

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Selv mord under og etter kontakt
med psykisk helsevern for barn
og unge 2008 til 2018**
– en nasjonal registerstudie

FREDRIK A. WALBY • HELENE ASTRUP • MARTIN Ø. MYHRE • ANINE T. KILDAHL



UNIVERSITETET
I OSLO

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Utgitt av *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo, mars 2022.

Tittel:

Selv mord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie

Forfattere:

Fredrik A. Walby, forsker/psykologspesialist, prosjektleder.
Helene Astrup, rådgiver M.Sc.
Martin Ø. Myhre, rådgiver/stipendiat M.Sc.
Anine T. Kildahl, rådgiver M.Sc.

Publikasjonstype: Rapport
ISBN (trykt/heftet): 978-82-692827-0-2
ISBN (PDF): 978-82-692827-1-9

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

Emneord: selvmord, psykisk helsevern for barn og unge, selvmordsforebygging, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2022). *Selv mord 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. Hentet fra:
www.uio.no/kartleggingssystemet

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

Kartleggingssystemet er finansiert av Helsedirektoratet 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 databehandlingsansvarlig for Dødsårsaksregisteret, har ikke ansvar for tolkning og rapportering på bakgrunn av det utleverte datamaterialet.

Denne rapporten er lisensiert under:
CC BY-NC-ND

Innhold

Forord.....	6
Sammendrag	7
Innledning	9
Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU).....	10
Kartleggingssystemets rapport om selvmord i psykisk helsevern og TSB 2008–2015.....	10
Om rapporten / hensikten med rapporten	11
Metode	12
Dødsårsaksregisteret	12
Norsk pasientregister	12
Registerkobling og uttrekk.....	12
Variabler	13
Omsorgsnivå.....	13
ICD-10 diagnoser og Multiaksialt klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge	13
Behandlingsstatus	14
Tid fra siste kontakt	14
Statistikk	14
Etikk og tillatelser	15
Resultater	16
Del 1. Alle selvmord under eller inntil ett år etter kontakt med PHV-BU	18
Andel i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord.....	20
Selvmordsrate i PHV-BU.....	23
Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord	26
Helseregion.....	28
Selvmordsmetode.....	29
Sektor	31
Døgnopphold.....	32
Antall døgnopphold	34
Varighet av døgnopphold.....	35
Poliklinisk kontakt	37
Alle polikliniske kontakter siste år før selvmord (inkludert direkte og indirekte kontakt).....	37
Antall polikliniske kontakter (inkludert direkte og indirekte kontakt)	38
Direkte poliklinisk kontakt	39
Indirekte poliklinisk kontakt	41
Behandlingsstatus	42
Tid siden siste kontakt til selvmord	44

Diagnoser.....	47
Hoveddiagnoser ved siste kontakt	47
Diagnoser siste år	50
Del 2. Personer med siste kontakt i PHV-BU	52
Kjønn- og aldersfordeling blant personer med siste kontakt i PHV-BU.....	53
Behandlingsstatus blant personer med siste kontakt i PHV-BU.....	53
Akse 2–6 i det multiaksiale klassifiseringssystemet	54
Akse 2–4 Spesifikke utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og somatiske tilstander	54
Akse 5 – Avvikende psykososiale forhold.....	55
Akse 6 – Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)	56
Kontakt med barnevernet.....	57
Omsorgssituasjon	57
Diskusjon	58
Forekomst av selvmord i PHV-BU	58
Selvmordsmetoder	59
Omfang av kontakt	61
Poliklinisk kontakt	61
Døgntilrettelagt behandling.....	61
Tidsmessig nærhet av kontakt	61
Kontakt i ulike sektorer siste år.....	62
Psykiske lidelser – diagnoser	62
Det multiaksiale klassifikasjonssystemet.....	63
Systembaserte og spesifikke intervensjoner for å forebygge selvmord.....	64
Begrensninger og metodikk	65
Implikasjoner for forebygging.....	66
Sørge for at barn og unge med psykiske lidelser får rask nok hjelp på riktig nivå.....	66
Sikre at pasienter får behandling av god kvalitet.....	66
Økt fokus på gutter i slutten av tenårene	67
Forebyggende arbeid utenfor PHV-BU	67
Behov for å videreutvikle et pasientsikkerhetsperspektiv i PHV-BU	68
Referanser	70
Oversikt over figurer og tabeller	76

Forord

Selv mord skjer i alle aldersgrupper, og i alle deler av befolkningen. Dette er en av grunnene til at selv mord i økende grad omtales som et folkehelseproblem. Et hvert selv mord er en tragedie uansett alder. Samtidig er det store forskjeller mellom ulike aldersgrupper, og mellom ulike undergrupper, noe som ofte underkommuniseres. Det gjelder også for barn og ungdom. Selv om også barn kan ha selv mordstanker helt ned i førskolealder er selv mord i de aller yngste aldersgruppene ekstremt sjelden, og det er også et definisjonsspørsmål om fra hvilken alder eller modenhetsnivå man kan snakke om et dødsfall som «en bevisst og villet handling» i tråd med en vanlig definisjon av selv mord.

Også hos de yngste tenåringene er det svært få selv mord årlig, og både antall selv mord og selv mordsratene er betydelig lavere hos ungdom under 18 år enn hos voksne. Selv om antall selv mord hos barn og ungdom under 18 år er lavere enn i alle andre aldersgrupper, betyr det ikke at hvert enkelt selv mord i denne gruppen er noe mindre viktig enn andre. Snarere tvert imot, selv mord hos unge mennesker er årsak til et meget høyt antall tapte leveår, og forbundet med enorme tap, traumer og lidelse hos de som står igjen. Det oppleves gjerne spesielt meningsløst når det er et ungt menneskeliv som går tapt

Selv om årsakene til selv mord blant barn og unge er minst like sammensatte som blant voksne, er psykiske lidelser også i denne aldersgruppen en viktig risikofaktor. Til nå har det hverken eksistert noen fullstendig oversikt over omfanget av selv mord i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) eller kunnskap om kjennetegn ved disse ungdommene eller kontakten de hadde med tjenesten før dødsfallet.

I denne rapporten beskriver vi resultatene fra den første nasjonale registerstudien på

omfanget av selv mord innen ett år etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) i perioden 2008–2018 i Norge.

Vi mener at denne nye kunnskapen bør påvirke utviklingen av forebyggende tiltak både i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og på et øvrig samfunnsnivå. Likevel er det også mye vi ikke har kunnet studere utelukkende basert på registerdata, og det er stadig et behov for mer kunnskap og forskning på dette feltet.

Det er mange som har bidratt i utarbeidelsen av rapporten og som fortjener en takk. Først og fremst en stor takk til overlege / med. faglig rådgiver Ruth-Kari Ramleth, Oslo Universitetssykehus, psykologspesialist / seksjonssjef Gjertrud Kvalstad, BUO Lian / St. Olavs Hospital og psykologspesialist Anders Løvdahl, Nasjonal Enhet for Behandlingstiltak / Bufetat for svært nyttige innspill både om kontekst og tolkninger av funn. Takk til hele miljøet ved NSSF med professor Lars Mehlum i spissen.

Til slutt, en stor takk til mine kompetente og engasjerte medarbeidere i Kartleggingssystemet, Helene Astrup, Anine T. Kildahl og Martin Ø. Myhre som nok en gang har nedlagt et stort arbeid med å få denne rapporten utarbeidet.

Vi håper at denne rapporten vil være et nyttig bidrag i det videre arbeidet med å tilby gode og adekvate helsetjenester for barn og unge i Norge – og ikke minst at den kan være et viktig bidrag til det videre selv mordsforebyggende arbeidet i tjenestene.

Fredrik A. Walby
Forsker / psykologspesialist
Prosjektleder, Nasjonalt kartleggingssystem for selv mord, NSSF, UiO

Sammendrag

Bakgrunn

Selv mord er en av de vanligste dødsårsakene blant barn og unge, og unge med psykiske lidelser utgjør en velkjent høyrisikogruppe for selvmord. I Norge har vi til nå manglet oversikt over selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Følgelig har også kjennetegn ved de som dør, hvor i behandlingsforløpet de var og hva slags kontakt de hadde med tjenestene det siste året før selvmord i liten grad vært tilgjengelig. Mer kunnskap om dette er nødvendig for å kunne forebygge selvmord i denne gruppa. I denne rapporten viser vi resultater fra den første nasjonale registerstudien av selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i perioden 2008-2018. Registerstudien er utført som ledd i arbeidet med å etablere et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Metode

Rapporten er basert på en kobling av registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR) for årene 2008-2018. Alle personer mellom 10-23 år som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018 er inkludert i studien.

Hovedfunn

- 73 personer (hvorav 49 jenter og 24 gutter) hadde kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i perioden 2008-2018, noe som tilsvarer 23 % av alle barn og unge i aldersgruppen 10-19 år som døde i selvmord i Norge i denne perioden.
- Andelen jenter i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord var høyere enn andelen gutter, henholdsvis 40,5 % og 12,3 %.
- Gjennomsnittlig selvmordsrate i PHV-BU lå på 0,23 per 1 000 pasienter for jenter og 0,10 per 1 000 pasienter for gutter, men med ulikt mønster fordelt på aldersgrupper. For jenter var det en jevn stigning i selvmordsrate med økende alder, mens det for gutter var en bratt stigning i selvmordsrate fra aldersgruppen 14-16 år til aldersgruppen 17-19 år.
- Henging, strangulering eller kvelning var den klart mest benyttede metoden for begge kjønn (63 % totalt), etterfulgt av å hoppe eller ligge foran kjøretøy (11 %). Færre enn 3 personer døde av selvmord ved forgiftning.
- Alle hadde hatt poliklinisk kontakt i PHV-BU siste år, og en femtedel hadde også hatt poliklinisk kontakt i psykisk helsevern for voksne (PHV-V).
- Gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter siste år var 28 kontakter, for alle sektorer samlet.
- 29 personer (39,7 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold i løpet av det siste året før selvmord, og over halvparten med døgnopphold hadde hatt ett eller flere døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- En fjerdedel hadde hatt kontakt med TSB siste året før selvmord, likevel var det få rusdiagnoser i materialet.
- Majoriteten av jentene (71,4 %) hadde en pågående poliklinisk kontakt, og kun 14,3 % var registrert med en avsluttet poliklinisk kontakt. Halvparten av guttene var registrert med avsluttet kontakt.
- Totalt var 7 personer i døgnbehandling da selvmordet skjedde. Kun én av disse var i døgnbehandling i PHV-BU.
- Den største diagnostiske gruppen ved siste kontakt var uspesifikke tilstander, etterfulgt av affektive lidelser. Det var betydelige kjønnsforskjeller, da 34,7 % av jentene og 66,7 % av guttene enten ikke hadde fått en diagnose eller blitt diagnostisert med en uspesifikk tilstand ved siste kontakt.

- For diagnoser mottatt i løpet av siste året før selvmord var affektive lidelser den største diagnostiske gruppen for begge kjønn. Andelen som ikke hadde fått noen diagnose eller som kun hadde blitt diagnostisert med uspesifikke tilstander siste året før selvmord var 18,4 % for jenter og 37,5 % for gutter.
- For akse 2-6 i det multiaksiale klassifikasjonssystemet var det mangelfull koding i omkring halvparten av tilfellene. Koding av omsorgssituasjon og barnevernets rolle var også mangelfull.

Konklusjon

Den store forskjellen i kjønn hva gjelder andel i kontakt med PHV-BU før selvmord viser at forebyggingspotensialet er betydelig høyere for jenter i PHV-BU. For begge kjønn, og særlig blant gutter, er primærforebygging av selvmord viktig, spesielt i denne aldersgruppen.

Bedre og mer systematisk utredning og diagnostikk fremstår som et klart forbedringspotensial i behandlingen av pasienter i PHV-BU, da en svært høy andel var uten diagnose eller diagnostisert med uspesifikke tilstander. Det er også et betydelig forbedringspotensial for koding av de ulike aksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet.

Tilgjengelige registerdata er godt egnet til å beskrive antall og andel i kontakt med de ulike tjenestene, men informasjon vedrørende sosiale forhold, tidligere selvmordsatferd og detaljer om behandlingen som ble gitt mangler i registerdataene. Data fra Kartleggingssystemet, som nå er implementert, vil bidra med mer kunnskap om selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU.

Innledning

Selv mord er en av de viktigste årsakene til tapte leveår i Norge (Øverland et al., 2018) og medfører store konsekvenser for de mange etterlatte og for samfunnet for øvrig. Et hvert selvmord er en tragedie uavhengig av alder, men det oppleves gjerne spesielt tragisk når et ungt menneskeliv går tapt. Selvmord er en av de vanligste dødsårsakene blant barn og unge (John et al., 2019; Patton et al., 2009; Pelkonen & Marttunen, 2003), og er et alvorlig samfunnsproblem både nasjonalt og internasjonalt. I 2018 var 32 % av alle dødsfall i Norge blant barn og unge i aldersgruppen 10 til 19 år forårsaket av selvmord (Folkehelseinstituttet, 2020). Selvmord blant barn under 15 år er sjelden, men forekomsten øker i tenårene og frem til voksen alder (Glenn et al., 2020; Pelkonen & Marttunen, 2003; Rodway et al., 2016; Windfuhr et al., 2008). På verdensbasis estimeres selvmordsraten blant 10- til 19-åringer til å være 3,8 selvmord per 100 000, men med store variasjoner mellom kjønn, alder og ulike land (Glenn et al., 2020). I de fleste land er selvmordsraten blant tenåringer høyere for gutter enn jenter (Glenn et al., 2020; Wasserman et al., 2005). Dette skiller seg fra villet egenskade (selvskading og selvmordsforsøk) hvor forekomsten er langt høyere, og klart høyest blant jenter (Hawton et al., 2012).

Selvskading blant barn og unge er en risikofaktor for både selvmordsforsøk (Klonsky et al., 2013; Mars et al., 2019) og selvmord (Hawton et al., 2015; Rodway et al., 2016). Det er likevel viktig å skille mellom disse begrepene. Både selvskading og selvmordsforsøk inkluderes i begrepet villet egenskade. I motsetning til selvskading er selvmordsforsøk villet egenskade med en viss intensjon om å dø, men hvor utfallet ikke ender med død. Selvmord defineres derimot som en handling som fører til død der dette har vært intensjonen (Walby & Myhre, 2020). Både selvskading og selvmordsforsøk er mer utbredt blant barn og unge, sammenlignet

med selvmord. I Norge har selvskading blant ungdomsskoleelever økt fra 4,1 % til 16,2 % i perioden 2002 til 2017/18, og økningen er størst blant jenter (Tørmoen et al., 2020). Forekomsten av selvskading blant barn og ungdom i alderen 12-18 år er også høy internasjonalt, og ligger i gjennomsnitt på rundt 17 % med variasjoner mellom land (Gillies et al., 2018). I en norsk studie gjennomført i 2006 blant 14-17 åringer, rapporterte 9,5 % at de hadde gjort et selvmordsforsøk (Tørmoen et al., 2013).

Årsakene til selvmord blant barn og unge er i likhet med hos voksne sammensatte og komplekse, og både genetiske, sosiale og psykologiske faktorer spiller inn (Bridge et al., 2006; Hawton et al., 2012; John et al., 2019). Som hos voksne er affektive lidelser, rusmiddelproblemer og tidligere selvmordsforsøk sterkt relatert til selvmord blant ungdom (Pelkonen & Marttunen, 2003). Andre risikofaktorer som ser ut til å være mer spesifikke for ungdom er psykososiale faktorer som familieproblemer, misbruk eller omsorgssvikt, selvmord i familie eller omgangskrets, utfordringer på skolen og eksamenspress, mobbing, sosial isolasjon, høyt alkoholforbruk og bruk av illegale stoffer, selvskading og selvmordsrelatert internettbruk (Pelkonen & Marttunen, 2003; Rodway et al., 2016, 2020a). Norske studier har likevel vist at barn og unge tenåringer som dør i selvmord har vært mindre utsatt for de ovennevnte risikofaktorer, sammenlignet med eldre tenåringer (Freuchen et al., 2012; Grøholt et al., 1998). Det har blant annet blitt funnet en lavere forekomst av psykiske lidelser blant personer som dør i selvmord før fylte 15 år, sammenlignet med tenåringer i aldersgruppen 15-19 år (Grøholt et al., 1998), og andre psykososiale stressorer forut for selvmordet har sannsynligvis hatt større betydning. Det har også blitt funnet en større forekomst av psykiske lidelser, selvskading og ulike psykososiale stressorer som blant

annet tap, mobbing og skolepress blant jenter i aldersgruppen 10-19 år som dør i selvmord, sammenlignet med gutter i samme aldersgruppe (Rodway et al., 2020a).

Selv om årsakene til selvmord blant unge er sammensatte, er det i likhet med hos voksne (Cavanagh et al., 2003) funnet en tydelig sammenheng mellom psykiske lidelser og selvmord (Fontanella et al., 2020; Pelkonen & Marttunen, 2003; Rodway et al., 2020a). Det er særlig funnet en tydelig sammenheng mellom psykiske lidelser og selvmord blant eldre tenåringer (Grøholt et al., 1998; Pelkonen & Marttunen, 2003; Rodway et al., 2016). Ulike grenser mellom yngre og eldre tenåringer er benyttet – laveste definisjon er 15-19 år (Grøholt et al., 1998) mens høyeste er 18-19 år (Rodway et al., 2016). En systematisk gjennomgang av Pelkonen and Marttunen (2003) viste at 43-83 % av yngre tenåringer som døde i selvmord hadde psykiske lidelser, mens 79-95 % av eldre tenåringer som døde i selvmord hadde psykiske lidelser. Hos voksne viser en rekke studier at det tilsvarende tallet er over 90 % (Cavanagh et al., 2003).

Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)

Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU), også kalt PH-BU og tidligere BUP, er en spesialisthelsetjeneste rettet mot psykisk helse til barn og unge under 18 år. PHV-BU inkluderer både poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling, ø-hjelp og ambulante tjenester. Tilbudet er hovedsakelig poliklinisk (BUP), men døgnavdelinger finnes også i de fleste helseforetak. Ved påbegynt behandling innen fylte 18 år kan behandlingen fortsette i PHV-BU inntil vedkommende er 23 år. Etter dette er det PHV-V (også kalt PHV) som overtar ved behov for fortsatt behandling. De ulike begrepene kan virke

forvirrende og har dels blitt endret over tid. Siden Helsedirektoratet bruker PHV-BU og PHV-V har vi valgt å bruke disse begrepene gjennomgående i denne rapporten.

I overkant av 56 000 barn og unge under 18 år ble behandlet i PHV-BU i 2018, noe som tilsvarer 5 % av befolkningen under 18 år (Helsedirektoratet, 2019a). Poliklinikker dominerte behandlingstilbudet og 95 % av pasientene ble behandlet der. I tjenesten sett under ett var 53 % av pasientene gutter. Blant guttene er henvisning i barneskolealder utbredt, ofte med mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) som henvisningsgrunn. Blant jentene utgjør henvisning i ungdomsskolealder hovedtyngden, og henvisningsgrunn er vanligvis mistanke om depresjon eller angstlidelse (Helsedirektoratet, 2019a).

Det har vært en svak økning i antall pasienter i kontakt med tjenestene fra perioden 2008 til 2018, hvor antall pasienter som ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge har økt fra 53 111 til 56 658 (Helsedirektoratet, 2018, 2019a; SINTEF, 2009).

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

Kartleggingssystemet publiserte i 2018 rapporten 1910 døde pasienter (Walby et al., 2018), basert på en nasjonal registerstudie av selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2008–2015. Nesten halvparten (44,5 % i perioden 2010–2015) av de som døde i selvmord i Norge hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste leveår, og av disse hadde 2,4 % hatt kontakt med PHV-BU.

Lavest antall selvmord fant vi altså i den sektoren som behandler den yngste delen av befolkningen.

Om rapporten / hensikten med rapporten

Til tross for at psykisk helsevern for barn og unge er den spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus med færrest selvmord, er det en viktig gruppe å få mer kunnskap om. Det har ikke eksistert noen systematisk oversikt i Norge over antall og andel selvmord blant barn og unge som har vært i kontakt med PHV-BU. Vi har også manglet kunnskap om kjennetegn ved denne gruppen, slik som kjønn, aldersfordeling, diagnoser og omsorgssituasjon, samt hva slags behandling de har mottatt i tiden før dødsfallet. Dette er kunnskap som kan bidra til en bedre og mer målrettet selvmordsforebygging blant barn og unge i Norge.

Hensikten med rapporten er å presentere en nasjonal oversikt over alle barn og unge som døde i selvmord under og innen ett år etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU), samt beskrive denne pasientgruppen og kontakten de har hatt med PHV-BU før dødsfallet, hvilket tidligere ikke har blitt gjort i Norge.

