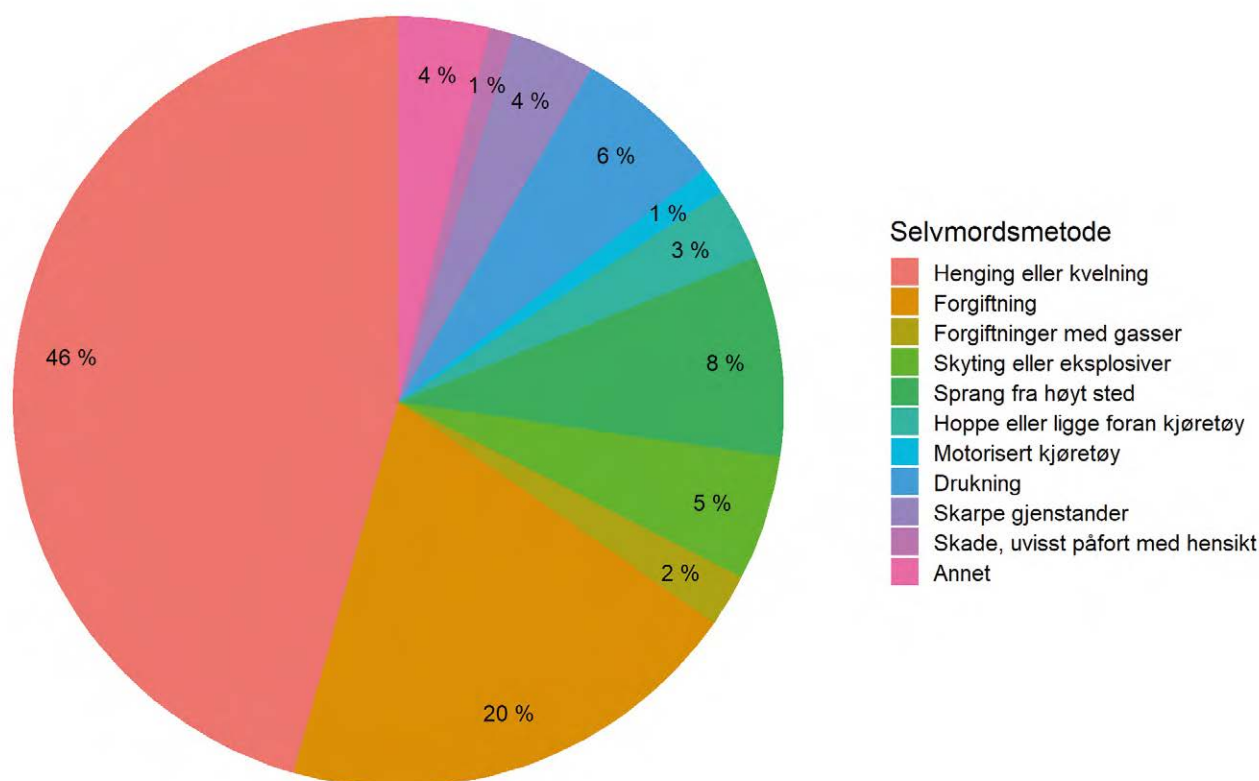


Totalt hadde 1212 (39,2 %) pågående poliklinisk kontakt og 713 (23,1 %) avsluttet poliklinisk kontakt som behandlingsstatus ved siste kontakt i perioden 2010–2022. Antall personer som døde under døgnopphold var 330 (10,7 %) og 835 (27,0 %) hadde utskrivelse fra døgnopphold

som siste kontakt. Det var en liten økning i antall som hadde pågående poliklinisk kontakt som siste behandlingsstatus, ellers var det ingen tydelige endringer i løpet av hele perioden, men det var en del svingninger fra år til år (Figur 2.2.9).

Selvordsmetode

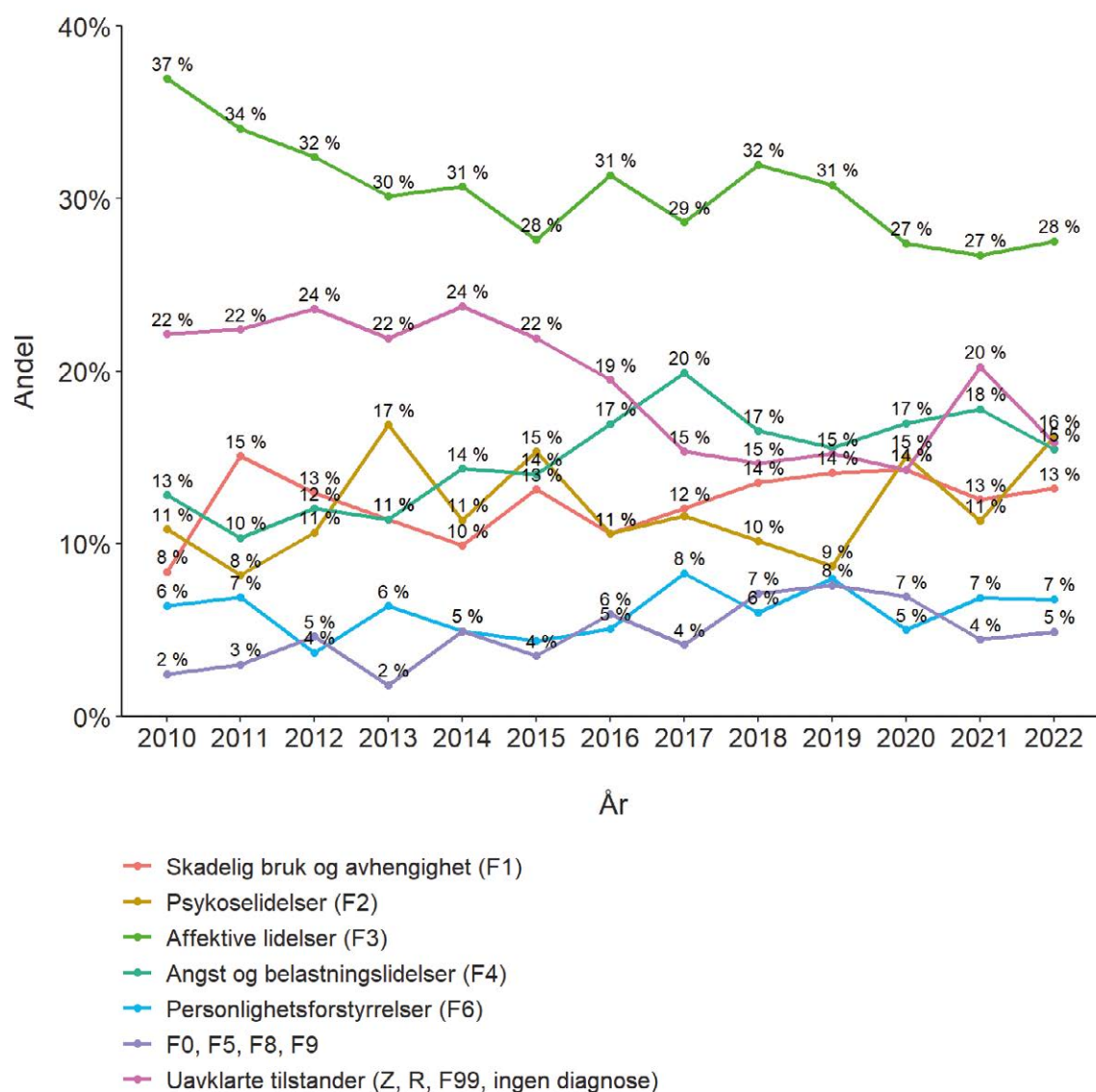
Figur 2.2.10 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022
(*n*=3090)



Henging eller kvelning var den mest brukte selvmordsmetoden (45,6 %) etterfulgt av forgiftning (19,7 %) (Figur 2.2.10). Til sammen utgjorde de to selvmordsmetodene 65,3 % av alle selvmord hos personer i kontakt med PHV-V i løpet av det siste året.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.2.11 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)



Det har vært en nedgang i andel personer diagnostisert med affektive lidelser i første del av perioden, mens andelen med angst og belastningslidelser derimot økte noe i løpet av perioden (Figur 2.2.11).

Andelen med uavklarte tilstander har gått ned i løpet av perioden, men andelen økte vesentlig i 2021, for så å gå ned igjen i 2022. Som vi har skrevet i tidligere rapporter er denne utviklingen viktig å monitorere videre. Av de uavklarte tilstandene var 40,7 % Z-diagnoser, 36,5 % R-diagnoser, 6,1 % uspesifisert psykisk lidelse og 16,7 % var ikke registrert med noen diagnose.

Tabell 2.2.2 Hoveddiagnoser med undergrupper ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 (n=3090)

	Kvinner (n=1210)	Menn (n=1880)	Totalt (n=3090)
	n (%)	n (%)	n (%)
Organiske tilstander (F0-F09, G0-G99)	19 (1,6)	34 (1,8)	53 (1,7)
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	118 (9,8)	269 (14,3)	387 (12,5)
Alkoholbrukslidelse (F10)	54 (4,5)	116 (6,2)	170 (5,5)
Opiatbrukslidelse (F11)	11 (0,9)	33 (1,8)	44 (1,4)
Cannabisbrukslidelse (F12)	7 (0,6)	24 (1,3)	31 (1,0)
Sedativa- og hypnotikabrukslidelse (F13)	15 (1,2)	13 (0,7)	28 (0,9)
Andre rusmiddelbrukslidelser (F14-16)	9 (0,7)	20 (1,1)	29 (0,9)
Multiple stoffer (F19)	22 (1,8)	63 (3,4)	85 (2,8)
Psykoselidelser (F2)	125 (10,3)	248 (13,2)	373 (12,1)
Schizofreni (F20)	42 (3,5)	147 (7,8)	189 (6,1)
Uspesifisert/annen ikke-organisk psykose (F21, F28, F29)	14 (1,2)	26 (1,4)	40 (1,3)
Paranoide psykoser (F22)	29 (2,4)	35 (1,9)	64 (2,1)
Akutte og forbigående psykoser (F23)	9 (0,7)	6 (0,3)	15 (0,5)
Schizoaffective lidelser (F25)	31 (2,6)	34 (1,8)	65 (2,1)
Affektive lidelser (F3)	382 (31,6)	556 (29,6)	938 (30,3)
Manisk episode (F30)	3 (0,2)	6 (0,3)	9 (0,3)
Bipolar lidelse – aktuell episode mani (F31.0-F31.2)	15 (1,2)	18 (1,0)	33 (10,7)
Bipolar lidelse – aktuell episode depresjon (F31.3-F31.5)	44 (3,6)	59 (3,1)	103 (3,3)
Bipolar lidelse – aktuell episode blandet/andre (F31.6-F31.9)	33 (2,7)	45 (2,4)	78 (2,5)
Depressiv episode (F32)	129 (10,7)	244 (13,0)	373 (12,1)
Tilbakevendende depressiv lidelse (F33)	153 (12,6)	170 (9,0)	323 (10,5)
Vedvarende affektive lidelser (F34)	4 (0,3)	11 (0,6)	15 (0,5)
Annen/uspesifisert affektive lidelser (F38, F39)	-	-	4 (0,1)
Angst-og belastningslidelser (F4)	193 (16,0)	273 (14,5)	466 (15,1)
Spesifikke angstlidelser inklusive OCD (F40, F42)	10 (0,8)	33 (1,8)	43 (1,4)
Andre angstlidelser (F41)	45 (3,7)	46 (2,4)	91 (2,9)
Akutt belastningslidelse (F43.0)	9 (0,7)	18 (1,0)	27 (0,9)
PTSD (F43.1)	42 (3,5)	22 (1,2)	64 (2,1)
Tilpasningsforstyrrelse (F43.2)	62 (5,1)	130 (6,9)	192 (6,2)
Reaksjoner på alvorlig belastning (F43.8, F43.9)	12 (1,0)	13 (0,7)	25 (0,8)
Dissosiative lidelser	-	-	7
Somatoforme lidelser	6 (0,5)	9 (0,5)	15
Andre nevrotiske lidelser	-	-	< 3

	Kvinner (n=1210)	Menn (n=1880)	Totalt (n=3090)
	n (%)	n (%)	n (%)
Atferdsforstyrrelser (F5)	16 (1,3)	5 (0,3)	21 (0,7)
Spiseforstyrrelser (F50)	-	-	15 (0,5)
Atferdsforstyrrelser forbudet med fysiske faktorer (F51, F53, F54, F55)	-	-	6 (0,2)
Personlighetsforstyrrelser (F6)	119 (9,8)	70 (3,7)	189 (6,1)
Paranoid personlighetsforstyrrelse (F60.0)	3 (0,2)	5 (0,3)	8 (0,3)
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3)	71 (5,9)	11 (0,6)	82 (2,7)
Unnvikende personlighetsforstyrrelse (F60.6)	11 (0,9)	9 (5,3)	20 (0,6)
Andre spesifikke personlighetsforstyrrelser (F60.1, F60.2, F60.4, F60.5, F60.7, F60.8, F60.9)	10 (0,8)	22 (1,2)	32 (1,0)
Blandet eller annen personlighetsforstyrrelse (F61)	16 (1,3)	18 (1,0)	34 (1,1)
Andre personlighets- og atferdsforstyrrelser (F62-F69)	8 (0,7)	5 (0,3)	13 (0,4)
Utviklingsforstyrrelser (F8)	11 (0,9)	19 (1,0)	30 (1,0)
Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	9 (0,7)	37 (2,0)	46 (1,5)
Uavklare tilstander	218 (18,0)	369 (19,6)	587 (19,0)
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	15 (1,2)	21 (1,1)	36 (1,2)
Z-diagnoser (Z0-Z7)	87 (7,2)	152 (8,1)	239 (7,7)
R-diagnoser (R0-R99)	74 (6,1)	140 (7,4)	214 (6,9)
Ingen diagnose	42 (3,5)	56 (3,0)	98 (3,2)

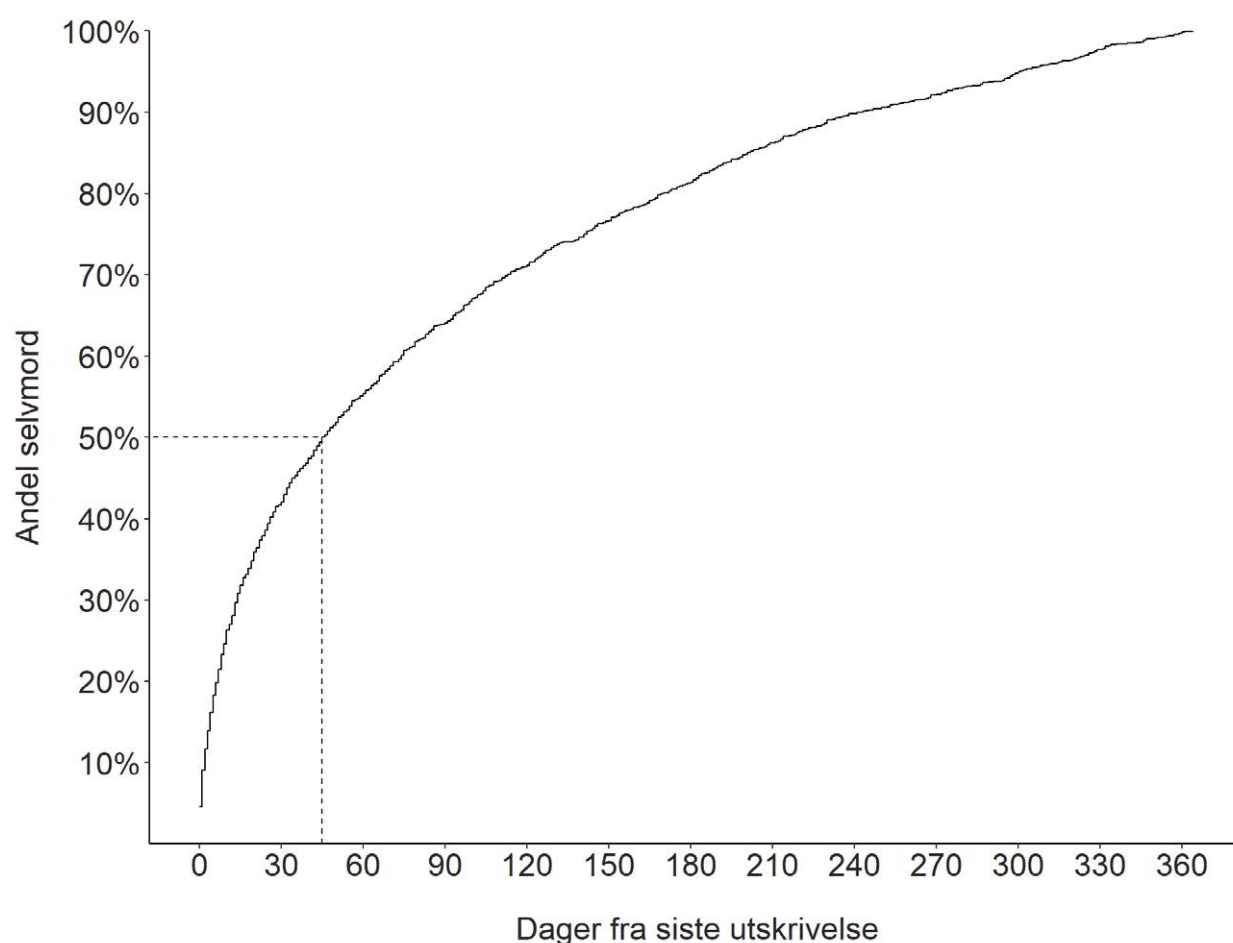
Affektive lidelser var den vanligste diagnosegruppen, og depressive episoder var mest utbredt etterfulgt av tilbakevendende depressiv lidelse (Tabell 2.2.2). Angst- og belastningslidelser var den siste registrerte hoveddiagnosen blant 15,1 %, og tilpasningsforstyrrelser (6,2 %) var her den vanligste tilstanden. Blant 12,5 % var den siste registrerte hoveddiagnose skadelig bruk og avhengighet, mens 12,1 % hadde blitt diagnostisert med psykoselidelser. I disse gruppene var henholdsvis alkoholbrukslidelser (5,5 %) og schizofreni (6,1 %) de vanligste tilstandene. Personlighetsforstyrrelser var mindre vanlig (6,1 %), der emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (2,7 %) var den vanligste tilstanden.

Atferdsforstyrrelser (0,7 %), utviklingsforstyrrelser (1,0 %), og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (1,5 %) var sjeldne i materialet. For atferds- og følelsesmessige forstyrrelser utgjorde ADHD den klare majoriteten av tilstandene. Uavklarte tilstander (19,0 %) utgjorde den nest største gruppen etter affektive lidelser og består av uspesifisert psykisk lidelse (1,2 %), Z-diagnoser (7,7 %), R-diagnoser (6,9 %), og personer uten en registrert hoveddiagnose ved siste kontakt (3,2 %). I gruppen *Andre personlighets- og atferdsforstyrrelser (F62–F69)* hadde tre personer fått diagnosen patologisk spillelidenskap (F63.0). Ingen personer var registrert med F7 diagnose (psykisk utviklingshemming).

Tid fra siste utskrivelse i PHV-V til selvmord

Dette utvalget inkluderer alle personer som hadde minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord i perioden 2010–2022. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste innleggelse. Personer som døde under døgnopphold, er ikke inkludert i analysene. Vi viser til en tidligere årsrapport for detaljert beskrivelse av denne gruppen (Walby et al., 2023).

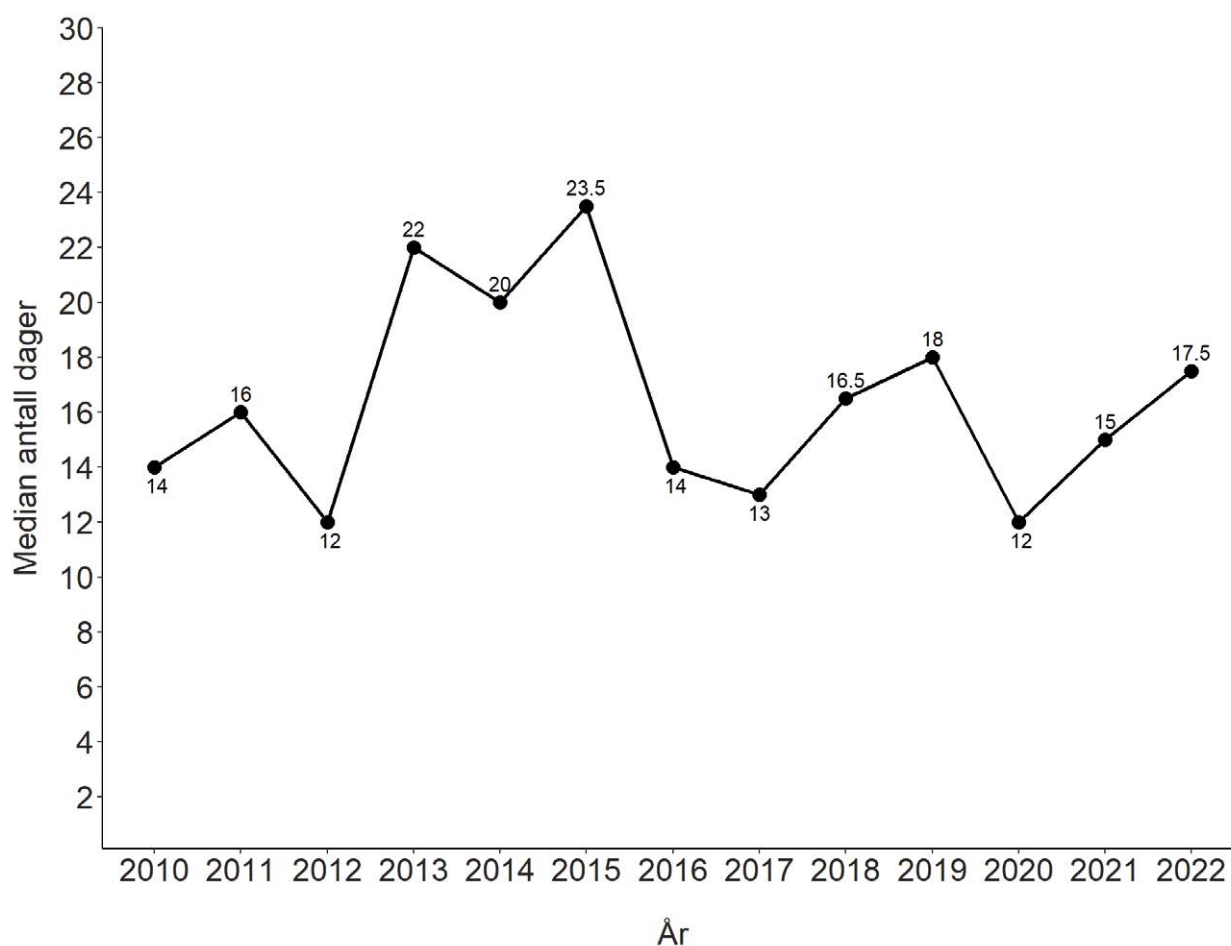
Figur 2.2.12 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=1656$)



Figur 2.2.12 viser at de fleste dør i forholdsvis kort tid etter utskrivelse fra døgnopphold og kurven jevner seg gradvis ut ved økende antall dager. Median antall dager fra siste utskrivelse til

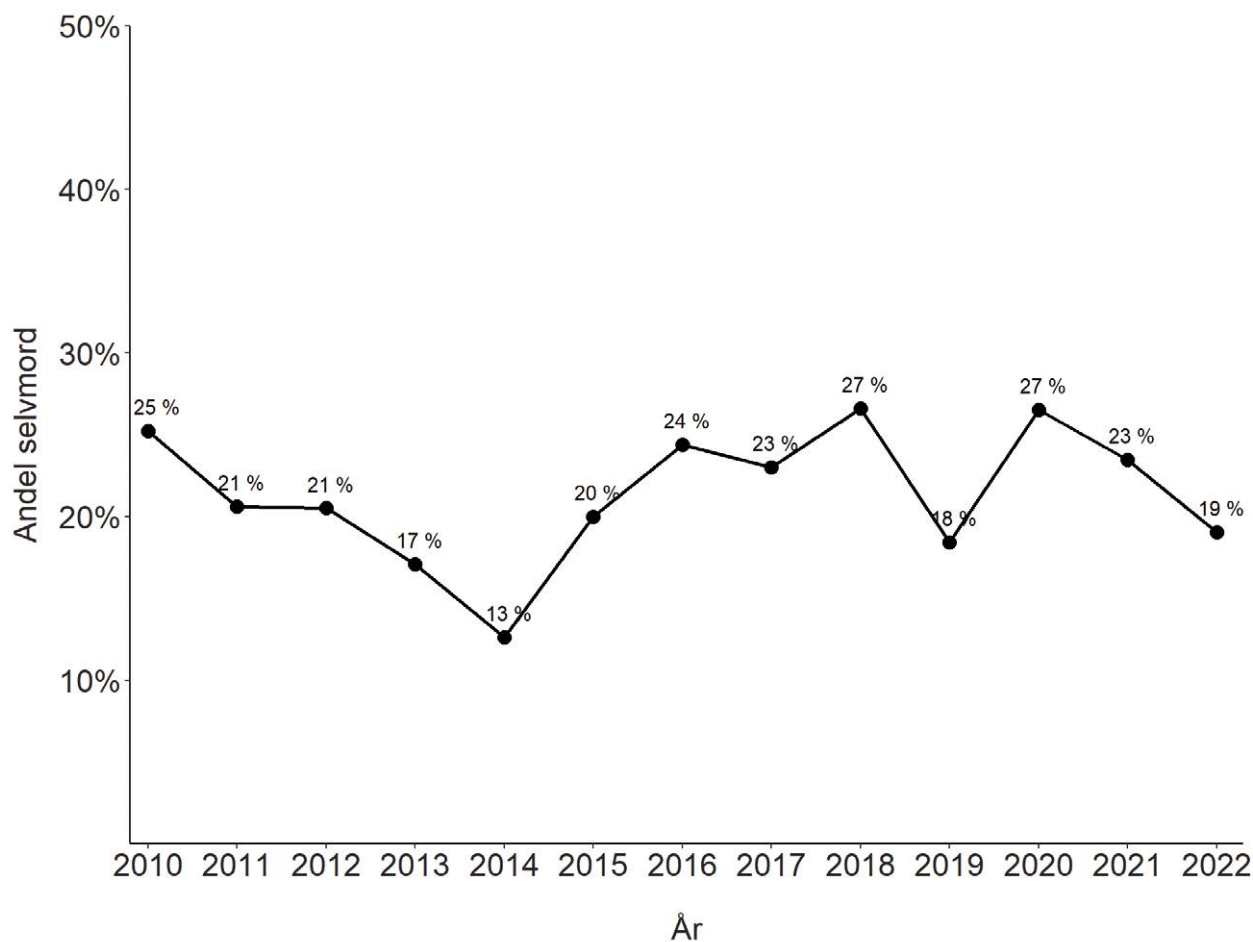
selvmord var 45 dager blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord.

Figur 2.2.13 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter utskrivelse og med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=1061$)



Figur 2.2.13 viser median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter siste utskrivelse. Den gjennomsnittlige medianen over hele tidsperioden lå på 16 dager.

Figur 2.2.14 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V, blant personer med minst ett døgnopphold det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=1656$)

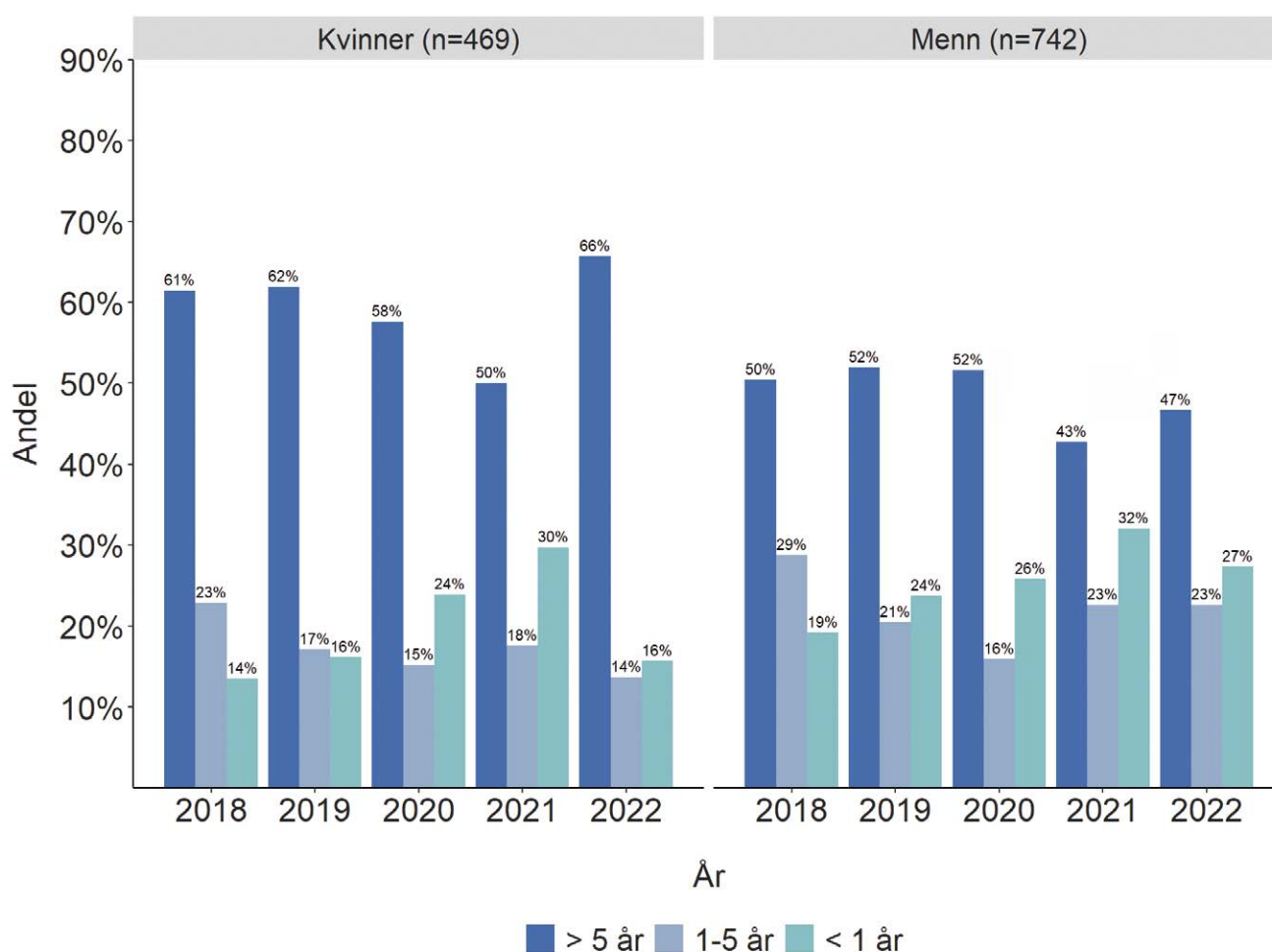


Andelen som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V var 21,4 % i perioden 2010–2022, men med noen svingninger fra år til år (Figur 2.2.14).

I følgende avsnitt viser vi data fra kartleggingsskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2022. Skjemaene fylles ut av behandler og bidrar til viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet.

Sykehistorie og livsbelastninger

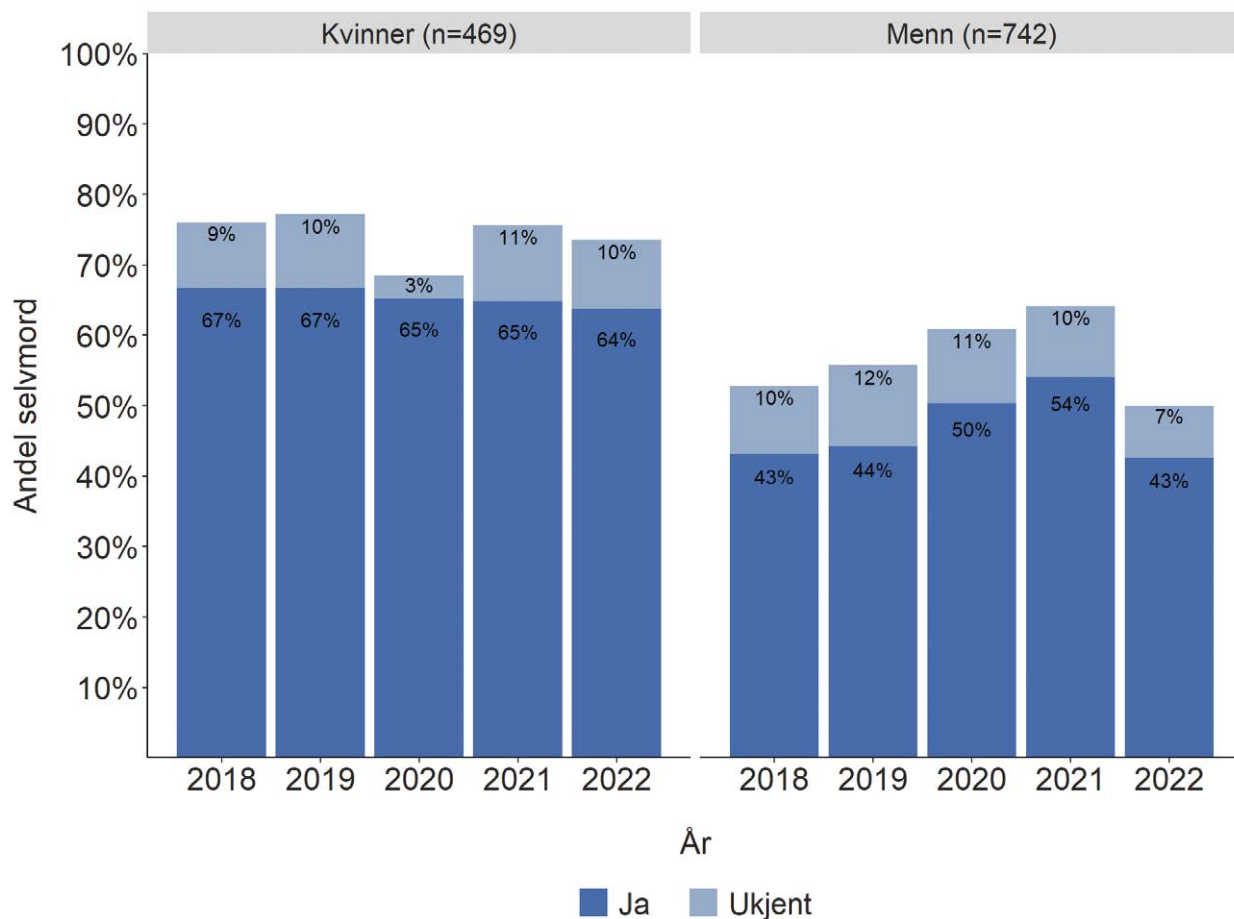
Figur 2.2.15 Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)



Blant kvinner var det en noe høyere andel som hadde en sykehistorie med varighet på over 5 år, sammenlignet med menn (Figur 2.2.15). Over hele tidsperioden 2018–2022 var andelen henholdsvis 59,9 % og 48,7 %. Blant både kvinner og menn var det en nedgang i andel med sykehistorie på over 5 år i 2021, samtidig som det var en

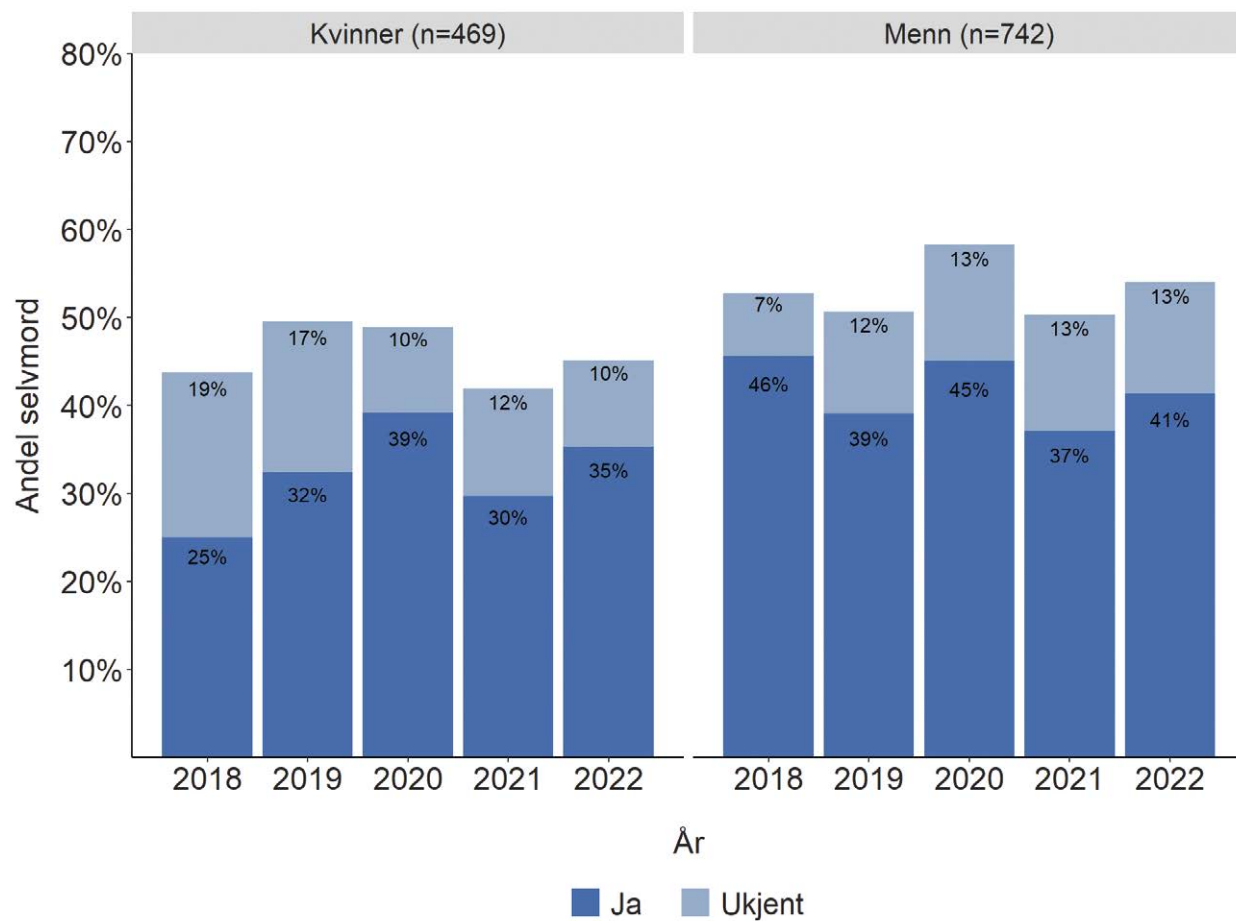
økning i andel med sykehistorie med varighet på under ett år (består av de tre kategoriene *ingen psykisk lidelse*, *mindre enn 1 mnd.* og *1–12 mnd.* i kartleggingsskjemaet). Dette jevnet seg imidlertid ut igjen i 2022. Andelen ukjent er liten for varighet av sykehistorie og er derfor tatt ut av figuren.

Figur 2.2.16 Villet egenskade blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)

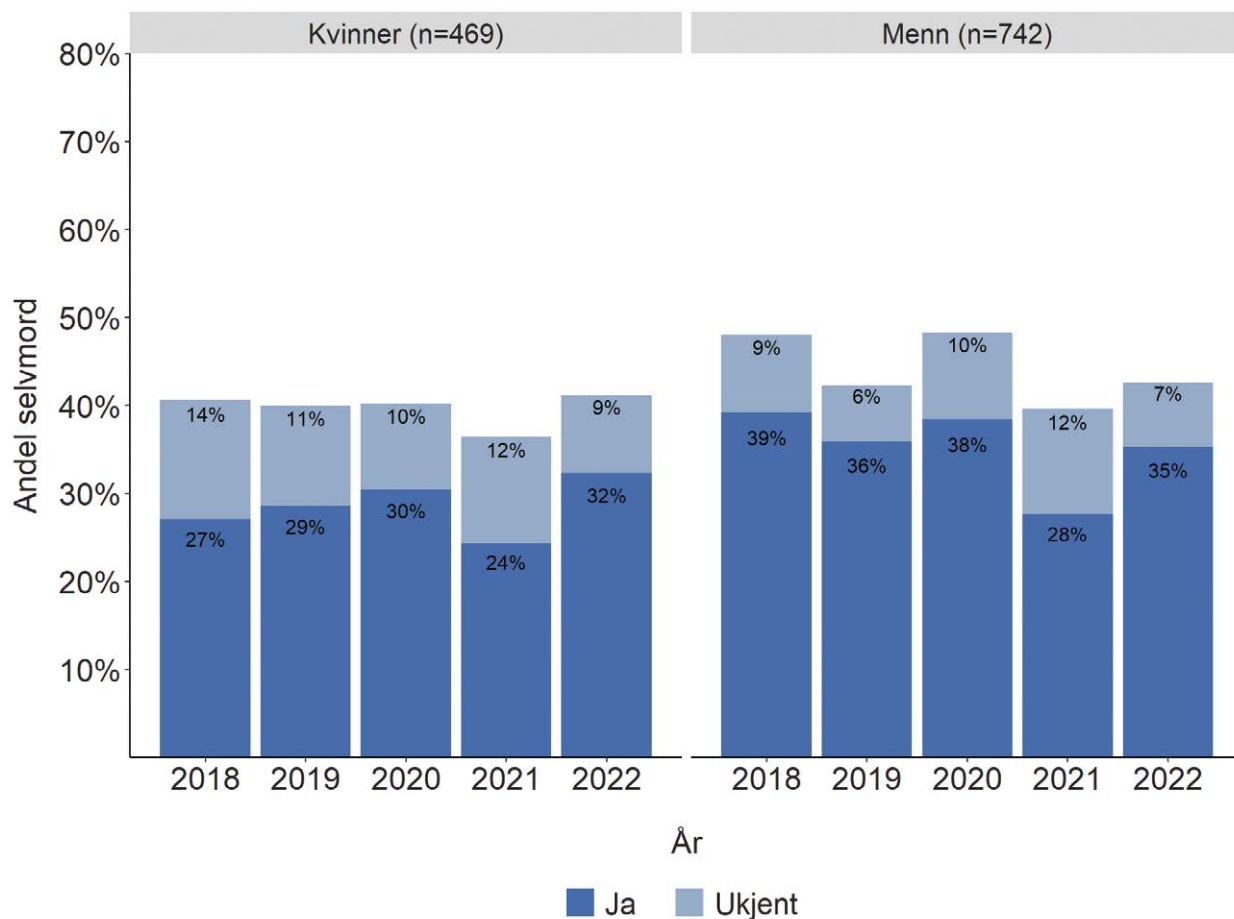


Andelen med villet egenskade var betydelig høyere blant kvinner enn menn, henholdsvis 65,5 % og 47,0 % i løpet av tidsperioden. Andelen menn med villet egenskade økte gradvis i løpet av perioden, men gikk ned igjen i 2022 (Figur 2.2.16).

Figur 2.2.17 Problematisk bruk av alkohol blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



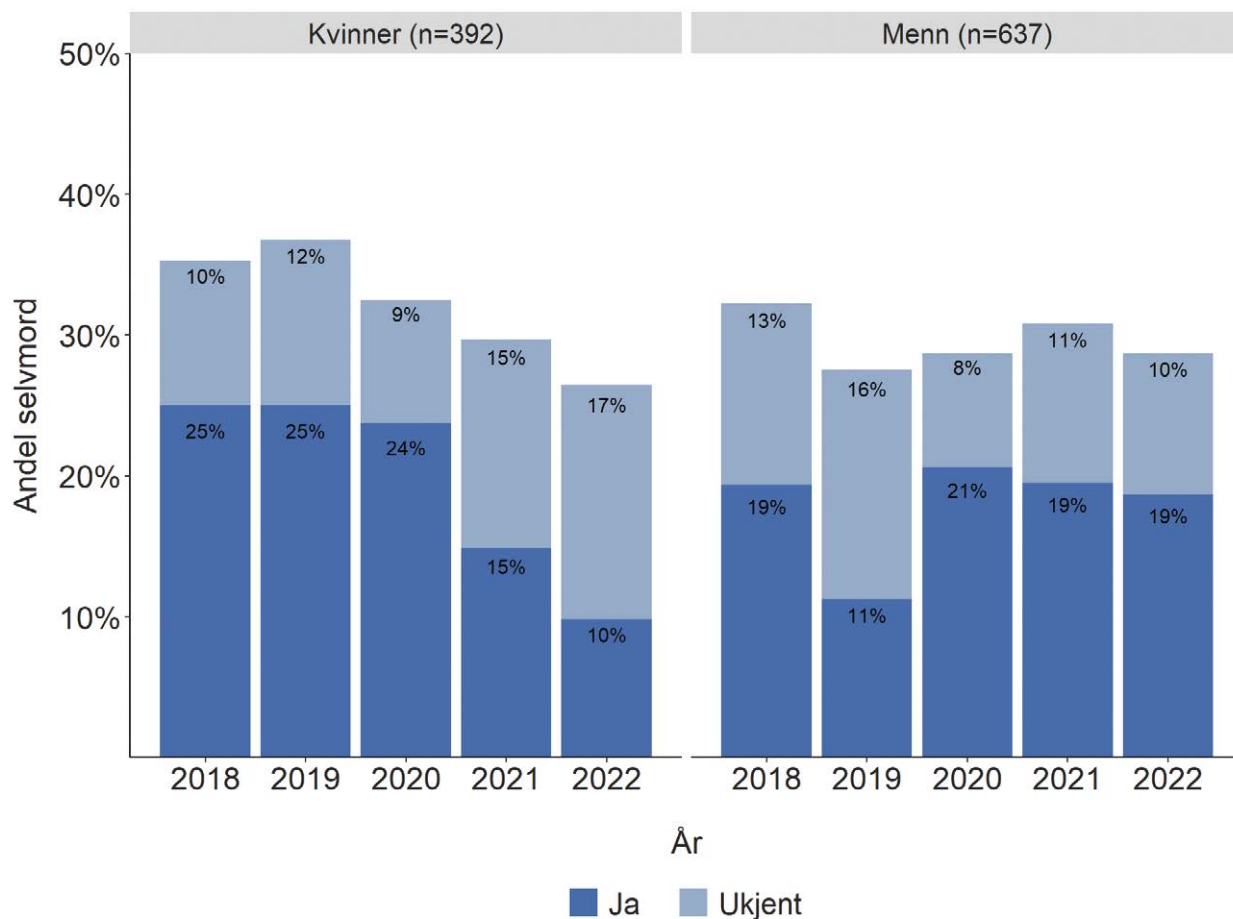
Figur 2.2.18 Problematisk bruk av andre rusmidler blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)



Som vist i figurene 2.2.17 og 2.2.18, var både problematisk bruk av alkohol og andre rusmidler noe høyere blant menn enn kvinner. I løpet av tidsperioden hadde 32,4 % av kvinnene og 41,4 % av mennene et kjent problematisk alkoholbruk, mens henholdsvis 28,8 % og 35,2 % av kvinnene og mennene hadde et kjent problematisk bruk av andre rusmidler.

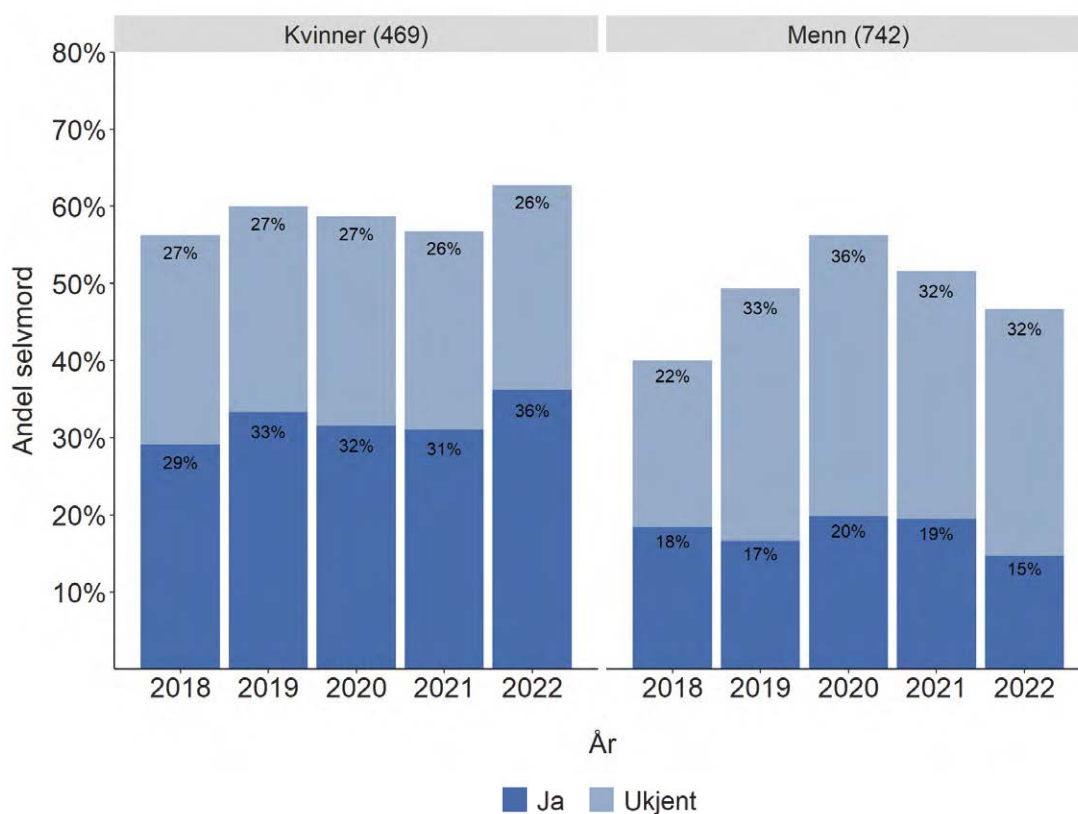
Totalt hadde 42,6 % av kvinnene og 55,3 % av mennene et problematisk bruk av alkohol og/eller andre rusmidler. Det er verdt å merke seg at forekomsten er betydelig høyere enn de som blir diagnostisert med en rusbrukslidelse (Tabell 2.2.2).

Figur 2.2.19 Somatisk sykdom blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1029)

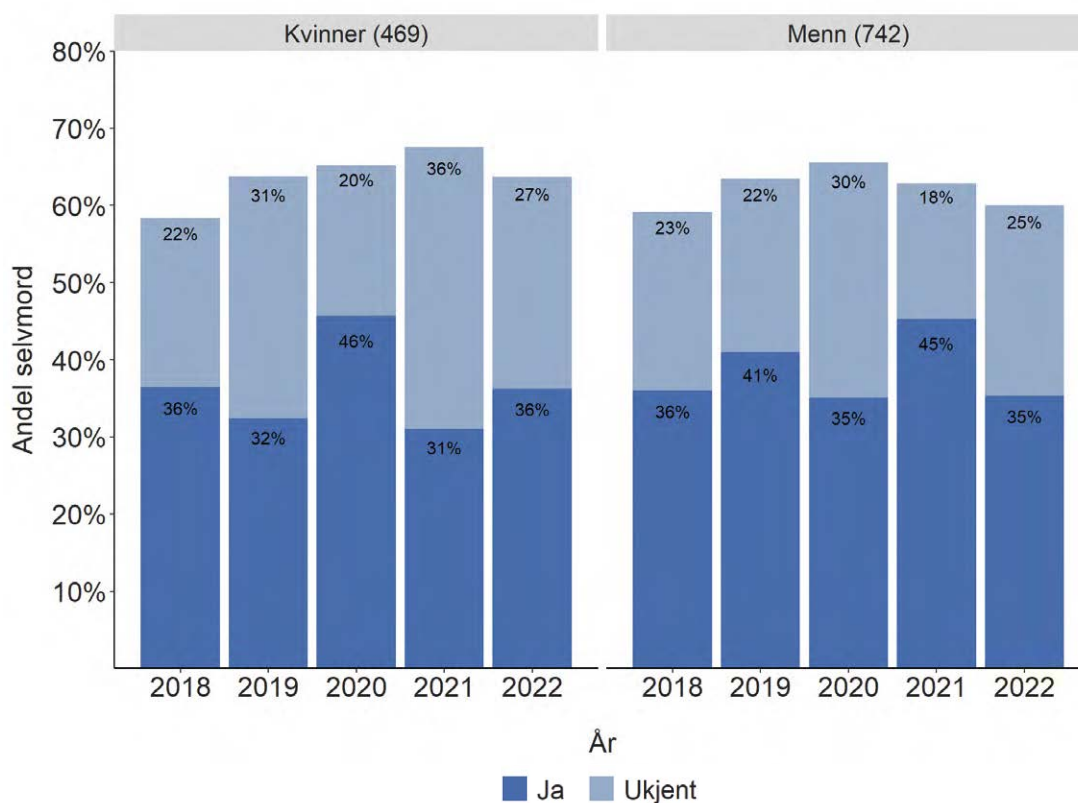


Andelen med somatisk sykdom var totalt 18,9 % blant kvinner og 18,2 % blant menn i løpet av tidsperioden. Som figur 2.2.19 viser, er andelen ukjent høy for denne variabelen. Det var en tydelig reduksjon i andelen kvinner med en kjent somatisk lidelse i 2021 og 2022. Spørsmål om somatisk lidelse ble lagt til etter revisjon av skjemaet og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene.

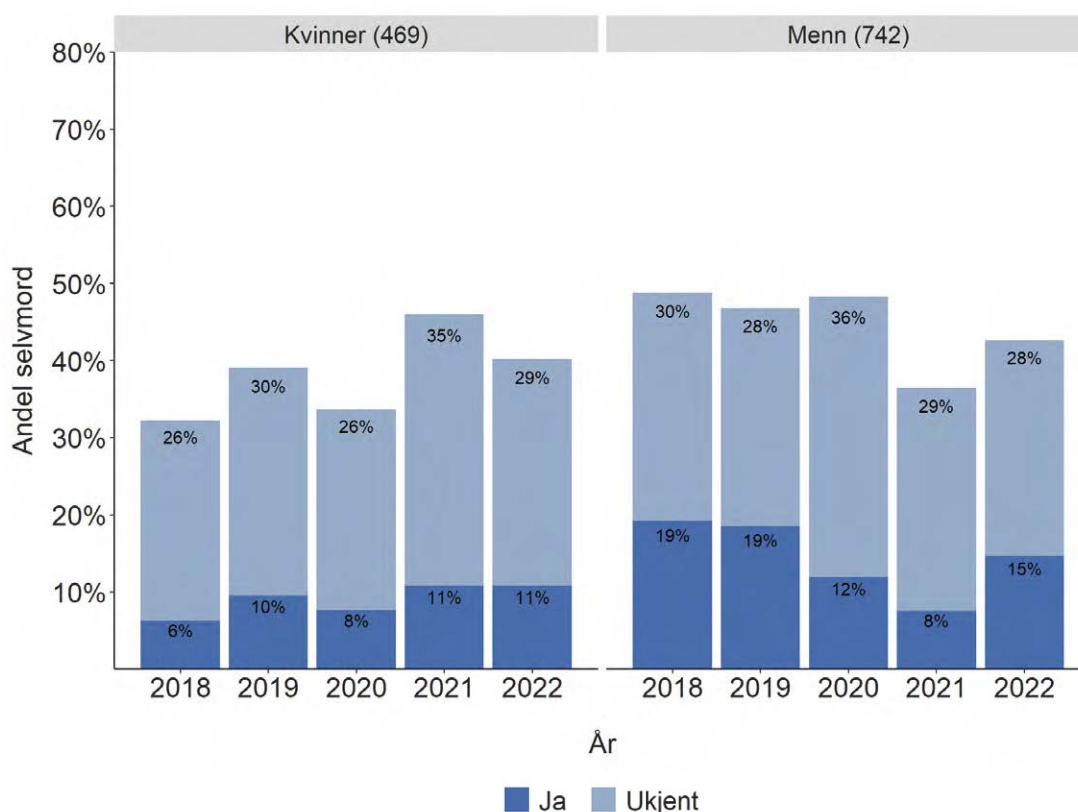
Figur 2.2.20 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



Figur 2.2.21 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



Figur 2.2.22 Økonomiske problemer de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)

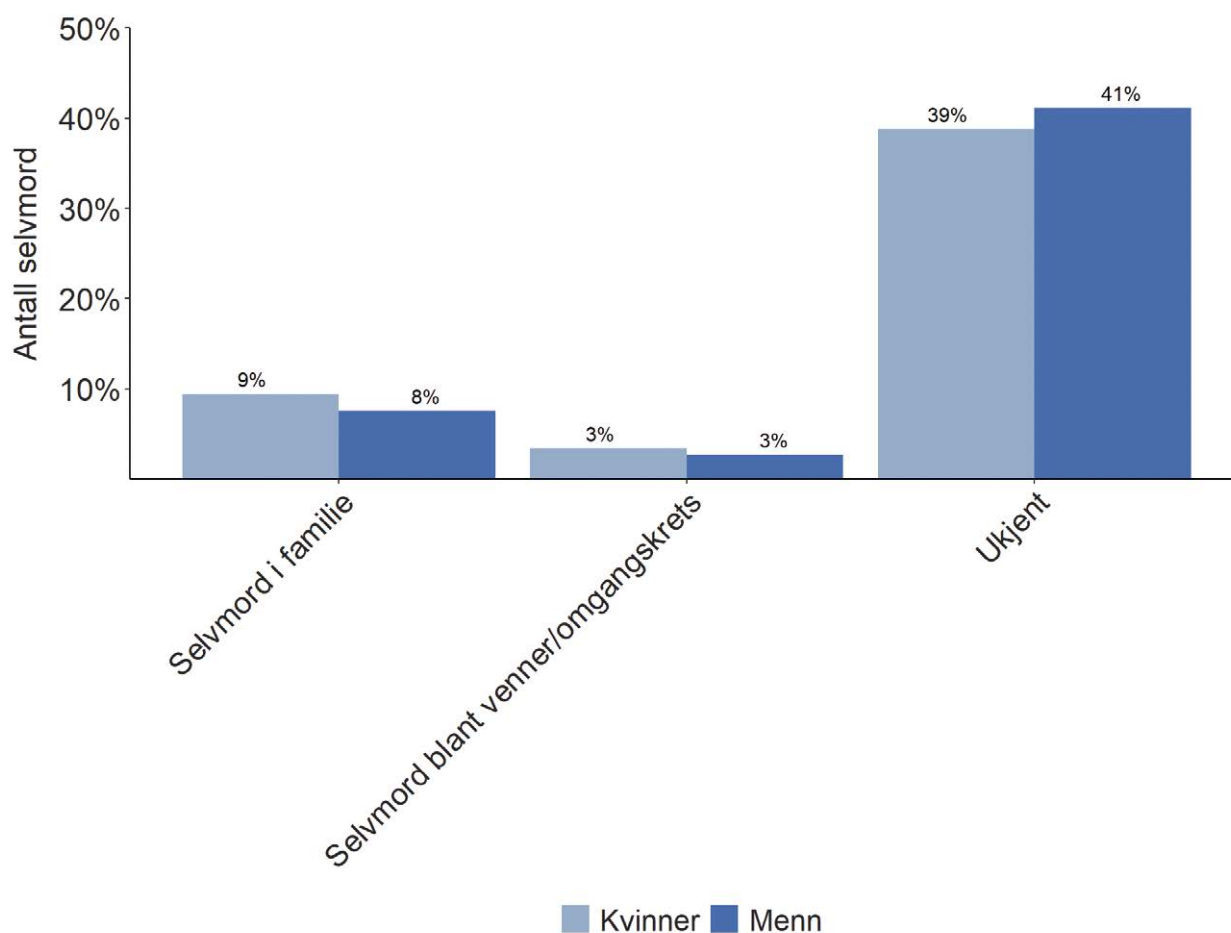


Andelen med kjente traumer i barndommen var totalt 32,4 % blant kvinner og 17,8 % blant menn i løpet av tidsperioden, og det var ingen store endringer i løpet av perioden (Figur 2.2.20). Andelen med kjente negative livshendelser de siste tre månedene før selvmordet var henholdsvis 36,5 % og 38,7 % for kvinner og menn, og her var det heller ingen store endringer i løpet av perioden (Figur 2.2.21). Andelen med kjente økonomiske problemer de siste tre månedene

før selvmordet var 9,0 % blant kvinner og 14,2 % blant menn. Blant menn har andelen gått ned siden 2019, men økte noe igjen i 2022 (Figur 2.2.22).

Andelen ukjent var svært høy for disse variablene, noe som sannsynligvis medfører underestimering. Dette viser at man bør ha et større fokus på å identifisere disse belastningene, slik at relevante tiltak kan igangsettes, både i og utenfor tjenestene.