Da det er velkjent fra litteraturen at det er store forskjeller mellom kjønn og mellom de yngste og eldste tenåringene både hva gjelder forekomst og risikofaktorer for selvmord, vil vi også undersøke disse forskjellene nærmere. Vi trenger mer kunnskap om hva som kjennetegner både de yngste og eldste tenåringene som dør i selvmord etter kontakt med spesialisthelsetjenesten, for å bedre kunne forebygge selvmord blant barn og ungdom.

Metode

Rapporten er basert på en sammenstilling av registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR), der alle personer mellom 10-23 år som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) i perioden 2008 til 2018 er inkludert. Barn og unge som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og som ikke hadde kontakt med PHV-BU siste år, vil ikke være inkludert i denne rapporten. Overgangen fra PHV-BU til spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus for voksne vil med andre ord ikke belyses.

Vi har utelukkende benyttet data fra spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Primærhelsetjenesten eller somatiske spesialisthelsetjenester er ikke inkludert i dette materialet.

Dødsårsaksregisteret

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

Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister etablert i 1997 og ble personidentifiserbart i 2008. NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og ventelister fra spesialisthelsetjenesten. Siden 2008 har komplettethet i form av kobling mot gyldig fødselsnummer eller D-nummer vært svært høy i PHV-BU med over 99 % for de

fleste årgangene (Helsedirektoratet, 2019b). Denne studien har brukt aktivitetsdata fra NPR.

Registerkobling og uttrekk

Materialet består av indirekte personidentifiserbare data fra en kobling mellom DÅR og NPR i perioden 2008-2018. Det ble foretatt et uttrekk av alle dødsfall registrert i Dødsårsaksregisteret (DÅR) med ICD-10 koder for selvmord eller følgetilstand etter skade/hendelse med uklar hensikt (X60-X84, Y87.0, Y10-34, Y87.2) som underliggende dødsårsak (Direktoratet for e-helse, 2020). Færre enn 3 personer i utvalget var registrert med et dødsfall hvor det var usikkert hvorvidt skaden var påført med hensikt. De er analysert sammen med de øvrige dødsfallene.

Uttrekket fra DÅR ble koblet sammen med aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og avtalespesialister innenfor de nevnte tjenestene for personer som var registrert med aktivitet i disse sektorene i løpet av ett år før selvmordet. For denne studien ble all aktivitet i NPR hentet ut for de personene som hadde kontakt med PHV-BU siste år og som var mellom 10-23 år på dødstidspunktet. Registerkoblingen og uttrekket er illustrert i figur 1 i resultatdelen.

Det var færre enn tre personer over 19 år som var i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord. Andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord er derfor utregnet basert på alle selvmord registrert i DÅR i aldersgruppen 10-19 år. Supplerende data på alle selvmord fra DÅR er hentet fra to kilder: En fra statistikkbanken til DÅR (n = 314) og en fra bestilling på alle selvmord i aldersgruppen 10-19 år (n = 316). Det er derfor et lite avvik mellom tabell 1 og tabell 2/tabell 3.

Det gjøres oppmerksom på at utvalget ikke inkluderer data fra 2007. Dette betyr at personer som døde i selvmord i 2008 med siste kontakt i PHV-BU i 2007 mangler i denne oversikten. Videre startet ikke rapportering fra TSB til NPR før 2009, og data fra TSB vil derfor mangle for 2008.

Variabler

En rekke variabler er hentet direkte fra registrene. Dette gjelder kjønn, alder og diagnose for underliggende dødsårsak og skade fra DÅR. Regionalt helseforetak, bostedskommune, sektor og omsorgsnivå er hentet fra NPR. Så langt det er mulig anvendes samme variabelbetegnelser og definisjoner som benyttes av NPR og DÅR.

Omsorgsnivå

Omsorgsnivå viser til hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten kontakten foregikk på. NPR benytter tre omsorgsnivåer: døgnopphold, dagbehandling og poliklinisk kontakt. Koden for dagbehandling er lite brukt og dagbehandling er derfor slått sammen med poliklinisk behandling.

I denne rapporten beskrives både omfang av poliklinisk kontakt totalt (inkluderer både direkte og indirekte kontakt), direkte poliklinisk kontakt og indirekte poliklinisk kontakt (telefonkontakt eller kontakt på vegne av pasienten).

ICD-10 diagnoser og Multiaksialt klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge

I spesialisthelsetjenesten i Norge benyttes klassifikasjonssystemet ICD-10 for å kode diagnoser og tilstander. I PHV-BU skal den

ICD-10-baserte multiaksiale klassifikasjonen benyttes for koding av diagnoser, tilstander og funksjonsnivå, og de norske reglene for koding av ICD-10 er ivarettatt så langt som mulig (Direktoratet for e-helse, 2018).

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet i PHV-BU består av 6 akser:

Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom
 Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser
 Akse 3: Psykisk utviklingshemming
 Akse 4: Somatiske tilstander
 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold
 Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

For akse 1-4 brukes de samme diagnostiske kategoriene som i ICD-10 og de samme alfanumeriske kodene.

For akse 5 brukes egne koder (fra 1.0 til 9.8), og for akse 6 skåres funksjonsnivå (CGAS) på en skala fra 1-100.

For hver akse har man mulighet til å kode at det ikke er påvist en tilstand innen aksen eller at det mangler informasjon for å kode aksen.

I denne rapporten beskriver vi diagnoser på to ulike måter. Først viser vi hoveddiagnoser basert på siste direkte kontakt i den aktuelle sektoren (PHV-BU, PHV-V, TSB eller avtalespesialist). Kun diagnoser fra ICD-10 kapittel F, R og Z ble inkludert i analysene. For personer med siste kontakt i PHV-BU vil hoveddiagnose være diagnosen gitt i akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Deretter viser vi en oversikt over alle diagnoser (F1-F9) personene har fått i løpet av siste året før selvmord – dette inkluderer diagnoser fra PHV-BU, PHV-V, TSB og avtalespesialister. Fordelene med å bruke hoveddiagnose ved siste kontakt er at man da benytter den mest aktuelle diagnosen som er registrert nærmest i tid til selvmordet. Personene kan likevel ha fått flere andre

diagnoser både under samme og tidligere behandlingsforløp, og for å kunne belyse diagnoseomfang- og praksis på best mulig måte vil det derfor være hensiktsmessig å se på alle diagnosene personene har fått i løpet av det siste året før selvmordet.

Akse 2 (spesifikke utviklingsforstyrrelser) og akse 3 (psykisk utviklingshemming) er en del av diagnosesystemet for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i PHV-V, TSB og blant avtalespesialister. I PHV-BU er derimot akse 2 og 3 egne akser under det multiaksiale klassifiseringssystemet. Ingen av personene med siste kontakt i PHV-V, TSB eller hos avtalespesialist hadde fått diagnoser under akse 2 eller akse 3 ved siste kontakt. Siden akse 2-6 er spesifikke for PHV-BU, vil kun data for personer med siste kontakt i PHV-BU være vist for disse aksene.

Behandlingsstatus

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

Når det gjelder personer med døgnopphold som siste kontakt, ble de som døde dagen etter siste kontakt eller senere kategorisert som utskrevet. Personer med siste kontakt samme dag (eller tidligere) ble kategorisert som innlagt hvis de ble utskrevet som døde på sykehus samme dag som siste kontakt skjedde. Definisjonen kan potensielt medføre at et fåtall personer blir feilaktig klassifisert.

For de personene som hadde siste kontakt med en poliklinikk eller dagbehandling, ble behandlingen kategorisert som avsluttet hvis det var satt en dato for avslutning av

henvisningsperioden før personens dødsdato. Dette samsvarer med NPRs definisjon av avsluttet behandling. Behandlingen ble også kategorisert som avsluttet hvis personen ikke hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 90 dagene før dødsfallet uten at kontakten var registrert som avsluttet i NPR.

Tid fra siste kontakt

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

Statistikk

Data er analysert med Tidyverse pakkene (Wickham og R Studio, 2017) i R versjon 3.4.4 (Cran-R project, 2020). Resultatene rapporteres som frekvenser eller mål på sentraltendens (gjennomsnitt og median). Vi har også presentert noen funn som rater. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i PHV-BU siste år fordelt på kjønn og aldersgrupper er brukt som populasjon for å estimere ratene. Ratene som vises i rapporten er ujusterte og regnet per 1 000 pasienter. Selvmordsrater i befolkningen oppgis vanligvis per 100 000, så for å sammenlikne rater i befolkningen med rater i denne rapporten, som oppgis per 1 000 pasienter, må disse multipliseres med 100. I tabell 3 har vi regnet rater per 100 000 pasienter for å kunne sammenlikne med selvmordsraten i ungdomsbefolkningen uten kontakt i PHV-BU. I tabell 3 har vi også beregnet konfidensintervaller.

Etikk og tillatelser

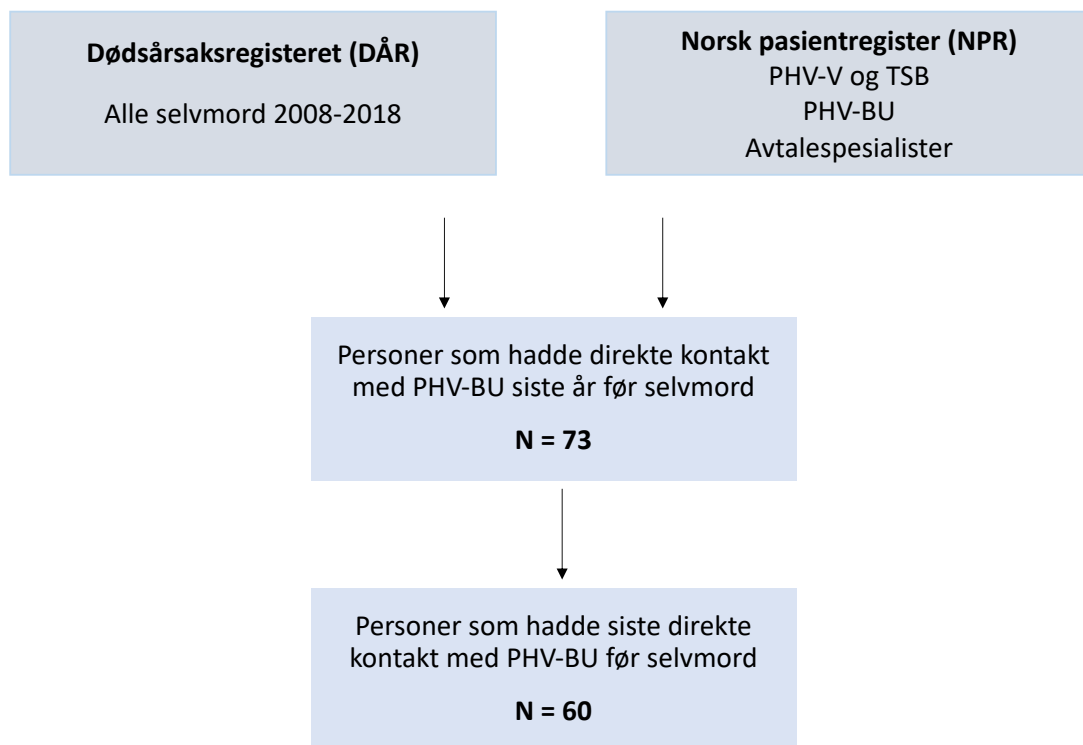
Denne registerstudien er basert på dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 b for innhenting, lagring og håndtering av sammenstilte registerdata fra DÅR og NPR samt en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i samarbeid med Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er godkjent av personvernombudet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

Resultater

Resultatene i denne rapporten for perioden 2008-2018 er organisert i to deler. I første del beskrives resultater basert på analyser av alle personer som hadde direkte kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)

siste år før de døde i selvmord. Andre del beskriver de personene som hadde sin siste direkte kontakt med PHV-BU før de døde i selvmord.

Figur 1. Kobling og uttrekk av registerdata fra DÅR og NPR for personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018.



I perioden 2008-2018 ble det registrert totalt 314 selvmord blant barn og unge i alderen 10-19 år i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Totalt var 73 personer registrert med aktivitetsdata i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) siste år før selvmord (figur 1). Dette tilsvarer 23,2 % av alle selvmord i Norge i aldersgruppen 10-19 år i perioden 2008-2018.

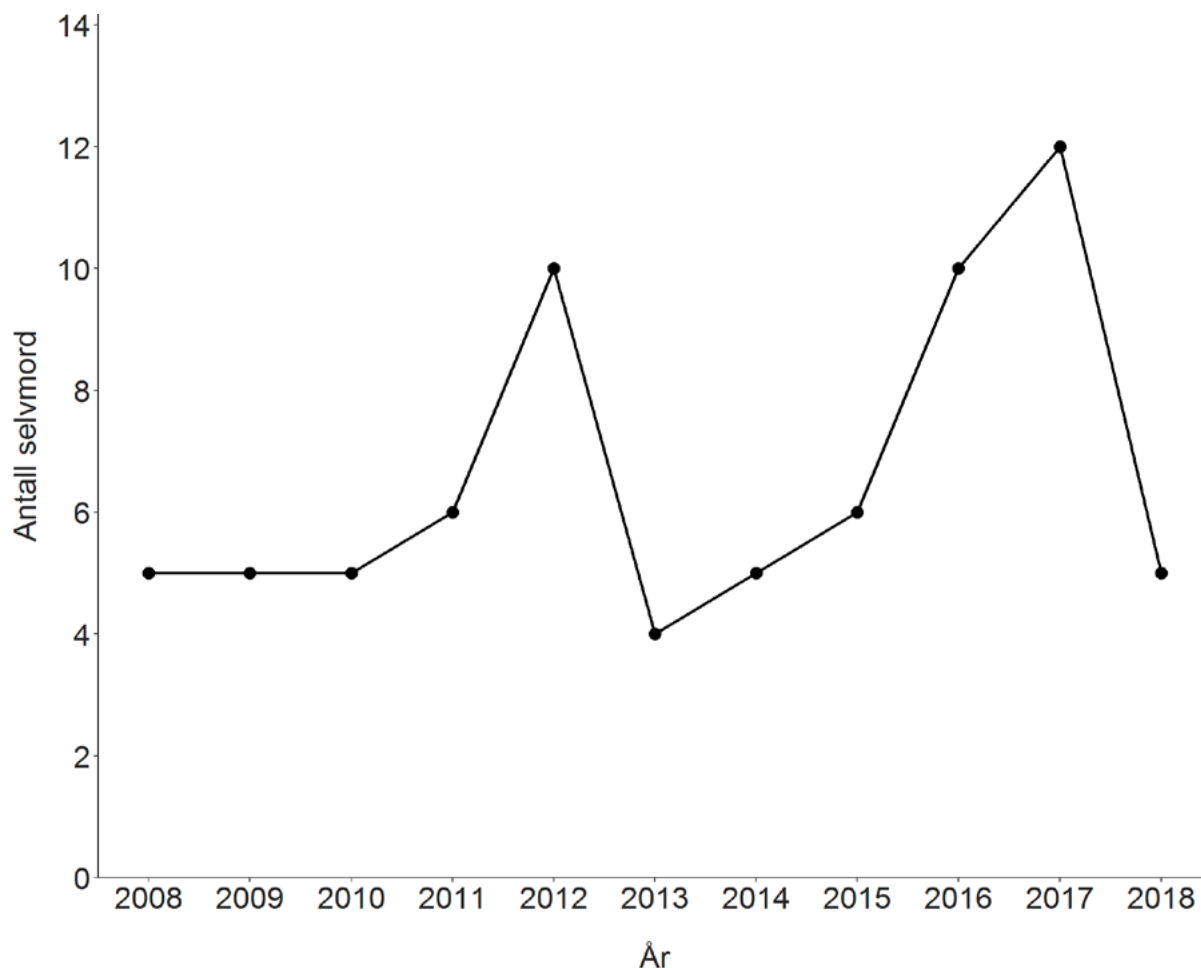
Data i denne rapporten er basert på alle personer i aldersgruppen 10-23 år som har hatt kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) siste året før et selvmord i perioden 2008-2018. Grunnlaget for aldersutvalget er at barn og unge kan få behandling i PHV-BU frem til de er 18 år, men dersom behandling i PHV-BU allerede er påbegynt innen fylte 18 år er det mulig å fortsette med behandling frem til fylte 23 år.

Del 1

Alle selvmord under eller inntil ett år etter kontakt med PHV-BU

I denne delen viser vi resultater basert på analyser av alle personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) siste år før de døde i selvmord.

Figur 2. Antall selvmord per år blant personer i kontakt med PHV-BU siste år, fra 2008 til 2018.



Figur 2 viser antall personer i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i perioden 2008-2018. Antall selvmord i perioden 2008-2018 varierer fra år til år, med lavest antall i 2013 (4 selvmord) og høyest antall i 2017 (12 selvmord). I gjennomsnitt utgjør dette 7 selvmord per år. De store svingningene kan forklares av få hendelser per år. Det gjøres igjen oppmerksom på at selvmord i 2008 med siste kontakt i 2007 ikke er inkludert i utvalget.

Selvord blant barn og unge er et stort tap for pårørende og for samfunnet. Antall tapte leveår for de 73 personene, basert på gjennomsnittlig forventet levealder for jenter og gutter i perioden 2008-2018 (Statistisk sentralbyrå, 2020) beregnes til å være 4 813 år. Gjennomsnittlig antall tapte leveår for hver person er beregnet til å være 65,9 år.

Andel i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord

Tabell 1. Andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018

År	Totalt antall selvmord 0-19 år n	Kontakt med PHV-BU siste år n	Andel i kontakt med PHV-BU %
2008	30	5	16,7
2009	40	5	12,5
2010	23	5	21,7
2011	33	6	18,2
2012	27	10	37,0
2013	25	4	16,0
2014	14	5	35,7
2015	19	6	31,6
2016	35	10	28,6
2017	37	12	32,4
2018	31	5	16,1
N	314	73	23,2

Note: Statistikk på totalt antall selvmord for hvert år er hentet fra Dødsårsaksregisteret (FHI) 19.08 2020: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Tabell 1 viser fordelingen av totalt antall selvmord per år, antall selvmord etter kontakt med PHV-BU siste år og andel i kontakt. Andelen i kontakt varierer fra 12,5 % til 37,0 % per år. Gjennomsnittlig andel i kontakt i løpet av perioden 2008-2018 var 23,2 %.

Det var færre enn tre personer over 19 år som var i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018. I tabell 2 og 3, samt figur 5, er disse inkludert i aldersgruppen 19 år. Ingen av disse var over 20 år.

Tabell 2. Andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord, fordelt på alder

Alder	Totalt antall selvmord n	Kontakt med PHV-BU siste år n	Andel i kontakt med PHV-BU %
<14	16	5	31,3
14	19	7	36,8
15	25	9	36,0
16	29	8	27,6
17	61	23	37,7
18	82	16	19,5
19	84	5	6,0
N	316	73	23,1

Note: Supplerende data på alle selvmord fra Dødsårsaksregisteret (FHI)

Det var ingen store forskjeller i kontaktandel for aldersgruppene før 18 års alder. Fra 18 års alder ser vi en tydelig reduksjon (tabell 2). Dette er forventet som følge av at PHV-BU i utgangspunktet ikke er en tjeneste for de over 18 år, og personer som er 18 år eller eldre overføres eller henvises til psykisk helsevern for voksne. Dersom man kun ser på de under 18 år vil kontaktandelen være 35 %.

Tabell 3. Kontakt med PHV-BU siste året før selvmord, selvmordsrate i PHV-BU og selvmordsrate i barne- og ungdomspopulasjonen uten kontakt med PHV-BU, rater per 1 000

Alder	Kontakt med PHV-BU siste året før selvmord			Ingen kontakt med PHV-BU siste året før selvmord		
	n	%	Rate (95 % KI)	n	%	Rate (95 % KI)
Jenter						
10–13	3	37,5	0,05 (-0,01–0,11)	5	62,5	0,004 (0,001–0,007)
14–16	19	52,8	0,22 (0,12–0,32)	17	47,2	0,02 (0,01–0,03)
17–19	27	35,1	0,40 (0,25–0,54)	51	66,2	0,05 (0,04–0,07)
Gutter						
10–13	< 3	25,0	0,02 (-0,01–0,04)	6	75,0	0,005 (0,001–0,008)
14–16	5	13,5	0,07 (0,01–0,13)	32	86,5	0,03 (0,02–0,04)
17–19	17	11,3	0,42 (0,22–0,62)	134	89,3	0,13 (0,10–0,15)

Note: Supplerende data fra Dødsårsaksregisteret (FHI) og Norsk pasientregister (NPR).