Figur 2.2.23 Selvmord blant familie og venner/omgangskrets blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)

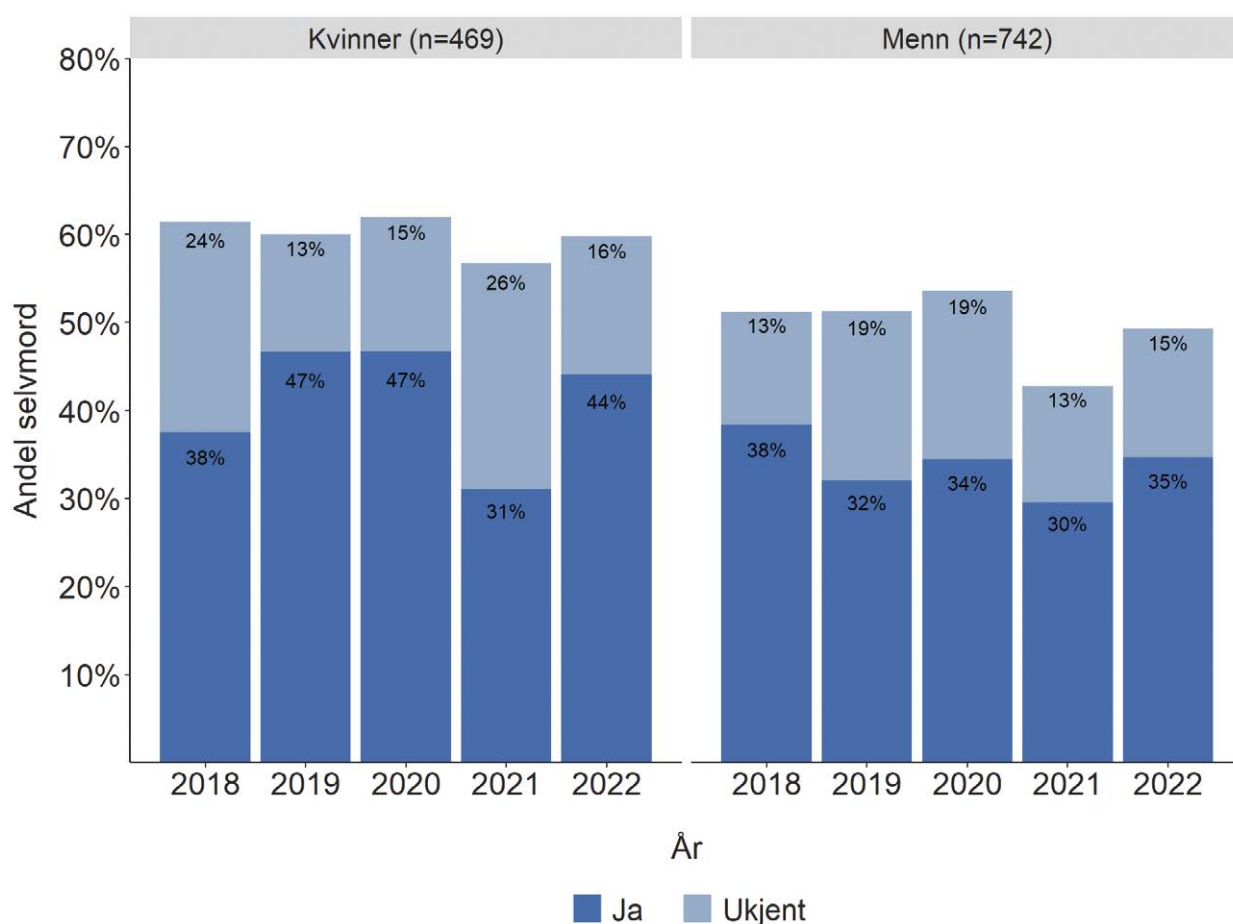


Blant kvinner var andelen som hadde opplevd selvmord i familie og blant venner/omgangskrets henholdsvis 9,4 % og 3,4 % (Figur 2.2.2.23). Blant menn var andelen henholdsvis 7,6 % og 2,8 %. Omfanget av ukjent er svært høy, noe som kan tyde på at dette temaet ikke får tilstrekkelig

oppmerksomhet i behandlingssammenheng og sannsynligvis medfører underestimering i vårt datamateriale. Det var ingen tydelig endring i løpet av perioden, og på grunn av et begrenset antall i disse kategoriene vil det ikke være hensiktsmessig å vise fordelingen per år.

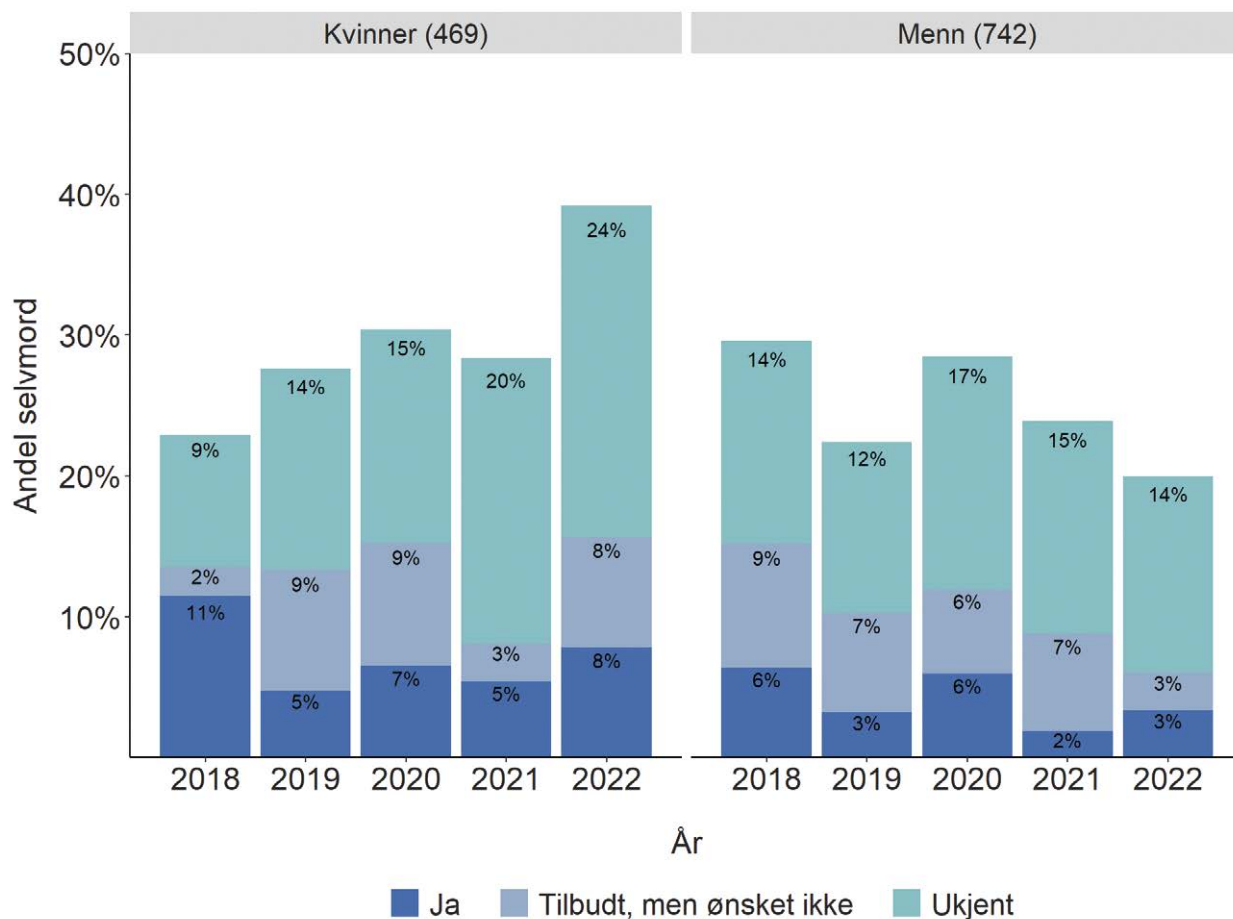
Medikamenter og øvrige tiltak

Figur 2.2.24 Bruk av kommunale tjenester blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)



Totalt for perioden 2018–2022 hadde 41,8 % av kvinnene mottatt kommunale tjenester (inkluderer ikke fastlege og statlige ytelser fra NAV), mens andelen var 33,6 % blant menn. Andelen ukjent er høy- noe som sannsynligvis medfører underestimering (Figur 2.2.24).

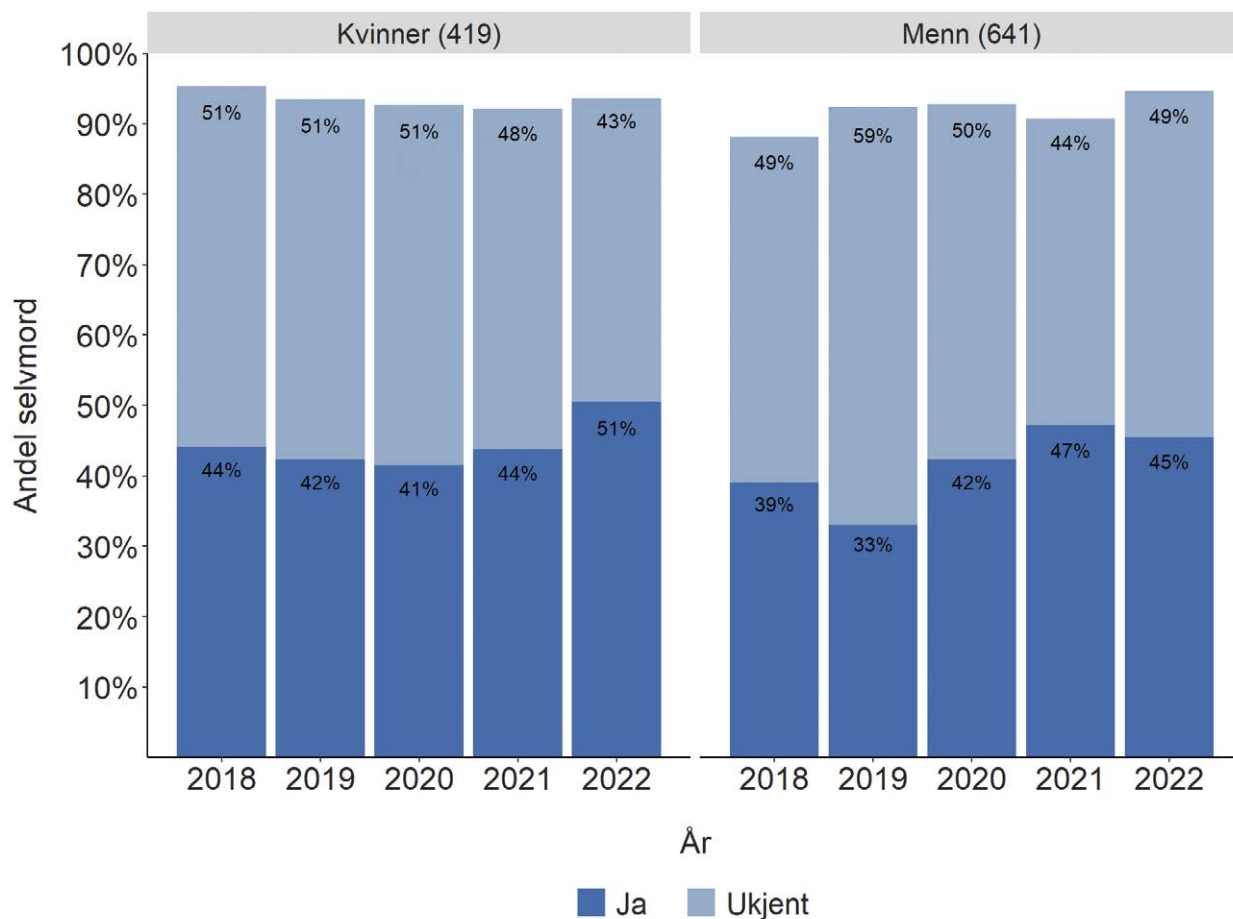
Figur 2.2.25 Individuell plan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)



Totalt (2018–2022) hadde 7,3 % av kvinnene takket ja til individuell plan, mens 6,2 % hadde fått tilbudet, men ikke ønsket en slik plan. Blant menn var andelen henholdsvis 4,0 % og 6,2 %. Andelen som ikke hadde fått tilbud om individuell plan var 72,5 % blant kvinner og 75,2 % blant menn. Andelen som hadde fått tilbud om individuell plan gikk ned blant kvinner i 2021, mens den

gradvis gikk ned blant menn fra 2020 (Figur 2.2.25) (Figur 2.2.25). Men igjen, andelen ukjent er svært høy og dette vil sannsynligvis medføre underestimering. Som vi beskrev i tidligere årsrapport (Walby et al., 2023) vil det trolig være mer effektivt å prioritere andre tiltak, som for eksempel arbeidet med sikkerhetsplaner, siden så få faktisk har en etablert individuell plan.

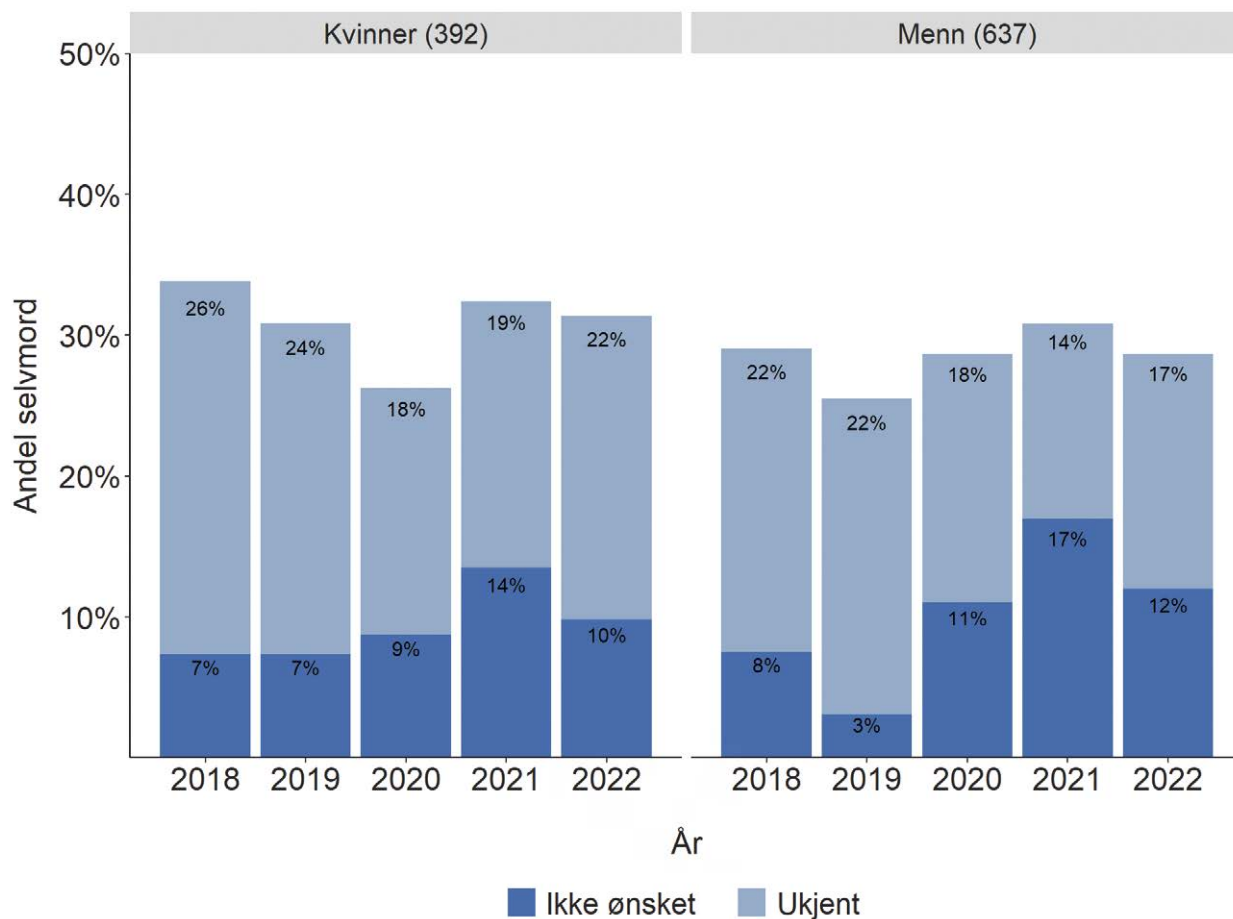
Figur 2.2.26 Etterlevelse av medikamenter blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1060$)



Majoriteten (76,1 %) hadde blitt foreskrevet medikamenter og i løpet av tidsperioden ble det for henholdsvis 44,6 % og 41,5 % av kvinner og menn rapportert at medikamentene ble tatt som foreskrevet. Blant kvinner var det i 48,9 % av

tilfellene ikke kjent om medikamentene ble tatt som foreskrevet, andelen var 50,4 % blant menn. På grunn av den svært høye andelen ukjent er det vanskelig å si noe om utviklingen (Figur 2.2.26).

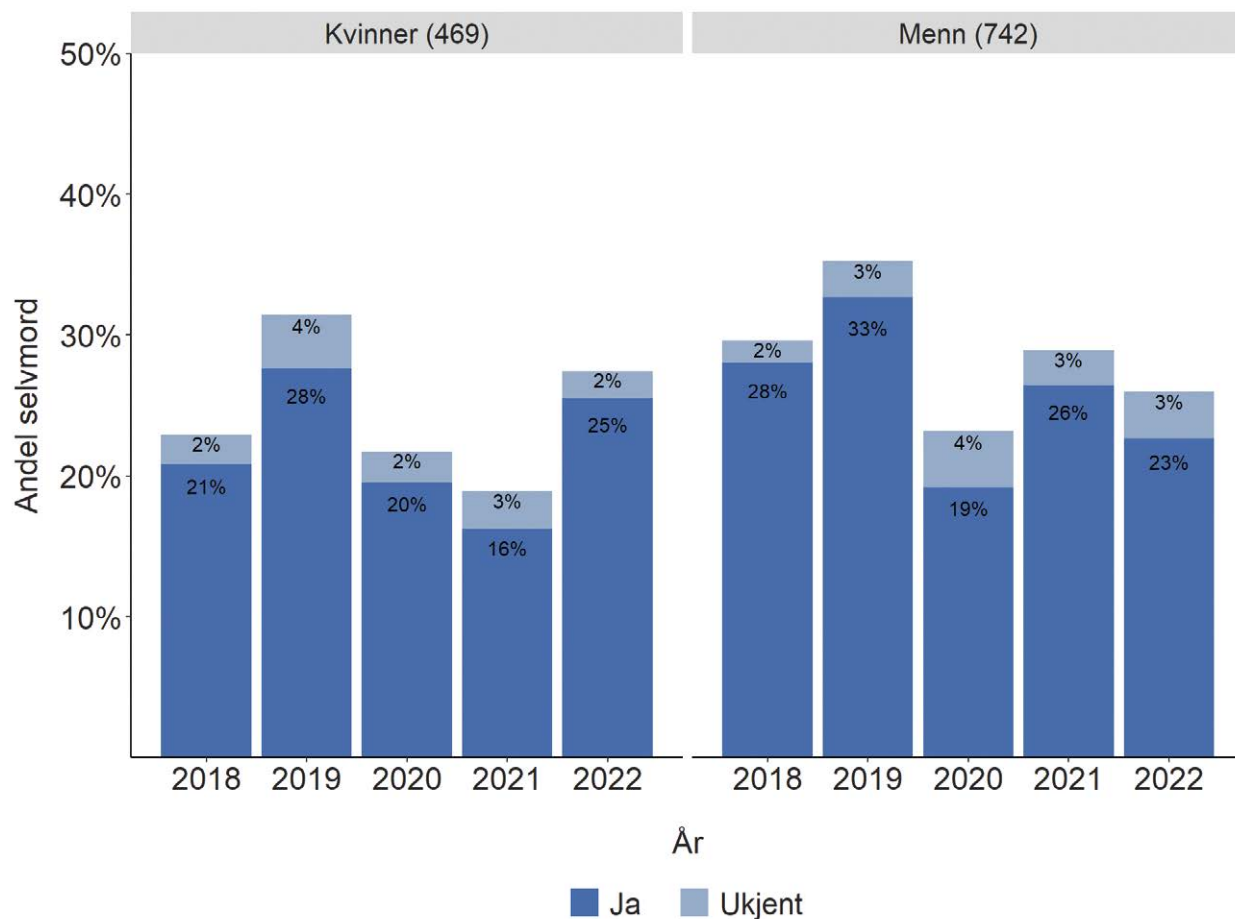
Figur 2.2.27 Andel som ikke ønsket tilbudt psykofarmaka blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1029$)



Andelen som ikke ønsket å ta psykofarmaka som ble tilbudt lå på 9,4 % blant kvinner og 11,0 % blant menn i løpet av tidsperioden. Igjen, på grunn av den svært høye andelen ukjent er det vanskelig

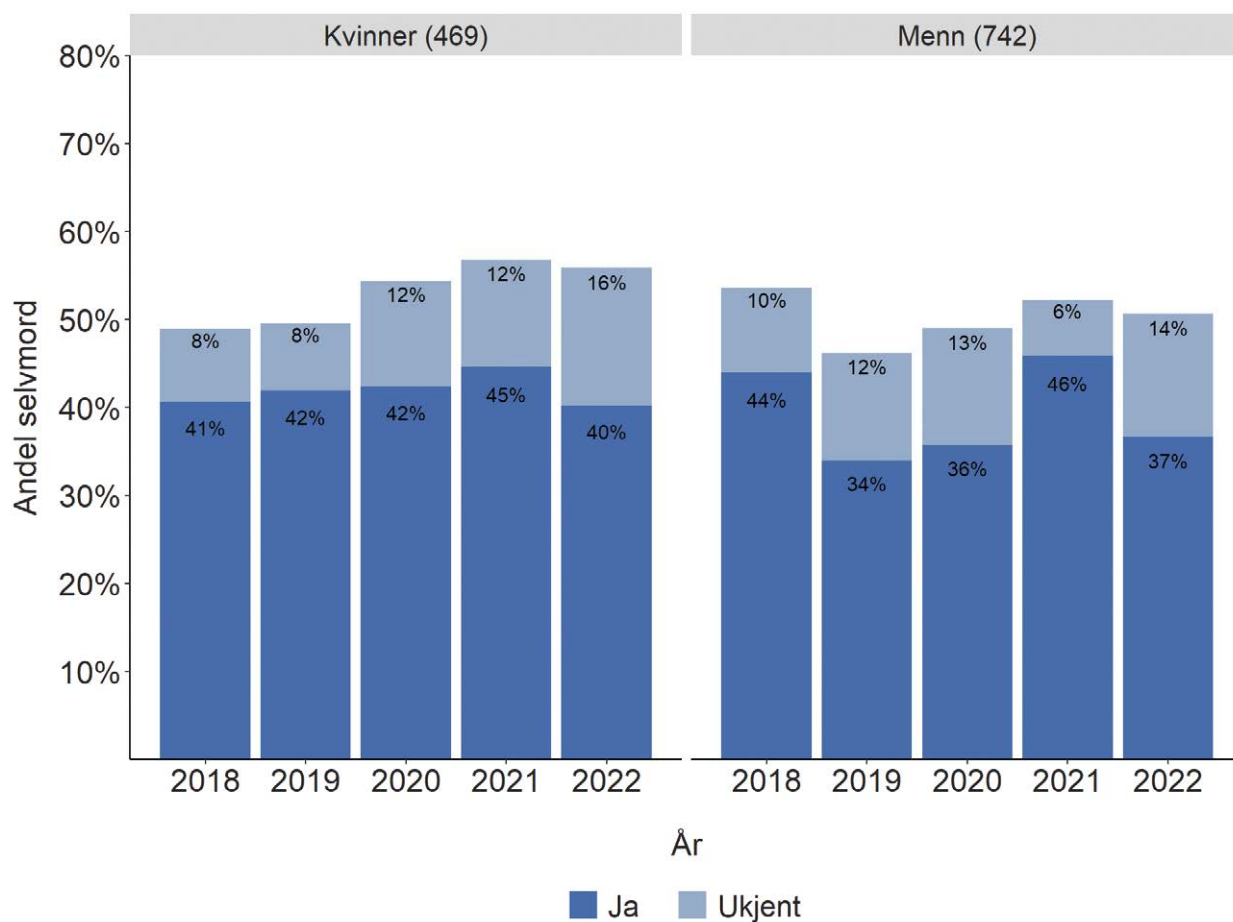
å si noe om utviklingen (Figur 2.2.27). Dette spørsmålet ble lagt til etter revisjon av skjemaet, og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene.

Figur 2.2.28 Andel som uteble fra siste avtale blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



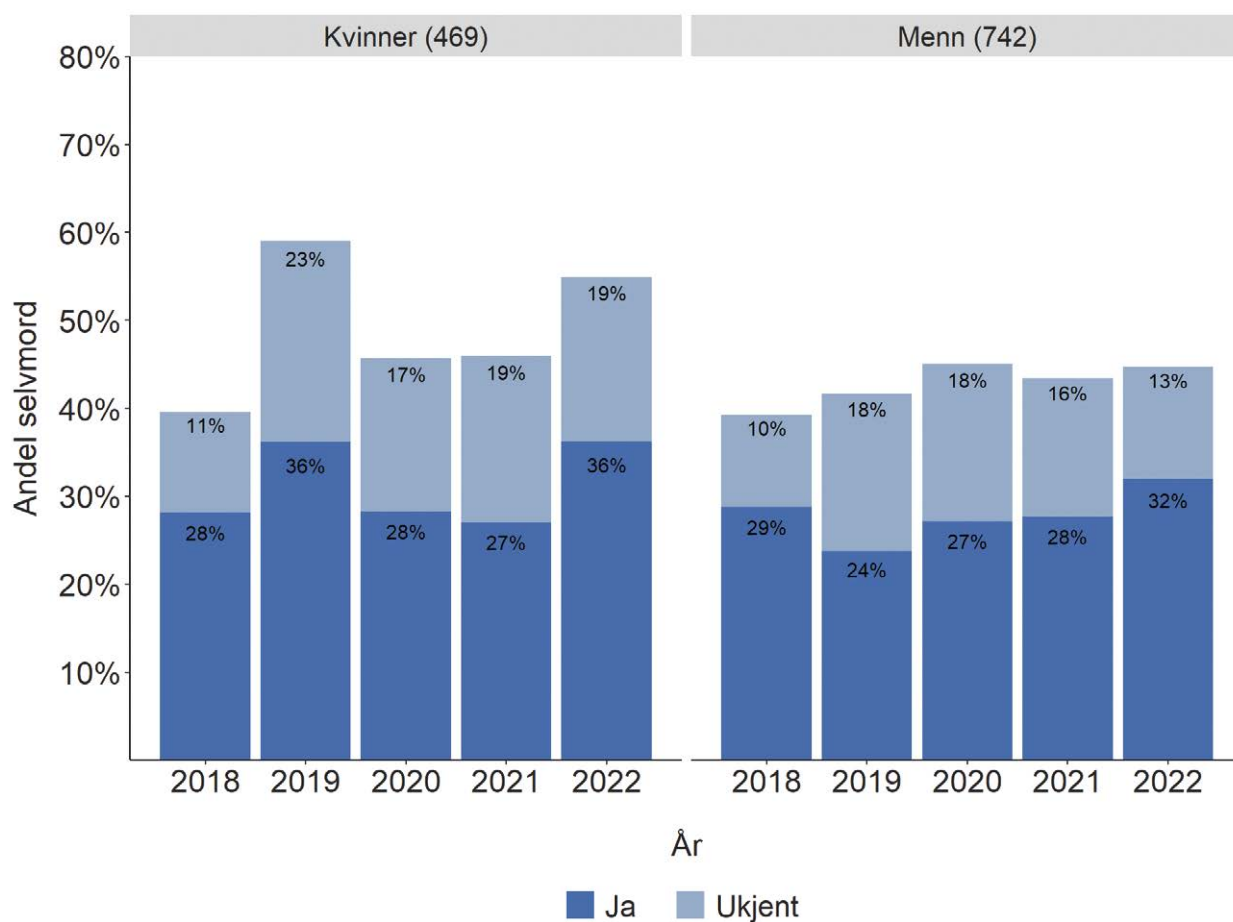
Totalt (2018–2022) uteble henholdsvis 22,4 % og 25,9 % av kvinner og menn fra siste avtale. Det er en del variasjon fra år til år (Figur 2.2.28).

Figur 2.2.29 Kontakt med pårørende den siste måneden før dødsfallet blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



I løpet av den siste måneden før selvmordet hadde tjenestene kontakt med de pårørende til kvinnene i 41,8 % av tilfellene, mens andelen var 39,1 % blant menn (Figur 2.2.29).

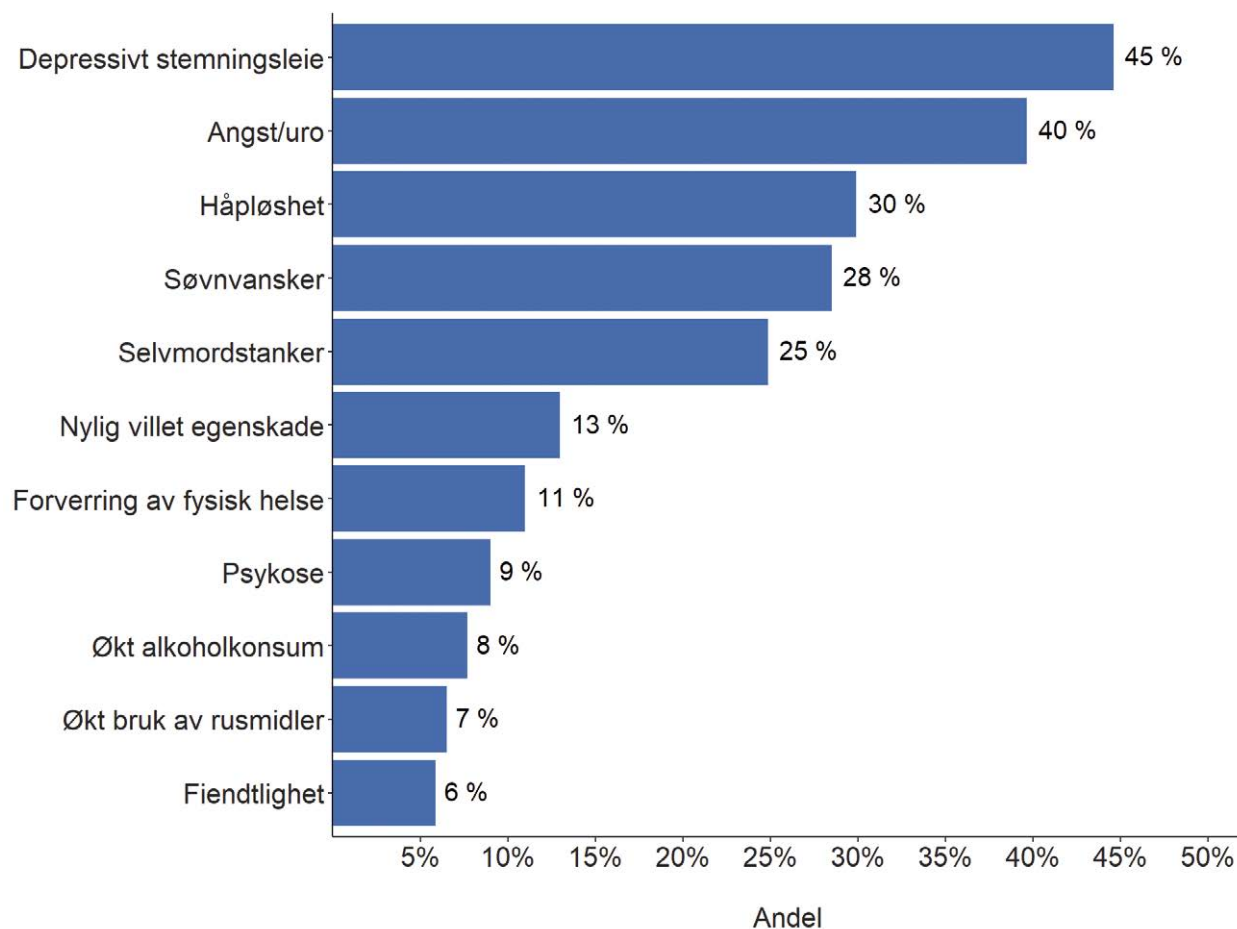
Figur 2.2.30 Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=1211)



Den totale andelen av kvinner som hadde fått kriseplan i løpet av perioden var 31,6 %, mens andelen var 27,8 % blant menn. Det er ingen tydelig endring i løpet av perioden (Figur 2.2.30). Det blir derfor relevant å se om andel med

kriseplan øker i årene fremover som følge av revisjonen av den nasjonale faglige retningslinjen for selvmordsforebygging der kriseplaner/ sikkerhetsplaner er blant anbefalingene (Helsedirektoratet, 2024).