Selv om det var flere jenter enn gutter som hadde vært i kontakt med PHV-BU året før de døde i selvmord, var det totalt flere gutter enn jenter som døde i selvmord i Norge i perioden 2008–2018 (tabell 3). Frem til 17 års alder var totalt antall selvmord likt for både jenter og gutter, selv om andelen i kontakt var betydelig høyere for jenter. I aldersgruppen 17–19 år ser vi derimot en kraftig økning i totalt antall selvmord, særlig for guttene hvor totalt antall selvmord øker fra 37 i aldersgruppen 14–16 år til 151 i aldersgruppen 17–19 år.

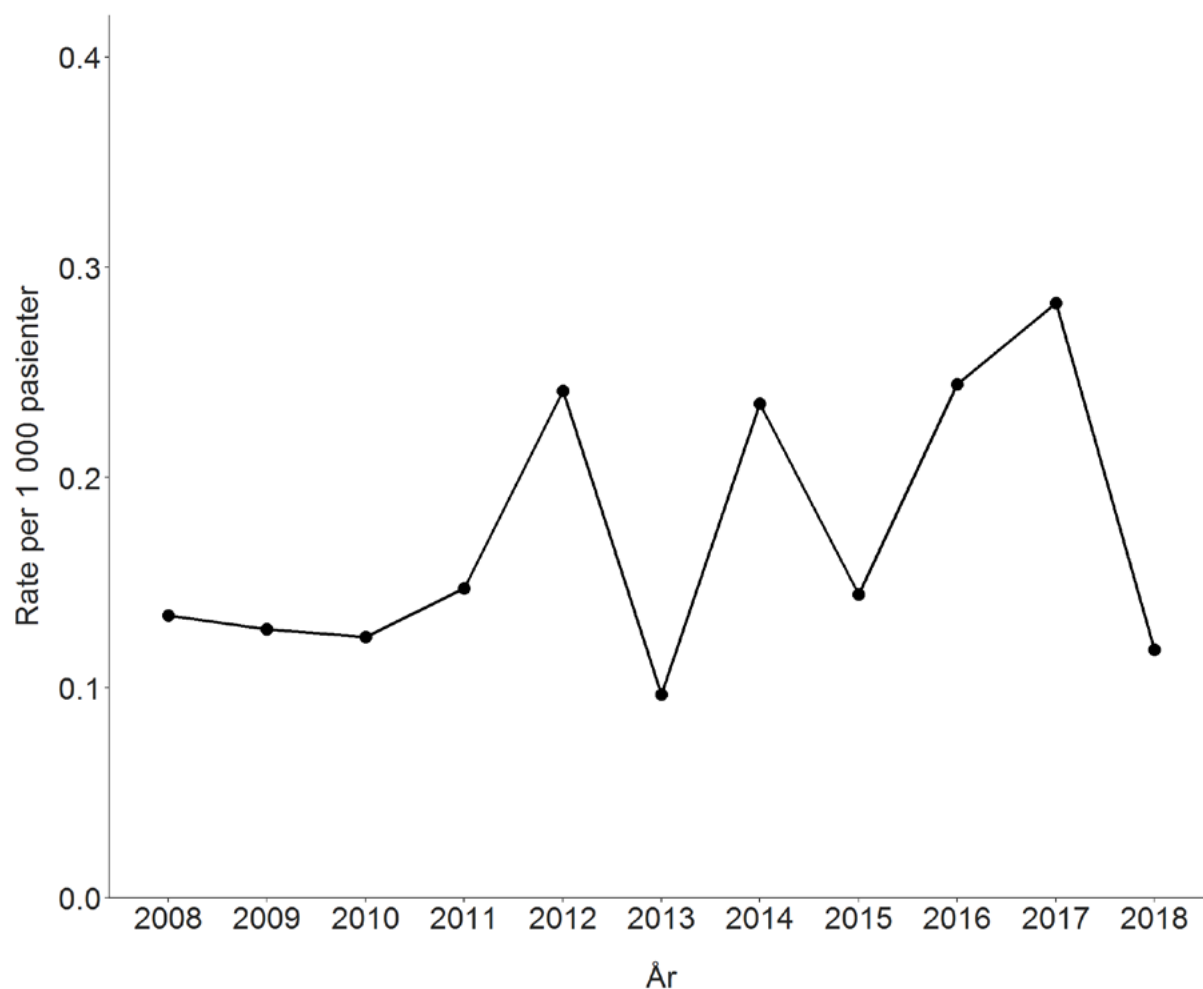
Den totale andelen jenter i kontakt for de tre aldersgruppene samlet var 40,5 %, sammenlignet med 12,3 % av guttene (ikke vist i tabell). Det var størst grad av kontakt blant jenter i aldersgruppen 14–16 år og over halvparten av jenter i denne aldersgruppen hadde her hatt kontakt med PHV-BU siste året før dødsfallet. Blant guttene i aldersgruppen 17–19 år var andelen i kontakt lavest, og kun 11,3 % av guttene som døde i selvmord i denne aldersgruppen hadde kontakt med PHV-BU siste året. I aldersgruppen 18–19 år vil en andel

av de 316 personene som døde i selvmord ha vært i kontakt med andre sektorer enn PHV-BU siste år, noe som ikke vises her.

Selvmondsraten er beregnet per 1 000 på grunn av antall pasienter i PHV-BU. Vanligvis beregnes rater i befolkningen per 100 000. Gjennomsnittlig selvmordsrate blant jenter og gutter med kontakt i PHV-BU var henholdsvis 0,23 per 1 000 og 0,11 per 1 000 (ikke vist i tabell), dette tilsvarer henholdsvis 23 per 100 000 og 11 per 100 000. Til sammenligning var gjennomsnittlig selvmordsrate blant jenter og gutter i ungdomsbefolkningen uten kontakt i PHV-BU siste året før selvmord henholdsvis 0,02 og 0,05 per 1 000, noe som tilsvarer 2 per 100 000 og 5 per 100 000. Selvmondsraten fulgte ulike mønstre for gutter og jenter. Det var en jevn stigning med økende alder for jenter, både blant de med og uten kontakt i PHV-BU. Blant guttene var det en kraftig økning i selvmordsrate i den eldste aldersgruppen. I overkant av 40 % av alle selvmord blant barn og unge var blant gutter i aldersgruppen 17–19 år uten kontakt i PHV-BU.

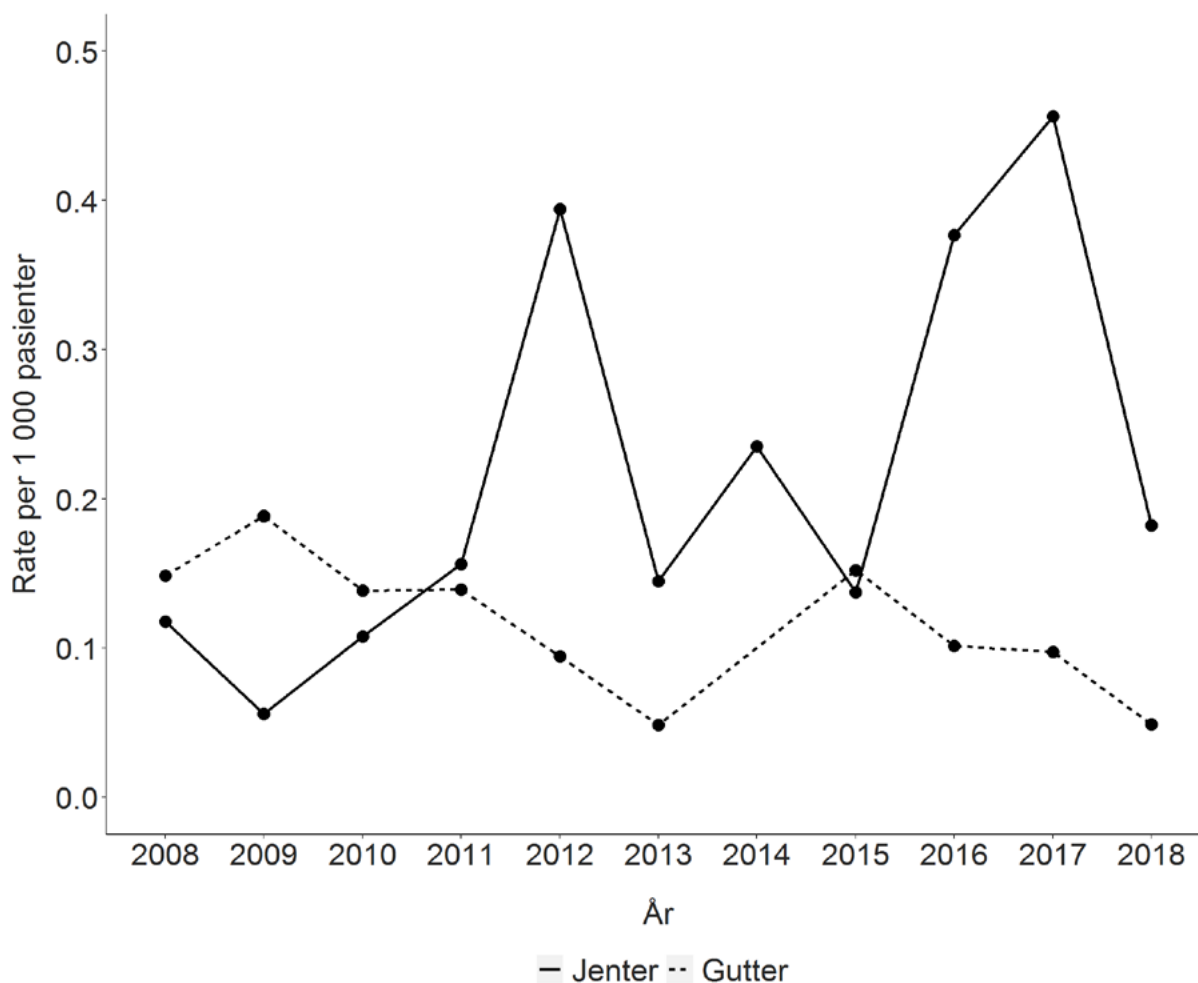
Selvmondsrate i PHV-BU

Figur 3. Selvmondsrate i PHV-BU per år i perioden 2008-2018 per 1 000 pasienter.



Det var store svingninger i selvmondsraten per 1 000 pasienter i PHV-BU i perioden 2008-2018. Selvmondsraten lå mellom 0,1-0,3 per 1 000 pasienter per år (figur 3). Gjennomsnittlig selvmondsrate i perioden 2008-2018 var 0,17 per 1 000 pasienter.

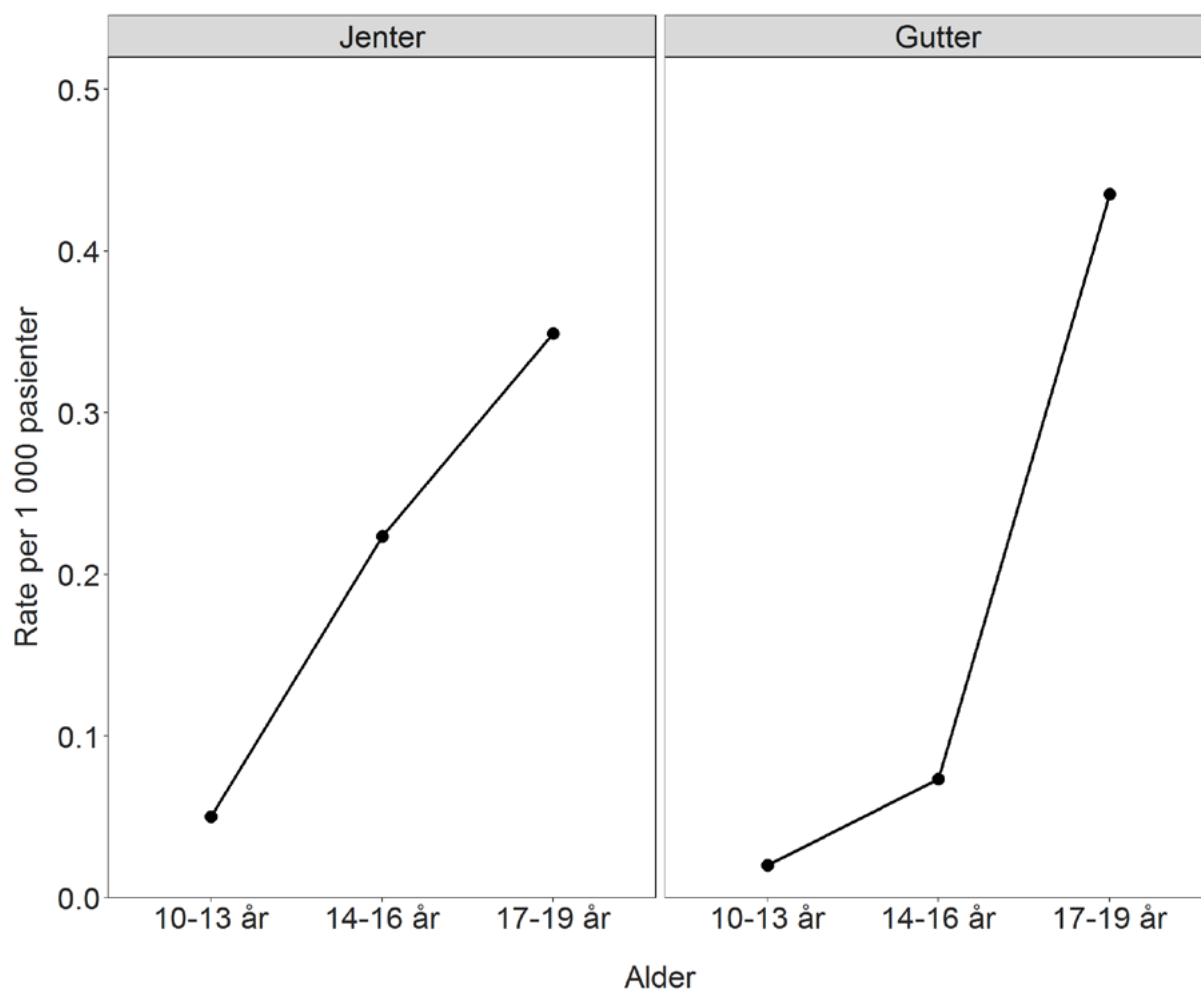
Figur 4. Selvmordsrate i PHV-BU per år i perioden 2008-2018 fordelt på kjønn, per 1 000 pasienter.



Selvmondsraten per 1 000 pasienter i PHV-BU var høyere for jenter enn gutter de fleste årene, bortsett fra i perioden 2008-2010 der selvmordsraten for jenter var lavere og i 2015 der selvmordsraten var tilnærmet lik for begge kjønn. Gjennomsnittlig selvmordsrate i perioden 2008-2018 var 0,23 per 1 000

pasienter for jenter og 0,10 per 1 000 pasienter for gutter. Det var større svingninger i selvmordsraten for jenter enn gutter i perioden 2008-2018 (figur 4). Som nevnt tidligere kan de store svingningene forklares av et begrenset antall selvmord per år.

Figur 5. Selvmordsrate i PHV-BU i perioden 2008-2018 fordelt på aldersgrupper, per 1 000 pasienter.



Selvmondsraten fordelt på kjønn og alder per 1 000 pasienter i PHV-BU var forskjellig for jenter og gutter. For jenter stiger kurven jevnt med økende alder. For gutter skiller den eldste gruppen seg tydelig ut, med en kraftig økning i selvmordsrate fra aldersgruppen 14-16 år til aldersgruppen 17-19 år (figur 5).

Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord

Tabell 4. Aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018

Alder	n	%	kum %
10-13 år	5	6,8	6,8
14 år	7	9,6	16,4
15 år	9	12,3	28,8
16 år	8	11,0	39,7
17 år	23	31,5	71,2
18 år	16	21,9	93,2
> 18 år	5	6,8	100,0
N	73	100,0	

Av de 73 personene som hadde kontakt med PHV-BU siste 365 dager før selvmord i perioden 2008-2018 var 49 (67,1 %) jenter og 24 (32,9 %) gutter.

Av de 49 jentene og de 24 guttene som hadde kontakt med PHV-BU siste året før selvmord, var gjennomsnittsalderen henholdsvis 16,3 år (SD=1,7) og 16,7 år (SD=1,9).

Antall selvmord økte med økende alder frem til 18 år (tabell 4), og i overkant av 50 % av dødsfallene skjedde blant 17- og 18-åringer. Fra 18 års alder var det et betydelig fall i antall selvmord, noe som skyldes overgang til spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus for voksne.

Tabell 5. Kjønn- og aldersfordeling blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018

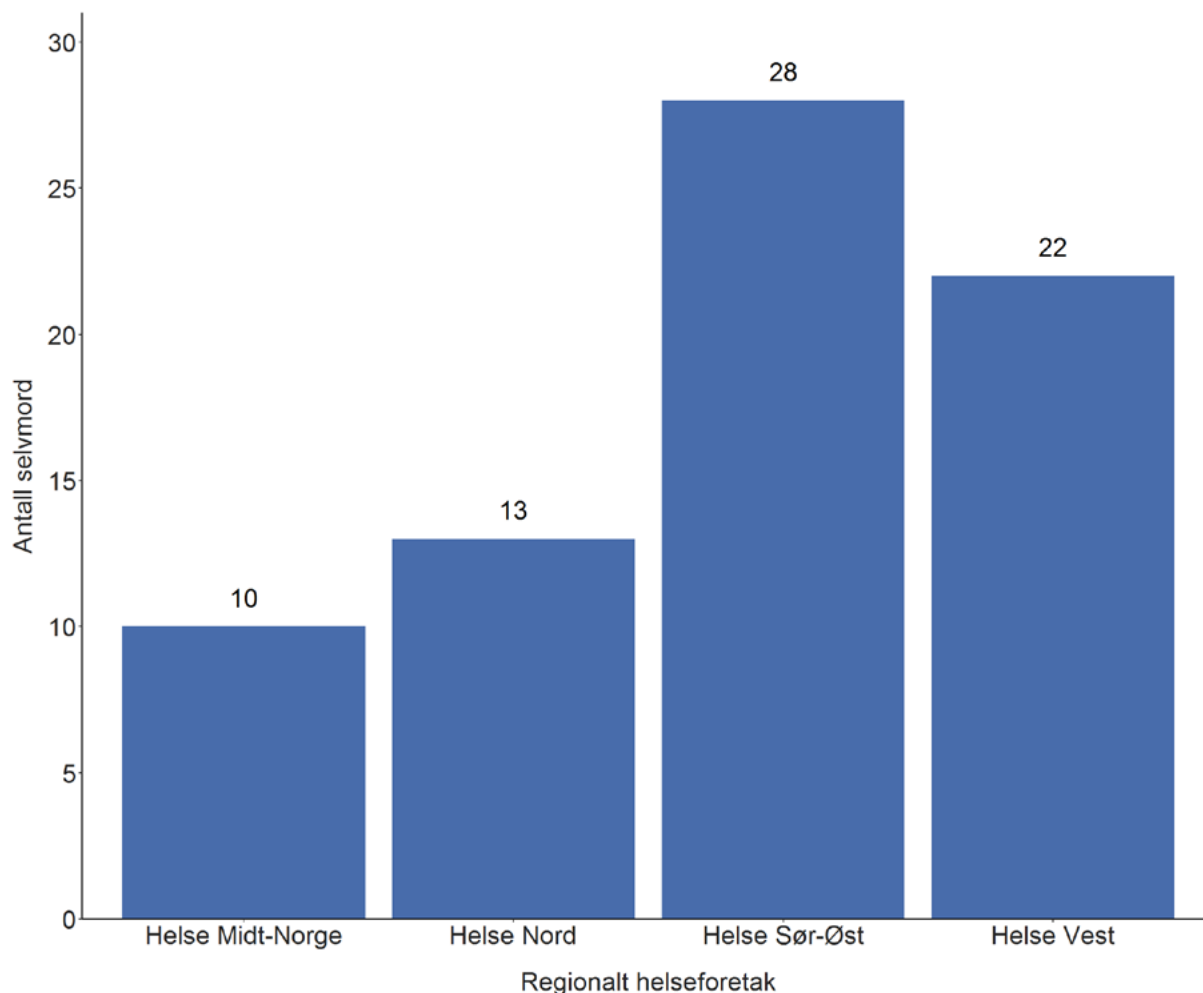
Alder	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
10-13 år	-	-	-	-	5	6,8
14-16 år	19	38,8	5	20,8	24	32,9
17-20 år	27	55,1	17	70,8	44	60,3
N	49	100,0	24	100,0	73	100,0

Det var flest selvmord i aldersgruppen 17-20 år (tabell 5). 27 (55,1 %) av jentene og 17 (70,8 %) av guttene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-BU siste året var i denne aldersgruppen. I aldersgruppen

14-16 år var andelen derimot høyere blant jenter enn gutter, henholdsvis 19 (38,8 %) og 5 (20,8 %). I aldersgruppen 10-13 år var det totalt 5 personer (6,8 %) som døde i selvmord etter kontakt med PHV-BU siste år.