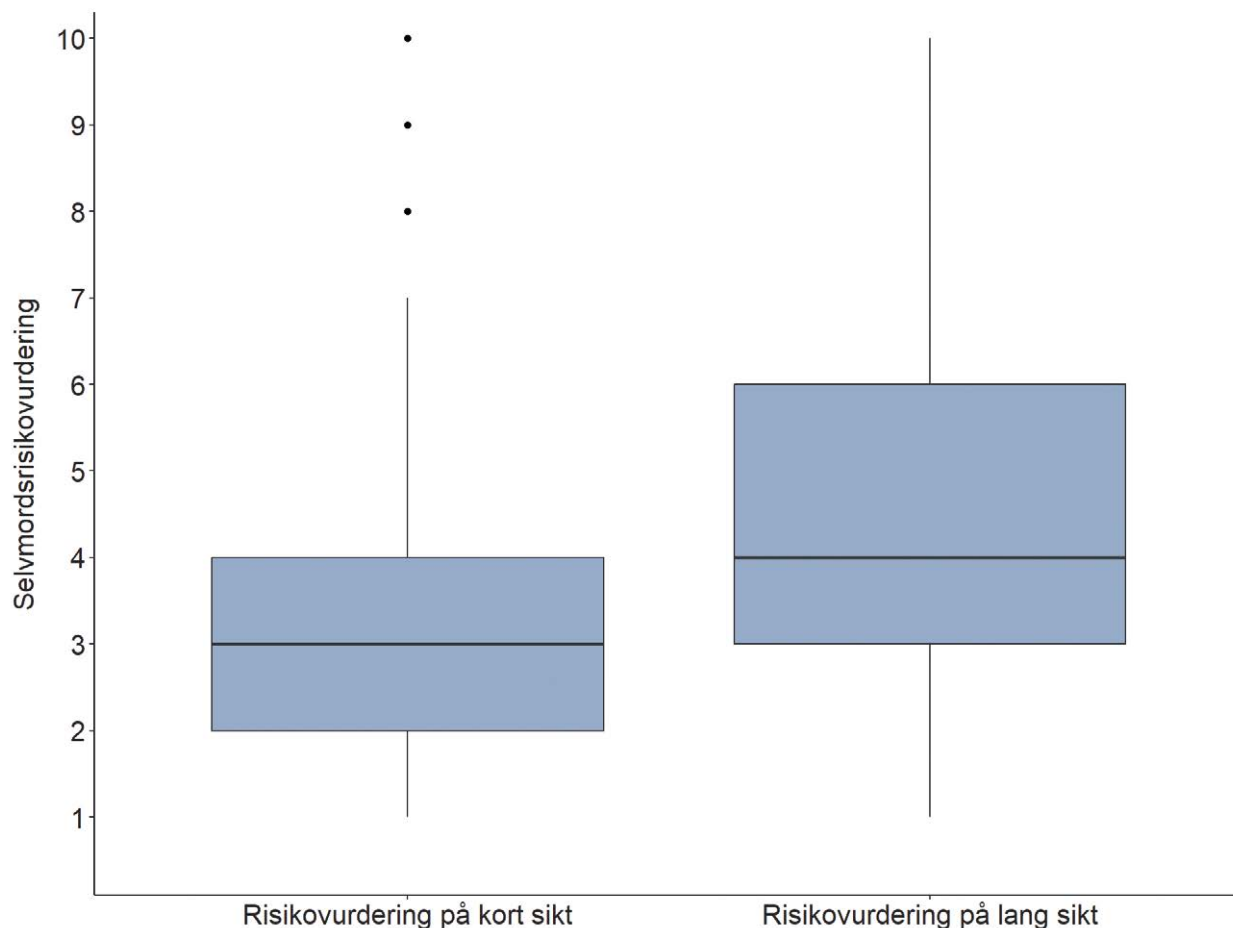
Figur 2.2.31 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



Symptomer ved siste kontakt er basert på behandlers vurdering og observasjon av tegn til symptomer ved siste kontakt i de aktuelle sektorene. Det vanligste observerte symptomet ved

siste kontakt var depressivt stemningsleie (44,6 %), etterfulgt av angst/uro (39,6 %) (Figur 2.2.31). Kun én av fire hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt.

Figur 2.2.32 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1012$)



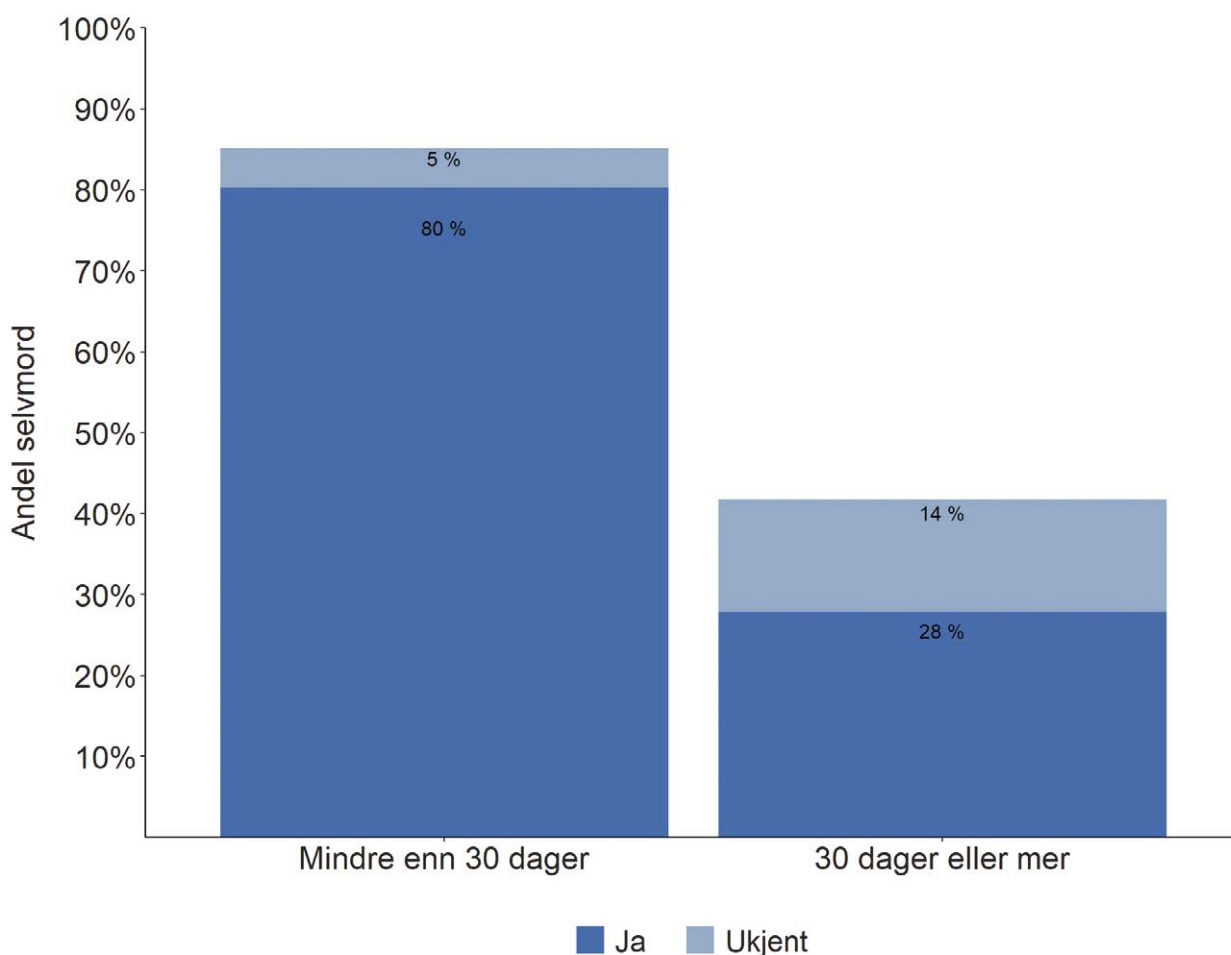
Selvordsrisiko ble vurdert på en Likert-skala fra 1–10. Selvmordsrisiko på kort sikt ble vurdert som lav med en median på 3 og på lang sikt var medianen 4 (Figur 2.2.32). Det var ingen kjønnsforskjeller når det gjelder risikovurdering. På grunn av revisjon av variabelen er det 1012 personer (83,6 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

Det er viktig å påpeke at disse risikovurderingene har blitt gjort retrospektivt, og den som fyller ut skjemaet er kjent med at personen er død i selvmord. Funnene viser tydelig at det å skulle vurdere eller predikere faren for selvmord selv i en klinisk høyrisikogruppe som regel er veldig vanskelig.

Tiden etter dødsfallet

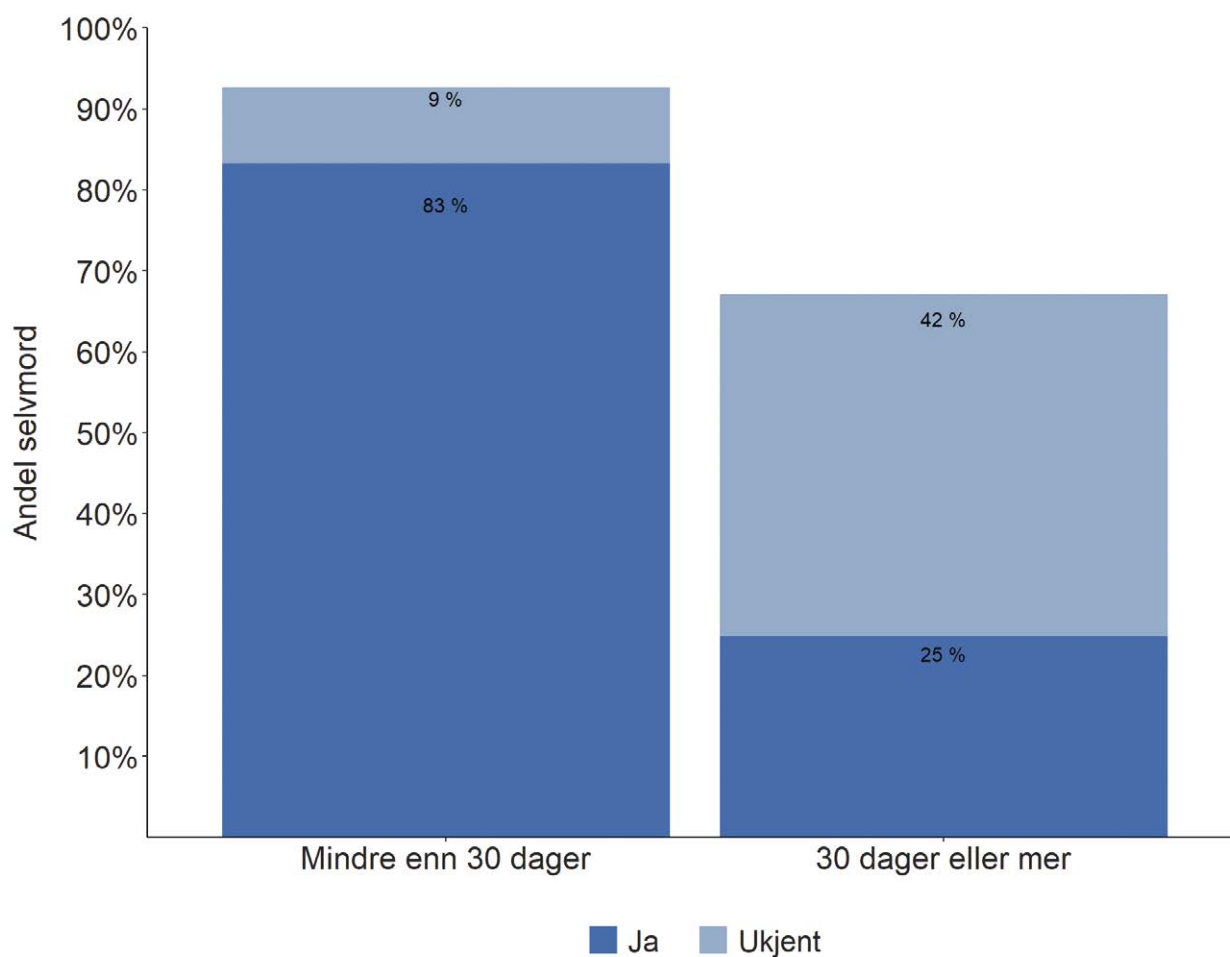
I dette avsnittet har vi delt utvalget basert på personer som døde i selvmord innen 30 dager etter siste kontakt (824 personer) og 30 dager eller mer etter siste kontakt (387 personer). I tilfellene der selvmordet har skjedd i lang tid etter siste kontakt er det større sannsynlighet for at tjenestene ikke har kjennskap til selvmordet.

Figur 2.2.33 Intern gjennomgang etter selvmord blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)



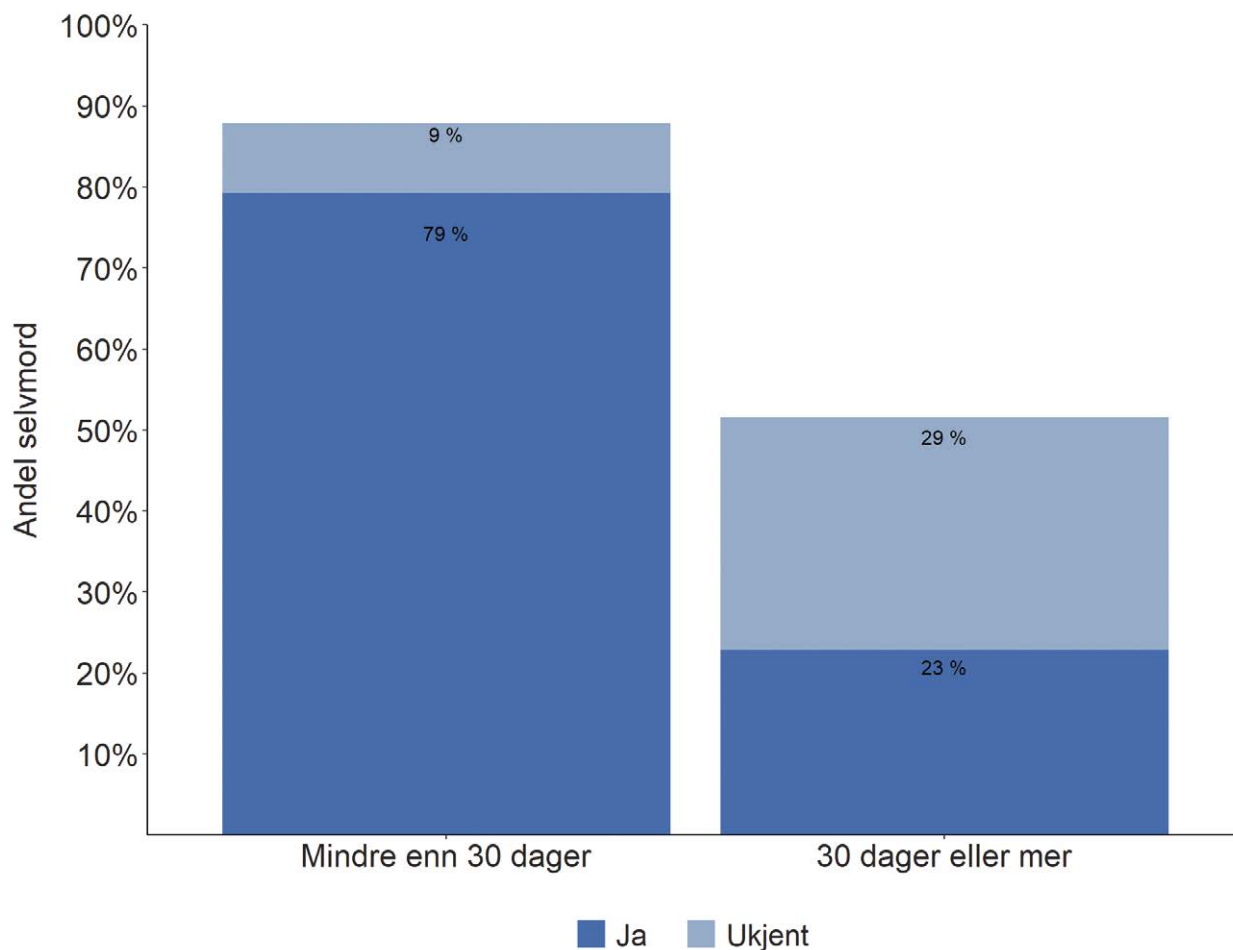
Det ble gjennomført en intern gjennomgang av 80,3 % av selvmordene som skjedde innen 30 dager etter siste kontakt. Blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt ble det gjennomført en intern gjennomgang i 27,7 % av tilfellene (Figur 2.2.33).

Figur 2.2.34 Saker meldt til Statens helsetilsyn som alvorlig hendelse blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt ble 83,3 % av selvmordene meldt inn til Statens helsetilsyn. Andelen var 24,8 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.2.34).

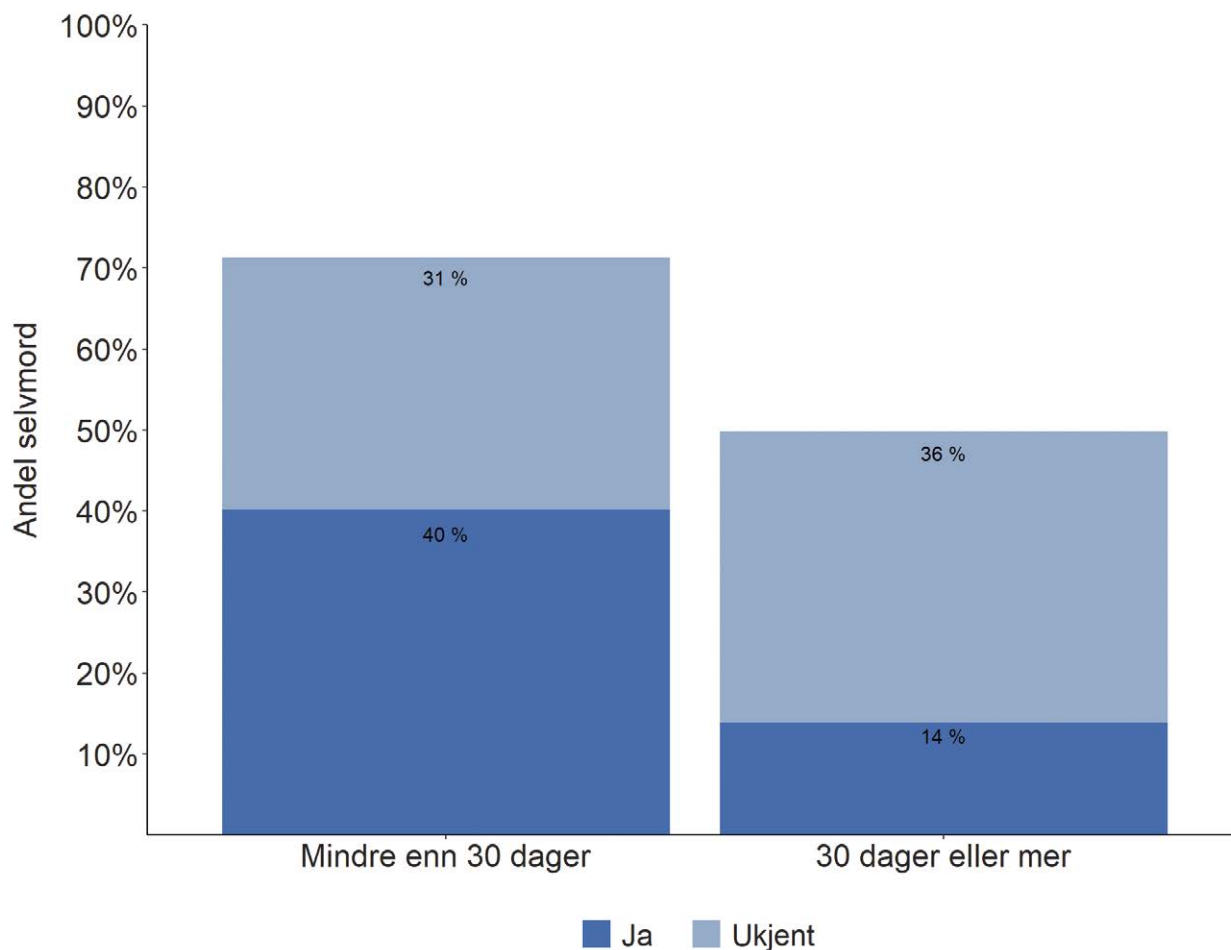
Figur 2.2.35 Pårørende tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)



Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, fikk pårørende tilbud om møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet i 79,2 % av tilfellene. Andelen var 22,7 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.2.35). Det fremstår som at det er en stor overlapp mellom gjennomføring av intern gjennomgang, innmelding til helsetilsynet og tilbud til de pårørende om møte med virksomheten siden andelen er tilnærmet lik for alle variablene. Dette bør undersøkes nærmere, siden det kan

tyde på at enten gjennomføres alle tiltakene eller ingen. Blant de som døde etter 30 dager eller mer var andelen betydelig lavere for de overnevnte variablene. En mulig tolkning av funnene er at tjenestene ikke var kjent med en stor del av selvmordene som skjedde mer enn 30 dager etter kontakt, og først ble kjent med dødsfallene som følge av datainnsamlingen i Kartleggingssystemets trinn 2 (etterregistrering), og derfor ikke var i posisjon til å gjennomføre de aktuelle tiltakene innen rimelig tid.

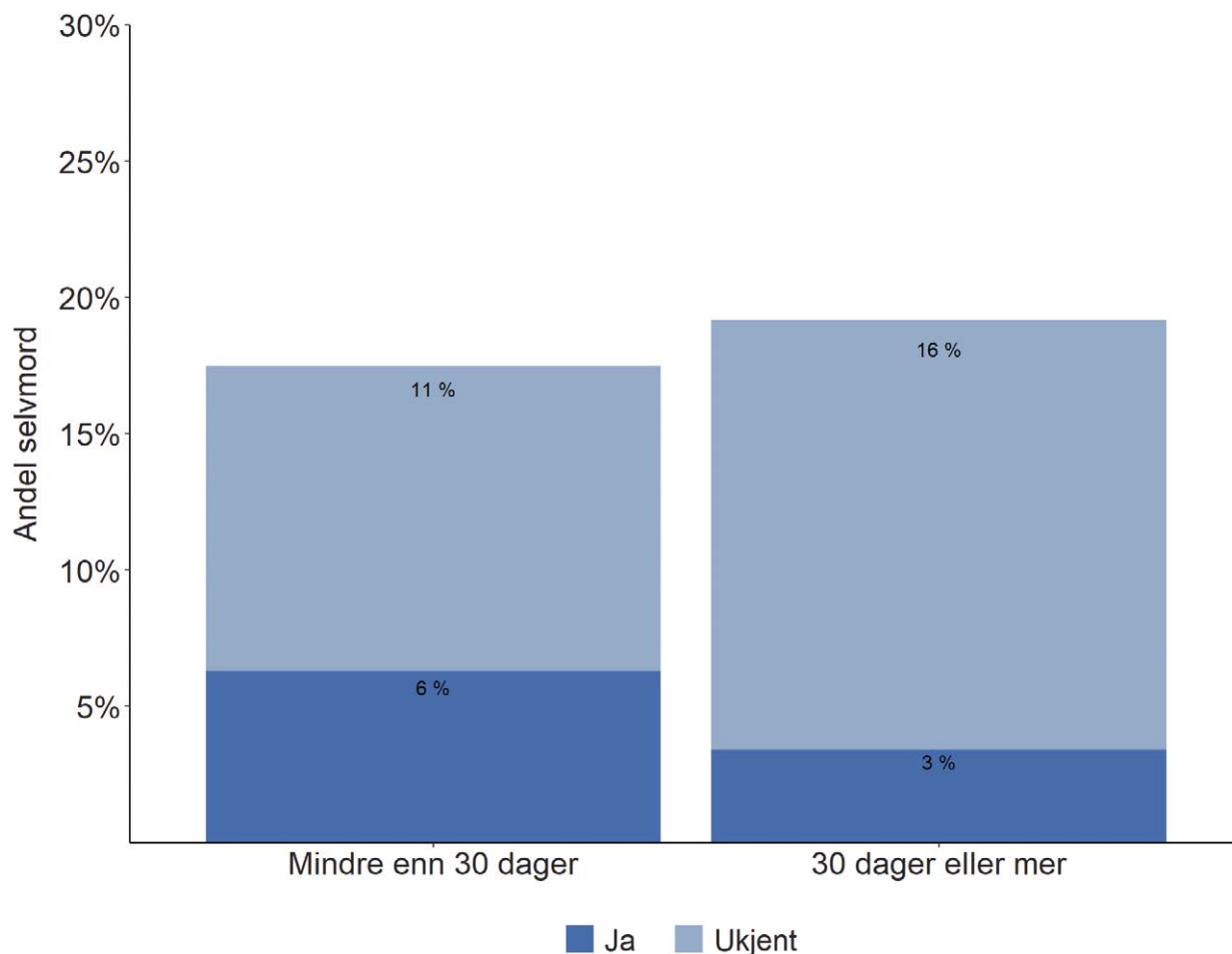
Figur 2.2.36 Om hendelsen har ført til læring i organisasjonen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)



Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, svarte 40 % av respondentene at hendelsen hadde ført til læring i organisasjonen. Andelen var kun 13,9 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.2.36). Ved klare feil eller svikt kan gjennomgang av enkelthendelser sannsynligvis bidra til læring i organisasjonen,

men som figur 2.2.36 illustrerer har majoriteten av hendelsene ikke ført til læring eller at dette er ukjent for organisasjonen. En faktor som kan medvirke til dette, er at selvmord er komplekse hendelser, der det kan være krevende å identifisere læringspunkter dersom det ikke avdekkes indikasjoner på konkret svikt i etterarbeidet.

Figur 2.2.37 Kan selvmordet relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)



Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, svarte 6,3 % av respondentene at selvmordet kunne relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen. Andelen var 3,4 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.2.37). Den lave andelen av sikkerhetsmessige eller faglige problemer bør anses som positivt

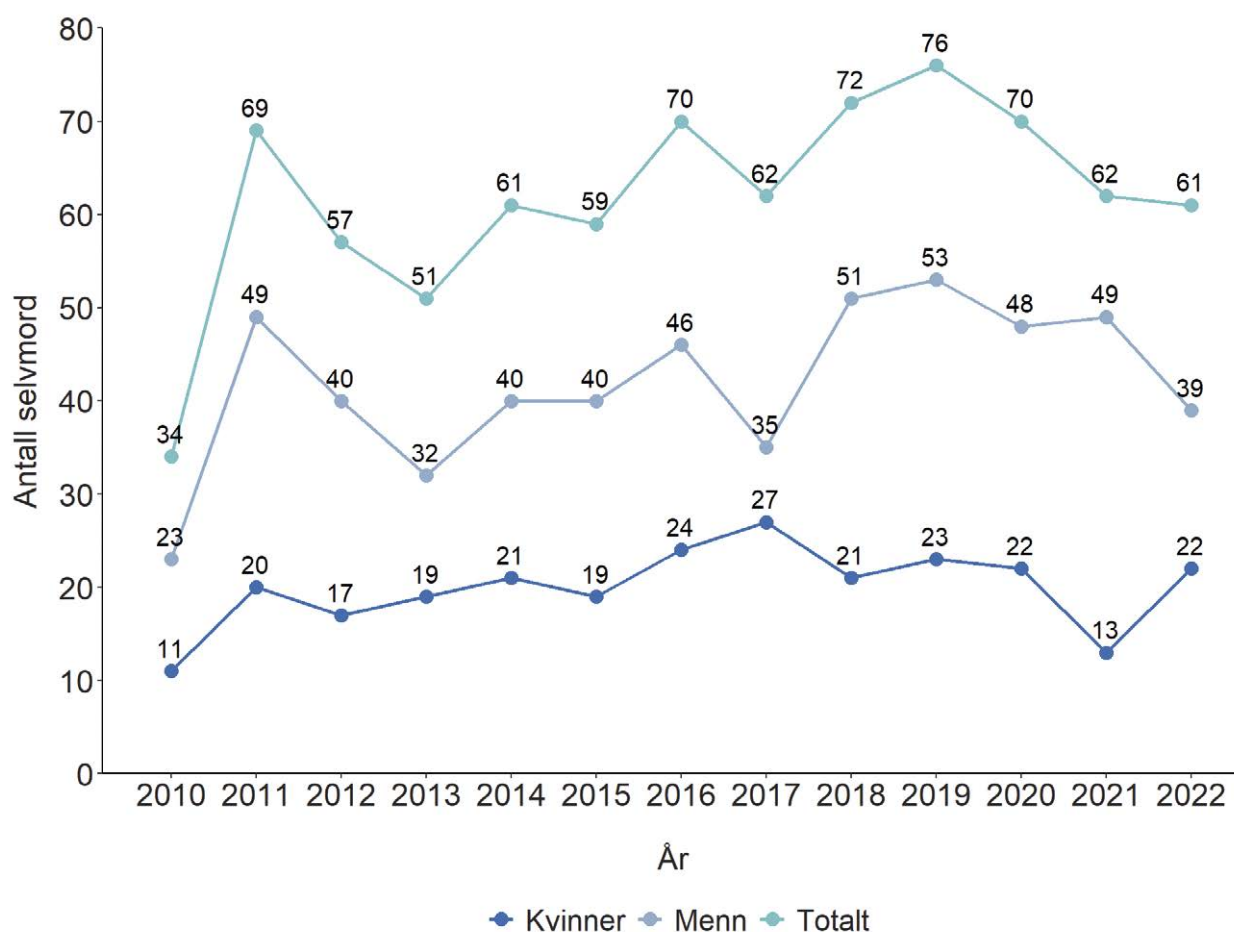
og et godt utgangspunkt for videreutvikling av pasientsikkerhet i tjenestene. I fritekstfeltet der man kan spesifisere de sikkerhetsmessige eller faglige problemene er mangel på kriseplan, mangel på samarbeid og kommunikasjon mellom avdelinger og med pårørende, underbemanning og i noen tilfeller sikkerhet knyttet til bygning og rom oppført.

2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året

Del 2.3 av resultatene omhandler personer som hadde kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) det siste året før selvmord. Først presenteres utvalgte registerdata for perioden 2010–2022, deretter utvalgte data fra kartleggingsskjemaet for årene 2018–2022.

Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med TSB det siste året

Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB det siste året, 2010–2022 ($n=804$)

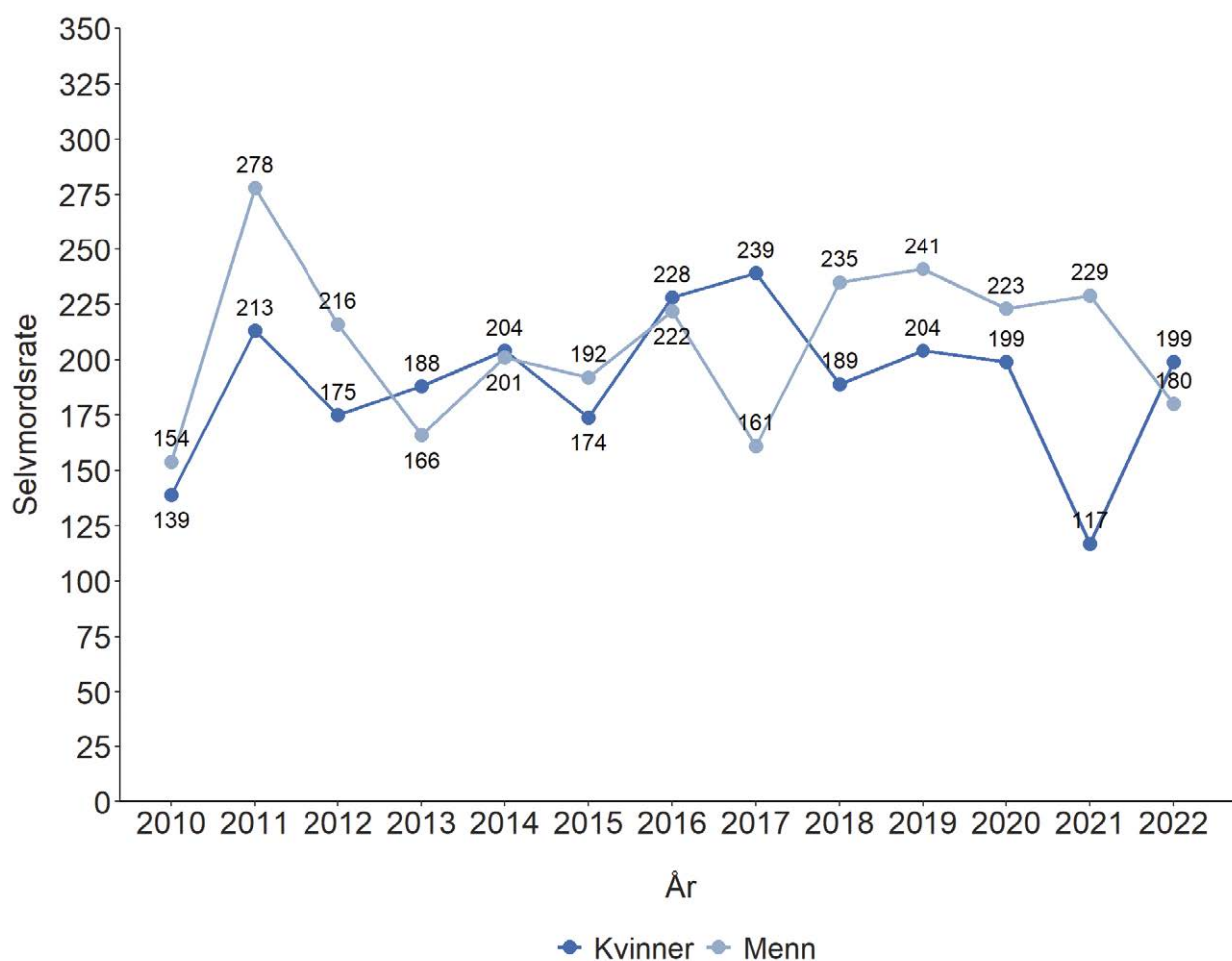


I perioden 2010–2022 hadde 804 personer, 259 (32,2 %) kvinner og 545 (67,8 %) menn, kontakt med TSB det siste året før selvmord.

I 2021 var det en tydelig nedgang i antall selvmord blant kvinner, men i 2022 økte antallet igjen på

linje med årene før. Blant menn var det derimot en nedgang i 2022 (Figur 2.3.1). På grunn av et begrenset antall og store svingninger fra år til år er det vanskelig å se en tydelig trend når det gjelder utviklingen i antall selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året.

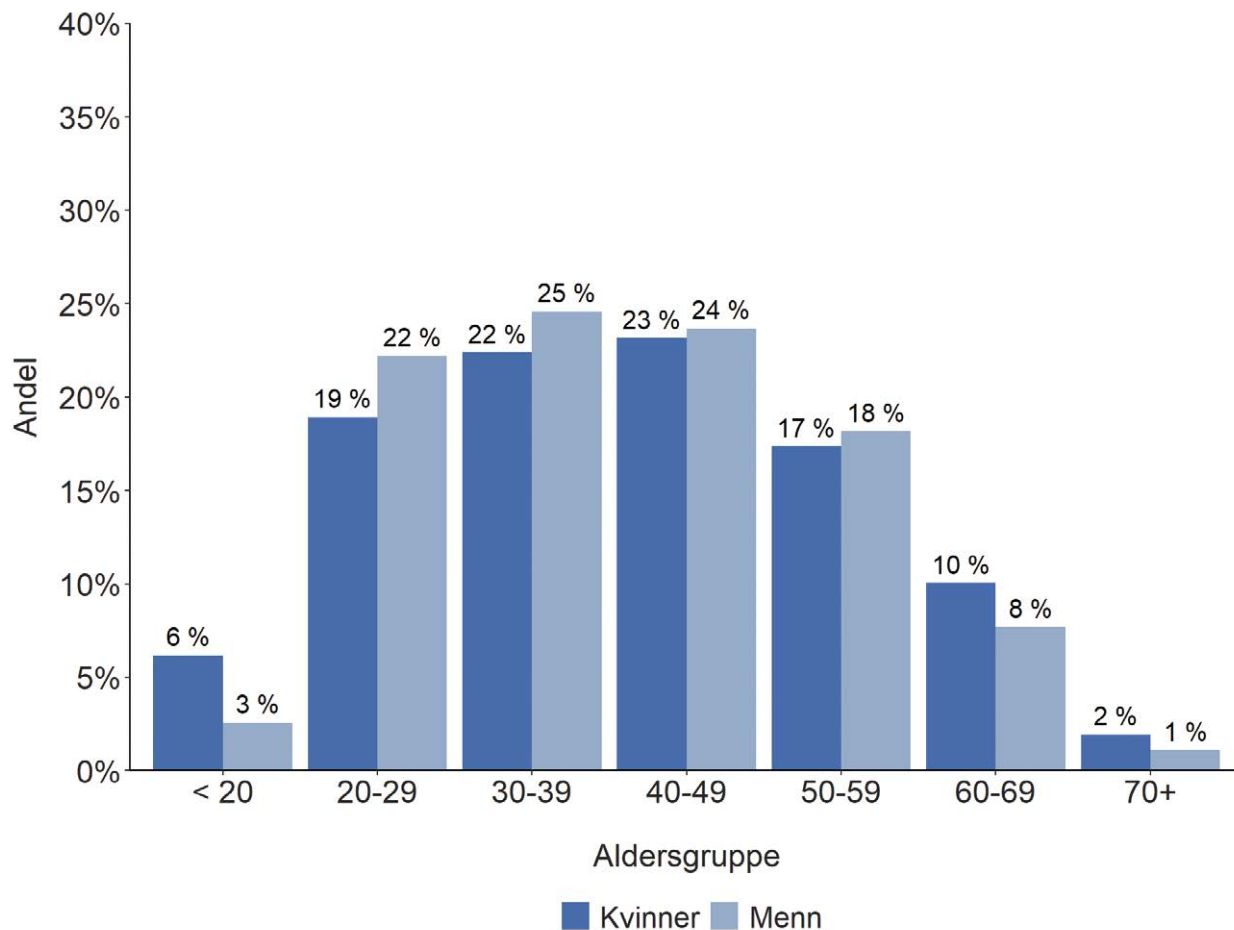
Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB det siste året, 2010–2022



I perioden 2010–2022 var total selvmordsrate 202,3 per 100 000 pasienter (95 % KI 188,3–216,2). Selvmordsraten var 190,7 per 100 000 (167,5–213,9) for kvinner og 208,2 per 100 000 (190,8–225,7) for menn. Selvmordsraten er tilnærmet lik for begge kjønn i TSB (Figur 2.3.2), noe som skiller seg fra det vi ser i PHV-V. I 2021 var det en kraftig nedgang i selvmordsraten blant kvinner, noe som henger sammen med en reduksjon i antall selv-

mord blant kvinner som hadde kontakt med TSB det siste året. I 2022 økte derimot selvmordsraten igjen og var på nivå med de foregående årene. Blant mennene gikk selvmordsraten noe ned i 2022, noe som henger sammen med en reduksjon i antall selvmord. Antall pasienter i TSB har holdt seg forholdsvis stabilt siden 2017. Før dette har det vært en jevn økning i antall pasienter.

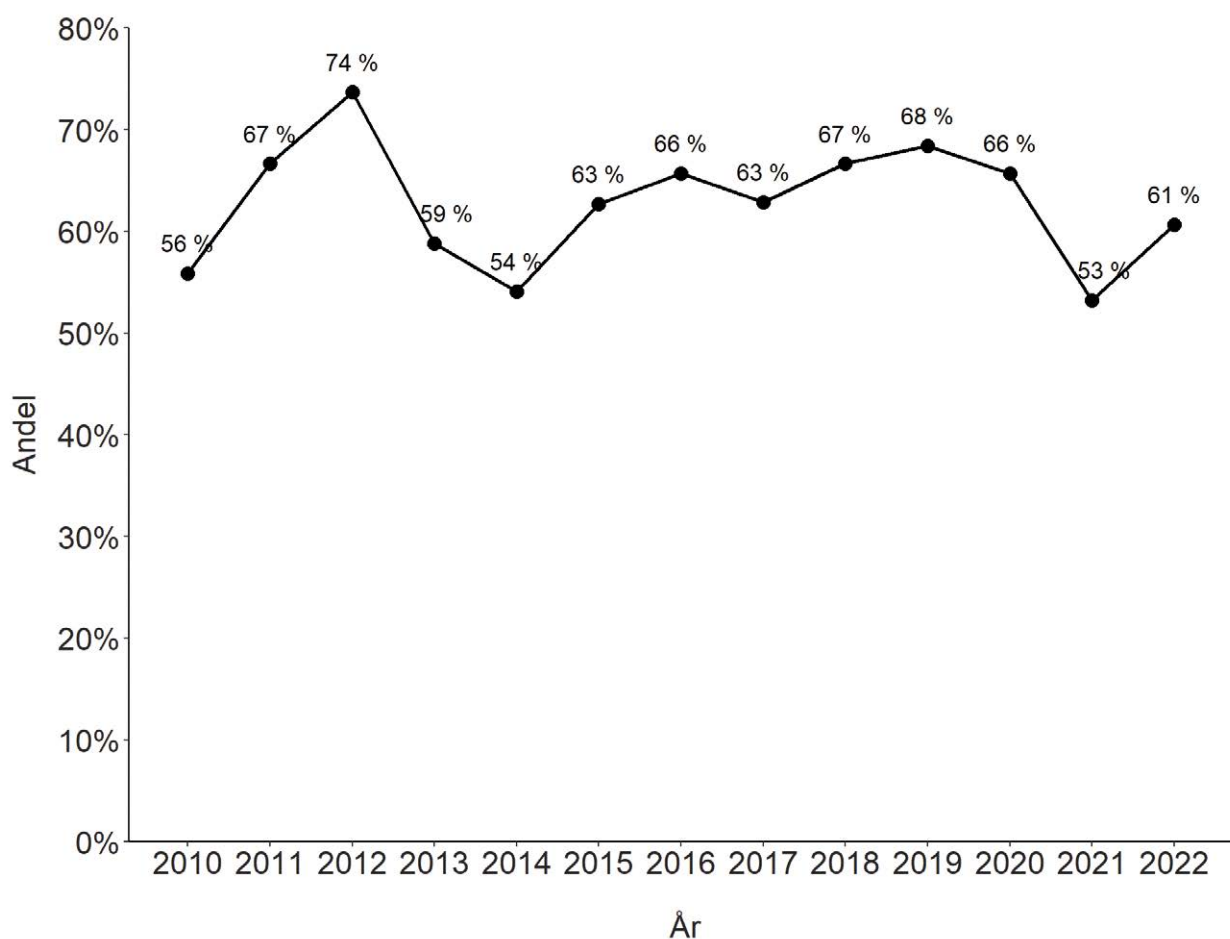
Figur 2.3.3 Kjønnss- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)



I likhet med i PHV-V var det en forholdsvis jevn fordeling av selvmord i aldersgruppene fra 20–29 år til 50–59 år, og færre selvmord blant de yngste og de eldste (Figur 2.3.3). Sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V det siste året

før selvmord, var det en høyere andel selvmord i aldersgruppene til og med 40–49 år, og en lavere andel fra og med 50–59 år. Gjennomsnittsalderen i perioden 2010–2022 var 40,7 år, henholdsvis 40,9 år og 40,6 år for kvinner og menn.

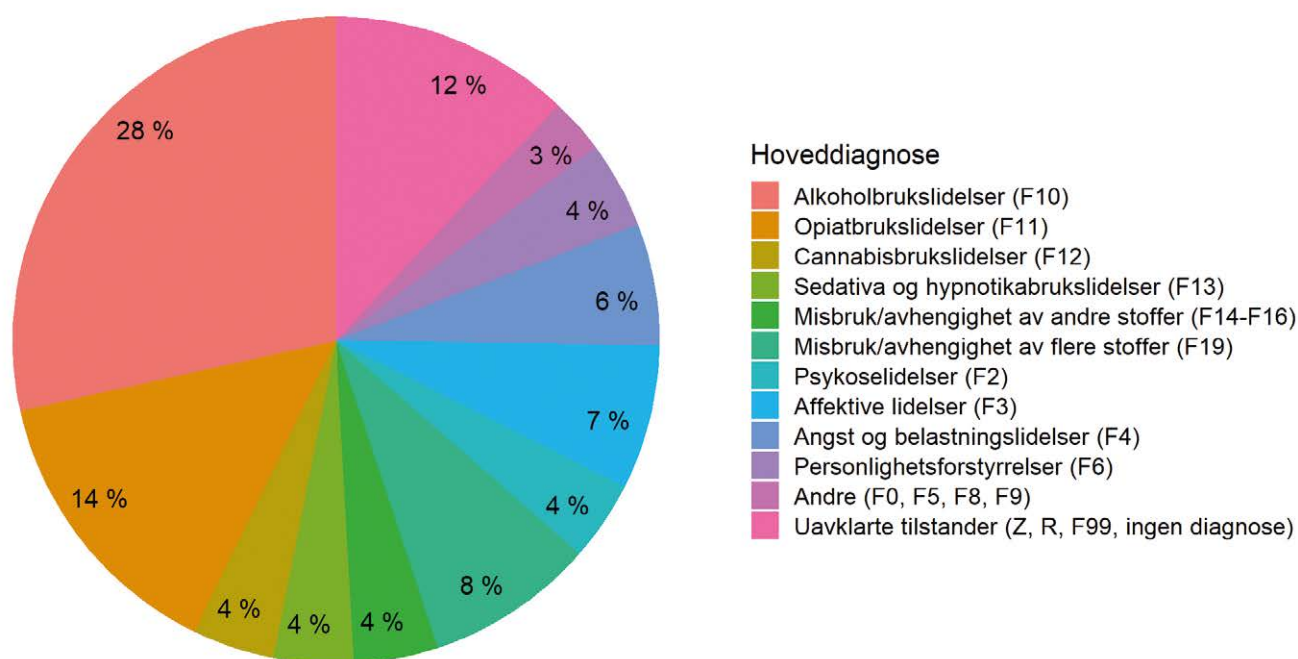
Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V det siste året blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)



Figur 2.3.4 viser andelen som var i kontakt med én eller flere tjenester i PHV-V det siste året før selvmord, i tillegg til TSB. Kurven viser at andelen svinger noe fra år til år, og andelen lå på 60,7 % i 2022. Totalt sett har andelen holdt seg forholdsvis stabil over perioden, og ligger samlet på 63,2 %.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)



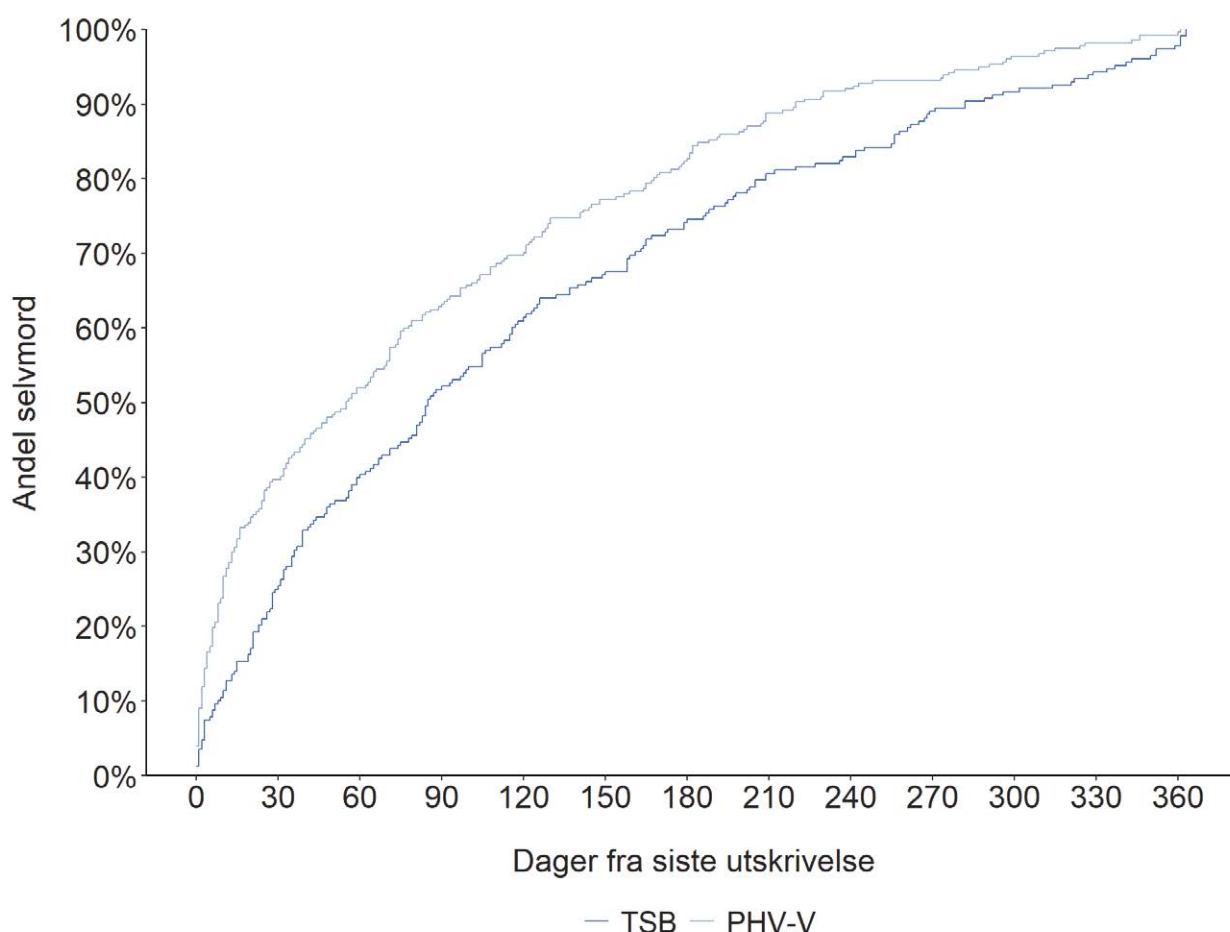
Majoriteten (63,0 %) var diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet (F10-F19) ved siste kontakt. Andelen som hadde de ulike underdiagnosene innenfor denne diagnosegruppen, samt andel diagnostisert med de andre kategoriene av hoveddiagnoser (F2-F9) ved siste kontakt i de aktuelle sektorene vises i figur 2.3.5.

Alkoholbrukslidelser var den største diagnosegruppen (28,0 %), etterfulgt av opiatbrukslidelser (14,0 %). Det er viktig å merke seg at hoveddiagnose ved siste kontakt også inkluderer diagnoser satt i en annen sektor enn TSB.

Tid fra siste utskrivelse til selvmord

Dette utvalget inkluderer alle personer med minst ett døgnopphold (i TSB eller PHV-V) i løpet av det siste året i tidsperioden 2010–2022, blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste innleggelse. Personer som døde under døgnopphold, er ikke inkludert i analysene. Selvmord under døgnopphold ble beskrevet i en tidligere årsrapport (Walby et al., 2023).

Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse (i TSB eller PHV-V) til selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året og med minst ett døgnopphold, 2010–2022 ($n=505$)



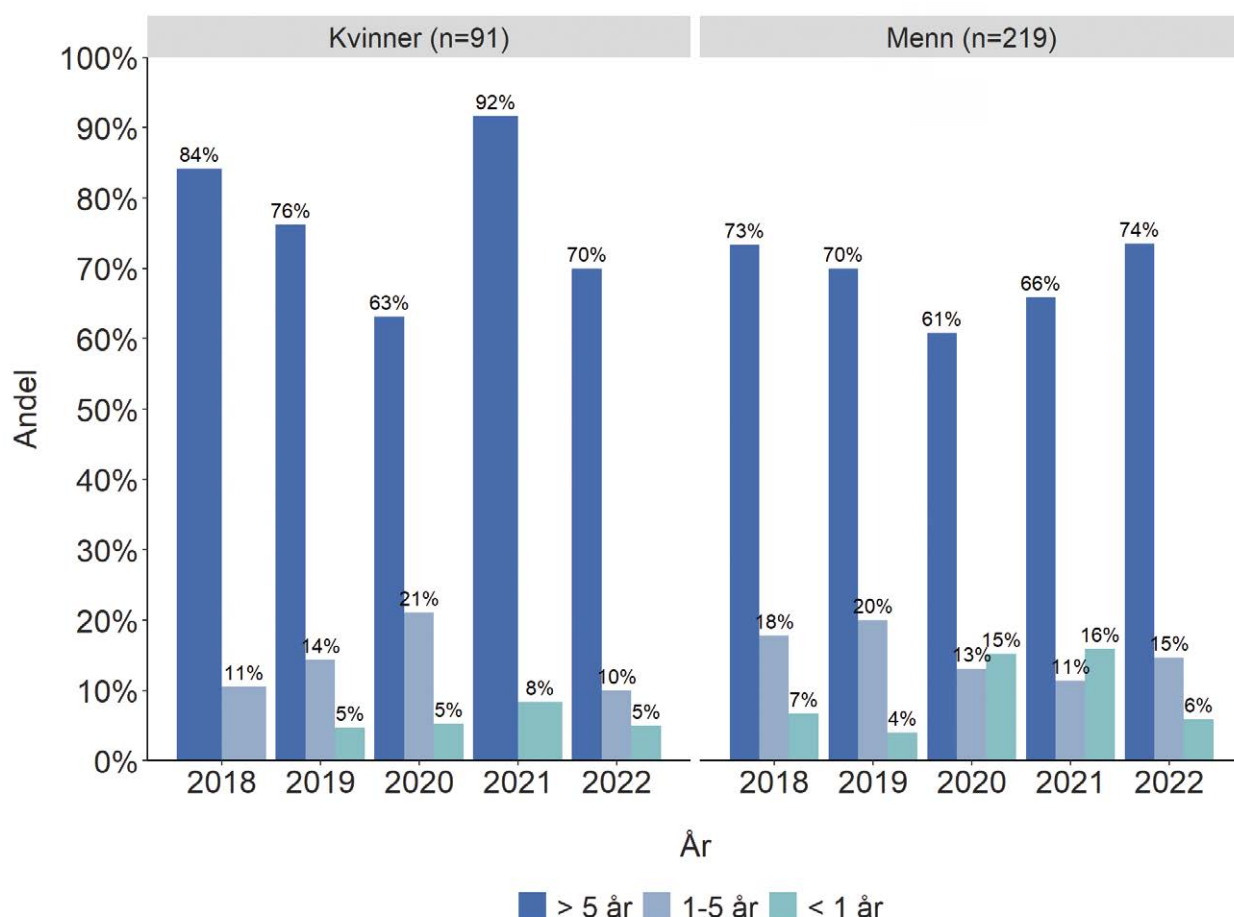
Blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, ble 505 (62,8 %) skrevet ut fra døgnopphold i løpet av det siste året – 228 personer hadde siste utskrivelse fra TSB og 277 siste utskrivelse fra PHV-V. Figur 2.3.6 viser at flere personer døde i kortere tid etter utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V enn ved utskrivelse fra

døgnopphold i TSB. Median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord var henholdsvis 85 dager ved siste innleggelse i TSB og 55 dager ved siste innleggelse i PHV-V. Igjen er det viktig å presisere at disse personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste utskrivelse fra døgnopphold.

I følgende avsnitt viser vi data fra kartleggings skjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2022. Skjemaene fylles ut av behandler og bidrar til viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet.

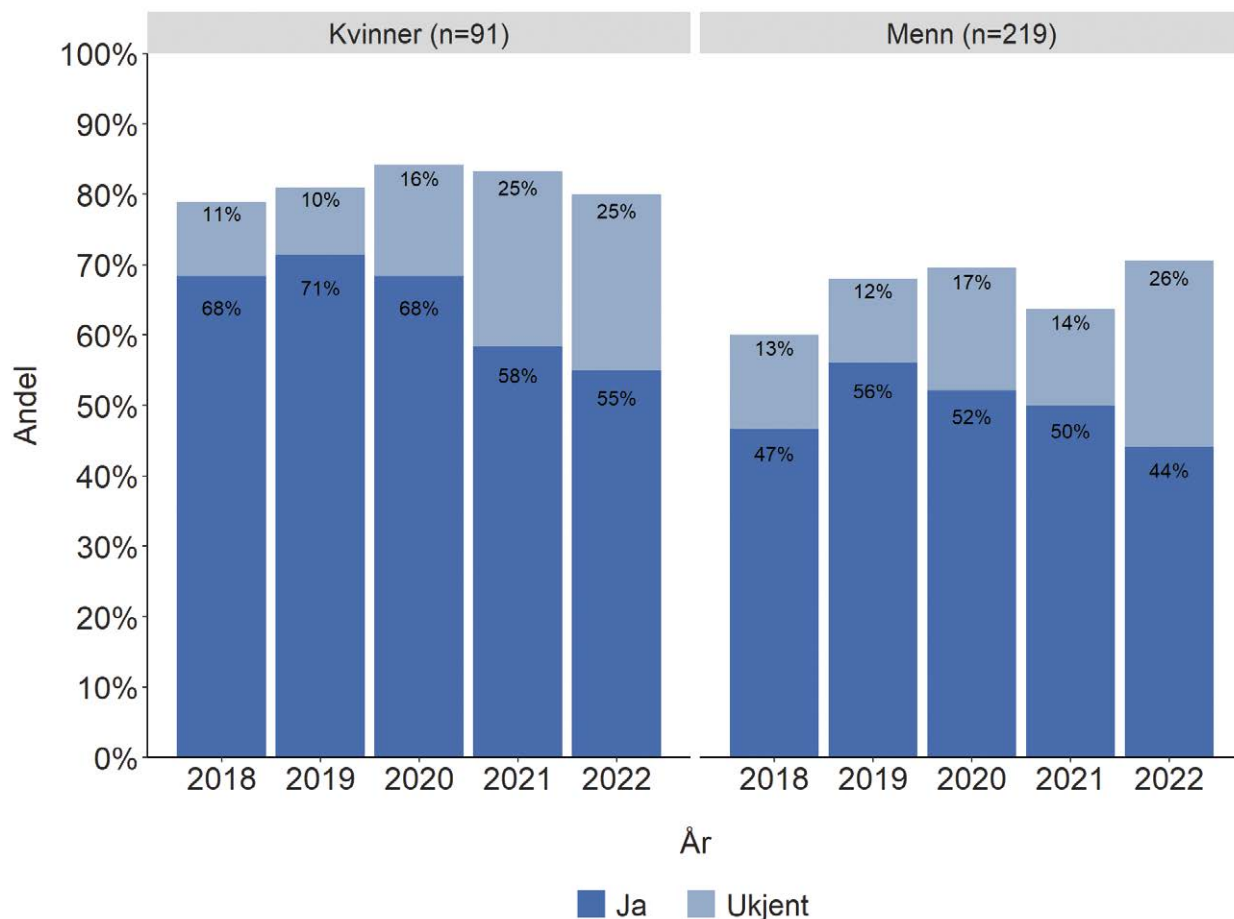
Sykehistorie og livsbelastninger

Figur 2.3.7 Varighet av sykehistorie blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)



Totalt (2018–2022) hadde 75,8 % av kvinnene og 68,5 % av mennene en sykehistorie med en varighet på over 5 år. I 2022 hadde 70,0 % av kvinnene og 73,5 % av mennene en sykehistorie med varighet på over 5 år (Figur 2.3.7). Sykehistoriene fremstår generelt sett som lengre enn det vi finner i PHV-V (Figur 2.2.15)