Helseregion

Figur 6. Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018.

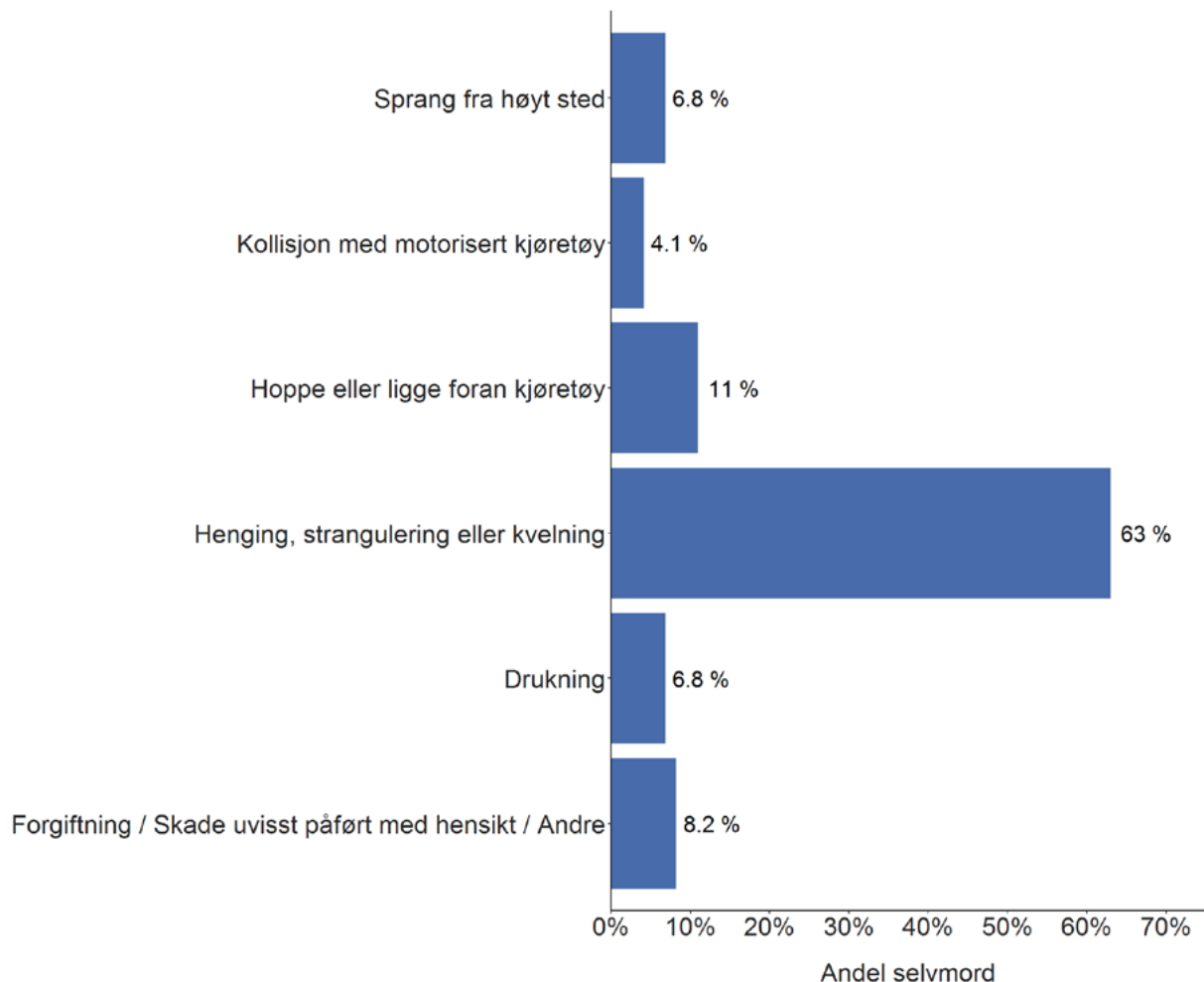


De regionale helseforetakene Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord varierer betydelig i omfang og utstrekning og det er store forskjeller i pasientgrunnlag (Helsedirektoratet, 2019a), hvilket innebærer at alle sammenligninger på tvers av foretaksnivå må ses i forhold til foretakets størrelse.

I perioden 2008 til 2018 var det 28 selvmord i Helse Sør-Øst (figur 6), noe som tilsvarer 38,4 % av alle selvmord som skjedde innen ett år etter kontakt med PHV-BU. I Helse Vest var det 22 selvmord (30,1%), i Helse Nord 13 selvmord (17,8 %) og Helse Midt-Norge 10 selvmord (13,7 %) i den aktuelle perioden. På grunn av lav N har vi ikke regnet rater for å sammenligne de regionale helseforetakene.

Selvordsmetode

Figur 7. Selvordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018.



Klassifisering av selvmordsmetoder er gjort i henhold til ICD-10 kodeverket for underliggende dødsårsak. Blant personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU ble det nesten utelukkende benyttet voldsomme selvmordsmetoder. Henging, strangulering eller kvelning var den klart mest brukte metoden (46, 63,0 %), etterfulgt av å hoppe eller ligge foran kjøretøy (figur 7).

Det var svært få forgiftninger ($n < 3$). Skyting eller eksplosiver ble ikke benyttet blant personer i kontakt med PHV-BU. Bruk av skarpe gjenstander ble heller ikke benyttet som selvmordsmetode.

Tabell 6. Selvmordsmetode blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn

Selvmordsmetode	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Henging, strangulering eller kvelning	32	65,3	14	58,3	46	63,0
Hoppe/ligge foran kjøretøy og sprang fra høyt sted	8	16,3	5	20,8	13	17,8
Annet ^a	9	18,4	5	20,8	14	19,2
N	49	100,0	24	100,0	73	100,0

^a Drukning, motorisert kjøretøy, forgiftninger, skade uvisst påført med hensikt, andre.

Ser man på selvmordsmetode fordelt på kjønn, var det en noe høyere andel jenter som døde av henging, strangulering eller kvelning, sammenlignet med gutter, henholdsvis 65,3 % og 58,3 % (tabell 6).

Det var ingen store forskjeller i bruk av selvmordsmetode mellom aldersgruppene 10-16 år og 17-20 år (ikke vist i tabell). Andelen

som døde ved henging, strangulering eller kvelning var henholdsvis 65,5 % og 61,4 % i den yngste og eldste gruppen, og andelen som døde ved å hoppe eller ligge foran kjøretøy/sprang fra høyt sted var henholdsvis 20,7 % og 15,9 %. Andelen som døde av andre selvmordsmetoder som drukning, kollisjon med motorisert kjøretøy og forgiftninger var høyere i aldersgruppen 17-20 år.

Sektor

Tabell 7. Antall personer i kontakt med de ulike sektorer siste år og antall personer med siste kontakt i de ulike sektorene, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018

Sektor	Kontakt siste år		Siste kontakt	
	n	%	n	%
PHV-BU	73	100,0	60	82,2
PHV-V	19	26,0	9	12,3
Avtalespesialister	3	4,1	1	1,4
TSB	18	24,7	3	4,1

I perioden 2008-2018 var det 73 personer som døde i selvmord under eller 365 dager etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). 19 (26,0 %) hadde i tillegg til kontakt med PHV-BU siste år også kontakt med PHV-V, 3 (4,1 %) hadde i tillegg til kontakt med PHV-BU også kontakt med avtalespesialist og 18 (24,7 %) hadde i tillegg til kontakt med PHV-BU også kontakt med TSB siste år (tabell 7). Syv personer hadde både kontakt med TSB og PHV-V siste år, i tillegg til PHV-BU.

En større andel av jentene hadde kontakt med PHV-V siste år (15, 30,6 %), sammenlignet med 4 (16,7 %) av guttene. Det samme var tilfellet for kontakt med TSB siste år, 15 (30,6 %) av jentene hadde kontakt med TSB siste år, sammenlignet med 3 (12,5 %) av guttene (ikke vist i tabell).

Det var 60 personer (82,2 %) som hadde siste kontakt med PHV-BU, og 9 (12,3 %) hadde siste kontakt med PHV-V (tabell 7).

Døgnopphold

Tabell 8. Antall personer som har hatt døgnopphold i de ulike sektorene siste år og siste 90 dager, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018 (n=73)

	Døgnopphold siste år		Døgnopphold siste 90 dager	
	n	%	n	%
Alle sektorer	29	39,7	16	21,9
PHV-BU	7	9,6	2	2,7
PHV-V	10	13,7	8	11,0
TSB	17	23,3	7	9,6

Av de 73 personene som hadde kontakt med PHV-BU siste året før selvmord, hadde 29 personer (39,7 %) hatt minst ett døgnopphold i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU), psykisk helsevern for voksne (PHV-V) eller TSB (tabell 8). 24 av de totalt 49 jentene (49,0 %) og 5 av de totalt 24 guttene (20,8 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold (ikke vist i tabell).

7 (9,6 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold i PHV-BU, 10 (13,7 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold i PHV-V og 17 (23,3 %) hadde hatt ett eller flere døgnopphold i TSB (tabell 8).

Flere av personene hadde hatt døgnopphold i flere sektorer. Av de 7 med døgnopphold i PHV-BU hadde 4 kun hatt døgnopphold i PHV-BU. Av de 10 med døgnopphold i PHV-V hadde 5 kun hatt døgnopphold i PHV-V og av de 17 med døgnopphold i TSB hadde 15 kun hatt døgnopphold i TSB (ikke vist i tabell).

Alle de 10 personene som hadde hatt døgnopphold i PHV-V var i aldersgruppen 17-20 år (ikke vist i tabell). Majoriteten var 18 år eller eldre. 11 av de 17 personene som hadde hatt døgnopphold i TSB var i aldersgruppen 17-20 år, hvorav 5 personer var 17 år og 6 personer var 18 år eller eldre. De resterende 6 som hadde hatt døgnbehandling i TSB var i aldersgruppen 14-16 år. Majoriteten av de 7 personene som hadde hatt døgnopphold i PHV-BU var i aldersgruppen 17-20 år, og ingen var over 18 år.

21,9 % av de som døde innen ett år etter kontakt med PHV-BU hadde hatt ett eller flere døgnopphold i PHV-BU, PHV-V og/eller TSB de siste 3 månedene (90 dager) før dødsfallet. To personer hadde hatt døgnopphold i PHV-BU (tabell 8).

Tabell 9. Kjønn- og aldersfordeling blant personer som har hatt døgnopphold siste år (inkluderer alle sektorer)

Alder	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
10-13 år	0	-	0	-	0	-
14-16 år	8	33,3	0	-	8	27,6
17-20 år	16	66,7	5	100,0	21	72,4
N	24	100,0	5	100,0	29	100,0

Blant guttene var alle de 5 som hadde hatt døgnopphold siste året før selvmordet i aldersgruppen 17-20 år (tabell 9). Blant de 24 jentene med døgnopphold var 8 (33,3 %) i aldersgruppen 14-16 år mens 16 (66,7 %) var i aldersgruppen 17-20 år. Det var ingen under 14 år som hadde hatt døgnopphold siste år.

Antall døgnopphold

Tabell 10. Antall døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018

Sektor	N	Min	M	SD	Median	Max
Alle sektorer	29	1	3,4	3,1	2	12
PHV-BU	7	1	2,9	3,3	1	10
PHV-V	10	1	3,4	3,3	2	10
TSB	17	1	2,6	2,2	2	8

Av de 29 personene som hadde ett eller flere døgnopphold, var median opphold 1 døgn for PHV-BU, og 2 døgn for både alle sektorer samlet og for de to andre sektorene (tabell 10). Det var samtidig stor variasjon, slik at gjennomsnittlig antall døgnopphold er betydelig høyere.

I PHV-BU hadde 3 personer (42,9 %) hatt mer enn ett døgnopphold, sammenlignet med

6 personer (60,0 %) i PHV-V og 9 personer (52,9 %) i TSB (ikke vist i tabell).

Det var ingen i aldersgruppen 10-13 år som hadde døgnopphold. I aldersgruppen 14-16 år var gjennomsnittlig antall døgnopphold 3,1 (SD=2,3) og i aldersgruppen 17-20 år var gjennomsnittlig antall døgnopphold 3,5 (SD=3,4) (ikke vist i tabell).

Varighet av døgnopphold

Tabell 11. Varighet av siste døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018

Sektor	N	Min	M	SD	Median	Max
Alle sektorer	29	0	33,7	68,9	6	252
PHV-BU	4	0	8,0	8,5	6	20
PHV-V	10	0	52,5	92,1	5	252
TSB	15	0	27,9	59,6	6	229

Gjennomsnittlig varighet av det siste døgnoppholdet for alle sektorer samlet var 33,7 døgn (SD = 68,9). Medianen var 6 døgn og variasjonsbredden var fra under ett døgn til 252 døgn (tabell 11).

Det var kun 4 personer som hadde siste døgnopphold i PHV-BU, og gjennomsnittlig varighet var 8 døgn (SD = 8,5), med en median på 6 døgn (tabell 11). Varighet av

opphold var betydelig lengre i PHV-V og TSB, og gjennomsnittlig varighet var henholdsvis 52,5 døgn (SD = 92,1) og 27,9 døgn (SD = 59,6). Medianen var henholdsvis 5 og 6 døgn, korteste opphold var under ett døgn og lengste opphold i begge sektorer var over 200 døgn.

Tabell 12. Varighet av siste døgnopphold for alle sektorer samlet, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018

Varighet døgnopphold	n	%
0-7 dager	18	62,1
8-30 dager	6	20,7
31-365 dager	5	17,2
N	29	100

På grunn av noen få lengre døgnopphold i PHV-V og TSB ble gjennomsnittlig varighet betydelig høyere i PHV-V og TSB. Ser vi på varighet fordelt i tidskategorier, ser vi likevel at de fleste døgnoppholdene i alle sektorer er kortvarige, og for 62,1 % varte siste opphold mellom 0 og 7 døgn (tabell 12). Kun 5 (17,2 %)

hadde et opphold som varte mer enn 30 døgn ved siste døgnopphold. Blant personer med døgnopphold i PHV-BU var alle opphold under 30 døgn. Blant personer med døgnopphold i PHV-V og TSB hadde omkring 60 % opphold mellom 0-7 døgn (ikke vist i tabell).

Poliklinisk kontakt

Alle polikliniske kontakter siste år før selvmord (inkludert direkte og indirekte kontakt)

Tabell 13. Poliklinisk kontakt siste år og siste 90 dager blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU

Sektor	Siste år		Siste 90 dager	
	n	%	n	%
Alle sektorer	73	100,0	58	79,5
PHV-BU	73	100,0	52	71,2
PHV-V	16	21,9	9	12,3
TSB	3	4,1	3	4,1
Avtalespesialister	3	4,1	1	1,4

Alle de 73 personene hadde hatt poliklinisk kontakt i PHV-BU siste året, det var dermed ingen som kun hadde hatt døgnopphold siste året før selvmord. 52 (71,2 %) hadde hatt poliklinisk kontakt med PHV-BU siste 90 dager før dødsfallet (tabell 13).

16 personer (21,9 %) hadde hatt poliklinisk kontakt i PHV-V siste året og 13 av disse var i aldersgruppen 17-20 år. 9 (12,3 %) hadde hatt poliklinisk kontakt i PHV-V siste 90 dager før dødsfallet.

3 personer (4,1 %) hadde hatt poliklinisk kontakt i TSB siste året, og alle disse 3 hadde også hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager før dødsfallet, alle var i aldersgruppen 17-20 år. 3 personer hadde poliklinisk kontakt hos avtalespesialist siste året før selvmord.

Antall polikliniske kontakter (inkludert direkte og indirekte kontakt)

Tabell 14. Antall polikliniske kontakter (både direkte og indirekte) totalt i alle sektorer og i PHV-BU

Antall kontakter	Alle sektorer		PHV-BU	
	n	%	n	%
1-5 kontakter	9	12,3	10	13,7
6-10 kontakter	7	9,6	11	15,1
11-20 kontakter	20	27,4	19	26,0
21-30 kontakter	9	12,3	7	9,6
31-40 kontakter	6	8,2	8	11,0
41-50 kontakter	8	11,0	8	11,0
>50 kontakter	14	19,2	10	13,7
N	73	100,0	73	100,0

Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i alle sektorer det siste året var 42,4 (SD=64,4). Medianen var 21 polikliniske kontakter. Det var stor spredning i antall polikliniske kontakter det siste året, med hovedtyngden på mellom 11-20 kontakter (tabell 14). Minimum antall polikliniske kontakter var 2 mens maksimum antall polikliniske kontakter var 368. Dette refererer til alle typer polikliniske kontakter (både med og uten pasienten til stede samt telefonkontakter).

Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV-BU det siste året var 38,4 (SD=63,6), henholdsvis 42,7 (SD=58,9) og 29,5 (SD=72,8) for jenter og gutter.

Det var stor forskjell i antall polikliniske kontakter blant personer med pågående og avsluttet poliklinisk kontakt, henholdsvis 54,0 (SD = 76,7) og 12,3 (SD = 11,1) (ikke vist i tabell).

Direkte poliklinisk kontakt

Alle de 73 personene hadde én eller flere direkte polikliniske kontakter (i én eller flere sektorer) i løpet av det siste året før selvmord, og gjennomsnittlig antall direkte kontakter var

28,0 (SD=34,7) med en median på 15 direkte kontakter. Minimum antall direkte kontakter var 1 mens maksimum antall direkte kontakter var 182.

Tabell 15. Antall direkte polikliniske kontakter totalt i alle sektorer, fordelt på kjønn

	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Antall direkte kontakter						
1-10 kontakter	11	22,4	10	41,7	21	28,8
11-20 kontakter	13	26,5	10	41,7	23	31,5
>20 kontakter	25	51,0	4	16,7	29	39,7
N	49	100,0	24	100,0	73	100,0

Jenter hadde i gjennomsnitt 32,2 (SD=33,7) direkte polikliniske kontakter med en median på 21,0, mens gutter hadde i gjennomsnitt 19,5 (SD=36,0) direkte polikliniske kontakter med en median på 13,5. I overkant av 50 % av jentene hadde mer enn 20 direkte kontakter, sammenlignet med kun 16,7 % av guttene (tabell 15).

Tabell 16. Antall direkte polikliniske kontakter totalt i alle sektorer, fordelt på aldersgrupper

Antall direkte kontakter	10–16 år		17–20 år	
	n	%	n	%
1–10 kontakter	6	20,7	15	34,1
11–20 kontakter	12	41,4	11	25,0
21–40 kontakter	4	13,8	11	25,0
> 40 kontakter	7	24,1	7	15,9
N	29	100,0	44	100,0

I aldersgruppen 10-16 år var gjennomsnittlig antall direkte kontakter det siste året 31,5 (SD=38,7) med en median på 18,0. I aldersgruppen 17-20 år var gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter 25,8 (SD=32,1) med en median på 14,5. I aldersgruppen 10-16 år lå hovedtyngden på 11-20 direkte kontakter. I aldersgruppen 17-20 år var fordelingen av antall kontakter jevnere, men rundt en tredjedel hadde kun 1-10 direkte kontakter (tabell 16).

Blant personer med pågående poliklinisk kontakt var gjennomsnittlig antall direkte kontakter det siste året 35,4 (SD = 40,4), sammenlignet med 8,9 (7,2) kontakter blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt (ikke vist i tabell).

Indirekte poliklinisk kontakt

64 (87,7 %) av de 73 personene hadde i tillegg til én eller flere direkte polikliniske kontakter også en eller flere indirekte polikliniske kontakter i løpet av det siste året før selvmord. Indirekte kontakter defineres som kontakt der pasienten ikke er fysisk tilstede, for eksempel gjennom møter/telefonkontakt med

foreldre, skole, barnevern eller med pasienten. Gjennomsnittlig antall indirekte polikliniske kontakter siste år var 16,4 (SD=35,9) og medianen var 4,5. Minimum antall indirekte kontakter var 1 mens maksimum antall var 191.