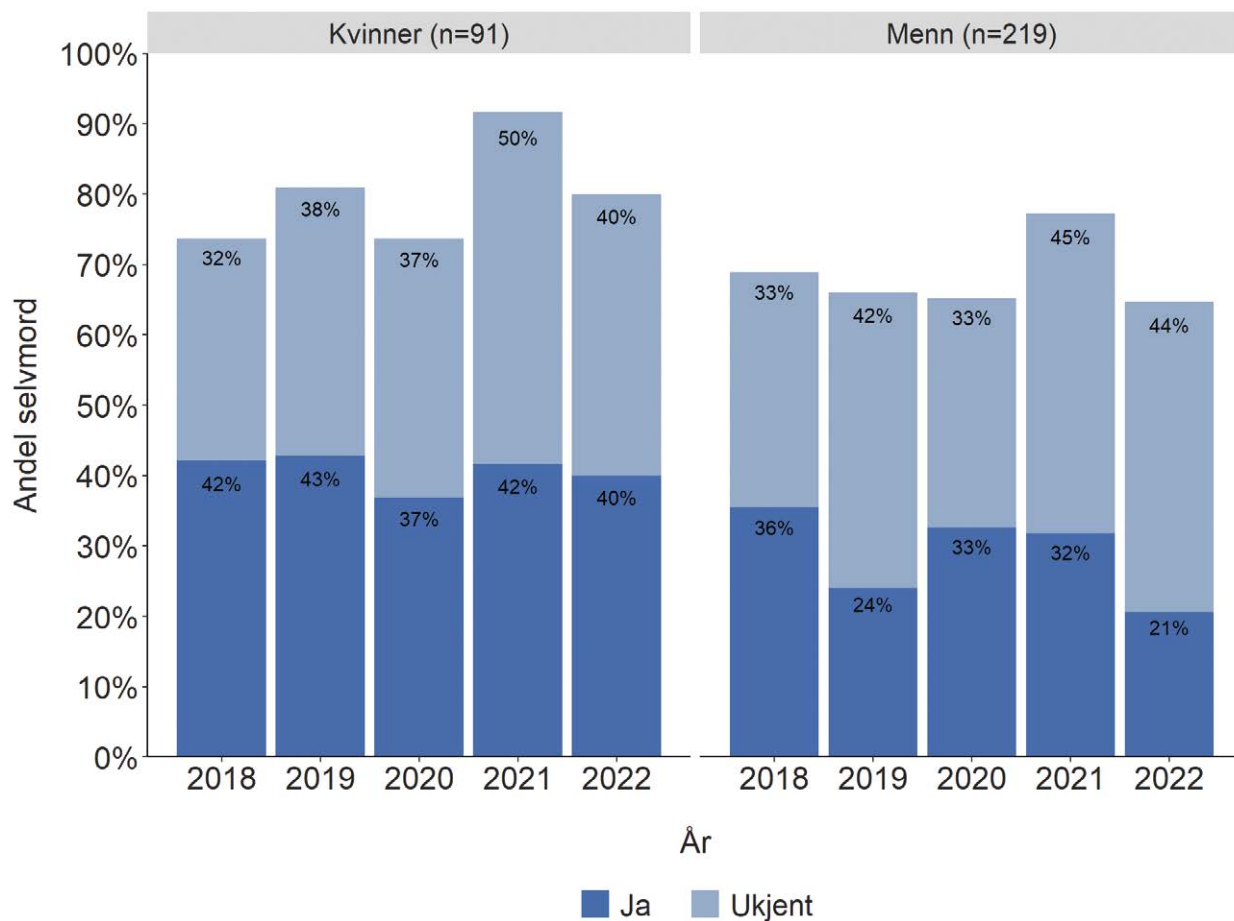
Figur 2.3.8 Villet egenskade blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)



Andelen som hadde en kjent historikk med villet egenskade var henholdsvis 64,8 % og 50,2 % blant kvinner og menn i løpet av perioden 2018–2022. Andelen som svarte at de kjente til villet egenskade hos pasienten har gått noe ned i løpet av tidsperioden, spesielt blant kvinner, men

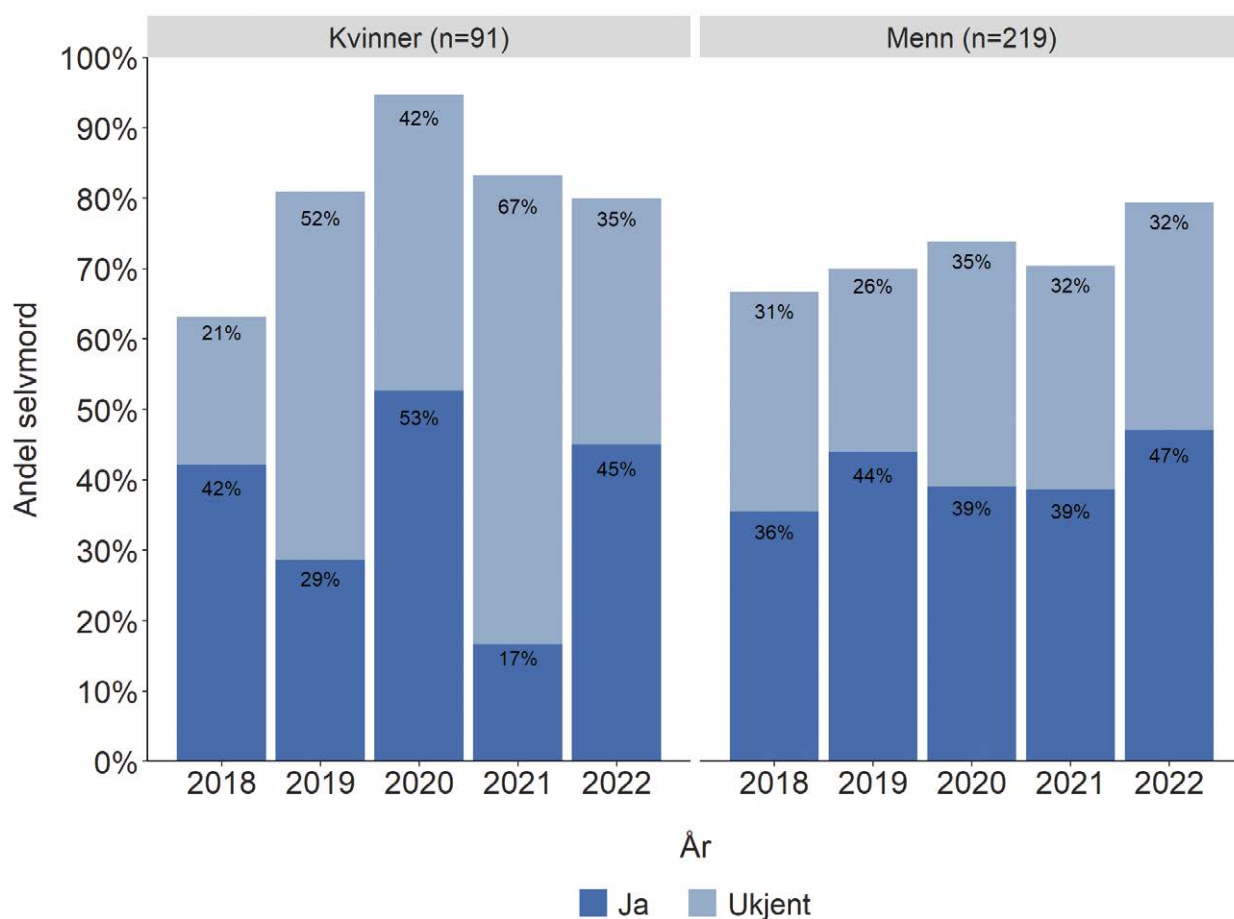
andelen ukjent er betydelig og økende, og dette vil sannsynligvis føre til underestimering (Figur 2.3.8). Hvorvidt det har vært en endring er derfor usikkert, men forekomst av kjent villet egenskade er uansett meget høy hos begge kjønn.

Figur 2.3.9 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)



Totalt hadde 40,7 % av kvinnene og 29,2 % av mennene opplevd traumer i barndommen (omfatter både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk). Andelen med kjente traumer i barndommen gikk noe ned blant menn i 2022 (Figur 2.3.9).

Figur 2.3.10 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)

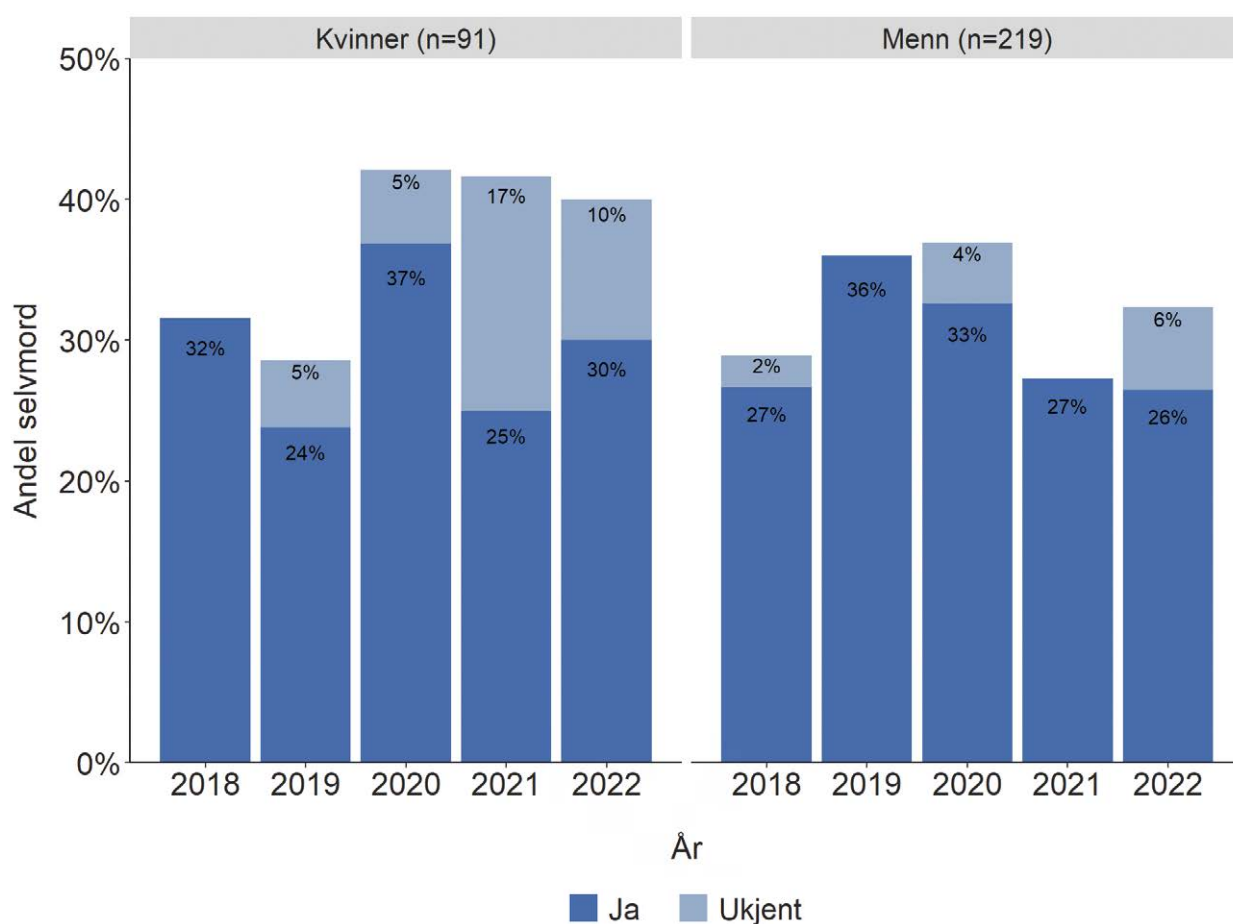


Andelen som hadde opplevd negative livshendelser de siste tre månedene før selvmordet var henholdsvis 38,5 % og 40,6 % blant kvinner og menn i løpet av tidsperioden. Andelen gikk kraftig ned blant kvinner i 2021, for så å gå opp igjen i 2022 (Figur 2.3.10).

Andelen ukjent er svært høy, og dette vil sannsynligvis føre til underestimering. Dette er tilfellet for både traumer i barndommen og negative livshendelser. Som vi også skrev i del 2.2 viser dette at man bør ha et større fokus på å identifisere disse belastningene, slik at relevante tiltak kan igangsettes – både i og utenfor spesialisthelsetjenestene.

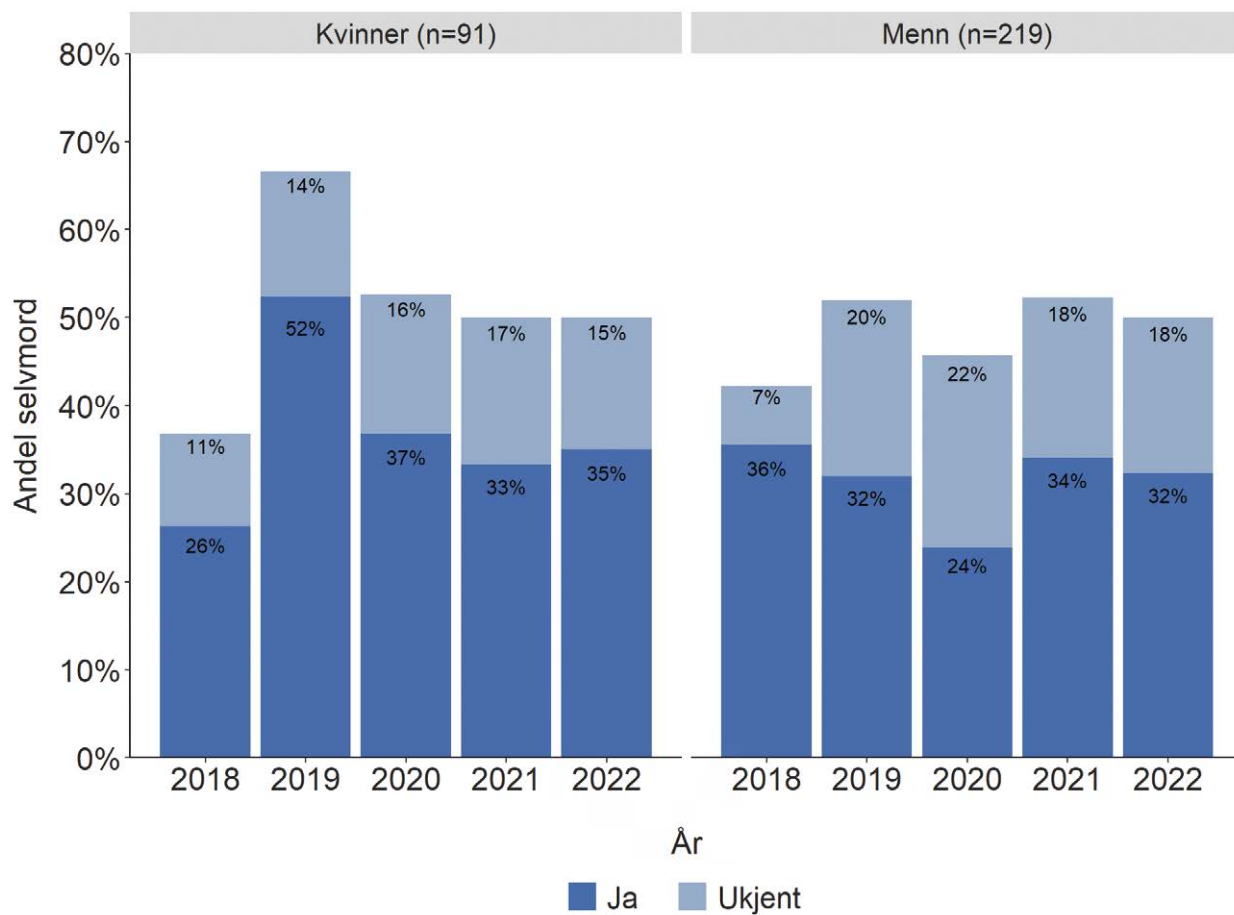
Siste kontakt

Figur 2.3.11 Andel som uteble fra siste avtale blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)



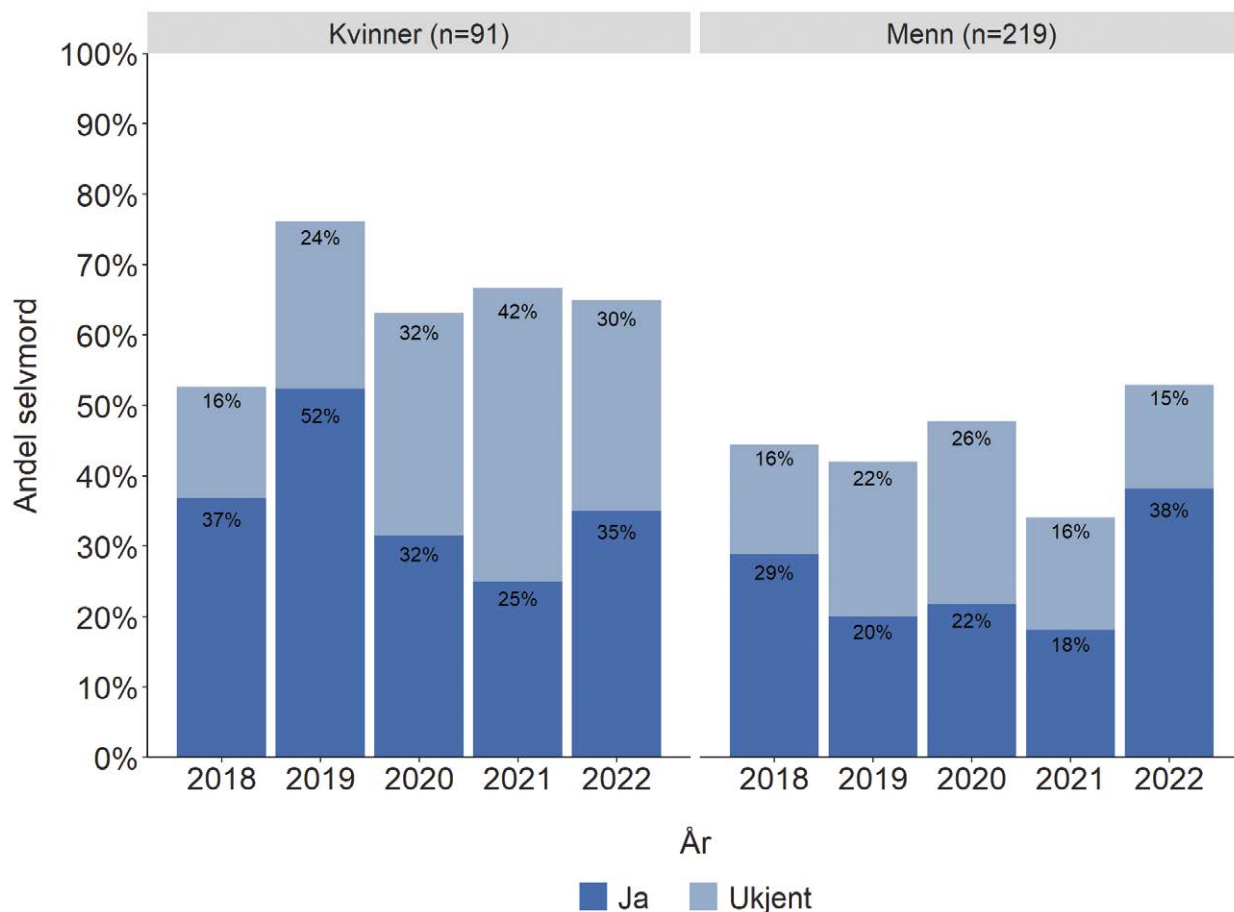
Andelen kvinner som uteble fra siste avtale var totalt 33,8 % i løpet av tidsperioden, blant menn var andelen 34,2 % (Figur 2.3.11).

Figur 2.3.12 Kontakt med pårørende den siste måneden før selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)



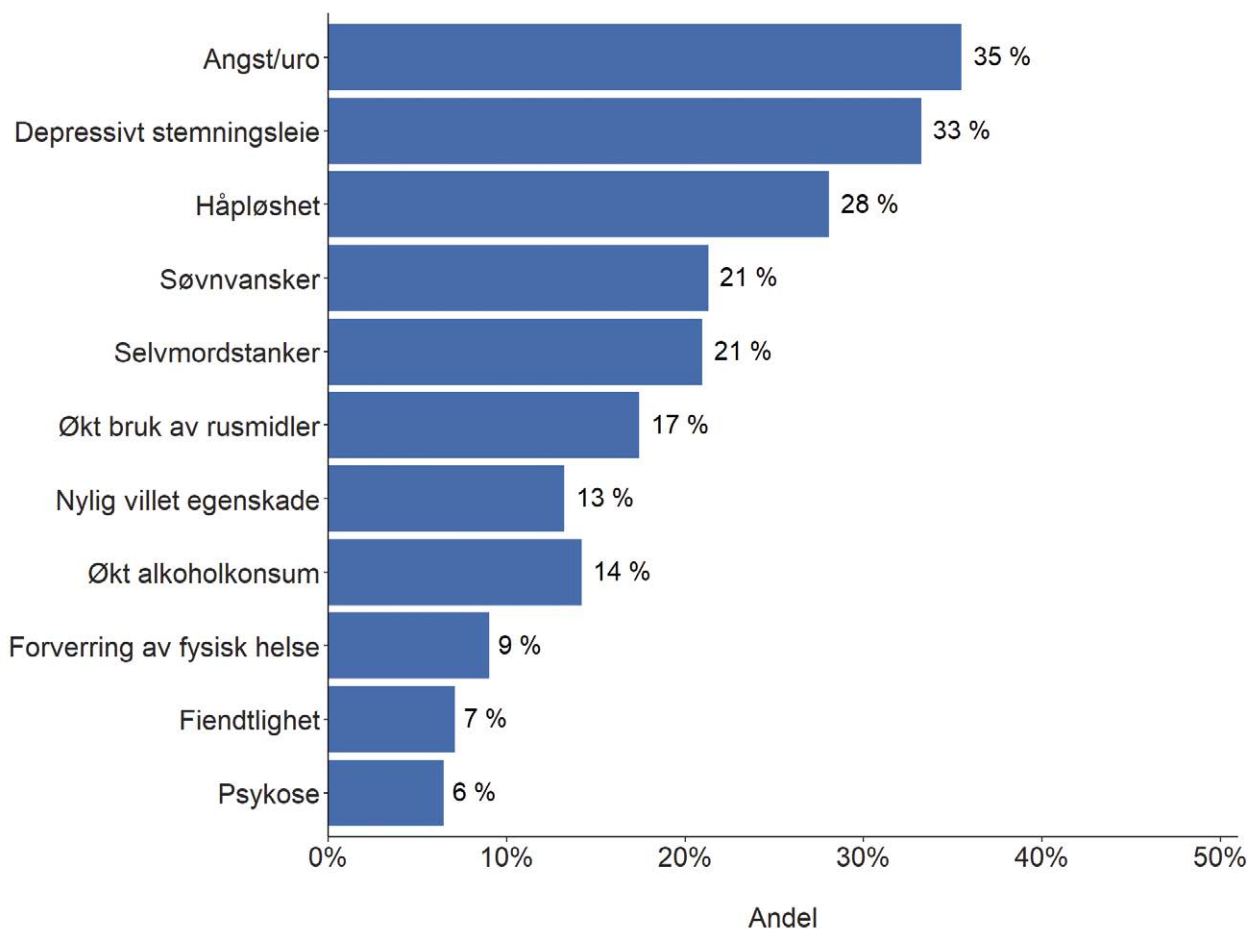
I løpet av den siste måneden før selvmordet hadde tjenestene kontakt med de pårørende til kvinnene i 37,4 % av tilfellene, mens andelen var 31,5 % blant menn (Figur 2.3.12).

Figur 2.3.13 Kriseplan til personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 (n=310)



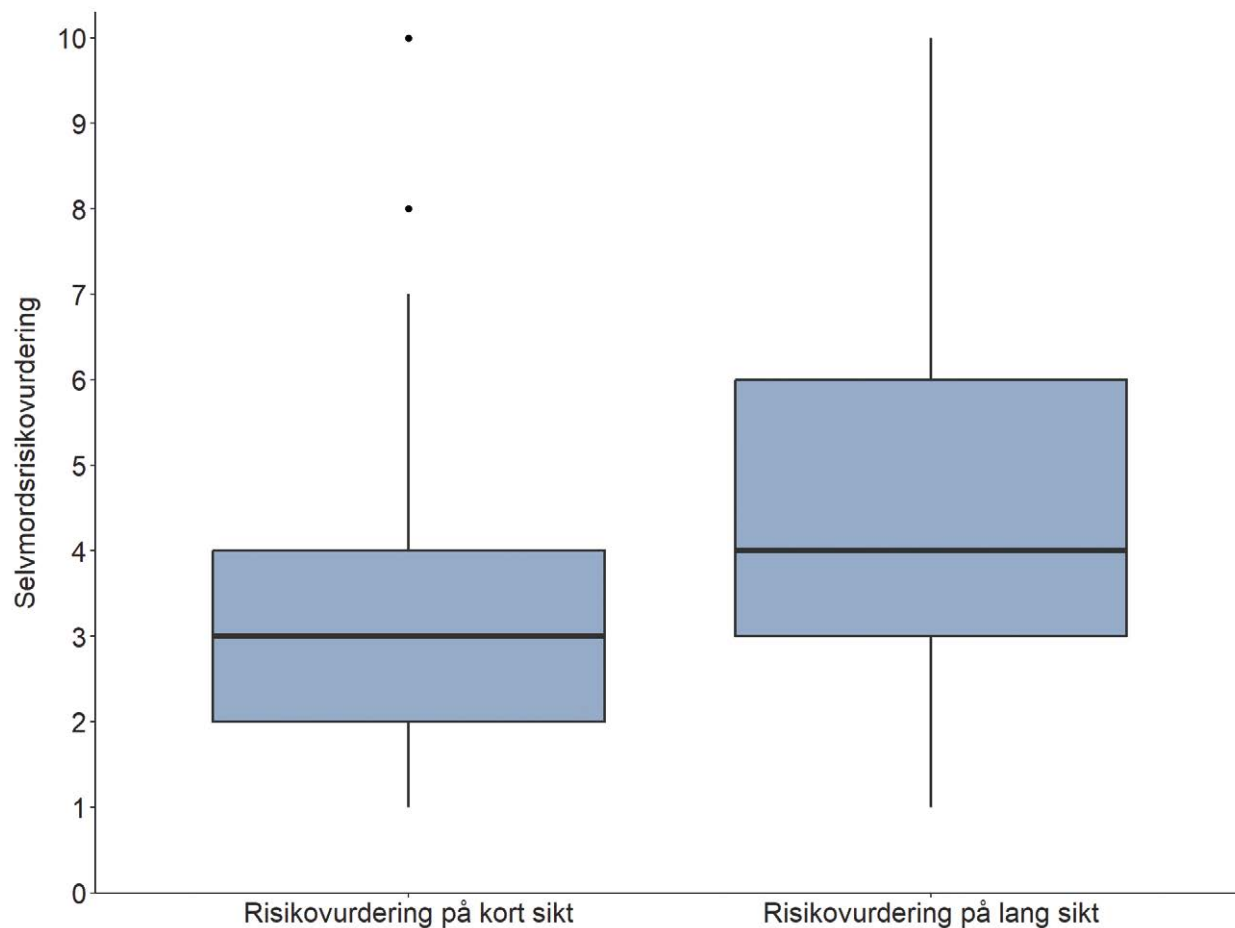
Andelen kvinner som hadde fått en kriseplan var 37,4 % i løpet av perioden 2018–2022, mens andelen var 24,7 % for menn. Blant menn var det en betydelig økning i 2022, men andelen ukjent er svært høy, særlig blant kvinner, så dette kan tyde på underestimering (Figur 2.3.13).

Figur 2.3.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)



Angst og uro var de vanligste observerte symptomene ved siste kontakt (35,5 %), etterfulgt av depressivt stemningsleie (33,2 %) og håpløshet (28,1 %) (Figur 2.3.14). Kun én av fem hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt.

Figur 2.3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=260$)

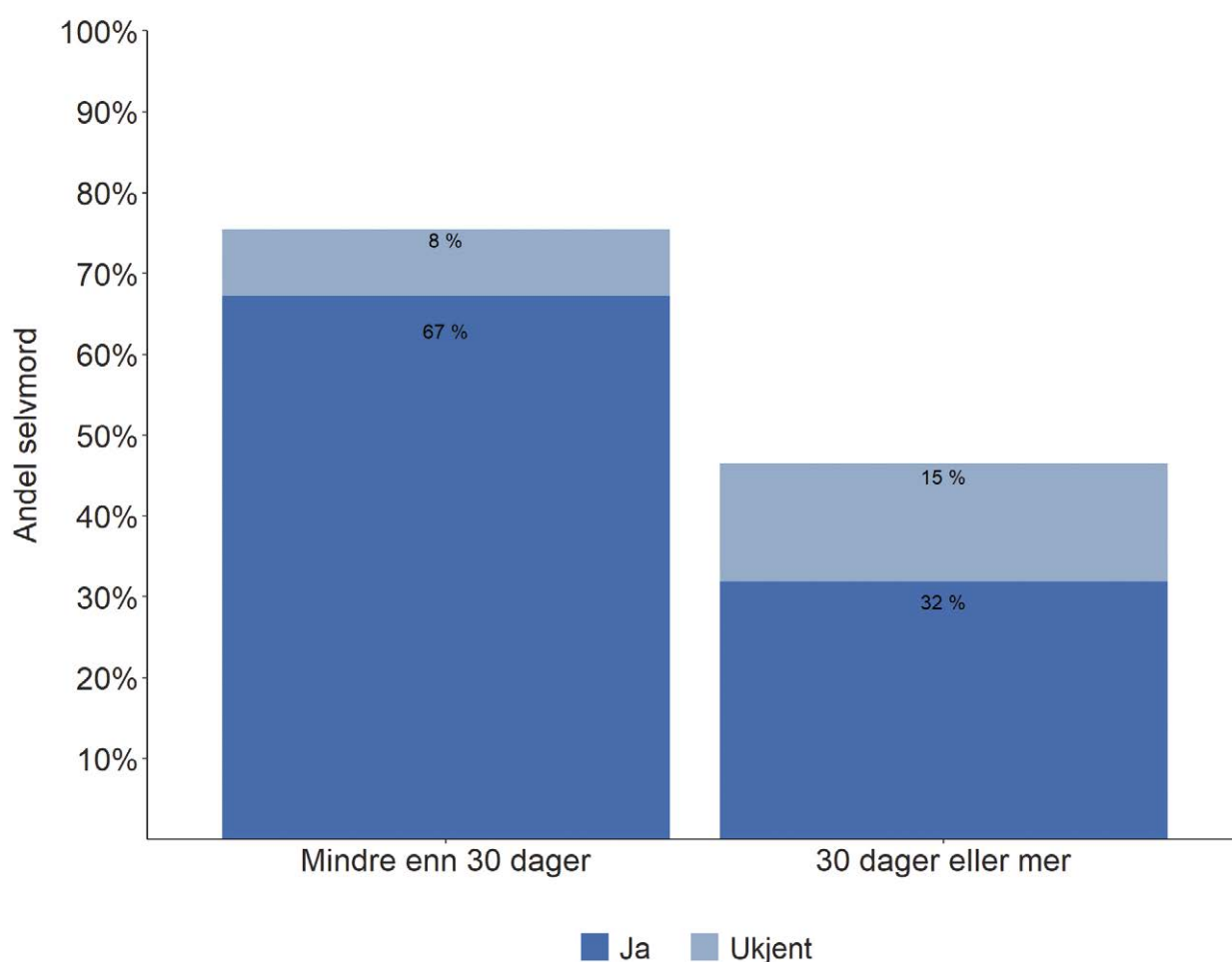


Selvmondsrisiko på kort sikt ble vurdert til lav med en median på 3 på Likert-skalaen, på lang sikt var medianen 4 (Figur 2.3.15). På grunn av revisjon av variabelen er det 260 personer (84 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

Tiden etter dødsfallet

I dette avsnittet har vi delt utvalget basert på personer som døde i selvmord innen 30 dager etter siste kontakt (117 personer) og 30 dager eller mer etter siste kontakt (193 personer). I tilfellene der selvmordet har skjedd lang tid etter siste kontakt er det større sannsynlighet for at tjenestene ikke har kjennskap til selvmordet.

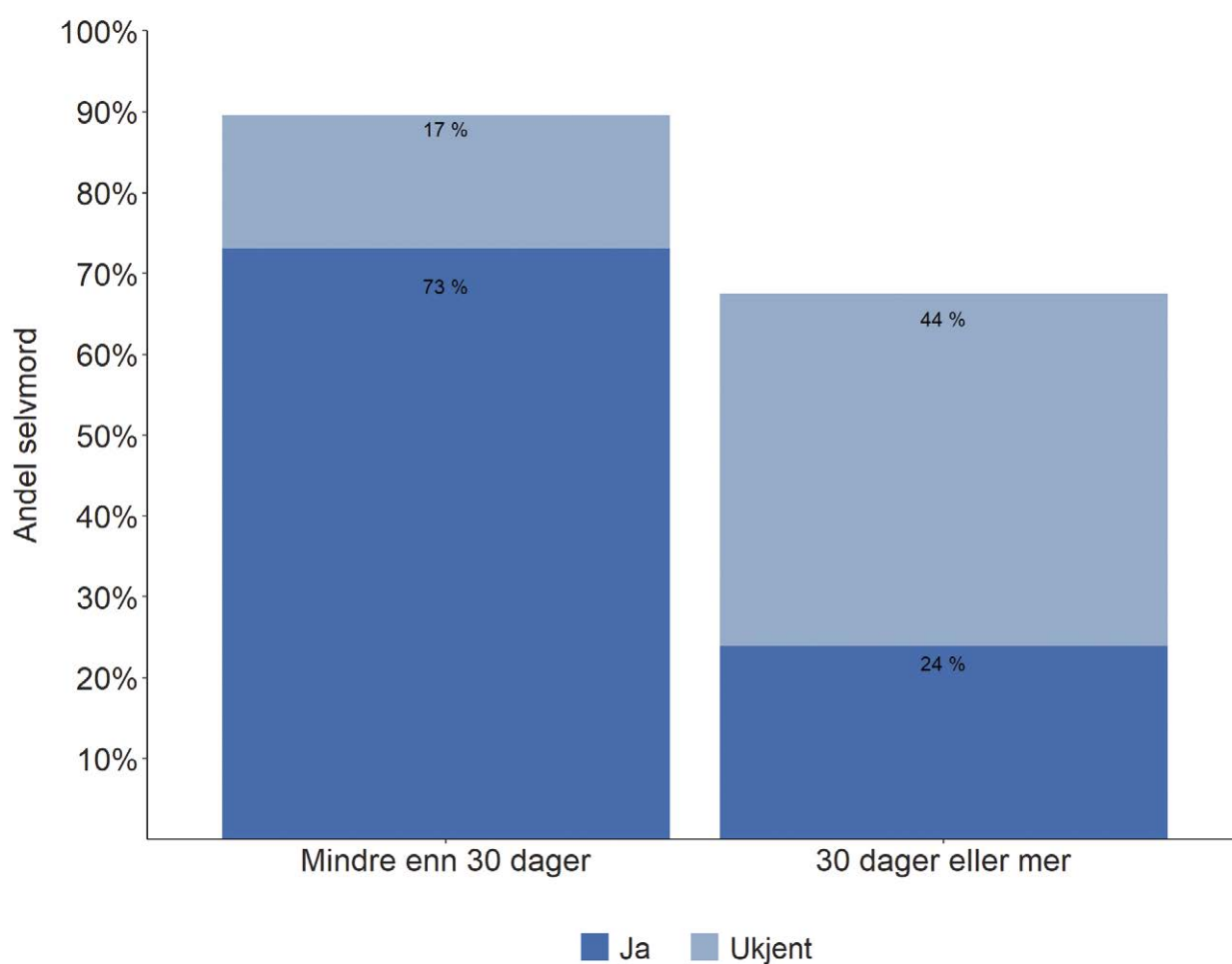
Figur 2.3.16 Intern gjennomgang etter selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)



Det ble gjennomført en intern gjennomgang av hendelsen for 67,2 % av de som døde innen 30 dager etter siste kontakt. Andelen var 31,9 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.3.16). Andelen som gjennomførte en intern gjennomgang var noe lavere enn i PHV-V (Figur 2.2.33). En mulig forklaring er at prosedyrer

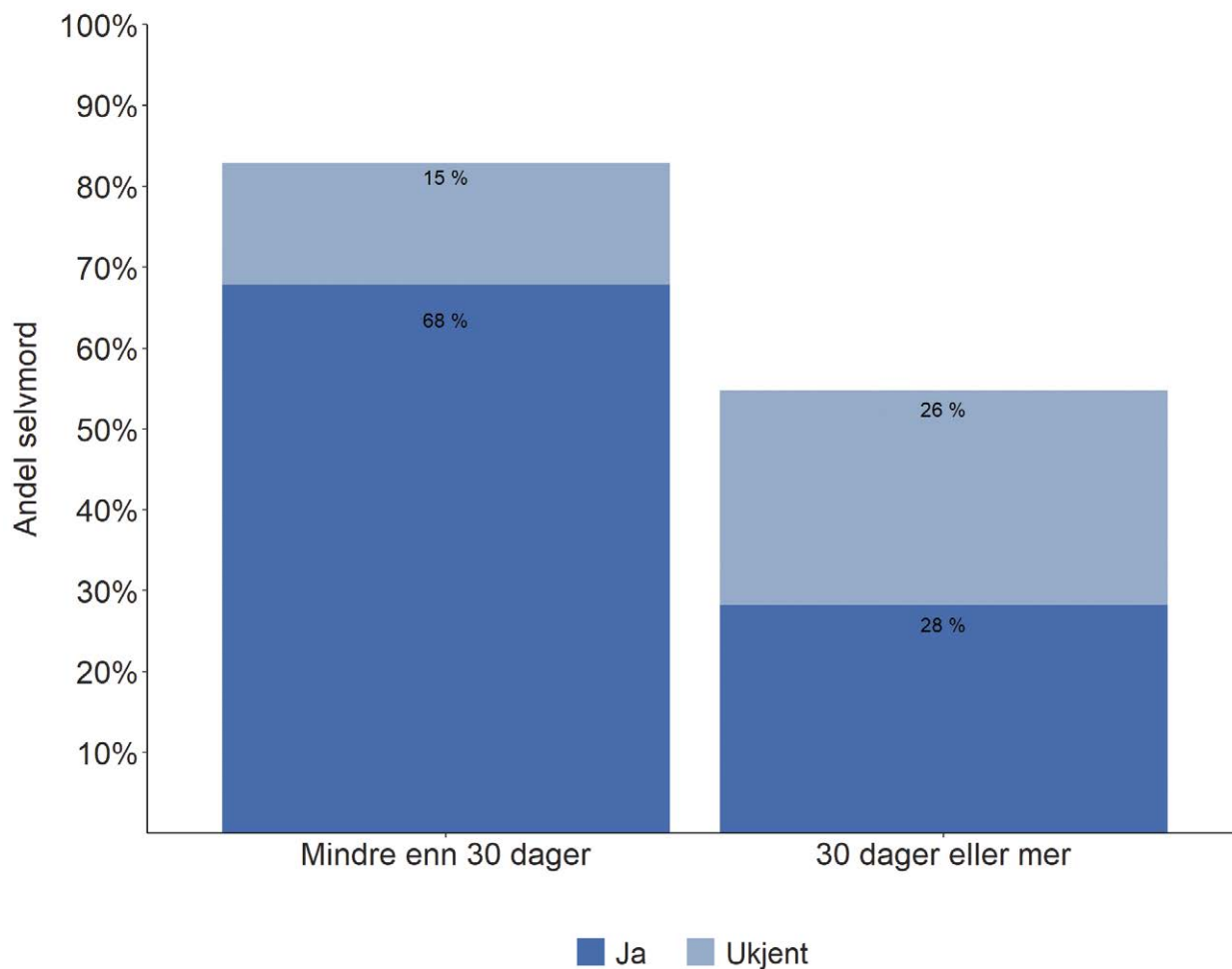
og kultur for slike gjennomganger har vært bedre innarbeidet i PHV-V. I den nye nasjonale faglige retningslinjen for selvmordsforebygging (Helse- direktoratet, 2024) er også TSB inkludert, noe som kan bidra til at helseforetakenes oppfølging etter selvmord i TSB kan bedres.

Figur 2.3.17 Saker meldt til Statens helsetilsyn som alvorlig hendelse blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)



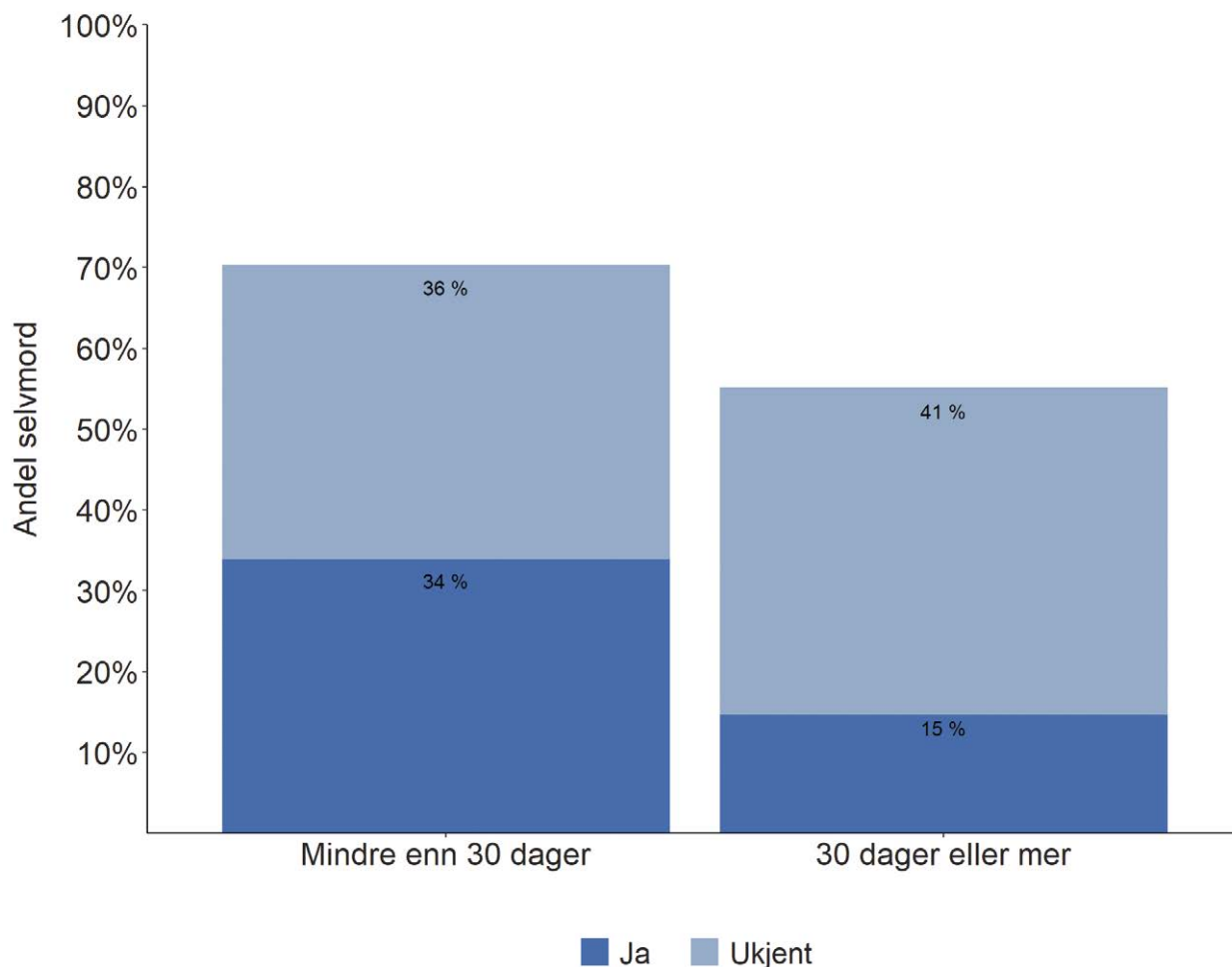
Andelen saker som ble meldt som alvorlig hendelse til Statens helsetilsyn var 73,1 % blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt og 23,9 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.3.17)

Figur 2.3.18 Pårørende tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)



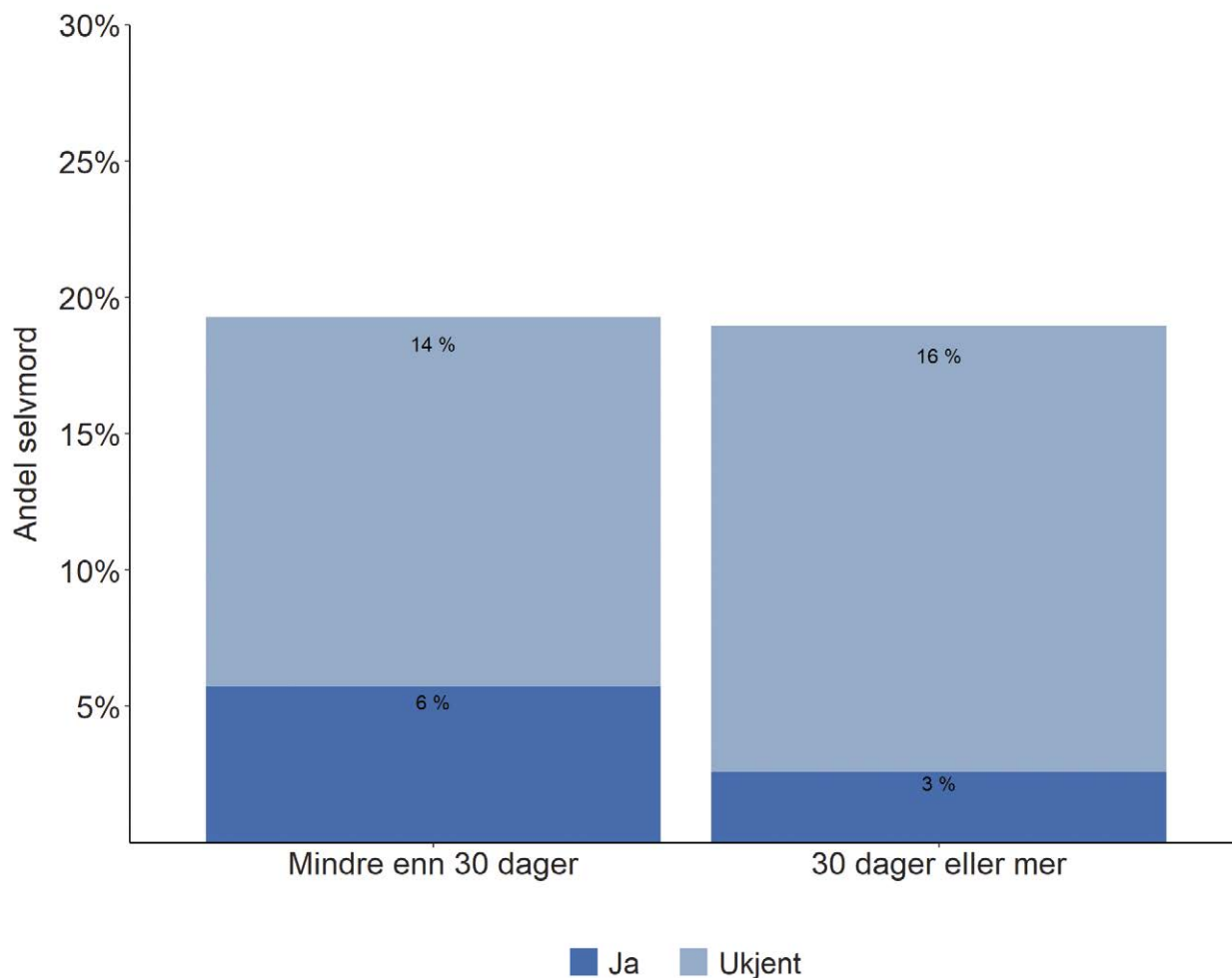
Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt ble pårørende tilbudt møte innen 10 dager i 67,9 % av tilfellene. Andelen var 28,2 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.3.18)

Figur 2.3.19 Om hendelsen har ført til læring i organisasjonen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)



Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, svarte 33,9 % av respondentene at hendelsen hadde ført til læring i organisasjonen. Andelen var 14,7 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.3.19).

Figur 2.3.20 Kan selvmordet relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)

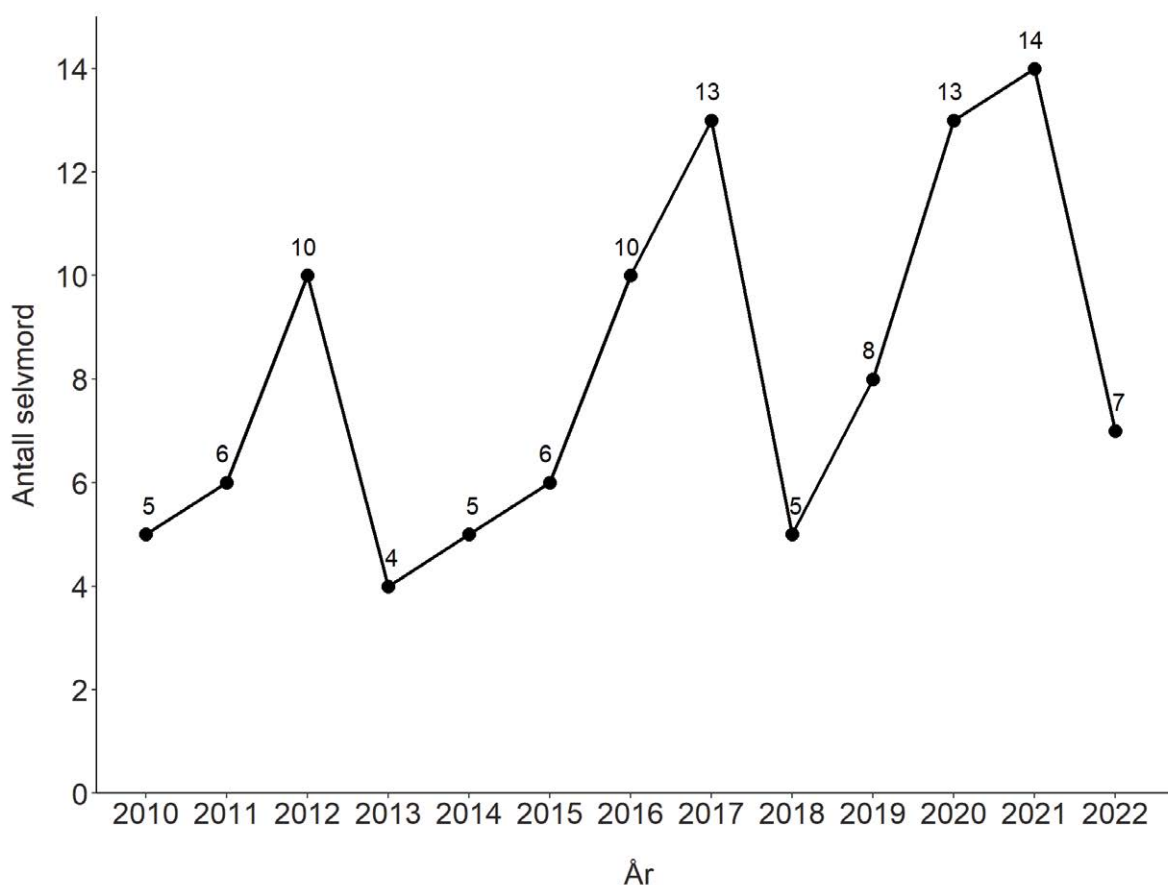


Blant de som døde innen 30 dager etter siste kontakt, svarte 5,7 % av respondentene at selvmordet kunne relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen. Andelen var 2,6 % blant de som døde 30 dager eller mer etter siste kontakt (Figur 2.3.20).

2.4 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU det siste året

I del 2.4 presenterer vi registerdata på antall selvmord og selvmordsrate blant barn og unge som hadde kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord, i perioden 2010–2022. Vi viser ellers til Kartleggingssystemets publikasjoner (Astrup et al., 2022; Walby, Astrup, et al., 2022) som beskriver selvmord etter kontakt med PHV-BU mer detaljert.

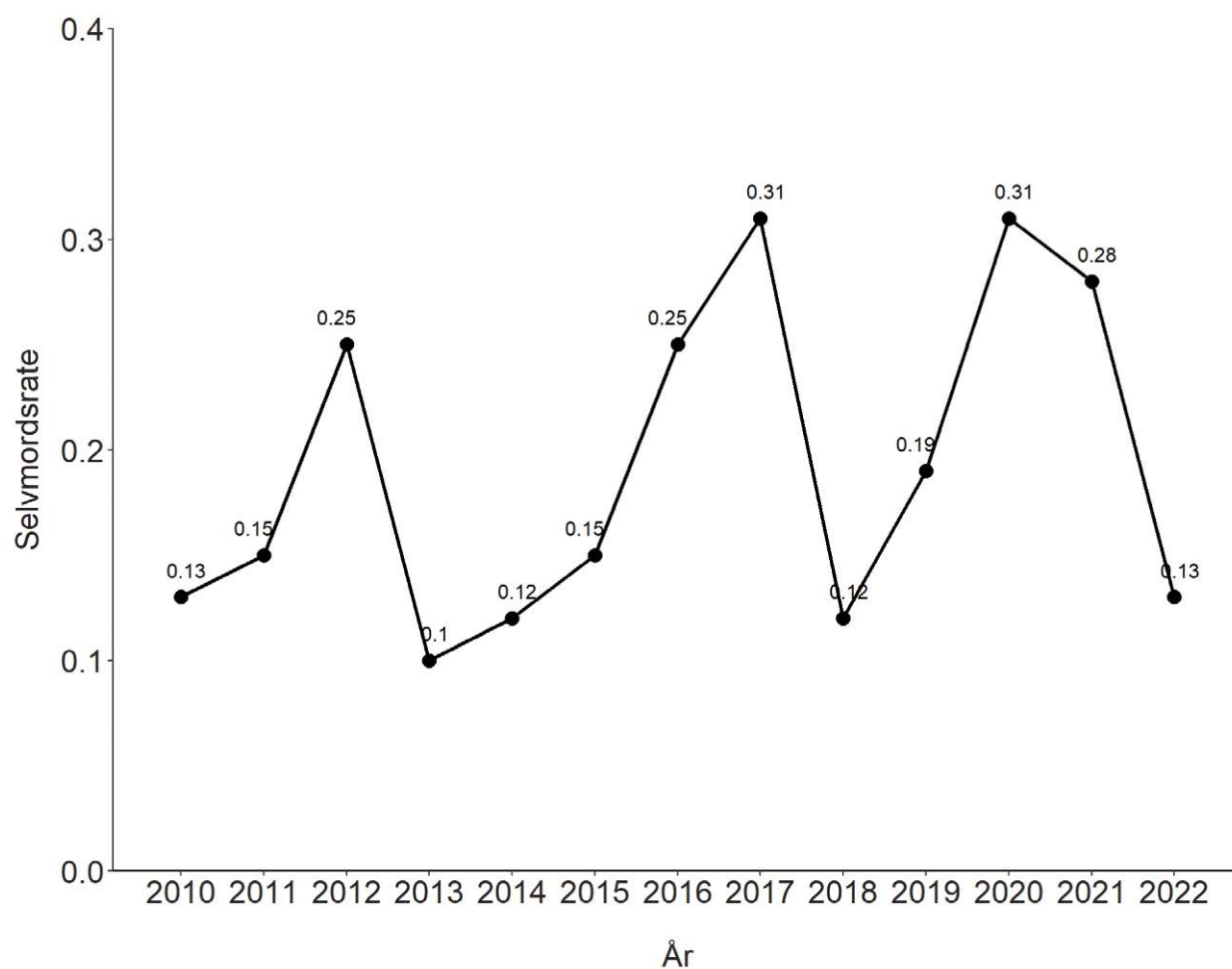
Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=106$)



Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord varierte fra år til år i perioden 2010–2022, med et gjennomsnitt på 8 selvmord årlig (Figur 2.4.1).

Totalt hadde 71 jenter og 35 gutter kontakt med PHV-BU det siste året før de døde i selvmord, i perioden 2010–2022.

Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1000 pasienter i kontakt med PHV-BU det siste året, 2010–2022



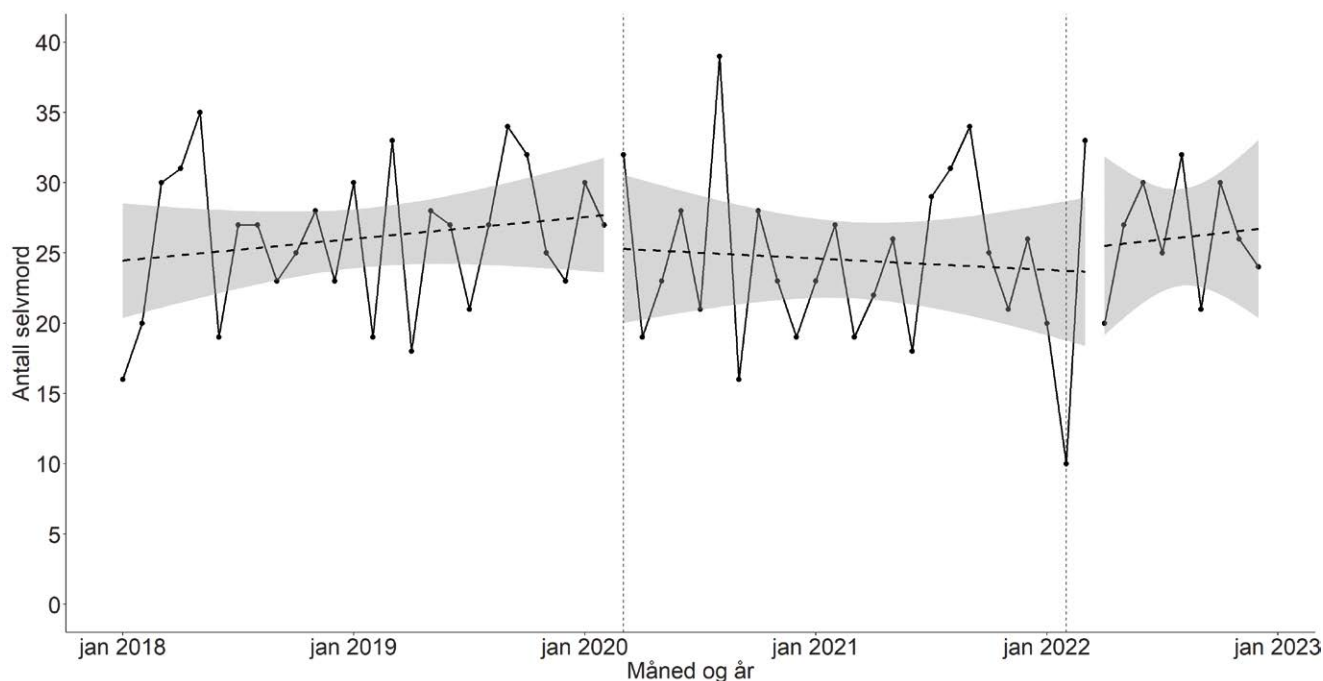
Selvordsraten blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord var totalt 0,18 per 1000 pasienter (95 % KI 0,14–0,21) i perioden 2010–2022, og varierte mellom 0,10–0,31 per 1000 (Figur 2.4.2). Selvmordsraten var 0,23 per 1000 (0,17–0,28) blant jenter og 0,12 per 1000 (0,08–0,16) blant gutter.

Del 3

Selv mord under Covid-19-pandemien blant personer som hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

I perioden mellom 2020 and 2022 døde totalt 1940 personer i selvmord i Norge. Av disse hadde 904 kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i løpet av det siste året før de døde. I denne perioden var verden rammet av en pandemi og vi vil i denne delen se nærmere på selvmord under Covid-19-pandemien definert som tidsrommet 12. mars 2020 til 11. februar 2022. Vi har kun informasjon om personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Figur 3.1 Antall selvmord per måned før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året



Perioden før Covid-19-pandemien er definert fra 1. januar 2018 til 11. mars 2020, perioden under Covid-19-pandemien er definert fra 12. mars 2020 til 11. februar 2022 og perioden etter Covid-19-pandemien er definert fra 12. februar 2022 til 31. desember 2022. Oppdelingen er basert på regjeringens tidslinje over tiltak under Covid-19-pandemien (Regjeringen, 2021).

Figur 3.1 viser antall selvmord per måned blant personer som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, før, under og etter Covid-19-pandemien.

Variasjonen fra måned til måned er stor. Før pandemien varierte antall selvmord fra 16 til 35 per måned med et gjennomsnitt på 26,1 (SD = 5,17). Gjennom denne perioden var trenden på antall selvmord per måned stigende. Under pandemien varierte antall selvmord fra 10 til 39 per måned med et gjennomsnitt på 24,5 (SD = 6,46). Etter pandemien, som var en kortere periode, var variasjonen mindre. Trenden i perioden var synkende og antall selvmord varierte mellom 20 og 32 per måned med et månedlig gjennomsnitt på 26,1 (SD= 4,11).

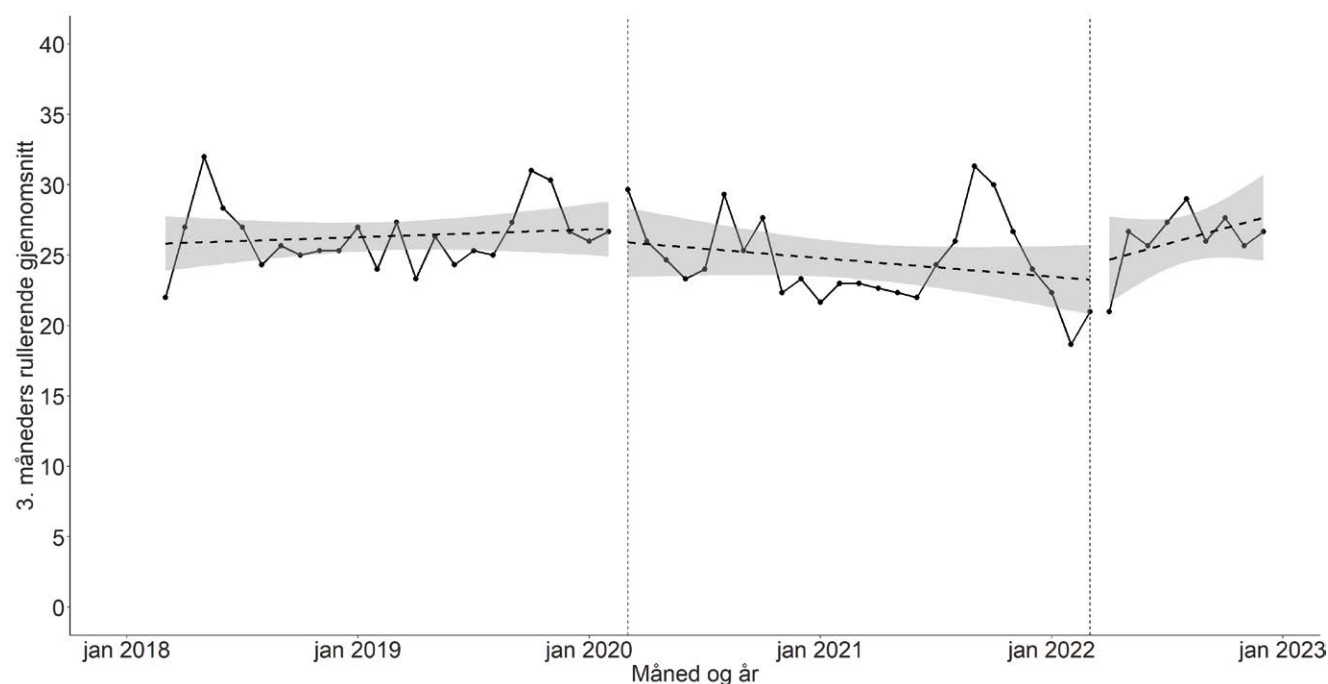
Tabell 3.1 Antall selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

Fase	Periode start	Periode slutt	Antall selvmord	Antall dager i perioden	Antall selvmord per dag
Før pandemien	01.01.2018	11.03.2020	691	800	0,86
Under pandemien	12.03.2020	11.02.2022	560	698	0,80
Etter pandemien	12.02.2022	31.12.2022	274	321	0,85

Tabell 3.1 viser antall selvmord i perioden, samt antall selvmord per dag, før, under og etter Covid-19-pandemien. I løpet av Covid-19-pandemien døde 560 personer i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for

psykisk helse og rus. Dette tilsvarer 0,80 selvmord per dag i perioden, noe som er litt lavere enn perioden før (0,86 per dag) og perioden etter (0,85 per dag). Det er viktig å bemerke at perioden etter pandemien er relativt kort.

Figur 3.2 Tre-måneders rullerende gjennomsnitt før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord



Siden antall selvmord per måned varierer mye, viser vi også tre-måneders rullerende gjennomsnitt, som jevner ut variasjonen noe. Som de stiplede trendlinjene i Figur 3.2 viser er trenden lik som i Figur 3.1.

Tabell 3.2 Karakteristika ved personer som døde i selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

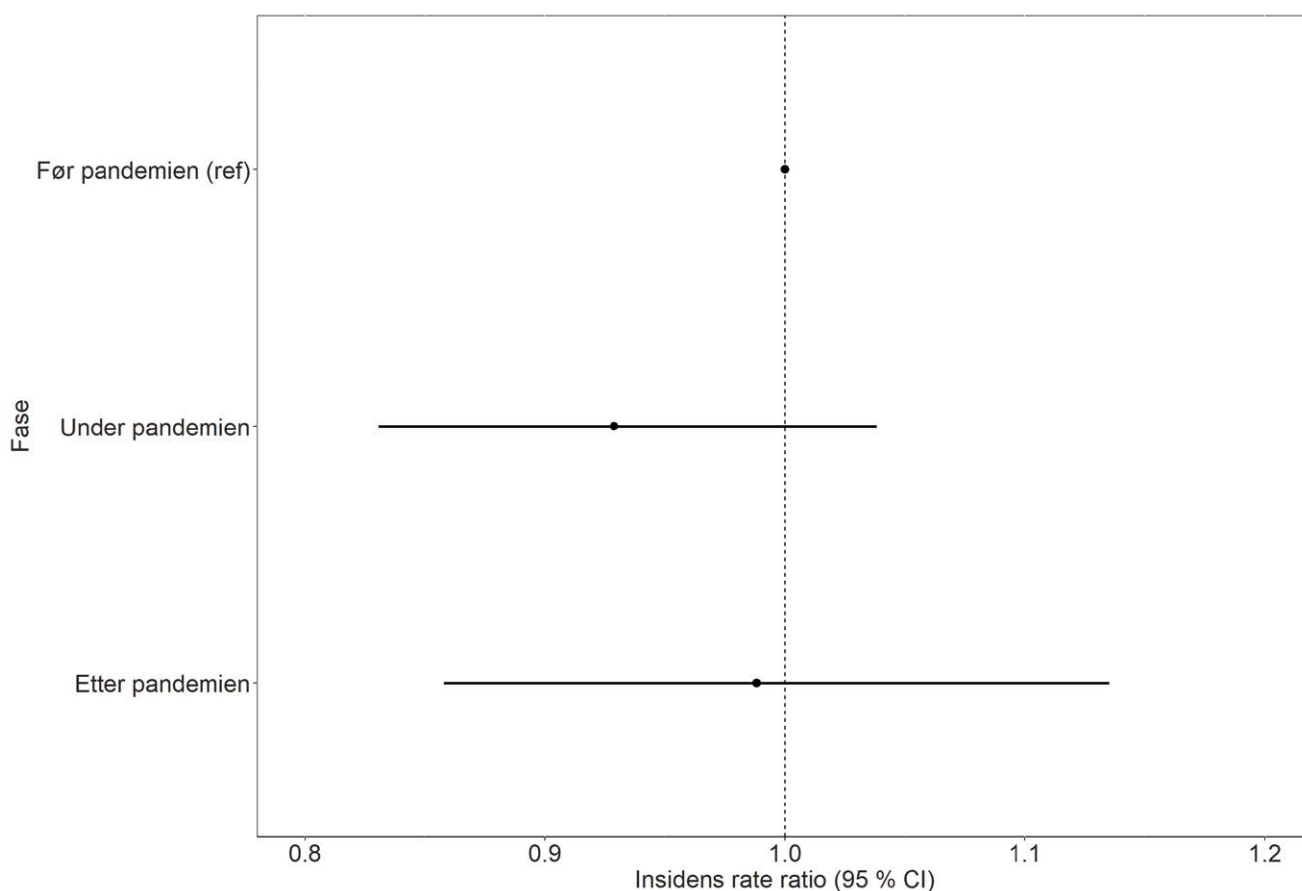
Variabel	Før pandemien N = 691	Under pandemien N = 560	Etter pandemien N = 274
Mann	419 (60,6 %)	368 (65,7 %)	170 (62,0 %)
10–29 år	152 (22,0 %)	139 (24,8 %)	71 (25,9 %)
30–59 år	410 (59,3 %)	309 (55,2 %)	150 (54,7 %)
60+ år	129 (18,7 %)	112 (20,0 %)	53 (19,3 %)
Bosted Oslo og Viken ¹	245 (35,5 %)	199 (35,5 %)	104 (38,0 %)
Bosted utenfor Oslo og Viken	446 (64,5 %)	361 (64,5 %)	170 (62,0 %)
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	129 (18,7 %)	103 (18,4 %)	51 (18,6 %)
Psykoselidelser (F2)	63 (9,1 %)	59 (10,5 %)	42 (15,3 %)
Affektive lidelser (F3)	201 (29,1 %)	140 (25,0 %)	70 (25,5 %)
Angst og belastningslidelser (F4)	101 (14,6 %)	90 (16,1 %)	42 (15,3 %)
Andre diagnosegrupper (F5-F9, F99, Z, R)	197 (28,5 %)	168 (30,0 %)	69 (25,2 %)
Bodde alene	304 (49,6 %)	260 (50,1 %)	128 (49,4 %)
Manglende data	78	41	15
Villet egenskade de siste 3 månedene	73 (11,9 %)	79 (15,2 %)	30 (11,6 %)
Manglende data	78	41	15
Problematisk bruk av rusmidler	323 (46,7 %)	265 (47,3 %)	145 (52,9 %)
Belastende livshendelse de siste 3 månedene	221 (36,1 %)	207 (39,9 %)	90 (34,7 %)

¹ Omfatter Oslo og tidligere Viken (Akershus, Buskerud og Østfold)

Tabell 3.2 viser fordeling av utvalgte forklaringsvariabler før, under og etter Covid-19-pandemien. Vi ser en liten økning i andelen selvmord hos menn under pandemien (fra 60,6 % før pandemien til 65,7 % under pandemien), og en liten økning i andelen selvmord blant de som var 10–29 år og en motsatt trend blant de som var 30–59 år,

der vi ser en liten reduksjon. Andelen selvmord blant personer som hadde kontakt med tjenestene det siste året, og som bodde i Oslo eller Viken, var uendret fra før til under pandemien. Dette var regionen i Norge der flest, strengest og mest langvarige tiltak ble innført.

Figur 3.3 Antall selvmord under og etter Covid-19-pandemien, sammenlignet med perioden før blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året



I Figur 3.3 viser vi en Poisson-modell som sammenligner antall selvmord per dag i perioden under og etter Covid-19-pandemien med perioden før pandemien. Figur 3.3 viser at antall selvmord per dag var lavere under pandemien sammenlignet med perioden før (IRR = 0,93 (95 % KI 0,83–1,04). Dette tilsvarer at antall selvmord per dag var 7,1 %

lavere under Covid-19-pandemien sammenlignet med perioden før. Modellen viser også at usikkerheten er stor, illustrert ved de horisontale linjene som viser konfidensintervallene. En viktig begrensning ved modellen er at tidstrendene er forskjellige i de ulike fasene – noe som kan påvirke modellen.

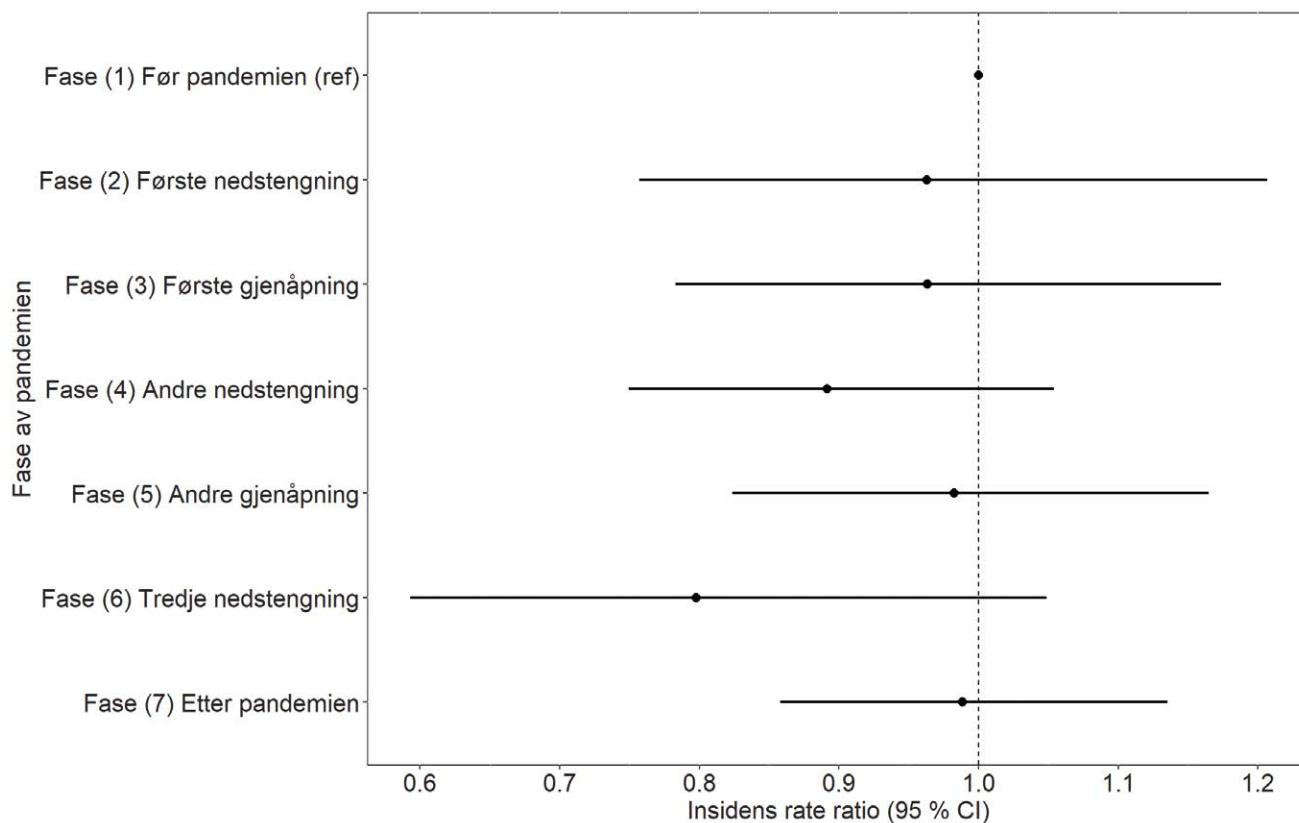
Tabell 3.3 Antall selvmord i de ulike fasene av Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

Fase	Fasens start	Fasens slutt	Antall selvmord	Antall dager i fasen	Antall selvmord per dag
(1) Før pandemien	01.01.2018	11.03.2020	691	800	0,86
(2) Første nedstengning	12.03.2020	14.06.2020	79	95	0,83
(3) Første gjenåpning	15.06.2020	27.10.2020	111	131	0,85
(4) Andre nedstengning	28.10.2020	26.05.2021	161	213	0,76
(5) Andre gjenåpning	27.05.2021	29.11.2021	158	185	0,85
(6) Tredje nedstengning	30.11.2021	11.02.2022	51	74	0,69
(7) Etter pandemien	12.02.2022	31.12.2022	274	321	0,85

Tidligere har vi kun delt inn i perioden før, under og etter pandemien, men som Figur 3.1 og 3.2 viser var det også variasjon innad i periodene. Vi ønsket derfor å undersøke om variasjoner i antall selvmord kan være knyttet til nedstengnings- og gjenåpningsfaser.

Tabell 3.3 viser antall selvmord fordelt på syv faser før, under og etter pandemien. Når det tas hensyn til antall dager i hver fase, var antall selvmord per dag lavere under den andre og tredje nedstengningen.

Figur 3.4 Sammenhengen mellom antall selvmord i ulike faser av Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året



I Figur 3.4 har vi sammenlignet antall selvmord per dag i nedstengnings- og gjenåpningsfasene, med perioden før pandemien. Usikkerheten til estimatene er gjennomgående stor, men det er en tendens til at antall selvmord per dag ble redusert under andre nedstengning (IRR = 0,88 (95 % KI 0,74–1,04), økte til nivået før pandemien ved andre gjenåpning (IRR = 0,99 (0,83–1,17) og sank igjen under den tredje nedstengningsperioden (IRR = 0,80 (0,59–1,05). Det var en del regionale variasjoner når det gjelder tiltak for å begrense smitte som ikke har vært mulig å inkludere i disse analysene.

Sammenlignet med perioden før Covid-19-pandemien, ser vi en tendens til færre selvmord under pandemien blant de som hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, når man tar høyde for varigheten av perioden. Usikkerheten er stor grunnet et begrenset antall hendelser når det totale antall selvmord fordeles på måneder og faser.

Begrensninger

Denne rapporten omfatter kun personer som døde i selvmord inntil 12 måneder etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, og beskriver kjennetegn ved personene og deres kontakt med tjenestene. Vi beskriver forekomsten av ulike aspekter knyttet til dette, men har ikke mulighet til å undersøke risikoen som henger sammen med de ulike faktorene beskrevet i denne rapporten.

Kartleggingssystemet bruker data fra både de nasjonale helseregistrene og et kartleggingsskjema utfyllt av klinikere, som er to datakilder med ulike begrensninger. Til tross for at kvaliteten på

de norske helseregistrene generelt er god, kan det for enkelte variabler være begrensninger. Alle diagnosene er kliniske diagnoser registrert i NPR som i varierende grad vil være basert på klinisk og ikke strukturert diagnostikk. Informasjonen i kartleggingsskjemaet registreres av klinikere som har kjennskap til at pasienten døde i selvmord. Både kjennskapet til pasientens dødsfall og det at registreringen skjer i etterkant av kontakten kan medføre bias.

Noen selvmord kan være feilklassifisert som dødsfall ved ulykke, spesielt blant pasienter i TSB. Våre tall må derfor anses som et minimumsantall.

Oppsummering

Kartleggingssystemets funn for 2022 er i hovedtrekk i tråd med det vi tidligere har vist tilbake til 2010. Endringene i perioden 2020–2021 som vi viste i forrige rapport, som samsvarer med covid-19-pandemien, er i stor grad tilbake til nivået det lå på før pandemien.

I 2022 lå dekningsgraden på nesten 95 %. Denne har vært stabilt høy gjennom mange år, noe som viser at Kartleggingssystemet er godt implementert.

Sentrale funn som svært høye selvmordsrater, kort tid fra siste kontakt til selvmord, høy andel uavklarte tilstander, høy forekomst av villet egenskade og rusbruk, samt stor grad av livsbelastninger, er påfallende stabile. Det samme gjelder for mulige forebyggende tiltak som kriseplan og kontakt med pårørende, der det er behov for mer systematikk. Samlet sett viser dette et klart behov for å styrke systematiske innsatser for å forebygge selvmord i disse tjenestene. De ulike utfordringene viser også et klart behov for fortsatt monitorering av utviklingen.

Nytt i denne rapporten er at vi har analysert data på helseforetakenes tiltak etter selvmord hos en pasient. Både for gjennomføring av intern gjennomgang, innmelding til Statens helsetilsyn og om pårørende hadde blitt tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager, lå andelen på rundt 80 %, noe som tyder på stor overlapp mellom disse hendelsene. Andelen var lavere i TSB. En mulig forklaring på dette er at prosedyrer og kultur for slike gjennomganger har vært bedre innarbeidet i PHV-V.

Helsedirektoratet utga i 2024 ny nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i PHV og TSB. Det blir viktig å studere effekten av denne etter hvert som tiltak blir implementert i tjenestene.

I denne rapporten beskrives også selvmord før, under og etter covid-19-pandemien, blant personer som hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året. Totalt sett fant vi en tendens til reduksjon i antall selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus under pandemien. Til tross for usikkerhet knyttet til funnene, gir dette ny informasjon om effekten av Covid-19-pandemien i en svært sårbar gruppe.

Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene

Nedenfor er anbefalinger som vi viderefører fra tidligere rapporter. Viser til tidligere årsrapporter (Walby, Astrup, et al., 2021; Walby et al., 2023, 2024) for mer informasjon om tidligere implikasjoner og anbefalinger.

Anbefalinger som videreføres basert på tidligere implikasjoner:

- Sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og omfang av spesialiserte tjenester innenfor PHV-V og TSB
- Villet egenskade og andre former for suicidal atferd identifiseres og adresseres direkte og tiltak rettet mot suicidal atferd integreres i behandlingen
- Integrere selvmordsforebyggende tiltak i hele behandlingsforløpet
- Rask og tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse fra døgnopphold
- Avdekke ruslidelser også i PHV-V og sikre integrert behandling for samtidig rus og psykisk lidelse
- Oppmerksomhet og tiltak ved økt symptomtrykk
- Være oppmerksom på pasienter med omfattende og langvarige psykososiale belastninger

Anbefalinger for å forebygge flere selvmord i PHV-V:

Styrke systembaserte tilnærminger til forebygging i psykisk helsevern

De fleste pasientene som døde i selvmord, var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko og kun en fjerdedel hadde kjente selvmordstanker. Dette er en slående illustrasjon på begrensningene ved høy-risiko strategier. Dersom tilstedeværelsen av selvmordstanker brukes som en indikasjon på behovet for forebyggende tiltak vil man kun nå én av fire. Et alternativ er systembaserte tilnærminger til forebygging der man i stedet for å fokusere på den individuelle pasienten med høy-risiko heller retter fokuset mot brede grupper av pasienter med indirekte og mer lav-intensive tiltak (Myhre, Walby, et al., 2022). Det er derfor behov for å utvikle, evaluere og implementere flere systembaserte forebyggende tiltak i tjenestene.

Kriseplaner/sikkerhetsplaner er blant anbefalingene i den reviderte nasjonale faglige retningslinjen for selvmordsforebygging (Helsedirektoratet, 2024). Våre data viser at bruk av kriseplan er lav og bør øke i tjenestene.

Individualiserte kliniske vurderinger av selvmordsrisiko

Pasienter som dør i selvmord, er en heterogen og sammensatt gruppe. Selvmordsrisikoen er alltid knyttet til den enkelte pasientens sårbarhet, belastninger og psykiatriske tilstand. En vurdering av selvmordsrisiko bør derfor fokusere både på pasientens aktuelle tilstand, øvrige problemer og behov, i kontekst av de individuelle faktorene som bidrar til å øke og redusere risikoen for pasienten. En selvmordsrisikovurdering bør også omfatte konkrete tiltak som bidrar til å redusere og ivareta risikoen til den enkelte pasient. Slike vurderinger gjøres gjennom en helhetlig integrert vurdering av pasienten og ikke bare gjennom sjekklistor over statistiske risikofaktorer på gruppenivå. Dette er i tråd med anbefalingene i den reviderte nasjonale faglige retningslinjen.

Rutiner og tiltak for å sikre at pasienter møter til avtaler

Om lag 25 % uteble fra siste avtale før selvmordet. Arbeidet med å begrense drop-out er derfor viktig, og kan omfatte tiltak på mange ulike plan.

Dette omfatter alt fra å tilby effektive og ønskede tjenester, øke fokus på utviklingen av samarbeid og terapeutisk allianse, til bruk av ambulante tjenester og sikre rutiner for å vurdere hva man gjør når pasienter ikke møter til avtale.

Mer systematisk monitorering av medikamentell behandling

Svært mange av de som døde i selvmord under eller etter kontakt med PHV-V brukte ett eller flere psykofarmaka, samtidig var etterlevelse og mulig også effekt ukjent hos mange. Bedre systematikk i oppfølgingen av medikamentell behandling er viktig for å øke etterlevelse og for å optimalisere effekt av slik behandling.

Rutiner for kontakt med og involvering av pårørende

Pårørende er en viktig ressurs for mange pasienter, og våre funn viser et klart potensial for mer systematisk involvering, særlig i sårbare perioder som ved utskrivning fra døgnopphold og avslutning av behandlingen.

Referanser

Astrup, H., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., & Walby, F. A. (2022). Suicide After Contact With Child and Adolescent Mental Health Services – A National Registry Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 886070. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.886070>

Folkehelseinstituttet. (2025). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank*. <https://statistikk.fhi.no/daar/gSCQI7hHtUBVhev9pKQfmrJRYACblv7>

Helsedirektoratet. (2023). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helsedirektoratet. <https://www.fhi.no/contentassets/17839cfed7ff4d899add2bf4ad71442f/aktivitet-i-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-2022.pdf>

Helsedirektoratet. (2024). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>

Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Walby, F. A. (2022). *Selvmond med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus*. Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., Astrup, H., Bergsager, D., & Walby, F. A. (2023). Suicide in Services for Mental Health and Substance Use – A National Hybrid Registry Surveillance System. *Health Informatics Journal*. <https://doi.org/10.1177/14604582231167439>

NCISH. (2025). *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health*. The University of Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>

Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Data quality in the Cause of Death Register. *Tidsskr Nor Laegeforen*. <https://tidsskriftet.no/en/2015/05/perspectives/data-quality-causes-death-registry>

Regjeringen. (2021). *Tidslinje: Myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>

Stene-Larsen, K., Raknes, G., Engdahl, B., Qin, P., Mehlum, L., Strøm, M. S., & Reneflot, A. (2022). Suicide trends in Norway during the first year of the Covid-19 pandemic. A register-based cohort study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 1–24. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.17>

Universitetet i Oslo. (2025a). *Nettskjema*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>

Universitetet i Oslo. (2025b). *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., & Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmond under døgnopphold*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E., & Myhre, M. Ø. (2024). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2021 – Selvmord etter kontakt med avtalespesialister innen psykisk helse og rus*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2021). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2022). *Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Kildahl, A. T., Caruso, G., & Myhre, M. Ø. (2017). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Bakgrunn, utviklingsprosess og formål. *Suicidologi*, 22(3), Article 3. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5880>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Kildahl, A. T. (2021). *Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – En nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). *Selvmord 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, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/publikasjoner/rapporter/>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Mehlum, L. (2022). Suicide among users of mental health and addiction services in the first 10 months of the COVID-19 pandemic: Observational study using national registry data. *BJPsych Open*, 8(4), e111. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.510>

WHO. (2025). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. World health Organization. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>

Oversikt over tabeller og figurer

Tabeller

Tabell 1.1	Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2022
Tabell 1.2	Dekningsgrad per sektor og år, 2018–2022
Tabell 1.3	Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2022 ($n=1390$)
Tabell 1.4	Antall skjema fordelt på trinn per sektor, 2018–2022 ($n=1390$)
Tabell 1.5	Antall skjema fordelt på trinn per regionalt helseforetak, 2018–2022 (1390)
Tabell 1.6	Rollen personen som registrerte kartleggingsskjema hadde ovenfor pasienten ($n=1340$)
Tabell 1.7	Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet ($n=1390$)
Tabell 2.2.1	Kjønnsfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
Tabell 2.2.2	Hoveddiagnoser med undergrupper ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
Tabell 3.1	Antall selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året
Tabell 3.2	Karakteristika ved personer som døde i selvmord før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året
Tabell 3.3	Antall selvmord i de ulike fasene av Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

Figurer

Figur 1	Oversikt over Kartleggingssystemets design
Figur 1.1	Profesjoner som har registrert kartleggingsskjemaer for selvmord i perioden 2018–2022 ($n=1340$)
Figur 1.2	Tilbakemeldinger på kartleggingsskjemaet, 2018–2022 ($n=1390$)
Figur 2.1	Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2022, samt data fra kartleggingsskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2022
Figur 2.1.1	Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2022 ($n=7796$)
Figur 2.1.2	Antall selvmord blant personer med og uten kontakt det siste året, fordelt på kjønn, 2010–2022 ($n=7796$)
Figur 2.1.3	Selvmondsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2022
Figur 2.1.4	Andel i kontakt med tjenestene det siste året og de siste 90 dagene før selvmord, 2010–2022 ($n=3586$)
Figur 2.1.5	Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2022 ($n=3586$)
Figur 2.1.6	Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt blant personer i kontakt med tjenestene det siste året, 2010–2022 ($n=3586$)
Figur 2.2.1	Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=3090$)
Figur 2.2.2	Selvmondsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022
Figur 2.2.3	Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2022 ($n=2709$)
Figur 2.2.4	Selvmondsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2022
Figur 2.2.5	Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer med døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=2057$)

- Figur 2.2.6 Andel som hadde døgnopphold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
- Figur 2.2.7 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022
- Figur 2.2.8 Kønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
- Figur 2.2.9 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
- Figur 2.2.10 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=3090$)
- Figur 2.2.11 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=3090$)
- Figur 2.2.12 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=1656$)
- Figur 2.2.13 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter utskrivelse og med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2022 ($n=1061$)
- Figur 2.2.14 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=1656$)
- Figur 2.2.15 Varighet av sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.16 Villet egenskade blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.17 Problematisk bruk av alkohol blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.18 Problematisk bruk av andre rusmidler blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.19 Somatisk sykdom blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1029$)
- Figur 2.2.20 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)

- Figur 2.2.21 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.22 Økonomiske problemer de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.23 Selvmord blant familie og venner/omgangskrets blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.24 Bruk av kommunale tjenester blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.25 Individuell plan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.26 Etterlevelse av medikamenter blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1060$)
- Figur 2.2.27 Andel som ikke ønsket tilbudt psykofarmaka blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1029$)
- Figur 2.2.28 Andel som uteble fra siste avtale blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.29 Kontakt med pårørende den siste måneden før dødsfallet blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.30 Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.31 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.32 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1012$)
- Figur 2.2.33 Intern gjennomgang etter selvmord blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)
- Figur 2.2.34 Saker meldt til Statens helsetilsyn som alvorlig hendelse blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)
- Figur 2.2.35 Pårørende tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1211$)

- Figur 2.2.36 Om hendelsen har ført til læring i organisasjonen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)
- Figur 2.2.37 Kan selvmordet relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=1194$)
- Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB det siste året, 2010–2022 ($n=804$)
- Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB det siste året, 2010–2022
- Figur 2.3.3 Kønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)
- Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V det siste året blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)
- Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2022 ($n=804$)
- Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse (i TSB eller PHV-V) til selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året og med minst ett døgnopphold, 2010–2022 ($n=505$)
- Figur 2.3.7 Varighet av sykehistorie blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.8 Villet egenskade blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.9 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.10 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.11 Andel som uteble siste avtale blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.12 Kontakt med pårørende den siste måneden før selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.13 Kriseplan til personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)

- Figur 2.3.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=260$)
- Figur 2.3.16 Intern gjennomgang etter selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)
- Figur 2.3.17 Saker meldt til Statens helsetilsyn som alvorlig hendelse blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.18 Pårørende tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=310$)
- Figur 2.3.19 Om hendelsen har ført til læring i organisasjonen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)
- Figur 2.3.20 Kan selvmordet relateres til mer generelle sikkerhetsmessige eller faglige problemer i organisasjonen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2022 ($n=308$)
- Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord. 2010–2022 ($n=106$)
- Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1000 pasienter i kontakt med PHV-BU det siste året, 2010–2022
- Figur 3.1 Antall selvmord per måned før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året
- Figur 3.2 Tre-måneders rullerende gjennomsnitt før, under og etter Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord
- Figur 3.3 Antall selvmord under og etter Covid-19-pandemien, sammenlignet med perioden før blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året
- Figur 3.4 Sammenhengen mellom antall selvmord i ulike faser av Covid-19-pandemien blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året

Utgitt av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, januar 2026.

Tittel:

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2022 – Selvmord under Covid-19-pandemien

Forfattere:

Fredrik A. Walby

Helene Astrup

Martin Ø. Myhre

Sissel M. Bélanger

Publikasjonstype: Rapport

ISBN (trykt/heftet): 978-82-94109-02-9

ISBN (PDF): 978-82-94109-03-6

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

Emneord: selvmord, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, selvmordsforebygging

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø & Bélanger, S.M (2026). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2022 – Selvmord under Covid-19-pandemien*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. 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. Finansør 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 Dødsårsaksregisteret (DÅR). Folkehelseinstituttet, som data-behandlingsansvarlig for Dødsårsaksregisteret, har ikke ansvar for tolkning og rapportering på bakgrunn av det utleverte datamaterialet.

Denne rapporten er lisensiert under:

CC BY-NC-ND



Nettside: www.uio.no/kartleggingssystemet

E-post: nssf-kartlegging@klinmed.uio.no

• **NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging**

Universitetet i Oslo
Kirkeveien 166, Bygg 2
0450 OSLO

NSSF



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging



**UNIVERSITETET
I OSLO**