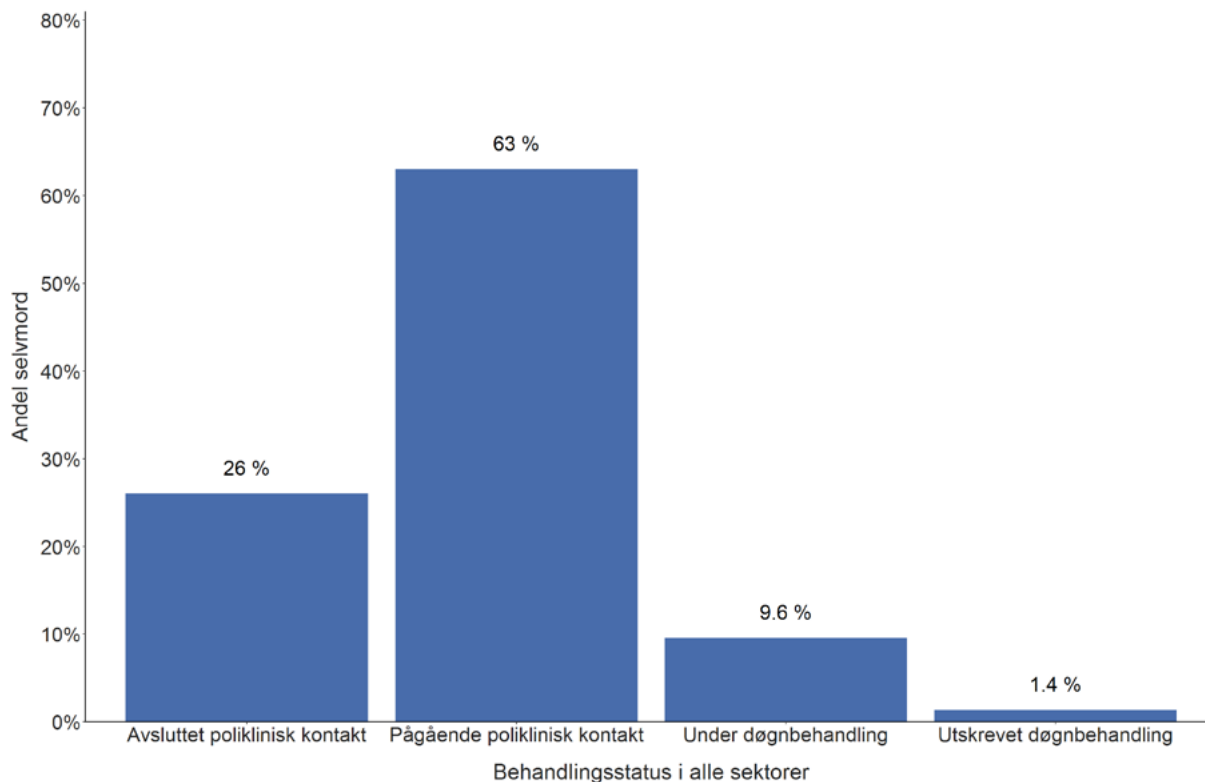
Tabell 17. Antall indirekte kontakter blant personer med indirekte poliklinisk kontakt i alle sektorer (n=64), fordelt på kjønn

	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Antall indirekte kontakter						
1-10 kontakter	26	59,1	17	85,0	43,0	67,2
>20 kontakter	18	40,9	3	15,0	21,0	32,8
N	44	100,0	20	100,0	64	100,0

Blant jenter var gjennomsnittlig antall indirekte polikliniske kontakter siste år 17,3 (SD=32,2) med en median på 6,0. Blant gutter var gjennomsnittlig antall indirekte kontakter 14,2 (SD=40,8) med en median på 3,5. Hovedtyngden for antall indirekte kontakter lå på 1-10 kontakter for både jenter og gutter (tabell 17).

Behandlingsstatus

Figur 8. Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018 (%).



Som figur 8 viser var 46 (63 %) registrert med pågående poliklinisk kontakt ved siste kontakt, mens 19 (26,0 %) var registrert med avsluttet poliklinisk kontakt. 7 (9,6 %) var under døgnbehandling da selvmordet skjedde – 4 personer var under døgnbehandling i PHV-V, 2 under døgnbehandling i TSB og kun én var under døgnbehandling i PHV-BU.

Dette inkluderer også personer som var i permisjon eller hadde rømt fra institusjonen da selvmordet skjedde. Det var kun én person som var registrert med utskrivelse fra døgnbehandling som siste kontakt, og denne personen hadde siste kontakt i PHV-V.

Tabell 18. Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn

Behandlingsstatus	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Pågående poliklinisk kontakt	35	71,4	11	45,8	46	63,0
Avsluttet poliklinisk kontakt	7	14,3	12	50,0	19	26,0
Under døgnbehandling	-	-	-	-	7	9,6
Utskrevet døgnbehandling	-	-	-	-	1	1,4
N	49	100,0	24	100,0	73	100,0

Det var en høyere andel av jentene (35, 71,4 %) som hadde en pågående poliklinisk kontakt ved siste kontakt, sammenlignet med guttene (11, 45,8 %) (tabell 18). Det var kun 7 (14,3 %)

av jentene som hadde avsluttet poliklinisk kontakt som siste kontakt, sammenlignet med 12 (50,0 %) av guttene.

Tabell 19. Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper

Behandlingsstatus	10-16 år		17-20 år		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Pågående poliklinisk kontakt	20	69,0	26	59,1	46	63,0
Avsluttet poliklinisk kontakt	6	20,7	13	29,5	19	26,0
Døgn	3	10,3	5	11,4	8	11,0
N	29	100,0	44	100,0	73	100,0

Det var en noe høyere andel i aldersgruppen 10-16 år som var registrert med pågående poliklinisk kontakt som siste kontakt,

sammenlignet med i aldersgruppen 17-20 år, henholdsvis 69,0 % og 59,1 % (tabell 19).

Tid siden siste kontakt til selvmord

Tabell 20. Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn

Kjønn	N	Min	M	SD	Median	Max
Jenter	49	0	36,5	68,2	6	290
Gutter	24	0	117,0	127,0	72	357
N	73	0	63,0	98,3	9	357

Gjennomsnittlig tid fra siste kontakt til selvmord var 63 dager (tabell 20). Det var store forskjeller mellom kjønn, henholdsvis 36,5 dager for jenter og 117 dager for gutter fra siste kontakt til selvmord.

Blant jentene døde 26 (53,1 %) innen en uke etter siste kontakt, sammenlignet med 7 (29,2 %) av guttene (ikke vist i tabell). I underkant av 60 % av guttene døde senere enn 30 dager etter siste kontakt.

Tabell 21. Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper

Alder	N	Min	M	SD	Median	Max
10-16 år	29	0	38,4	64,5	4	206
17-20 år	44	0	79,1	113,0	22	357
N	73	0	63,0	98,3	9	357

Gjennomsnittlig tid fra siste kontakt til selvmord var 38,4 dager for personer i aldersgruppen 10-16 år, og 79,1 dager for personer i aldersgruppen 17-20 (tabell 21).

Blant personer i aldersgruppen 10-16 år døde 18 (62,1 %) innen en uke etter siste kontakt, sammenlignet med 15 (34,1 %) i aldersgruppen 17-20 år (ikke vist i tabell). I aldersgruppen 17-20 år døde 40,9 % senere enn 30 dager etter siste kontakt.

Tid fra siste kontakt til selvmord var 71 dager for personer med siste kontakt i PHV-BU og medianen var 15,5 dager. For personer med siste kontakt i PHV-V/hos avtalespesialist var gjennomsnittlig tid fra siste kontakt til selvmord 26,7 dager, og medianen var 2,5. Siden det kun var tre personer med siste kontakt i TSB har vi ikke beregnet tid fra siste kontakt i TSB til selvmord for disse tre personene.

Tabell 22. Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på poliklinisk behandlingsstatus

Behandlingsstatus	N	Min	M	SD	Median	Max
Pågående poliklinisk kontakt	46	0	15,0	20,5	6	84
Avsluttet poliklinisk kontakt	19	67	205,0	92,9	175	357

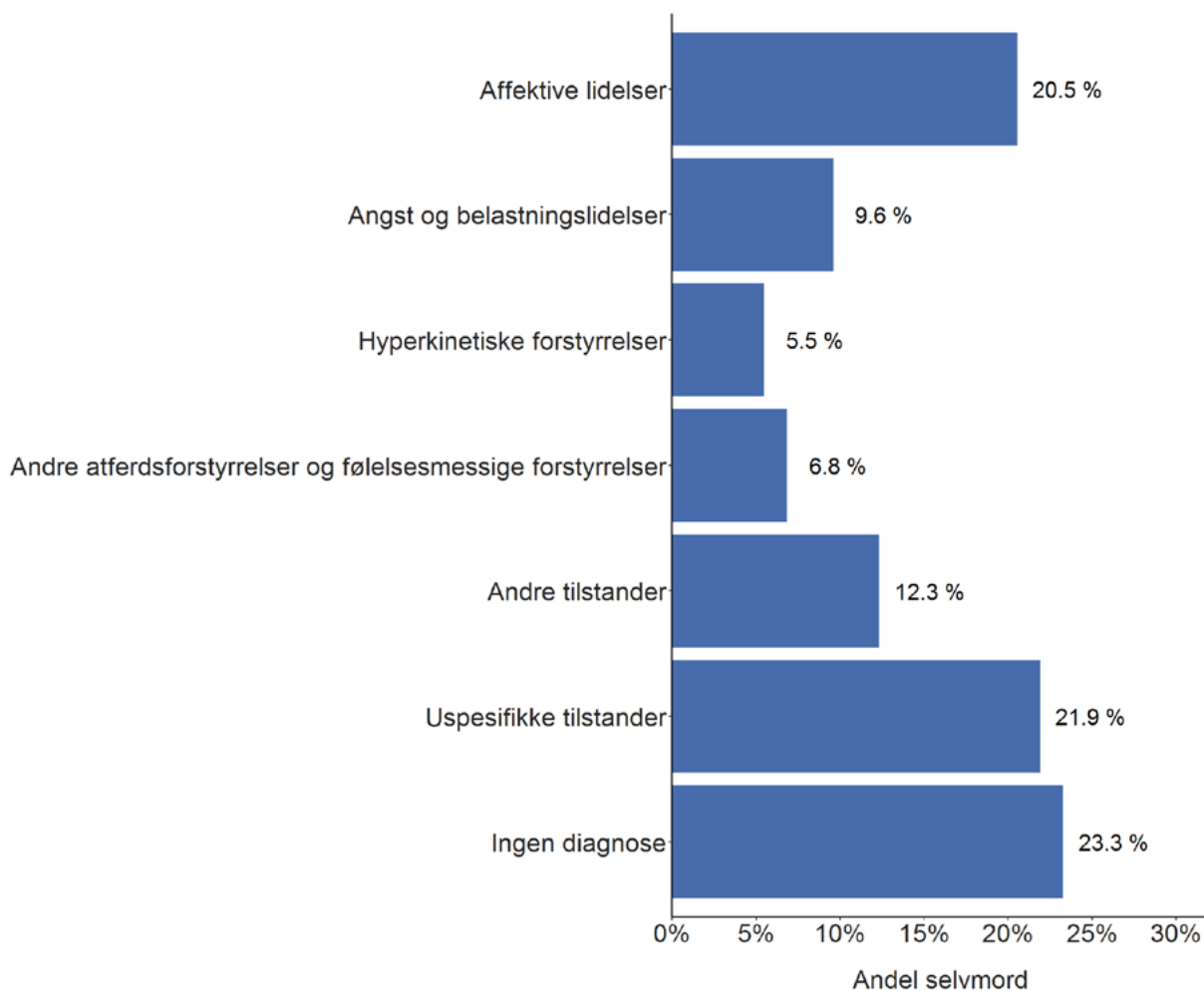
Blant personer som døde med en pågående poliklinisk kontakt var gjennomsnittlig tid fra siste kontakt 15 dager med en median på 6 dager, sammenlignet med gjennomsnittlig 205 dager og en median på 175 dager for personer med avsluttet poliklinisk kontakt (tabell 22).

Blant personer med pågående poliklinisk kontakt, døde over 50 % innen en uke etter siste kontakt. Blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt døde ingen innen 30 dager etter siste kontakt, og rundt halvparten døde 180-365 dager etter siste kontakt (ikke vist i tabell).

Diagnoser

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 9. Hoveddiagnoser ved siste kontakt i alle sektorene, blant personer med kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i perioden 2008-2018.



17 personer (23,3 %) hadde ikke fått en diagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektorene. Av de som hadde fått registrert en diagnose var uspesifikke tilstander (16, 21,9 %) den største diagnostiske gruppen ved

siste kontakt i den aktuelle sektoren (figur 9). Diagnosegruppen uspesifikke tilstander inkluderer Z- og R-diagnoser, samt kode 1000 (ingen påvist tilstand) og kode 1999 (mangelfull informasjon for å kode aksen).

Z-diagnoser utgjorde majoriteten av de uspesifikke diagnosene (9 personer), etterfulgt av kode 1000/1999 (4 personer) og R-diagnoser (3 personer). Totalt hadde 33 (45,2 %) enten ikke fått en diagnose ved siste kontakt eller fått en uspesifikk diagnose.

Affektive tilstander utgjorde 20,5 % av hoveddiagnosene gitt ved siste kontakt i de aktuelle sektorene. Av de 15 personene med effektive lidelser hadde 10 blitt diagnostisert med depressive episoder. Kategorien andre tilstander som utgjorde 12,3 % inkluderer diagnosegruppene psykoselidelser (n=2), personlighetsforstyrrelser (n=2), skadelig bruk og avhengighet (n=2), utviklingsforstyrrelser (n=1) og atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (n=2). Angst og belastningslidelser var diagnostisert hos 7 (9,6 %). Totalt var 9 (12,3 %)

diagnostisert med atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder, av disse var 4 (5,5 %) diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) mens 5 (6,8 %) var diagnostisert med andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F91-F98).

Blant de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU var ingen diagnostisert med psykoselidelse eller skadelig bruk og avhengighet ved siste kontakt (ikke vist i tabell).

13 (17,8 %) hadde en eller flere bidiagnoser, og effektive lidelser og angst og belastningslidelser utgjorde majoriteten. Færre enn tre personer hadde fått skadelig bruk og avhengighet som bidiagnose.

Tabell 23. Hoveddiagnose ved siste kontakt i alle sektorer, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn

Hoveddiagnose	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Øvrige tilstander ^a	20	40,8	5	20,8	25	34,2
Affektive lidelser	12	24,5	3	12,5	15	20,5
Uspesifikke tilstander	9	18,4	7	29,2	16	21,9
Ingen diagnose	8	16,3	9	37,5	17	23,3
N	49	100,0	24	100,0	73	100,0

^a Inkluderer skadelig bruk og avhengighet (F10-F19), psykoselidelser (F20-F29), angst og belastningslidelser (F40-F48), personlighetsforstyrrelser (F60-F69), atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59), utviklingsforstyrrelser (F80-F89) og atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F90-F98).

Det var en betydelig høyere andel av guttene som ikke hadde fått noen diagnose ved siste kontakt sammenlignet med jentene, henholdsvis 37,5 % og 16,3 % (tabell 23). Det var også en høyere andel av guttene som hadde fått en uspesifikk diagnose ved siste kontakt, henholdsvis 29,2 % og 18,4 %. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (inkluderer hyperkinetiske forstyrrelser og andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser hos barn og unge) og angst og belastningslidelser utgjorde majoriteten av de øvrige tilstandene.

En høyere andel hadde blitt diagnostisert med en affektiv lidelse ved siste kontakt i aldersgruppen 10-16 år sammenlignet med i aldersgruppen 17-20 år, henholdsvis 24,1 % og 18,2 % (ikke vist i tabell). Andelen som hadde fått en uspesifikk diagnose ved siste kontakt var også høyere i den yngste gruppen og lå på 27,6 % i den yngste gruppen og 18,2 % i den eldste gruppen. I den eldste gruppen var det derimot en høyere andel som ikke hadde fått noen diagnose ved siste kontakt, og andelen uten diagnose i den yngste og eldste gruppen var henholdsvis 17,3 % og 27,3 %. Andelen diagnostisert med atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer ved siste kontakt var høyere i den yngste gruppen, henholdsvis 20,7 % og 13,6 % i den yngste og eldste gruppen. Andelen diagnostisert med angst og belastningslidelser, personlighetsforstyrrelser, psykoselidelser og skadelig bruk og avhengighet utgjorde totalt 10,3 % i den yngste gruppen og 22,7 % i den eldste gruppen.

Diagnoser siste år

Affektive lidelser var den klart største diagnosegruppen og 36 (49,3 %) hadde fått en diagnose innenfor denne kategorien i løpet av siste året før selvmord. Angst og belastningslidelser var den nest største diagnosegruppen siste år og 22 (30,1 %) hadde fått en diagnose innenfor denne gruppen. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser var diagnostisert hos 17 (23,3 %),

mens 18 (24,7 %) enten ikke hadde fått en diagnose eller kun fått uspesifikke diagnoser siste året før selvmord. Personene kan ha fått flere ulike diagnoser i løpet av siste året før selvmord. 29 personer (39,7%) hadde fått mer enn én diagnose siste år. Tabell 24 og 25 viser denne fordelingen fordelt på kjønn og aldersgrupper.

Tabell 24. Diagnoser i alle sektorer siste år, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn

Diagnose	Jenter		Gutter	
	n	%	n	%
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	6	12,2	<3	-
Psykoselidelser (F2)	3	6,1	<3	-
Affektive lidelser (F3)	26	53,1	10	41,7
Angst og belastningslidelser (F4)	18	36,7	4	16,7
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5)	6	12,2	<3	-
Personlighetsforstyrrelser (F6)	9	18,4	0	-
Psykisk utviklingshemming (F7)	0	-	0	-
Utviklingsforstyrrelser (F8)	<3	-	0	-
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	11	22,4	6	25,0
Ingen diagnose/kun uspesifikke diagnoser	9	18,4	9	37,5

Note. Personer kan ha mottatt flere diagnoser i løpet av siste året før selvmord – dette fører til at summen ikke blir 73.

53,1 % av jentene og 41,7 % av guttene hadde blitt diagnostisert med affektive lidelser siste året før selvmord (tabell 24). Omkring en fjerdedel av både jentene og guttene hadde blitt diagnostisert med en diagnose innen gruppen atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser i løpet av det

siste året. Det var en høyere andel jenter enn gutter som hadde blitt diagnostisert med angst eller belastningslidelser siste året, henholdsvis 36,7 % og 16,7 %. Andelen uten diagnose/kun med uspesifikke diagnoser siste år var høyere blant gutter enn jenter, henholdsvis 37,5 % og 18,4 %.

Tabell 25. Diagnoser i alle sektorer siste år, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper

Diagnose	10-16 år		17-20 år	
	n	%	n	%
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	0	-	7	15,9
Psykoselidelser (F2)	<3	-	3	6,8
Affektive lidelser (F3)	10	34,5	26	59,1
Angst og belastningslidelser (F4)	5	17,2	17	38,6
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5)	6	20,7	<3	-
Personlighetsforstyrrelser (F6)	0	-	9	20,5
Utviklingsforstyrrelser (F8)	<3	-	<3	-
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	4	13,8	13	29,5
Ingen diagnose/kun uspesifikke diagnoser	11	37,9	7	15,9

Note. Personer kan ha mottatt flere diagnoser i løpet av siste året før selvmord – dette fører til at summen ikke blir 73.

Andelen med de ulike diagnosene siste år var gjennomgående høyere i aldersgruppen 17-20 år, sammenlignet med aldersgruppen 10-16 år (tabell 25). Det var kun diagnostisering av atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer som var høyere i aldersgruppen 10-16 år. Andelen uten diagnose/kun uspesifikke diagnoser siste år var høyere i aldersgruppen 10-16 år sammenlignet med aldersgruppen 17-20 år, henholdsvis 37,9 % og 15,9 %.

Blant personer som ikke hadde fått en diagnose/kun fått uspesifikke diagnoser siste år var gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter 14,4 og medianen var 8,5. Blant personene som hadde fått en eller flere diagnoser siste år var gjennomsnittlig antall direkte kontakter 32,5 og medianen var 20.

Del 2

Personer med siste kontakt i PHV-BU

60 personer hadde siste direkte kontakt med PHV-BU før dødsfallet. Det utgjør 82,2 % av de som døde i selvmord under eller innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018. Denne delen omhandler disse personene og beskriver deres siste kontakt med PHV-BU.

Kjønn- og aldersfordeling blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Tabell 26. Kjønn- og aldersfordeling blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Aldersgruppe	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
10-13 år	-	-	-	-	5	8,3
14-16 år	17	43,6	5	23,8	22	36,7
17-20 år	19	48,7	14	66,7	33	55,0
N	39	100,0	21	100,0	60	100,0

Blant de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU var 39 (65,0 %) jenter og 21 (35,0 %) gutter.

De fleste var i aldersgruppen 17-20 år – 48,7 % av jentene og 66,7 % av guttene (tabell 26).

Behandlingsstatus blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Tabell 27. Behandlingsstatus ved siste polikliniske kontakt blant personer med siste kontakt i PHV-BU, fordelt på kjønn

Behandlingsstatus	Jenter		Gutter		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Pågående poliklinisk kontakt	32	84,2	10	47,6	42	71,2
Avsluttet poliklinisk kontakt	6	15,8	11	52,4	17	28,8
N	38	100,0	21	100,0	59	100,0

Blant personene med siste kontakt i PHV-BU var 42 (71,2 %) registrert med pågående poliklinisk kontakt, mens 17 (28,8) var registrert med avsluttet poliklinisk kontakt

(tabell 27). Blant jentene var andelen med pågående poliklinisk kontakt 84,2 %. Blant guttene var fordelingen jevnere, og 47,6 % hadde pågående poliklinisk kontakt.

Tabell 28. Behandlingsstatus ved siste polikliniske kontakt blant personer med siste kontakt i PHV-BU, fordelt på aldersgrupper

Behandlingsstatus	10–16 år		17–20 år		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Pågående poliklinisk kontakt	20	76,9	22	66,7	42	71,2
Avsluttet poliklinisk kontakt	6	23,1	11	33,3	17	28,8
N	26	100,0	33	100,0	59	100,0

I begge aldersgrupper hadde majoriteten en pågående poliklinisk kontakt, henholdsvis 76,9 % og 66,7 % i den yngste og eldste gruppen (tabell 28).

Akse 2–6 i det multiaksiale klassifiseringssystemet

Akse 2–4 Spesifikke utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og somatiske tilstander

50 % av de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU hadde fått en kode på akse 2. Av disse hadde færre enn 3 personer blitt diagnostisert med en spesifikk utviklingsforstyrrelse. De resterende kodene var "mangelfull informasjon for å kode akse 2" eller "ingen påvist tilstand akse 2".

28 (46,7 %) av de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU hadde fått en kode på akse 3, men ingen hadde fått kode for psykisk utviklingshemming. 14 hadde fått koden "ikke påvist psykisk utviklingshemming" og 14 hadde fått koden "mangelfull informasjon til å kode akse 3".

28 (46,7 %) av de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU hadde fått en kode for akse 4, hvorav 17 hadde fått kode for "ingen aktuell tilstand på akse 4" eller "mangelfull informasjon for å kode akse 4", mens 11 hadde blitt diagnostisert med en somatisk tilstand. Av disse hadde 4 personer blitt diagnostisert med koder for villet egenskade. Færre enn 3 personer hadde mer enn en somatisk tilstand på akse 4.

Akse 5 – Avvikende psykososiale forhold

Tabell 29. Hovedtilstand på akse 5 - avvikende psykososiale forhold, blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Hovedtilstand akse 5	n	%
Avvikende familierelasjon	6	10,0
Belastende opplevelser og mellommenneskelige belastninger forbundet med skole/arbeid	6	10,0
Mangelfull informasjon for å kode akse 5	5	8,3
Ikke påvist avvikende psykososial atferd	5	8,3
Avvikende foreldresituasjon	4	6,7
Manglende data	34	56,7
N	60	100,0

Av de 26 (43,3 %) som hadde fått en kode på akse 5, hadde 6 (10 %) fått koder for avvikende familierelasjon (tabell 29). Dette omfatter koder for at en forelder er psykisk syk, mangel på varme i foreldre-barn forholdet, forstyrret familiekommunikasjon og inadekvat foreldretilsyn/kontroll. 6 (10 %) hadde opplevd belastende hendelser i form av tap av nære, personlig skremmende erfaringer, flytting/

sosial omplassering eller disharmoniske relasjoner/mellommenneskelige belastninger forbundet med skole/arbeid. 4 (6,7 %) hadde en avvikende foreldresituasjon som hovedtilstand på akse 5. 10 (16,7 %) hadde fått koder for "mangelfull informasjon for å kode akse 5" eller "ikke påvist avvikende psykososial atferd". 10 personer (16,7 %) hadde mer enn en tilstand på akse 5.

Akse 6 – Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Tabell 30. Akse 6 - global vurdering av funksjonsnivå (CGAS), blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Global vurdering av funksjonsnivå	n	%
100-91 Utmerket funksjon på alle områder	0	-
90-81 God funksjon på alle områder	0	-
80-71 Lett forstyrrelse av funksjoner	1	1,7
70-61 Noen vansker på et enkelt område, men fungerer generelt temmelig bra	7	11,7
60-51 Variabel funksjon med sporadiske vansker eller symptomer på flere, men ikke alle sosiale områder	8	13,3
50-41 Moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjon på ett område	9	15,0
40-31 Alvorlig svekket funksjon på flere områder	0	-
30-21 Ute av stand til å fungere på nesten alle områder	0	-
20-11 Trenger betydelig tilsyn og omsorg for å hindre skade av andre eller seg selv	0	-
10-1 Trenger konstant tilsyn	3	5,0
Mangelfull informasjon for å kode akse 6	4	6,7
Ingen kode for CGAS	28	46,7
N	60	100,0

Det var ingen i utvalget som var vurdert til CGAS over 80 og kun én var vurdert til CGAS over 70 (tabell 30). Blant personene som hadde fått en kode for akse 6 hadde majoriteten blitt vurdert til CGAS mellom 70-

41. Det var kun 3 personer som var vurdert til CGAS under 41, og alle disse var vurdert til CGAS mellom 10-1. Gjennomsnittlig CGAS var 50,4 (SD = 19,6), medianen var 55.

Kontakt med barnevernet

Barnevernets rolle skal kodes for alle personer med kontakt i PHV-BU. Blant de 60 personene med siste kontakt i PHV-BU, hadde barnevernets rolle blitt kodet ved siste kontakt i 34 av de 60 tilfellene med siste kontakt i PHV-

BU, men det var kun besluttet et vedtak i 4 tilfeller. I 29 av tilfellene var denne variabelen kodet som "vet ikke", "arbeider ikke med saken" eller "rolle ikke fastlagt" noe som fører til manglende data for denne variabelen.

Omsorgssituasjon

Tabell 31. Omsorgssituasjon blant personer med siste kontakt i PHV-BU

Omsorgssituasjon	n	%
Bor hos begge foreldrene	13	21,7
Bor hos en av foreldrene	8	13,3
En av foreldrene og samboer/ektefelle	5	8,3
Pendler mellom mor og far	4	6,7
Bor i institusjon	3	5,0
Bor i fosterhjem	2	3,3
Bor alene	1	1,7
Manglende data	24	40,0
N	60	100,0

Blant personene med siste kontakt i PHV-BU bodde 13 (21,7 %) med begge foreldrene, 8 (13,3 %) bodde med en av foreldrene, mens

5 (8,3 %) bodde med en av foreldrene og samboer/ektefelle (tabell 31).

Diskusjon

Vi har i denne rapporten beskrevet resultater fra den første nasjonale registerstudien på omfanget av selvmord i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). 73 barn og unge døde under eller innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018. Det tilsvarer et gjennomsnittlig antall på 7 selvmord per år. Selvmord i PHV-BU er dermed en sjelden hendelse, men har likevel enorme konsekvenser for etterlatte og andre berørte. Konsekvensene er store også for helsepersonell og samfunnet som helhet. Dødsfall hos unge mennesker er sjelden, men selvmord utgjør en stor andel av disse dødsfallene og mange tapte leveår. Både antall selvmord per år og andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord varierer mye fra år til år. Dette viser viktigheten av å se på utviklingen over tid fremfor fra år til år.

Forekomst av selvmord i PHV-BU

Aldersskjevhet med totalt få selvmord i de yngste aldersgruppene og relativt sett lav underliggende risiko kan være en forklaring på et begrenset antall selvmord per år i PHV-BU. Samtidig er mellom 50 000 og 60 000 barn og unge i kontakt med PHV-BU årlig. Disse har som gruppe en betydelig økt selvmordsrisiko og det relativt sett lave antallet selvmord kan også tolkes som at selvmordsforebygging i PHV-BU har effekt for mange.

Omkring hvert fjerde selvmord blant barn og unge skjedde etter kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018. Dette tallet må tolkes i lys av at en betydelig del av 18-19 åringene vil ha gått over til PHV-V eller TSB og dermed ikke har hatt kontakt med PHV-BU i løpet av det siste året. Dette vil trekke ned den totale andelen i kontakt med PHV-BU. Som tidligere vist vil andel i kontakt være 35 % når man tar ut 18 og 19-åringene fra materialet. Vi har nylig vist at i perioden 2009-2018 hadde 44,3 % av

alle personer som døde i selvmord i Norge hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste år før de døde (Walby et al., 2021). Andelen i kontakt er dermed lavere i PHV-BU, og nedenfor tar vi for oss mulige årsaker til dette.

På grunn av overgang til psykisk helsevern for voksne (PHV-V) ved 18 års alder er andel i kontakt med PHV-BU etter 17 år lav. Vår tidligere rapport (Walby et al., 2018) viser en betydelig økning i antall selvmord fra 17-18 års alder blant personer i kontakt med alle spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste år. Dersom vi også hadde inkludert personer som kun hadde kontakt med PHV-V eller TSB året før selvmord, hadde andelen i kontakt vært høyere i aldersgruppen 18-20 år, og den foreliggende rapporten kan derfor ikke leses som en oversikt over alle selvmord i aldersgruppen 18-20 år. Økningen i antall selvmord fra 17-18 års alder kan ses i sammenheng med en høyere forekomst av psykiske lidelser blant de eldre tenåringene, sammenlignet med hos barn og yngre tenåringer som dør i selvmord (Grøholt et al., 1998; Pelkonen & Marttunen, 2003; Rodway et al., 2016). Blant de yngre tenåringene ser det derimot ut til å være en større forekomst av psykososiale faktorer og vanskelige livshendelser i forkant av selvmordet, som misbruk, konflikt med foreldre og skolepress (Brent et al., 1999; Freuchen et al., 2012; Rodway et al., 2016), noe som kan være med på å forklare den lave kontaktandelen siden dette ikke er belastninger som nødvendigvis medfører henvisning til PHV-BU. Mindre tydelig psykopatologi kan føre til manglende henvisning eller avslag på henvisning i PHV-BU, og i disse tilfellene er det viktig med klare føringer på hvilke instanser som skal hjelpe barn og unge som havner utenfor et behandlingstilbud i PHV-BU.

Andelen i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord var betydelig lavere for gutter enn jenter, noe som fører til at

forebyggingspotensialet blant gutter i kontakt med PHV-BU er lavere enn blant jenter. Denne kjønnsforskjellen ser vi også blant personer i kontakt med PHV-V siste året før selvmord, men forskjellen er ikke like tydelig (Walby et al., 2018). En mulig forklaring på lavere kontaktandel blant gutter kan være en kombinasjon av lavere forekomst av psykiske lidelser eller mindre tydelig symptombilde og mindre klare faresignaler blant gutter. Denne problemstillingen tar Rodway et al. opp i en artikkel fra 2020 (Rodway et al., 2020b). De fant at en stor andel av guttene i aldersgruppen 10-19 år som døde i selvmord ikke hadde kjente faresignaler i form av selvmordstanker eller selvskading. Forfatterne diskuterer også om dette kan skyldes at gutter i mindre grad uttrykker slike faresignaler til andre selv om de er tilstede. Mindre utpreget grad av psykiske lidelser blant gutter, uklare symptomer og mindre tydelige faresignaler kan føre til at gutter i mindre grad henvises til PHV-BU eller at henvisningene ikke kvalifiserer til behandling i PHV-BU. En annen forklaring kan være at gutter i selvmordsfare i mindre grad selv søker hjelp i PHV-BU for sine problemer. Noen av ungdommene som dør i selvmord kan ha hatt tilstander som har vart over en såpass kort tidsperiode at det ikke har vært aktuelt eller mulig å komme inn i et behandlingsforløp. Blant personer som har gjennomgått et selvmordsforsøk har det tidligere blitt vist at tid fra den første daværende selvmordtanken til selvmordsforsøk var svært kort i majoriteten av tilfellene (Deisenhammer et al., 2009). Andelen gutter i kontakt reduseres betydelig fra den yngste aldersgruppen til den eldste, og det kan derfor være at flere ikke ønsker et behandlingstilbud etter fylte 16 år. Før fylte 16 år er det foreldrene som ofte tar initiativ til, og som må samtykke til behandling på vegne av barnet/ungdommen. Dette ser vi også blant jenter, der andelen jenter i kontakt reduseres betydelig fra aldersgruppen 14-16 år til 17-19 år. I England har de også funnet betydelige kjønnsforskjeller for andel i kontakt med psykisk helsevern og rustjenester i løpet av livet og siste 3 måneder før selvmord, blant personer under 20 år (Rodway et al., 2016, 2020a), selv om inklusjonskriterier og tidsbegrensning fra siste kontakt til selvmord er annerledes enn våre definisjoner.

Den gjennomsnittlige selvmordsraten i PHV-BU var 0,17 per 1 000 pasienter. Dette tilsvarer omtrent den totale selvmordsraten hos menn i hele befolkningen de siste 10 årene. Gjennomsnittlig selvmordsrate i perioden 2008-2018 var 0,23 per 1 000 pasienter for jenter og 0,11 per 1 000 pasienter for gutter. Til sammenligning lå selvmordsraten i PHV-V i perioden 2010-2018 på 1,14 per 1 000 for kvinner og 2,36 per 1 000 for menn (Walby et al., 2021). Dette viser igjen at selvmord i PHV-BU er en sjelden hendelse. Selvmordsraten i ungdomsbefolkningen uten kontakt i PHV-BU var betydelig lavere, henholdsvis 0,02 og 0,05 per 1 000, noe som også viser at selvmord blant barn og unge i befolkningen generelt er sjelden sammenliknet med voksne aldersgrupper.

Det var ingen store forskjeller mellom gutter og jenter i det totale pasientgrunnlaget i PHV-BU i perioden 2008-2018, men blant jenter var hovedtyngden av pasienter i aldersgruppen 15-19 år, mens det blant gutter var omvendt og hovedtyngden var i aldersgruppen 10-14 år. Blant gutter økte selvmordsraten per 1 000 pasienter i PHV-BU kraftig fra aldersgruppen 14-16 år til 17-19 år. En økning i antall selvmord blant gutter i denne aldersgruppen, kombinert med en reduksjon i antall pasienter, forklarer den vesentlige økningen i selvmordsraten blant gutter i aldersgruppen 17-19 år. Blant jenter var det en gradvis økning i selvmordsraten med stigende alder. Dette viser en økning i antall selvmord med alder, også korrigert for et økt antall jenter i kontakt med PHV-BU blant de eldste aldersgruppene. I aldersgruppen 10-14 år var det svært få selvmord blant begge kjønn. I likhet med andel i kontakt, påvirkes selvmordsraten i 17-19 års aldersgruppen av at vi i rapporten kun har inkludert de med kontakt i PHV-BU siste år.

Selvmordsmetoder

Selvmordsmetoder blant barn og unge i PHV-BU følger det samme mønsteret som ved selvmord blant barn og unge i aldersgruppen 0-19 år i befolkningen generelt. Henging/kvelning var den klart mest benyttede metoden både i PHV-BU og blant barn og unge generelt (Folkehelseinstituttet, 2020). 11 % av personene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-BU siste år, døde ved å hoppe eller

ligge foran kjøretøy. Andre selvmordsmetoder ble brukt i svært liten grad.

Blant jentene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-BU siste år, var det en noe høyere andel som døde ved hengning/kvelning sammenlignet med guttene. Dette er motsatt av det mønsteret vi ser i PHV-V og TSB (Walby et al., 2021) og i den generelle norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2020). Forgiftning utgjør også en betydelig andel av selvmordene blant voksne i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2020), og blant personer i kontakt med PHV-V siste året før selvmord (Walby et al., 2021), særlig blant kvinner. Til forskjell var det kun to dødsfall som følge av forgiftning blant barn og unge i PHV-BU. Også i den generelle befolkningen er forgiftning lite brukt som selvmordsmetode blant barn og unge (Folkehelseinstituttet, 2020).

Det var ingen selvmord ved bruk av skyting eller eksplosiver blant personer i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord. Dette forekom også svært sjelden blant unge i befolkningen generelt (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette skiller seg fra dødsfall i PHV-V der skyting eller eksplosiver utgjør rundt 9 % av dødsfallene blant menn (Walby et al., 2021), og fra selvmord i den voksne befolkningen generelt der andelen er omtrent den samme (Folkehelseinstituttet, 2020).

Samlet sett ble det nesten utelukkende benyttet voldsomme selvmordsmetoder blant barn og unge som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge. Tilgang til metode kan være en mulig forklaring på metodevalg, da tilgang til ulike metoder kan være mer begrenset enn hos voksne, særlig blant de yngste ungdommene. Smitteeffekt via jevnaldrende og sosiale medier kan også bidra til utbredelse av voldsomme metoder. Kombinasjonen av smitteeffekter, impulsivitet og tilgang til metoder blant ungdom gjør at man ikke alltid kan vite om selvmordet er et resultat av en impulsiv handling eller et vedvarende ønske om å dø. Utbredt bruk av voldsomme selvmordsmetoder (hengning/kvelning og hoppe fra høyt sted/ligge foran kjøretøy) kom også nylig frem i en metaanalyse på

selvmordsrate blant barn og unge i alderen 10-19 år over hele verden (Glenn et al., 2020).

Effekten av selvmordsforebygging gjennom begrensning i tilgang på selvmordsmetoder er både i befolkningen og i kliniske utvalg bestående av voksne pasienter godt dokumentert (Zalsman et al., 2016). I tidsperioden for denne studien ble det ikke registrert selvmord ved skyting blant personer i kontakt med PHV-BU, hvilket er positivt. Over flere tiår har selvmord med skytevåpen blitt betydelig redusert i den generelle ungdomsbefolkningen (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette er også vist i den voksne befolkningen og skyldes trolig innføring av ulike restriksjoner vedrørende oppbevaring av skytevåpen (Gjertsen et al., 2014, Puzo et al., 2016). Den høye andelen som døde ved hengning/kvelning og ved å hoppe eller ligge foran kjøretøy er derimot bekymringsfull da dette er metoder hvor det er vanskelig å begrense tilgangen, i alle fall utenfor rammen av døgnbehandling. Det er også et viktig klinisk poeng at svært få døde av de metodene som hyppigst brukes ved selvskaading eller selvmordsforsøk, hvilket er forgiftning og kutting. En nyere norsk studie har vist en betydelig økning av selvskaading blant ungdom i befolkningen, hvor andelen som har skadet seg selv siste år har økt fra 4,1 % i 2002 til 16,2 % i 2017/2018 (Tørmoen et al., 2020). Selvmordstanker og villet egenskade er vanlig blant pasientene i PHV-BU (Andersson, 2009). For eksempel viste en norsk screeningundersøkelse ved poliklinikker i PHV-BU at 24,4 % bekreftet tidligere eller foreliggende selvskaading, og dette er sannsynligvis et betydelig underestimat (Grøholt et al., 2014). Behandlerne i PHV-BU er dermed stadig i kontakt med ungdom som har selvmordstanker, eller som skader seg ved kutting eller forgiftning. Det er imidlertid ikke dette pasienter i PHV-BU dør av, og det er heller ikke klart ut fra vår studie om det er personene med tidligere villet egenskade som senere dør i selvmord. Tanker om hengning, eller det å hoppe/ligge foran kjøretøy bør vekke særlig bekymring hos involverte behandlere.

Omfang av kontakt

Poliklinisk kontakt

Alle personer som døde i selvmord under og etter kontakt med PHV-BU hadde poliklinisk kontakt siste året. Dette samsvarer med at poliklinisk kontakt utgjør 95 % av behandlingstilbudet i PHV-BU generelt (Helsedirektoratet, 2019a), men viser også at poliklinisk kontakt er den viktigste arenaen for selvmordsforebygging innen PHV-BU. Majoriteten hadde en pågående poliklinisk kontakt på dødstidspunktet, men med store kjønnsforskjeller – tre fjerdedeler av jentene og halvparten av guttene hadde en pågående poliklinisk kontakt på dødstidspunktet.

Majoriteten hadde i tillegg til direkte poliklinisk kontakt siste året før selvmord også en eller flere indirekte polikliniske kontakter (telefonkontakt eller kontakt på vegne av pasienten). Ser vi bort ifra de indirekte polikliniske kontaktene, ser vi likevel at gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter var dobbelt så høyt for personer i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V siste året før selvmord (Walby et al., 2018). Det at majoriteten hadde et høyt antall polikliniske kontakter tyder på et omfattende behandlingstilbud, likevel kan ikke denne studien si noe om kvalitet, innhold eller effekt av de aktuelle kontaktene.

Det var også stor forskjell i gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter blant personer med pågående og avsluttet poliklinisk kontakt. Registerdata gir ikke informasjon som kan belyse dette nærmere. I Barneombudets rapport (Barneombudet, 2020) kommer det imidlertid frem at poliklinisk behandling i noen tilfeller avsluttes før behandleren mener pasienten er ferdig behandlet og at det mangler tydelige føringer for hvilke tilbud som skal være tilgjengelig på kommunalt nivå. De anbefaler jevnlig evaluering av pakkeforløpene med fokus på om pasientene får adekvat og helhetlig behandling på tvers av tjenestenivå. Basert på funnene i denne rapporten bør man være ekstra oppmerksom på gutter etter avsluttet behandling og sikre en god oppfølging.

Døgnbehandling

Rundt 40 % hadde hatt døgnopphold i en eller flere sektorer siste året før selvmord. Svært få innleggelser var i PHV-BU, mens over halvparten av døgnoppholdene var i TSB. Få innleggelser i PHV-BU kan knyttes til at PHV-BU primært tilbyr poliklinisk behandling og skiller seg fra funnene i PHV-V, der to tredjedeler hadde vært innlagt i PHV-V siste året og under 6 % hadde vært innlagt i TSB (Walby et al., 2018). Varigheten av døgnopphold var i hovedsak korte.

Selv om en forholdsvis stor andel hadde vært innlagt siste året før selvmord, var det få personer med døgnbehandling som siste kontakt og selvmord etter utskrivelse fra døgnbehandling som siste kontakt var svært sjelden. Dette skiller seg fra resultater i våre tilsvarende studier på selvmord i PHV-V (Walby et al., 2018) og TSB (Walby et al., 2020), der dette er et av de mest fremtredende funnene. Andelen som hadde utskrivelse fra døgnbehandling som siste kontakt var betydelig lavere blant personer med kontakt i PHV-BU siste år sammenlignet med personer med kontakt i PHV-V (Walby et al., 2018) og TSB (Walby et al., 2020) siste år.

Selv mord under døgnopphold i PHV-BU var svært sjelden – kun én person var under døgnbehandling i PHV-BU da selvmordet skjedde. Til sammenligning fremkommer det fra statistisk sentralbyrå at det totalt var 885 359 oppholds døgner i PHV-BU i den samme tidsperioden (Statistisk sentralbyrå, 2021). Ingen var registrert med utskrivelse fra døgnbehandling i PHV-BU som siste kontakt. Dette viser igjen at forebyggingspotensialet primært ligger i den polikliniske behandlingen. Funnet kan også peke mot tilstedeværelsen av ulike resiliensfaktorer i dagens systemer, noe vi vil komme tilbake til avslutningsvis.

Tidsmessig nærhet av kontakt

Gruppen med pågående poliklinisk kontakt skiller seg fra gruppen med avsluttet poliklinisk kontakt hva gjelder tid fra siste kontakt til dødsfallet. Personer med pågående poliklinisk kontakt døde i hovedsak kort tid etter siste

kontakt, over halvparten innen en uke. Dette kan også forklare mye av kjønnsforskjellene i tid fra siste kontakt til selvmord, da halvparten av guttene hadde en avsluttet poliklinisk kontakt på dødstidspunktet. Tidsmessig nærhet fra siste kontakt til selvmord er forventet da pågående poliklinisk kontakt som oftest innebærer jevnlig konsultasjoner. Variabelen er også definert slik at personer som ikke har hatt poliklinisk kontakt på 90 dager, regnes som avsluttet. Sammenlignet med resultater for PHV-V (Walby et al., 2018) og TSB (Walby et al., 2020), var tid fra siste kontakt til selvmord kortere ved pågående poliklinisk kontakt i PHV-BU, noe som kan være på grunn av flere og hyppigere polikliniske kontakter blant personer i PHV-BU.

Blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt, døde derimot ingen innen 30 dager etter siste kontakt, og halvparten døde ½ -1 år etter siste kontakt. Sammenlignet med resultater fra PHV-V (Walby et al., 2018) og TSB (Walby et al., 2020) var tid fra siste kontakt til selvmord lengre ved avsluttet poliklinisk kontakt i PHV-BU. Det er uklart hva dette skyldes. En mulig forklaring kan være relativt sett lavere forekomst av akutte og alvorlig sinnslidelser hos de yngre, en annen potensiell forklaring kan være at mange barn og unge har en potensiell buffer i foreldre eller andre omsorgspersoner, som kan være med på å forebygge selvmord i tiden etter avsluttet behandling. Manglende eller inadekvat omsorg kan på den andre siden øke risikoen for selvmord.

Kontakt i ulike sektorer siste år

Flere av personene hadde kontakt med de andre spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i tillegg til PHV-BU siste året før dødsfallet. Dette var hovedsakelig tilfellet i aldersgruppen 17-20 år, noe som er naturlig grunnet overgang til spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus for voksne fra 18 års alder. Også her ser vi kjønnsforskjeller; en betydelig høyere andel jenter enn gutter var i kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus for voksne siste året før

selvmord. Poliklinisk kontakt var dominerende i PHV-V, i TSB var derimot døgnopphold dominerende.

Psykiske lidelser – diagnoser

Et overraskende funn var at uspesifikke tilstander var den største diagnostiske gruppen ved siste kontakt. En tredjedel av jentene og to tredjedeler av guttene hadde enten ikke fått en diagnose eller fått en uspesifikk diagnose (R-diagnoser, Z-diagnose eller F99) ved siste kontakt. Affektive lidelser var den nest største diagnosegruppen og depressive episoder utgjorde majoriteten av disse. Affektive lidelser var derimot den største diagnosegruppen siste år før selvmord, og halvparten hadde fått en affektiv diagnose i løpet av det siste året. Dette er ikke overraskende da affektive lidelser er en viktig risikofaktor for selvmord i ungdomspopulasjonen (Pelkonen & Marttunen, 2003). Angst og belastningslidelser var den nest største diagnosegruppen siste år før selvmord og også her hadde en betydelig høyere andel fått en slik diagnose i løpet av siste året, sammenlignet ved siste kontakt.

Få personer var diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet både ved siste kontakt og i løpet av siste år. I tillegg hadde svært få personer skadelig bruk og avhengighet som bidiagnose. Dette er oppsiktsvekkende sett i sammenheng med omfang av bruk av tjenester i TSB hos den eldste gruppen, noe som tyder på mye rusproblematikk blant barn og unge som dør i selvmord etter kontakt med PHV-BU. I Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonen, 2021) fremkommer det at ungdommer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer ikke får god nok behandling, og dette er et område som er viktig å fokusere på i det forebyggende arbeidet.

Selv om andelen uten spesifikke diagnoser ble redusert ved å undersøke diagnoser siste år, er det likevel oppsiktsvekkende at en fjerdedel ikke hadde fått en diagnose eller kun hadde fått uspesifikke diagnoser siste året før dødsfallet. Det var en høyere andel gutter enn jenter som ikke hadde fått spesifikke diagnoser siste år. En mulig forklaring på dette

kan være at gutter kan ha et mindre tydelig symptombylde enn jenter. Andel uten spesifikke diagnoser siste år var høyere i aldersgruppen 10-16 år sammenlignet med i aldersgruppen 17-20 år, noe som kan skyldes en mer restriktiv holdning til diagnostisering av barn. Det ser imidlertid ut til å være en tendens i form av mer spesifikk diagnostikk i løpet av perioden 2008-2018. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (2020) har i gjennomgangen av et selvmord etter avslag fra PHV-BU brukt begrepet "uavklart tilstand" på pasienter hvor det etter henvisning og eller undersøkelse ikke er klarlagt hva som er hovedproblematikken, og vist at dette kan føre til at barn og unge ikke får rett til psykisk helsehjelp eller riktig behandling. Våre funn viser at en bekymringsfull høy andel av pasienter som dør i selvmord under eller etter kontakt med PHV-BU har en uavklart tilstand. Diagnostisk arbeid har vært et satsingsområde i barne- og ungdomspsykiatrien over mange år, men er samtidig et utfordrende område (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2019).

Den høye andelen uten spesifikke diagnoser er særlig oppsiktsvekkende sett i sammenheng med det høye antallet polikliniske kontakter, da tilstrekkelig utredning og diagnostisering er et viktig utgangspunkt for god behandling. Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter var lavere blant personer uten spesifikke diagnoser siste år, men likevel høyt med tanke på manglende diagnostikk. Spesialisert kompetanse, samt adekvat og helhetlig behandling bør tilstrebes, og vil være viktig for det forebyggende arbeidet. I Helseministerens sykehustale for 2022 ble det varslet at man ønsket å sikre alle henviste til PHV-BU en vurderingssamtale med spesialist (Kjerkol, 2022). Dette kan være et egnet tiltak for å sikre bedre og raskere diagnostikk, og det skal bli interessant å se effektene av dette etter implementering.

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet

Manglende koding utgjorde omkring 50 % av tilfellene for hver akse (akse 2-6). Om dette er et resultat av manglende registrering alene, eller også på grunn av

manglende vektlegging av dimensjonen innen utredning og behandling er uklart, men dette er et område hvor det er store forbedringsmuligheter. Mangelfull koding i de ulike aksene vil føre til underdiagnostisering og mangelfull informasjon i det multiaksiale klassifiseringssystemet.

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019a) viser at det har vært en positiv utvikling i perioden 2012-2019 i form av mer fullstendig koding i PHV-BU. Her fremkommer det at manglende koding av akse 1 ligger på 0,4 % i 2019, og at andelen manglende koding for akse 2-6 ligger på 22-30 % i 2019. Resultatene våre viser imidlertid en høyere andel manglende koding. Samdata for bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2018) viser at andelen som har fått uspesifikke diagnoser eller manglende diagnoser for akse 1 ved siste kontakt i PHV-BU ligger på rundt 45 % for 2013 og 2017, noe som stemmer godt overens med våre resultater. I likhet med våre resultater var uspesifikke tilstander den største diagnostiske gruppen. Dette tyder på at bruk av uspesifikke diagnoser og manglende diagnoser er et generelt problem i PHV-BU, ikke bare blant pasienter som dør i selvmord under eller etter behandling. Sammensatte tilstander, uspesifiserte symptomer og komplekse faktorer som belastninger i hjemmet, omsorgssvikt og utfordringer i relasjoner kan føre til vanskeligheter med å sette en bestemt diagnose.

Det multiaksiale systemet skal gjøre det enklere å vurdere ulike kliniske aspekter og dermed få bedre forståelse av komplekse vansker hos barn og unge. Data fra den multiaksiale kodingen utgjør en nasjonal kvalitetsindikator innen psykisk helse for barn og unge (Direktoratet for e-helse, 2018). Dette arbeidet bør ytterligere intensiveres basert på våre funn, og man bør søke etter faglige, organisatoriske eller ressursmessige hindringer for å få kartlagt pasientens hovedproblemer og behov betydelig raskere. Poenget er ikke å raskest mulig sette en mer eller mindre alvorlig diagnose på unge mennesker i utvikling, men å sikre en tilstrekkelig avklaring av hva de grunnleggende problemene er – slik at raskt og effektiv hjelp sikres.

En raskere og mer presis diagnostikk der dette er mulig er viktig for å kunne gi pasientene kunnskapsbasert behandling, samt tilpasse behandlingen bedre til pasientens behov og plager. Presis diagnostikk er også viktig for å kunne gi tilpasset informasjon og psykoedukasjon til pasienten, pårørende og andre involverte, og for å kunne fremme en effektiv samarbeidsallianse mellom pasienten og hjelpeapparatet.

(Stanley et al., 2015, 2016), men er ikke grundig evaluert ovenfor ungdom (Drapeau, 2019). Det er viktig å integrere selvmordsforebygging i hele behandlingsforløpet og ikke kun i akutte situasjoner, slik at man kan forebygge selvmord både på kort og lang sikt. Systematisk bruk av sikkerhetsplaner er viktig i dette arbeidet, ikke kun på døgnavdeling, men også i poliklinikkene. Det er viktig med opplæring og innarbeiding i bruk av dette slik at det blir en naturlig del av praksisen.

Systembaserte og spesifikke intervensjoner for å forebygge selvmord

Siden selvmord i PHV-BU er en svært sjelden hendelse vil erfaringsgrunnlaget til den enkelte kliniker ofte være begrenset. Det er viktig å ha et godt system for slike hendelser, slik at pårørende ivaretas og at hendelsen fører til læring og videre forebyggingsarbeid. En måte å løse utfordringen med den lave baseraten på er at man utnevner ressurspersoner i helseforetaket som for eksempel har en rolle der klinikere kan ta kontakt når et selvmord skjer for å få støtte både praktisk, faglig og personlig. Det er viktig at enhetene har denne kompetansen dekket.

Et annet nivå er hva enhetene tilbyr av behandling for suicidal atferd, noe som er en viktig klinisk grunnkompetanse. Direkte fokus på selvmordstanker og suicidal atferd i behandling har vist seg å være effektive selvmordsforebyggende tiltak (Meerwijk et al., 2016). Et eksempel på en kort og avgrenset måte å jobbe med suicidal atferd på er sikkerhetsplaner, som er en systematisk tilnærming rettet mot å ivareta sikkerheten til pasienten. Sikkerhetsplanen består av individuelle varselsignaler, en prioritert liste mestringsstrategier og informasjon om steder å henvende seg i krise (Stanley & Brown, 2012). Tanken er at planen bidrar til problemløsning når man er i en krise. I PHV-BU kan det for mange pasienter også være aktuelt at sikkerhetsplanen utarbeides i samarbeid med foreldre eller pårørende, avhengig av pasientens alder. Sikkerhetsplan har vist lovende effektivitet i flere studier

Begrensninger og metodikk

Til tross for at kvaliteten på de norske helseregistrene er god med en høy dekningsgrad, er det enkelte begrensninger i registerdataene som bør tas i betraktning når man leser rapporten.

Dekningsgraden til Norsk pasientregister var noe mindre komplett den første årgangen som et resultat av at NPR først ble personidentifiserbart i 2008. Det at registeret først ble personidentifiserbart i 2008 resulterer i at vi ikke kunne inkludere selvmord blant personer som hadde siste kontakt med PHV-BU i 2007 og som døde i 2008. Antallet i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord vil derfor være noe underestimert i 2008. Videre startet ikke rapportering fra TSB til NPR før 2009, og data fra TSB vil derfor mangle for 2008.

En annen begrensning ved denne studien er at vi ikke kan si noe om innhold og kvalitet på de aktuelle kontaktene, bortsett fra om det er en direkte eller indirekte kontakt.

Fordi vi har avgrenset utvalget til barn og unge i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord, vil en begrensning ved denne rapporten være at overgangen fra PHV-BU til spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus for voksne i mindre grad belyses. Videre forskning bør rettes mot denne sårbare fasen. I tillegg vil denne avgrensingen føre til at vi ikke får undersøkt barn og unge som dør i selvmord uten å ha vært i kontakt med PHV-BU året før.

I likhet med variasjonen i antall selvmord etter kontakt med PHV-BU fra år til år, finner vi også variasjoner i det totale antallet selvmord per år blant barn og unge. Vi har ikke mulighet til å undersøke disse variasjonene i denne studien, verken i PHV-BU eller totalt, men cluster-selvmord (forhøyet forekomst av selvmord innenfor et geografisk avgrenset område og/eller tidsperiode) er et velkjent fenomen og ungdom kan være spesielt sårbare for smitteeffekter ved selvmord (Gould et al., 2014, 2018).

Rapporten inneholder få opplysninger om den avdødes sosiale situasjon. Dette fordi mange

slike variabler ikke registreres i NPR, og i den grad de gjør det fører mangelfull registrering til ufullstendig informasjon – dette gjelder både for pasientens omsorgssituasjon, informasjon vedrørende involvering av barnevernet, men også for diagnoser og de ulike aksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet.

En særlig mangel på data fra registrene gjelder tidligere selvmordsforsøk og selvskading, som i svært liten grad rapporteres til registrene. Villet egenskade er en veletablert selvstendig risikofaktor for selvmord. Systematiske data om tidligere villet egenskade er derfor viktig både for å identifisere undergrupper og for å utvikle forebyggingstiltak. Dette er en av variablene Kartleggingssystemet nå innhenter direkte fra klinikere i helseforetak gjennom et kartleggingsskjema for selvmord. Kartleggingsskjemaet inkluderer blant annet spørsmål om sosiodemografiske variabler som boforhold og sivilstatus, samt spørsmål om tidligere selvmordsatferd og spørsmål om behandling, medikamentbruk og behandlers egne vurderinger av muligheter for forebygging. Forhåpentligvis vil denne informasjonen kunne bidra til mer inngående kunnskap om hvilke fokusområder man bør prioritere ved iverksettende forebyggende tiltak. Det er mange faktorer som kan spille inn når ungdommer dør i selvmord. Det er derfor viktig med et bredt informasjonsgrunnlag for å få et best mulig bilde av helheten.

Implikasjoner for forebygging

Gjennom denne rapporten har vi ved å sammenstille nasjonale registerdata fått ny systematisk kunnskap om selvmord under og innen ett år etter kontakt med PHV-BU. Den nye kunnskapen bør få konsekvenser for utviklingen av forebyggende tiltak. Selvmord i PHV-BU er sjelden, men har enorme konsekvenser i form av tapte leveår og store lidelser både for den avdøde, de etterlatte og øvrige nettverk som for eksempel venner og nærmiljø.

Sørge for at barn og unge med psykiske lidelser får rask nok hjelp på riktig nivå

Rask og adekvat hjelp, inkludert tilgjengelig ø-hjelp ved akutt selvmordsfare er essensielt for alle med selvmordsproblematikk. Færre barn og unge under 18 år er i kontakt med PHV-BU før selvmord, sammenlignet med det vi finner i spesialisthelsetjenester for voksne med psykiske lidelser. Selv om dette kan ha mange forklaringer, bør tjenestene ha et fokus på tilgjengelige tjenester for ungdom i akutte kriser, og på denne måten forebygge flere selvmord. Det er også et behov for at ulike tilbud rettet mot ungdom i både spesialisthelsetjenesten og kommunen gjennomgås og sees i sammenheng for å sikre tilgjengelige tjenester for de som trenger det. Særlig synes det viktig å nå et større antall gutter, som gjennomgående har mindre kontakt i PHV-BU før selvmord.

Sikre at pasienter får behandling av god kvalitet

Redusere antallet uavklarte tilstander

Tjenestene bør avklare hva som lokalt er til hinder for å få ferdigstilt utredning og diagnostiske vurderinger, for eksempel i form av kompetanse, organisering og ideologi, og ha som mål å betydelig redusere andelen med uavklarte tilstander både ved siste kontakt

og i behandlingsforløpet generelt. Ikke minst gjelder dette for rusdiagnoser. Rusmisbruk er en veletablert risikofaktor for selvmord, også hos ungdom, og det er viktig med økt oppmerksomhet på denne gruppen for å kunne tilby integrert og god behandling, både for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det bør også undersøkes hvorfor så mange flere gutter enn jenter ikke registreres med diagnose under kontakt med tjenestene før selvmord.

Risikohåndtering

Det er viktig å fange opp pasienter med tidligere og aktuell selvmordsatferd og selvskading, da dette er viktige risikofaktorer. Det er behov for mer kunnskap vedrørende tidligere selvmordsatferd og selvskading, og Kartleggingssystemet vil kunne bidra med mer kunnskap på dette området.

Likevel er det verdt å merke seg at svært få personer døde av de metodene som hyppigst brukes ved selvskading og selvmordsforsøk. Tjenestene bør øke bevisstheten om at metoder brukt ved selvskading og selvmordsforsøk skiller seg fra selvmordsmetoder blant barn og unge, for å mer effektivt kunne implementere begrensninger i tilgang på metode der det er mulig.

Poliklinisk behandling

Poliklinikkene er den viktigste arenaen for selvmordsforebygging blant barn og unge som mottar tjenester fra PHV-BU, da døgnbehandling i PHV-BU er svært sjelden. Tilstrekkelig utredning og diagnostisering, spesialisert kompetanse på suicidal atferd, samt gode rutiner for samarbeid er viktige komponenter for et godt tjenestetilbud.

Koordinering og planlegging av videre oppfølging etter avsluttet poliklinisk behandling i PHV-BU

Oppfølging må sikres etter avsluttet poliklinisk kontakt. Involvering av pårørende og kriseplaner er tiltak som kan redusere

selvmordsrisikoen etter utskrivelse eller avsluttet behandling. God oppfølging av førstelinjetjenester som fastlege, skolehelsetjeneste og øvrige kommunale helsetjenester er også viktig i det forebyggende arbeidet.

Overgang til spesialisthelsetjenester for voksne (PHV-V og TSB)

Overganger mellom tjenester er generelt høyrisikoperioder for selvmord hos personer i behandling. Selvmordsratene stiger betydelig rundt 18 års alder både i befolkningen og blant de som har kontakt med spesialisthelsetjenesten og en høy andel selvmord blant ungdom med kontakt i PHV-BU skjer etter kontakten er avsluttet eller overført til andre tjenester (PHV-V og TSB).

Økt fokus på gutter i slutten av tenårene

Fra 17 års alder ser vi en kraftig økning i antall selvmord, spesielt blant gutter. Samtidig er andelen gutter som har vært i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord lavest i aldersgruppen 17-19 år, noe som kan henge sammen med mangel på ønske om hjelp og mulighet for å takke nei til behandlingstilbud etter fylte 16 år. Den lave andelen i kontakt må som tidligere nevnt også tolkes i lys av at mange av 18 og 19 åringene kan ha gått over til PHV-V eller TSB, og dermed ikke har hatt kontakt med PHV-BU det siste året før dødsfallet. Videre forskning på denne aldersgruppen vil derfor være aktuelt for å se nærmere på overgangen fra PHV-BU til spesialisthelsetjenester for voksne. Tiltak for å få flere gutter til å oppsøke hjelp og takke ja til behandlingstilbud bør vurderes. Både myndigheter og relevante tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten bør gjennomgå tilbudene og undersøke om disse er godt nok tilpasset gutter i denne alderen.

Forebyggende arbeid utenfor PHV-BU

Det er viktig å legge til rette for forebygging også innenfor andre arenaer enn PHV-BU. I tillegg til psykiske lidelser er det funnet flere ulike risikofaktorer knyttet til selvmord

blant tenåringer, og psykososiale stressorer og vanskelige livshendelser/kriser kan være utløsende faktorer. Ungdommer lever i mange forskjellige type akutte kriser, alt fra familiekonflikter, kjærlighetssorg og andre relasjonelle problemer. Det er ikke alle akutte kriser og problemer som PHV-BU kan eller skal løse, og vi må derfor tenke bredt særlig rundt ungdomsgruppen. Det vil være viktig å vektlegge tiltak i kommunen og sikre et godt samarbeid mellom fastlege og andre førstelinjetjenester, helsestasjoner og skolehelsetjenester, samt chatte-tjenester og krisetelefoner. Dette er tjenester som bør samordnes og inkluderes i tilbudet til ungdom – og ikke minst være lett tilgjengelig. Helsedirektoratet har utarbeidet et veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskaading og selvmord (Helsedirektoratet, 2017) som blant annet tar for seg hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan organisere arbeidet internt, og sikre samhandlingen mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer. Organiseringen av helsetjenestene ser også ut til å gjennomgå en endring mot mer vektlegging av tiltak og oppfølging fra kommune- og førstelinjetjenestene. Kommunen vil således ha et vel så stort ansvar for forebygging av selvmord i denne aldersgruppen som spesialisthelsetjenesten. Videre vil det også være viktig å implementere forebyggende tiltak innenfor arenaer som er tilgjengelig for alle. Skolen er en slik arena og trekkes frem i den nylig lanserte handlingsplanen (Regjeringen, 2020). Det eksisterer blant annet et skoleprogram (YAM) med dokumentert effekt (Wasserman et al., 2015) som er under utprøving i Norge (Mental Helse, 2021). Trygg kommunikasjon rundt selvmord på nettet er et annet viktig område i det forebyggende arbeidet blant barn og unge. #Chatsafe har utviklet veiledere for trygg kommunikasjon om selvmord på nettet - en for ungdom (Robinson et al., 2018) og en for lærere (Orygen, 2020), begge oversatt og tilpasset norske forhold av NSSF (www.selvsmord.no).

Behov for å videreutvikle et pasientsikkerhetsperspektiv i PHV-BU

I snitt skjer det 6-7 selvmord i året blant barn og unge under og inntil ett år etter kontakt med PHV-BU. Både antallet selvmord, og selvmordsraten, er betydelig lavere enn i tilsvarende tjenester for voksne. Dette kan forstås på flere måter. Som vi har vært inne på gjør den store underliggende variasjonen blant barn og unge at det er et begrenset antall unge som er i høy risiko i tjenestene hvert år, fordi gjennomførte selvmord i svært stor grad skjer hos de eldste ungdommene. Samtidig er det selvfølgelig et felles mål å redusere antall selvmord under og etter kontakt med PHV-BU så mye som mulig. Som kjent har Regjeringen innført en nullvisjon for selvmord i og utenfor helsetjenesten i Norge med innføring av den siste nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord (Regjeringen, 2020).

I denne rapporten har vi beskrevet alle selvmord under og etter kontakt med PHV-BU fra 2008 til 2018. Det er allikevel viktig å minne om at antall selvmord i denne gruppa med all sannsynlighet hadde vært betydelig høyere uten et så omfattende tjenestetilbud som vi har innenfor PHV-BU i Norge. Denne delen av helsetjenesten behandler et stort antall ungdom med et betydelig omfang av risikofaktorer for suicidal atferd, inkludert selvmord (Gårdvik et al., 2021). Ikke minst gjelder dette døgnenhet, hvor akutt selvmordsfare ofte utgjør selve indikasjonen for innleggelse (Kandsperger et al., 2021). Det at selvmord på tross av omfanget av risikofaktorer er en ekstremt sjelden hendelse både på døgnenhet og i forbindelse med øvrig kontakt med PHV-BU gir således også grunn til å reflektere over hva det er som fungerer selvmordsforebyggende slik tjenestene fungerer i dag. For eksempel kan det tenkes at både tradisjonell involvering av familie og andre samarbeidspartnere, en ofte meget tett oppfølging under opphold i døgnenhet og andre karakteristika ved tjenestene kan være med på å forklare de relativt lave selvmordsratene uten at det lar seg studere i vårt materiale.

I psykisk helsevern er det liten tvil om at selvmord og annen suicidal atferd er viktige hendelser i et pasientsikkerhetsperspektiv. Samtidig er det betydelige mangler i vår kunnskap om hvorledes pasientsikkerhet best ivaretas innenfor psykisk helsevern og det er en stor mangel på studier med et pasientsikkerhetsperspektiv innenfor psykisk helsevern generelt og ikke minst innenfor PHV-BU.

Tradisjonelt har man innenfor pasientsikkerhetsarbeid vært opptatt av å analysere svikt og avvik, for eksempel selvmord eller selvmordsforsøk, for så å fokusere på forbedrende prosedyrer og læring i organisasjonen for å forebygge slike hendelser i fremtiden. En slik tilnærming kalles gjerne Safety-I. Nyere tenkning og tilnærminger innenfor pasientsikkerhet er i økende grad opptatt av å bygge inn resiliens i ordinær klinisk drift, såkalt Safety-II tenkning (Berg, 2021). Med utgangspunkt i Hollnagel (2014) sin teori beskriver Berg Safety-II perspektivet på pasientsikkerhet som «systemets evne til å oppnå suksess under varierende omstendigheter» (s. 36). Et slikt perspektiv kan synes særlig velegnet for å videre utvikle selvmordsforebyggende tiltak spesielt innenfor PHV-BU, hvor det alvorligste utfallet – selvmord, er meget sjelden, komplekst, og har mange usikkerhetsmomenter og uklart kunnskapsgrunnlag.

Mange av de momentene vi har pekt på under implikasjoner, slik som svikt i diagnostikk, sikring av tilgang på tjenester, oppmerksomhet og intervensjoner i særlig sårbare faser som for eksempel overganger i behandlingsforløpet, og behov for å se ulike tiltak og tjenester i sammenheng passer klart bedre inn i et Safety-II perspektiv enn i en mer tradisjonell modell med vekt på isolerte prosedyrer hvor det å identifisere svikt, melde og rette opp i avvik står sentralt (Safety-I tilnærming). Med den relativt sett lave selvmordsraten som pasienter i PHV-BU har, er det sannsynlig at

arbeid med kvalitet og resiliens i tjenestene trolig har et langt større potensial enn en ensidig vektlegging av å analysere svikt og avvik. Ikke minst vil det kunne gjøre pasientsikkerhetsarbeid rettet mot suicidal atferd i PHV-BU mer gjennomførbart og meningsfullt. Safety-II perspektivet vektlegger også hvordan selvmordsforebyggende tiltak må integreres med øvrige behandlingsaktiviteter og det må foregå en løpende tilpasning av disse i tjenestene. Fokuset bør ligge på å gi helsetjenester av høy kvalitet der man er særlig oppmerksom på risikofaser som overganger og utskrivelser.

Referanser

- Andersson, H. W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. (SINTEF rapport 2/09, A9714). Trondheim: SINTEF.
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf>
- Berg, S. H (2021). Fra Safety-I til Safety-II: Mot nye perspektiver på pasientsikkerhet i selvmordsforebygging. *Suicidologi*, 26(2), 34-45. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.9308>
- Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(03), 395-405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Deisenhammer, E. A, Ing, C. M, Strauss, R., Kemmler, G, Hinterhuber, H & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychology* (70 (1): 19-24
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)*. Versjon 2.0 2018. (Rapport IE-1030). <https://ehelse.no/kodeverk/multiaksial-klassifisering-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-phbu>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Drapeau, C. W. (2019) Establishing a research agenda for child and adolescent safety planning. *Children's Health Care*, 48(4), 428-443. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630281>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank*. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D., Bridge, J. A., Sweeney, H. A., & Campo, J. V. (2020). Clinical Profiles and Health Services Patterns of Medicaid-Enrolled Youths Who Died by Suicide. *JAMA Pediatrics*, 174(5), 470-477. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0002>
- Freuchen, A., Kjelsberg, E., & Grøholt, B. (2012). Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 6(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-30>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., . . . Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>

- Gjertsen, F., Leenaars, A., & Vollrath, M. E. (2014). Mixed Impact of Firearms Restrictions on Fatal Firearm Injuries in Males: A National Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 (1), 487-506. <https://doi.org/10.3390/ijerph110100487>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., . . . & Boatman, A.E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294-308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Gould, M. S., Kleinman, M. H., Lake, A. M., Forman, J., & Midle, J. B. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 34-43. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70225-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70225-1)
- Gould, M. S., Lake, A. M., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S., & Madnick, A. (2018). Exposure to suicide in high schools: Impact on serious suicidal ideation/behavior, depression, maladaptive coping strategies, and attitudes toward help-seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 455. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030455>
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473-481. <https://doi.org/10.1097/00004583-199805000-00008>
- Grøholt, B., Haga, E., Tørmoen, A., Ramberg, M., & Mehlum, L. (2014). Screening for selvskading i barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikker – erfaringer fra rekruttering til en randomisert kontrollert studie. *Suicidologi*, 19(3), 24-29. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2269>
- Gårdvik, K. S., Torgersen, T., Rygg, M., Lydersen, S & Indredavik, M. S. (2021). Suicidality, function and associated negative life events in an adolescent psychiatric population at 3-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 21(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03100-w>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Helsedirektoratet. (2018). *Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge – utvikling og variasjon 2013-2017* (Rapport 09/2018). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge--utvikling-og-variasjon-2013-2017>
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2021, lest 24. januar 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

- Helsedirektoratet. (2019a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018* (Rapport 03/2019) <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Årsrapport 2018, Norsk pasientregister* (Rapport IS-2798). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norsk-pasientregister-arsrapporter/>
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. London: CRC Press
- John, A., Reilly, R., Price, L., Okolie, C., & Heatman, B. (2019). *Thematic review of deaths of children and young people through suicide, 2013-2017*. Public Health Wales NHS Trust. <https://phw.nhs.wales/news/averting-tragedy-suicide-prevention-in-welsh-children-and-young-people/thematic-review-of-deaths-of-children-and-young-people-through-probable-suicide-2013-2017-main-report/>
- Kandsperger, S., Jarvers, I., Schleicher, D., Ecker, A., Wirth, M., & Brunner, R. (2021). Suicidality Presented to a Child and Adolescent Psychiatry Emergency Service: Increasing Rate and Changing Characteristics. *Frontiers in psychiatry*, 12:708208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.708208>
- Kjerkol, Ingvild (2022). *Sykehustalen 2022: Vi skal styrke vår felles helsetjeneste*. [Tale] <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2022/id2895158/>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., ... & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 544-554. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00064-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00064-x)
- Mental Helse. (2021). *YAM – Youth Aware of Mental Health*. Mental Helse. <https://mentalhelse.no/vart-arbeid/yam-youth-aware-of-mental-health>
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. (2019). *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri*. (Veileder i BUP 4. utgave) Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/>
- Orygen. (2020). *#chatsafe for lærere - hvordan lærere kan bistå til sikker kommunikasjon om selvmord på nettet*. Melbourne: Orygen. <https://www.orygen.org.au/chatsafe/Resources/chatsafe-for-educators/Norway-Norwegian>

- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., . . . & Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet* 374(9693), 881-892. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
- Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Data quality in the Cause of Death Register. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 135: 768-70. <https://doi: 10.4045/tidsskr.14.1065>
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide. *Pediatric Drugs*, 5(4), 243-265. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.2165/00128072-200305040-00004>
- Puzo, Q., Qin, P., & Mehlum, L. (2016). Long-term trends of suicide by choice of method in Norway: a joinpoint regression analysis of data from 1969 to 2012. *BMC Public Health* 16 (1), 255. <https://doi: 10.1186/s12889-016-2919-y>
- Regjeringen. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord. 2020-2025. Ingen å miste*. Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. (Dokument 3:13 (2020-2021)). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Robinson, J., Hill, N., Thorn, P., Teh, Z., Battersby, R., & Reavley, N. (2018) *#Chatsafe: Veiledning for ungdom om å kommunisere trygt om selvmord på nettet*. Melbourne: Orygen. <https://www.orygen.org.au/chatsafe/Resources/International-guidelines/Norway-%E2%80%93-Norwegian>
- Rodway, C., Tham, S.-G., Ibrahim, S., Turnbull, P., Windfuhr, K., Shaw, J., . . . Appleby, L. (2016). Suicide in children and young people in England: A consecutive case series. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 751-759. [https://doi:10.1016/S2215-0366\(16\)30094-3](https://doi:10.1016/S2215-0366(16)30094-3)
- Rodway, C., Tham, S. G., Ibrahim, S., Turnbull, P., Kapur, N., & Appleby, L. (2020a). Children and young people who die by suicide: childhood-related antecedents, gender differences and service contact. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi:10.1192/bjo.2020.33>
- Rodway, C., Tham, S. G., Turnbull, P., Kapur, N., & Appleby, L. (2020b). Suicide in children and young people: Can it happen without warning? *Journal of Affective Disorders*, 275, 307-310. <https://doi:10.1016/j.jad.2020.06.069>
- SINTEF. (2009). *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008*. (SINTEF Rapport A12373). SINTEF Teknologi og Samfunn. <https://www.sintef.no/globalassets/project/samdata/sektorrapport-psykisk-helsevern-2008/samdata-sektorrapport-for-det-psykiske-helsevernet-2008-2-09.pdf>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1570–1572. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>
- Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L., & Brown, G. K. (2016). An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatric Services*, 67(6), 680–683. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500082>
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2020). *Ungdom med uavklart tilstand- Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP* (Ukom Rapport 3-2020). Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. <https://ukom.no/rapporter/ungdom-med-uavklart-tilstand/ungdom-med-uavklart-tilstand>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Forventet gjenstående levetid, etter kjønn og alder 1986 - 2019*. [Statistikk] <https://www.ssb.no/statbank/table/05375/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Psykisk helsevern for barn og unge. Døgnplasser, utskrivinger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak 1990 - 2020*. [Statistikk] <https://www.ssb.no/statbank/table/04513>
- Tørmoen, A., Myhre, M., Walby, F., Groholt, B., & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health*, 30(4), 688-692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042>
- Tørmoen, A., Rossow, I., Larsson, B., & Mehlum, L. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1447-1455. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0646-y>
- 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 registersstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). *Selv mord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2007 - en nasjonal registrerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A & Myhre, M. Ø. (2020). Selvmord, villet egenskade og selvmordstanker. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 187-199). Gyldendal.
- 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. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G.-X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*, 4(2), 114. <http://pmcid.org/pmc1414751>

- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., . . . Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [http://doi:10.1016/s0140-6736\(14\)61213-7](http://doi:10.1016/s0140-6736(14)61213-7)
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J., . . . & National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 49(11), 1155-1165. <http://doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [http://doi:10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](http://doi:10.1016/s2215-0366(16)30030-x)
- Øverland S., Knudsen A.K., Vollset S.E., Kinge J.M., Skirbekk V. & Tollånes M.C. (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016*. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

Oversikt over figurer og tabeller

Figurer

Figur 1.	Kobling og uttrekk av registerdata fra DÅR og NPR for personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018.	16
Figur 2.	Antall selvmord per år blant personer i kontakt med PHV-BU siste år, fra 2008 til 2018	19
Figur 3.	Selvmondsrate i PHV-BU per år i perioden 2008-2018 per 1 000 pasienter.....	23
Figur 4.	Selvmondsrate i PHV-BU per år i perioden 2008-2018 fordelt på kjønn, per 1 000 pasienter.	24
Figur 5.	Selvmondsrate i PHV-BU i perioden 2008-2018 fordelt på aldersgrupper, per 1 000 pasienter.	25
Figur 6.	Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018.	28
Figur 7.	Selvmondsmetoder blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018.	29
Figur 8.	Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018 (%).....	42
Figur 9.	Hoveddiagnoser ved siste kontakt i alle sektorene, blant personer med kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i perioden 2008-2018.	47

Tabeller

Tabell 1.	Andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018	20
Tabell 2.	Andel i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord, fordelt på alder.....	21
Tabell 3.	Kontakt med PHV-BU siste året før selvmord, selvmordsrate i PHV-BU og selvmordsrate i barne- og ungdomspopulasjonen uten kontakt med PHV-BU, rater per 1 000	22
Tabell 4.	Aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018	26
Tabell 5.	Kjønn- og aldersfordeling blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018.....	27
Tabell 6.	Selvmondsmetode blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn.....	30

Tabell 7.	Antall personer i kontakt med de ulike sektorer siste år og antall personer med siste kontakt i de ulike sektorene, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018.....	31
Tabell 8.	Antall personer som har hatt døgnopphold i de ulike sektorene siste år og siste 90 dager, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018 (n=73)	32
Tabell 9.	Kjønn- og aldersfordeling blant personer som har hatt døgnopphold siste år (inkluderer alle sektorer)	33
Tabell 10.	Antall døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018.....	34
Tabell 11.	Varighet av siste døgnopphold per sektor blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018	35
Tabell 12.	Varighet av siste døgnopphold for alle sektorer samlet, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018	36
Tabell 13.	Poliklinisk kontakt siste år og siste 90 dager blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU.....	37
Tabell 14.	Antall polikliniske kontakter (både direkte og indirekte) totalt i alle sektorer og i PHV-BU	38
Tabell 15.	Antall direkte polikliniske kontakter totalt i alle sektorer, fordelt på kjønn	39
Tabell 16.	Antall direkte polikliniske kontakter totalt i alle sektorer, fordelt på aldersgrupper...	40
Tabell 17.	Antall indirekte kontakter blant personer med indirekte poliklinisk kontakt i alle sektorer (n=64), fordelt på kjønn.....	41
Tabell 18.	Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn	43
Tabell 19.	Behandlingsstatus ved siste kontakt i alle sektorer blant personer i kontakt med PHV-BU siste år i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper	43
Tabell 20.	Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn	44
Tabell 21.	Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper	45
Tabell 22.	Tid (i dager) fra siste kontakt i alle sektorer til selvmord, blant personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-BU i perioden 2008-2018, fordelt på poliklinisk behandlingsstatus	46
Tabell 23.	Hoveddiagnose ved siste kontakt i alle sektorer, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn.....	48

Tabell 24.	Diagnoser i alle sektorer siste år, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på kjønn.....	50
Tabell 25.	Diagnoser i alle sektorer siste år, blant personer i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2008-2018, fordelt på aldersgrupper	51
Tabell 26.	Kjønn- og aldersfordeling blant personer med siste kontakt i PHV-BU.....	53
Tabell 27.	Behandlingsstatus ved siste polikliniske kontakt blant personer med siste kontakt i PHV-BU, fordelt på kjønn.....	53
Tabell 28.	Behandlingsstatus ved siste polikliniske kontakt blant personer med siste kontakt i PHV-BU, fordelt på aldersgrupper	54
Tabell 29.	Hovedtilstand på akse 5 - avvikende psykososiale forhold, blant personer med siste kontakt i PHV-BU.....	55
Tabell 30.	Akse 6 - global vurdering av funksjonsnivå (CGAS), blant personer med siste kontakt i PHV-BU.....	56
Tabell 31.	Omsorgssituasjon blant personer med siste kontakt i PHV-BU	57

Nettside: www.uio.no/kartleggingssystemet

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

Twitter: @NSSFKartlegging

• **NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**
i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging**

Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygg 12,
0372 OSLO



**UNIVERSITETET
I OSLO**

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging