

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

1910 døde pasienter

Selv mord i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling 2008 til 2015
– en nasjonal registerstudie

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



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF 

Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Utgitt av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, 2018.

Tittel

1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie.

Forfattere

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

Publikasjonstype: Rapport
ISBN 978-82-995816-3-9 (Trykt, heftet)
ISBN 978-82-995816-4-6 (PDF)

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

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

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

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

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasient- register (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 Dødsårsaks- registeret (DÅR). Folkehelseinstituttet, som data- behandlingsansvarlig for Dødsårsaksregisteret, har ikke ansvar for tolkning og rapportering på bakgrunn av det utleverte datamaterialet.

All rights reserved ©2018

1910 døde pasienter

Selv mord i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling 2008 til 2015
– en nasjonal registerstudie

Innhold

Senterleders forord	6
Prosjektleders forord	7
Sammendrag	8
Innledning	9
Bakgrunn	9
Erferinger fra Storbritannia	10
Kartleggingssystemet	11
Om rapporten «1910 døde pasienter»	11
Rapportens formål og avgrensning	11
Spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus	11
Psykisk helsevern for voksne (PHV)	12
Psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU)	12
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	12
Avtalespesialister	12
De regionale helseforetakene	12
Metode	13
Datagrunnlag	13
Dødsårsaksregisteret	13
Norsk pasientregister	13
Registerkobling og uttrekk	13
Etikk og tillatelser	13
Statistikk	14
Valg av variabler	14
Definisjon av variabler	14
Omsorgsnivå	14
Diagnoser	14
Type enhet ved døgnopphold	14
Behandlingsstatus	14
Tid fra siste kontakt	15
Del 1: Resultater fra alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus samlet	16
Fordeling av selvmord i de ulike tjenestene	19
Helseregion	20
Bostedsfylke	22
Kjønn	24
Alder og kjønn	25
Selvordsmetoder	29

Del 2: Resultater fra psykisk helsevern for voksne	32
Del 2.1: Personer i kontakt med psykisk helsevern for voksne siste leveår	36
Helseregion	37
Kjønn	38
Alder	40
Selvordsmetoder	42
Sektor	44
Døgnopphold	45
Poliklinisk kontakt	47
Del 2.2: Personer med siste kontakt i psykisk helsevern for voksne	50
Diagnose ved siste kontakt	51
Omsorgsnivå og behandlingsstatus ved siste kontakt	54
Selvord under døgnopphold	54
Varighet av innleggelse før selvmord	55
Tid fra utskrivelse til selvmord	57
Tid fra siste polikliniske kontakt til selvmord	58
Antall polikliniske kontakter fordelt på status	60
Diskusjon	62
Del 1: Alle sektorer	62
Høy andel i kontakt før selvmord	62
Endringer over tid	63
Sektor	64
Kjennetegn ved personene som døde i selvmord etter kontakt med tjenesten	64
Del 2: Psykisk helsevern	65
Døgnopphold	65
Poliklinisk kontakt	65
Diagnoser ved siste kontakt	66
Tidsmessig nærhet av kontakt	67
Selvordsmetoder	68
Kvalitet i behandlingstilbudet	68
Del 3: Begrensninger og metodikk	68
Del 4: Implikasjoner for forebygging	70
Del 5: Behov for mer kunnskap	72
Referanser	73
Oversikt over figurer og tabeller	75
Appendiks	76

Senterleders forord

Vi har forholdsvis godt utbygde helsetjenester i Norge og en psykisk helsevernsektor med mange og flinke fagfolk. Likevel er det et tankekors at så mange selvmord skjer under eller kort tid etter kontakt med det psykiske helsevernet i vårt land. Vi har manglet en god oversikt over omfanget av dette alvorlige problemet, og vi har hatt lite systematisk kunnskap om karakteristika ved gruppen av personer som dør ved selvmord under eller etter behandling. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging derfor iverksatt flere tiltak for å kaste lys over disse problemstillingene. Nå foreligger den første rapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den er den første i Norge til å presentere nasjonale tall på omfanget av kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus før selvmord.

I perioden 2008 til 2015 døde i alt 1910 personer i selvmord under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenestene. Dette er vesentlig høyere tall enn tidligere antatt og hva etablerte meldesystemer har kunnet avdekke. Nærmere halvparten av alle selvmord i Norge skjer i gruppen av personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus innenfor det siste året før sin død. Dette er svært høye tall, både i antall og andel, og de bør fungere som en vekker for alle politikere, fagfolk på feltet og ellers alle samfunnsengasjerte mennesker. Psykisk uhelse er en svært sentral risikofaktor for selvmord, og tallene i denne rapporten viser at personer som har tatt sitt eget liv i høy grad har vært i kontakt med hjelpeapparatet i tiden før sin død. Om hjelpen de fikk var god nok eller om det sviktet, sier denne rapporten intet om. Men den viser at vi har mange – og kanskje for lite brukte – muligheter til å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot risikoutsatte brukere av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus.

Vi håper at det som framkommer av ny viten i denne rapporten vil være et bidrag på veien mot et mer fakta- og kunnskapsbasert grunnlag for utforming og evaluering av selvmordsforebyggende tiltak i helsetjenestene. Vi håper også at myndigheter, helseforetak og helsepersonell, samt ulike brukergrupper og involverte vil granske innholdet nøye. Innsatsen for selvmordsforebygging trenger å styrkes kraftig. 1910 døde er 1910 for mye.

Lars Mehlum

Professor dr med
Senterleder
NSSF

Prosjektleders forord

Denne rapporten er et resultat av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging mangeårige arbeid med å få etablert bedre ordninger i form av et kartleggingssystem for selvmord etter modell fra det engelske systemet *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* som i over 20 år har vært en svært viktig kilde til informasjon på området, også internasjonalt.

Et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nå omsider under etablering også i Norge. Prosessen har vært svært tidkrevende, men vi regner med å kunne starte opp i nær fremtid. Denne rapporten er utført som et ledd i arbeidet med å etablere Kartleggingssystemet, men bygger på et mindre tilfang av data enn hva Kartleggingssystemet vil inkludere. Allikevel gir den et klart bilde av det store antall av selvmord hos personer som har mottatt behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste leveår.

Bak hvert eneste dødsfall ved selvmord skjuler det seg store personlige tragedier, omfattende sorg og smerte hos etterlatte og øvrig nettverk, og betydelig stressorer for helsepersonell, helsetjenestene og for samfunnet som helhet. Dette er den første i en rekke planlagte publikasjoner fra Kartleggingssystemet. Kartleggingssystemets overordnede mål er å bidra til å redusere antall selvmord i tjenestene, ut ifra et premiss om at det er nødvendig med økt innsats her også for å kunne redusere selvmord i befolkningen generelt.

Mange personer har bidratt til denne rapporten. Jeg vil takke hele miljøet ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging med senterleder prof. dr. med Lars Mehlum i spissen. Takk også til administrasjonskonsulent Wenche Andreassen for hjelp med korrektur og til Giulia Caruso som en periode var engasjert som forskningsassistent i prosjektet. Fra Norsk Pasientregister har Heidi Jensberg og Knut Ivar Johansen bidratt både med data og bistand til utredninger av hva som allerede eksisterer av relevante data til bruk for Kartleggingssystemets formål. Takk til Per Bernhard Pedersen i HDIR for bistand med å kategorisere døgnenheter – noe vi vanskelig kunne konstruert på egenhånd. Spesielt takk til vår saksbehandler i HDIR Karin Gravbrøt for vedvarende godt samarbeid, bistand og optimisme knyttet til etableringen av Kartleggingssystemet.

Til slutt – en særdeles stor takk til mine nærmeste medarbeidere Martin Ø. Myhre og Anine T. Kildahl som har vært involvert i alt arbeid med denne rapporten, og som har en vesentlig del av fortjenesten for at den nå er ferdig.

Fredrik A. Walby

Forsker / psykologspesialist
Prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge har vi frem til nå manglet en systematisk oversikt over hvor mange som dør i selvmord under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Den manglende oversikten har gjort det vanskelig å monitorere endringer over tid og utvikle gode forebyggende tiltak for en viktig risikogruppe for selvmord. Denne rapporten presenterer resultatene fra den første nasjonale registerstudien av selvmord blant personer i kontakt med psykisk helsevern og relaterte spesialisthelsetjenester siste år før dødsfallet i perioden 2008–2015.

Metode

Alle dødsfall registrert som selvmord i Dødsårsaksregisteret i årene 2008 til 2015 ble sammenstilt med data fra Norsk pasientregister for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og avtalespesialister. Personer i alle aldre som hadde hatt direkte kontakt med en eller flere av disse tjenestene året før selvmordet, ble inkludert.

Hovedfunn

- Nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i løpet av siste leveår.
- Flere menn enn kvinner dør i selvmord etter kontakt med tjenestene, mens andelen kvinner som har hatt kontakt med tjenestene før et selvmord er høyere.
- Det er betydelig mindre kontakt med tjenestene før selvmord i de eldste aldersgruppene.

- Psykisk helsevern er den desidert største sektoren av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, og 87 % av personene i materialet hadde kontakt med denne sektoren siste år.
- 67 % av personene i kontakt med psykisk helsevern siste år hadde hatt en eller flere innleggelser siste leveår. Dette viser at perioden under og etter døgnopphold er sentral for selvmordsforebygging.
- Selvmord blant personer i kontakt med psykisk helsevern skjer i hovedsak nært i tid opp mot siste kontakt. Spesielt blant personer utskrevet fra døgnopphold skjer en stor andel av selvmordene kort tid etter utskrivelse.
- De personene som døde i selvmord under eller etter en poliklinisk kontakt, hadde få kontakter og korte forløp.
- Affektive tilstander var i psykisk helsevern den største diagnosegruppen (32 %), etterfulgt av uspesifiserte tilstander (24 %). Depresjon utgjorde majoriteten (82 %) av de affektive tilstandene.

Konklusjon

Nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste leveår. Dette viser nødvendigheten av, og muligheter for, bedre selvmordsforebygging for pasienter i spesialisthelsetjenestene. Tiltak i høyrisikoperioder – som tiden etter utskrivelse fra døgnopphold – fremstår som et viktig prioriteringsområde. Det er nødvendig med mer detaljert informasjon for å kunne utvikle og evaluere effektive forebyggingstiltak.

Innledning

Hvert selvmord er en tragedie i form av et liv som har gått tapt. I Norge er selvmord blant de viktigste årsakene til tapte leveår – særlig blant menn og unge voksne opp til 40 år (Tollånes et al., 2018). Et selvmord har også store konsekvenser for avdødes etterlatte og pårørende. Det er ikke uvanlig at både etterlatte og fagfolk som har vært i kontakt med pasienten før et selvmord sliter med både skyldfølelse og skam i etterkant av hendelsen. Psykiske lidelser er en viktig risikofaktor for selvmord (Cavanagh, Carson, Sharpe, og Lawrie, 2003; Harris og Barraclough, 1997). Derfor er spesialisthelsetjenester som behandler psykiske lidelser en sentral setting for forebygging av selvmord. I Norge blir det årlig registrert fra 500 til over 600 selvmord, men hvor stor andel av disse som har vært pasienter i psykisk helsevern finnes det ingen systematisk oversikt over. Særlig har det manglet kunnskap om selvmord etter avsluttet behandling.

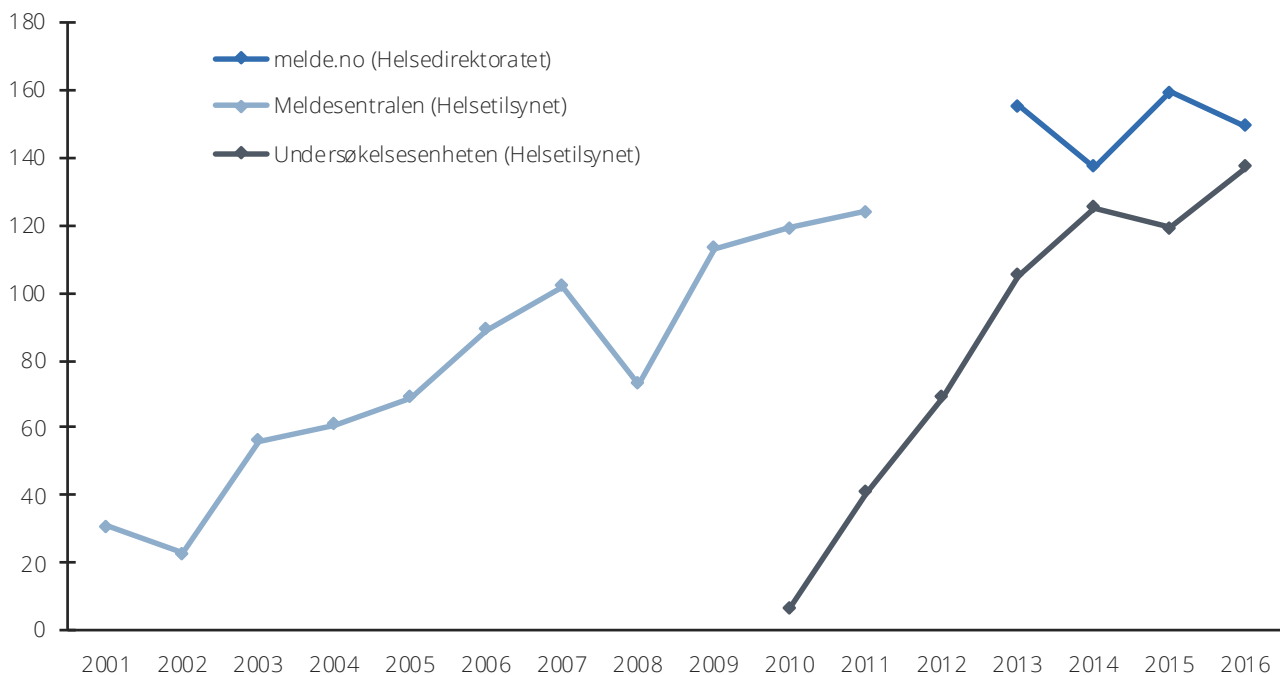
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har i flere år arbeidet for å få etablert en landsdekkende oversikt over selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern, og i 2015 fikk senteret i oppdrag fra Helsedirektoratet å starte innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hensikten med systemet er å sikre en løpende systematisk oversikt over selvmord i disse tjenestene, for å kunne bruke denne kunnskapen til å utvikle forebyggende tiltak på systemnivå i helsetjenestene.

Bakgrunn

Både Helsetilsynet og Meldeordningen til Kunnskaps-senteret, som de siste årene har vært underlagt Helsedirektoratet, har i flere år registrert selvmord og annen type selvmordsatferd i spesialisthelsetjenestene. Dette gir allikevel utelukkende et bilde

av andelen selvmord i tjenestene som er blitt rapportert, og ingen komplett oversikt over selvmord som har skjedd under og særlig etter kontakt med psykisk helsevern. I de eksisterende ordningene fremkommer det heller ingen beskrivelser av pasientene, behandlingen de fikk, eller omstendigheter rundt selvmordet. For eksempel rapporteres det ikke hvor mange selvmord som skjedde under innleggelse eller under pågående poliklinisk behandling. Figur 1.1. er en sammenstilling av antall selvmord registrert via de ulike eksisterende meldeordningene i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus for årene 2001–2015. Den dramatiske økningen i selvmord som kurvene viser gjennom perioden, gjenspeiler sannsynligvis i stor grad en endret meldekultur og ikke det faktiske antallet selvmord i tjenesten.

Utover meldeordningene har også forskningen på området pekt på betydningen av å se nærmere på selvmord i denne pasientgruppen. En metaanalyse basert på studier fra 13 ulike land fant at omtrent en fjerdedel av alle selvmordene internasjonalt skjedde blant personer som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern det siste leveåret – med betydelig variasjon mellom ulike land (Walby, Myhre, og Kildahl, 2018). Mens man eksempelvis i USA og Kina finner en mer beskjeden andel i kontakt før et selvmord, er det mye som tyder på at kontakt-ratene i Norge er betydelig høyere enn gjennomsnittet internasjonalt. En eldre studie i Norge (Walby, Odegaard, og Mehlum, 2006) viste at ved 25 % av selvmordene i Oslo hadde personen vært innlagt på psykiatrisk sykehus i løpet av de siste 3 årene før dødsfallet, mens en nyere registerstudie som inkluderte både polikliniske og innlagte pasienter viste at 41 % av de som døde i selvmord i Norge hadde vært i kontakt med psykisk helsevern året før selvmordet (Bakken et al., 2015). Funnet underbygges



Figur 1.1. Antall selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene rapportert til hhv. Helsetilsynet (Meldesentralen og Undersøkelsesenheten) og Kunnskapssenteret/ Helsedirektoratet (melde.no) i perioden 2001–2016.

videre av en nyere studie gjennomført i Agderfylkene i tidsperioden 2004–2013, hvor man fant at hele 46 % hadde kontakt det siste året før selvmordet (Haa-land, Bjørkhold, Freuchen, Ness, og Walby, 2017).

Med bakgrunn i disse tallene kan man lure på hvorfor vi har akseptert en så mangelfull oversikt over selvmord i Norge, og hvorfor vi har så lite systematisk kunnskap om selvmord blant personer som har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten. Den manglende oversikten har gjort det umulig å monitorere forekomst og eventuelle endringer i selvmordsproblematikken hos pasientene, og det har vært umulig å identifisere særlige sårbare områder. I tillegg til at det har vært vanskelig å utvikle forebyggende tiltak, har muligheten for å evaluere eventuelle virkninger av slike tiltak også vært svært begrenset.

Erfaringer fra Storbritannia

I Storbritannia har *The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (NCISH) ved universitetet i Manchester siden 1994 systematisk kartlagt alle selvmord og drap blant pasienter som i løpet av de siste 12 månedene før dødsfallet hadde vært i kontakt med psykisk helsevern. I en nylig utgitt rapport (*The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*, 2016) oppsummeres funn og erfaringer som har kommet fra 20 års drift av systemet. Basert på systematisk datainnsamling har NCISH bidratt med sentrale anbefalinger for utformingen av helsetjenestene i Storbritannia, og vist at det å implementere tiltak på systemnivå kan redusere selvmordsraten i tjenestene (Kapur et al., 2016; While et al., 2012).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) etablerte i 2010 et samarbeid med NCISH, og i 2011 ble det med støtte fra Helsedirektoratet gjennomført et pilotprosjekt av denne modellen i Norge. Resultatene fra dette prosjektet viste at modellen til NCISH var velegnet for bruk også under norske forhold, og NSSF leverte en rapport til Helsedirektoratet hvor det ble anbefalt en nasjonal innføring av systemet (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2011). I ettertid har metoden blitt prøvd ut flere steder i landet, og resultatene fra en slik studie i Agderfylkene har blitt publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening (Haaland, Bjørkhold, Freuchen, Ness, og Walby, 2017).

Kartleggingssystemet

I 2015 bevilget Helsedirektoratet midler for at NSSF skulle opprette et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kartleggingssystemet skulle baseres på modellen til NCISH, men har gjennomgått en omfattende tilpasning til norske forhold. Akkurat som i Storbritannia, skal alle personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med tjenestene registreres av en kliniker som kjente til pasienten. Registreringen gjøres ved å benytte et elektronisk *kartleggingsskjema*. Den største endringen fra NCISH er at man i tillegg til en slik registrering innhenter registerdata fra Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR). Ved å benytte registerdata sikrer man en komplett nasjonal oversikt, bedre datakvalitet og gjør registreringen av selvmord mindre tidkrevende for klinikerne.

Kartleggingssystemet er ferdig utviklet og klart for oppstart så snart alle juridiske avklaringer og vedtak er på plass. For mer informasjon om Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, se www.uio.no/kartleggingssystemet.

Denne rapporten er fremstilt av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling ved NSSF, men inneholder ikke data samlet inn spesielt for Kartleggingssystemet, og er således ikke identisk for metodene som vil bli benyttet der.

Om rapporten

Som et viktig grunnlag for implementeringen av Kartleggingssystemet ble det gitt tillatelse til å innhente registerdata fra DÅR og NPR tilbake til 2008. Høsten 2017 mottok Kartleggingssystemet den første sammenstillingen av data fra DÅR og NPR på alle selvmord i perioden 2008–2015 blant personer som siste år hadde vært i kontakt med psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og avtalespesialister innenfor disse tjenestene. Det er disse registerdataene som presenteres i denne første rapporten.

Rapportens formål og avgrensning

Hensikten med rapporten er å presentere en nasjonal oversikt over selvmord fra år 2008 til 2015 blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 365 dagene før dødsfallet. Målet er å avdekke hvor stor andel personer som har vært i kontakt med én eller flere av de nevnte tjenestene i året før selvmord samt beskrive disse personene og deres siste kontakt med behandlingsapparatet. Hensikten er å presentere et overordnet bilde av selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Resultatene er basert på analyser av selvmord i alle tjenestene samlet og deretter på psykisk helsevern for voksne alene. Data fra TSB, PH-BU og avtalespesialister vil bli presentert i egne rapporter.

Spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus

I Norge ytes spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus av fire ulike tjenester: Psykisk helsevern for voksne (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU) samt avtalespesialister innenfor disse tjenestene. Samlet vil disse fire spesialisthelsetjenestene i denne rapporten omtales som «tjenestene» eller «sektorene».

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Psykisk helsevern for voksne omfatter både poliklinisk behandling, døgnbehandling og dagbehandling samt ambulante tjenester og ø-hjelp. Behandlingen foregår både ved desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) og mer spesialiserte sykehusavdelinger. I SAMDATA-rapporten for 2015 fremkommer det at ca. 188 000 pasienter hadde kontakt med psykisk helsevern i 2015 – inkludert avtalespesialistene. 138 000 pasienter var i kontakt med en offentlig poliklinikk, mens 27 000 pasienter hadde vært innlagt i døgnavdeling (Helsedirektoratet, 2016).

Psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU)

Psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU) tilbyr spesialisthelsetjenester innen psykisk helse til barn og unge fra 0 til 18 år både i form av poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ø-hjelp. Tilbudet av utredning og behandling er hovedsakelig poliklinisk, men døgnavdelinger finnes også i de fleste helseforetak. Ved påbegynt behandling før vedkommende fyller 18 år kan man fortsette behandlingen i PH-BU inntil pasienten er 23 år, hvilket betyr at noen av brukerne av disse tjenestene vil være over 18 år gamle. Totalt 58 000 pasienter mottok behandling i PH-BU i 2015. 56 000 mottok poliklinisk behandling, mens 2 000 hadde vært innlagt på døgnavdeling. 2 700 barn mellom 0–17 år ble behandlet hos en avtalespesialist tilknyttet PH-BU (Helsedirektoratet, 2016).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 2009

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en spesialisthelsetjeneste som ble opprettet i 2004 som følge av rusreformen, og omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling for rusmiddelavhengige samt ambulante tjenester (Helsedirektoratet, 2017a). TSB har også ansvar på områder som avrusning og øyeblikkelig hjelp. Om lag 32 000 pasienter mottok behandling i TSB i 2015 (Helsedirektoratet, 2016). Pasientdata fra TSB begynte først å innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR) i 2009 (Norsk pasientregister, 2011). Alle resultater fra TSB baseres derfor på data fra 2009 og utover.

Avtalespesialister

Avtalespesialistene innenfor psykisk helsevern har individuelle avtaler med det regionale helseforetaket og utfører poliklinisk behandling på lik linje med sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialistene er privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. I 2015 mottok om lag 54 000 pasienter behandling hos en avtalespesialist tilknyttet PHV eller PH-BU (Helsedirektoratet, 2016).

De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene (RHFene) består av Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Disse varierer betydelig i omfang og utstrekning, hvilket innebærer at alle sammenligninger på tvers av foretaksnivå må ses i forhold til foretakets størrelse.

Metode

Datagrunnlag

Informasjonen i rapporten er basert på en kobling mellom Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk Pasientregister (NPR) for årene 2008–2015. Sammenstillingen av data er gjennomført av NPR og utlevert til Kartleggingssystemet.

Dødsårsaksregisteret

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

Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister etablert i 1997. NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og ventelister fra spesialisthelsetjenesten, samt opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. I 2008 manglet NPR rapportering fra 8 institusjoner, men de siste årene har alle enheter som skal rapportere til NPR fullført den lovpålagte rapporteringen. Kompletthet i NPR var noe lavere de første årene etter det ble personidentifiserbart (2008/2009). Videre ble det ikke innrapportert data fra TSB før i 2009, hvilket man også må ta høyde for. I alle de siste årene har kompletthet i form av kobling mot gyldig fødselsnummer eller D-nummer vært svært høy (Helsedirektoratet, 2017).

Registerkobling og uttrekk

Materialet som presenteres i denne rapporten består av indirekte personidentifiserbare data fra koblingen mellom DÅR og NPR. Tidsperioden 2008–2015 er valgt som følge av at NPR først ble personidentifiserbart i 2008.

Det ble foretatt et uttrekk av alle dødsfall registrert i Dødsårsaksregisteret (DÅR) som selvmord (ICD-10 kode X60-X84, Y87.0) eller dødsfall med usikker intensjon (Y10-34, Y87.2) som underliggende dødsårsak fra år 2008 til 2015 (Helsedirektoratet, 2011). Deretter er uttrekket koblet sammen med data fra Norsk pasientregister (NPR) for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og avtalespesialister. Denne koblingen ble gjort av NPR basert på fødselsnummer. Fødselsnummer ble så fjernet før oversendelse til Kartleggingssystemet. Personer som hadde registrert direkte kontakt med de nevnte tjenestene innen 12 måneder før dødsfallet ble inkludert i uttrekket. Personer som sto på venteliste da dødsfallet inntraff ble også inkludert i uttrekket. Alle typer kontakter ble inkludert for personer som oppfylte utvalgskriteriene beskrevet over. For videre datanalyse ble det gjort enda et uttrekk basert på den siste behandlingsepisoden personen hadde med spesialisthelsetjenesten før dødsfallet. Kun de som hadde hatt direkte kontakt med tjenestene de siste 365 dagene før selvmordet ble inkludert. Alle indirekte pasientkontakter og ventelistepasienter ble ekskludert. Resultatene som blir presentert i denne rapporten er basert på dette siste uttrekket.

Etikk og tillatelser

Som et viktig forarbeid og grunnlag for den løpende delen av Kartleggingssystemet, fikk prosjektet dispensasjon fra taushetsplikten etter Helsepersonellovens § 29 b for innhenting av sammenstilte registerdata fra DÅR og NPR, samt konsesjon fra Datatilsynet til å innhente, oppbevare og benytte disse dataene. Dispensasjonen gjelder indirekte identifiserbare data på alle personer som har dødd i selvmord under og inntil 365 dager etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus tilbake til år 2008. Koblingen ble gjennomført av NPR, og Kartleggingssystemet har ikke på noe tidspunkt hatt tilgang til direkte identifiserbar personinformasjon

som fødselsnummer eller navn. I rapporten vil heller ikke data presenteres på en slik måte at enkeltpersoner eller enheter kan identifiseres av andre. Derfor vil ingen celler med mindre enn 3 personer presenteres i rapporten.

Statistikk

Uttrekket og analyse av data i form av frekvenser, proporsjoner og deskriptiv statistikk ble gjennomført i R (versjon 3.4.1; R Core Team, 2018) med *Tidtyrse* pakkene (Wickham og RStudio, 2017). Figurer ble fremstilt med Microsoft Excel og med ggplot2 (Wickham, 2016).

For å få en oversikt over antallet brukere av tjenestene i de ulike RHFene har vi benyttet aktivitetsdata som fremkommer i NPR-rapportene fra 2009–2015. Det totale antallet brukere av PHV, TSB og PH-BU presenteres i tabell A.1 i appendiks, mens antall brukere av PHV er fremstilt i tabell A.2. Dataene ble benyttet for å fremstille grove selvmordsrater over tid i de regionale helseforetakene og for landet som helhet.

Valg av variabler

Vi har brukt de variablene som har vært nødvendig for å belyse rapportens formål. Vi planla også å bruke sosiodemografiske data (hvorvidt pasienten bor alene, samlivsstatus, omsorg for egne barn), men utelot å gjennomføre analysene på grunn av høy andel manglende data i materialet (~ 65 %).

Definisjon av variabler

Så langt som mulig anvendes samme begreper som benyttes av NPR og DÅR (se appendiks B). Der vi har etablert nye variabler på bakgrunn av registerdataene vil dette bli presisert. I det følgende gis en forklaring på noen sentrale variabler etablert av oss på bakgrunn av registerdata – eksakte variabeldefinisjoner og hvilket register de er hentet fra er beskrevet i appendiks B.

Omsorgsnivå

Omsorgsnivå er et begrep som viser til hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten kontakten foregikk på. NPR benytter tre ulike omsorgsnivåer: døgnopphold, dagbehandling, og poliklinisk kontakt. Spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus benytter i liten grad omsorgsnivået dagbehandling. Dagbehandling er derfor slått sammen med poliklinisk kontakt i analysene.

Diagnoser

Diagnosen fra siste direkte kontakt er benyttet i alle analyser av pasientens diagnoser. Kun diagnoser fra ICD-10 kapittel F og Z ble inkludert i analysen. I tillegg ble diagnoser fra kapittel G (nevrologi) gruppert sammen med organiske tilstander i F0. Dupliserte diagnoser ble slettet. Diagnoser kodet som 2. hovedtilstand er også flyttet til 1. bidiagnose. Totalt ble 5,2 % av diagnosene i materialet korrigert.

Type enhet ved døgnopphold

Kategorisering av type enhet er basert på definisjoner som blir benyttet ved avdeling for komparativ statistikk i Helsedirektoratet. De skiller mellom sykehus, DPS, poliklinikk, psykiatrisk sykehjem og andre institusjoner. Poliklinikk, psykiatrisk sykehjem og andre institusjoner er slått sammen til *andre institusjoner* i dette materialet. To helseforetak har rapportert enhetene på somatikknumre, og man kan derfor ikke skille på hvorvidt de er et sykehus eller DPS. De er rapportert som *ukjent* i denne rapporten.

Behandlingsstatus

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

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

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. I 19 tilfeller var det ikke mulig å avklare hvorvidt personen hadde en pågående eller avsluttet poliklinisk kontakt basert på våre utvalgsriterier for denne variabelen.

Tid fra siste kontakt

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

Resultatene i denne rapporten presenteres i to deler. Første del omhandler resultater fra alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus samlet, mens del to tar for seg selvmord blant personer som har hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne siste leveår.

Del 1

Resultater fra alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus samlet

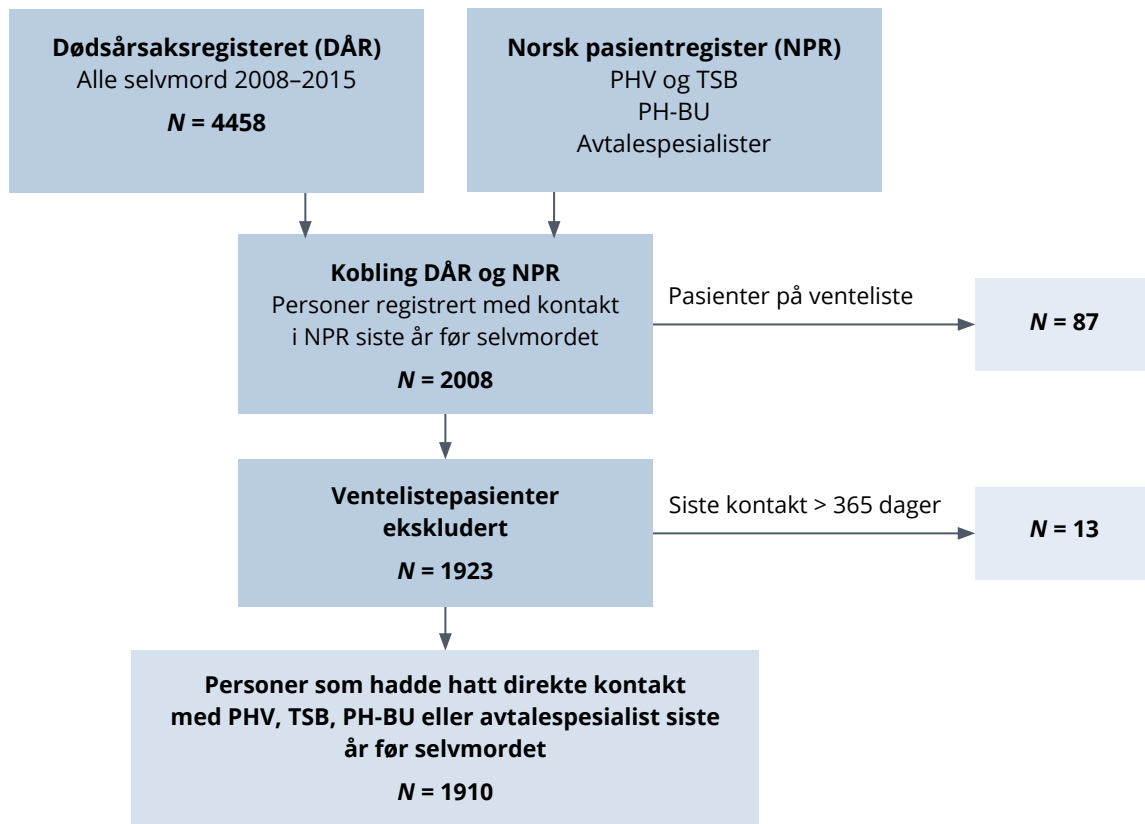
Fra 2008 til 2015 døde 1910 personer i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Dette tilsvarer 42,8 % av selvmordene i befolkningen samme periode. I første del av rapporten presenteres data på denne gruppen som helhet - uavhengig av hvilken sektor de hadde kontakt med før dødsfallet.

I perioden 2008–2015 ble det registrert 4458 gjennomførte selvmord i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017; hentet den 21.03.2018). Av de 4458 selvmordene i perioden 2008–2015, ble det utlevert data fra Norsk pasientregister på 2007 personer som hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, eller som sto på venteliste til de samme tjenestene, inntil ett år før de døde i selvmord.

Det var 87 ventelistepasienter som ble ekskludert fra det endelige utvalget. 46 av disse hadde tidligere registrert kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens de resterende 36 ventelistepasientene ikke hadde tidligere behandlingshistorikk i tjenestene. Ytterligere 13 personer ble ekskludert som følge av at det ikke var registrert

direkte kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 365 dagene før dødsfallet, men kun indirekte kontakter.

Av 4458 selvmord i perioden 2008–2015 var det altså 1910 personer som i siste leveår hadde hatt direkte kontakt med PHV, TSB, PH-BU og tilhørende avtalespesialister. Selv om dette er akkumulerte dødsfall ved selvmord over en periode på åtte år, er det et meget høyt antall med tanke på at det kun er et mindretall av befolkningen som er i kontakt med disse tjenestene. Bak hvert dødsfall ligger skjebner og tragedier, og et hvert selvmord berører mange etterlatte. Selvmord under og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus vil derfor ha betydning for svært mange personer til enhver tid i Norge.



Figur 2.1. Viser kobling og uttrekk av registerdata fra NPR og DÅR på personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus året før selvmord i perioden 2008–2015. N viser antall personer på ulike tidspunkter i uttrekket.

1910 pasienter utgjør 42,8 % av alle selvmordene i Norge i perioden 2008–2015. Det gjøres allikevel oppmerksom på at utvalget ikke inkluderer data fra 2007. Dette betyr at personer som døde i selvmord i 2008 med siste kontakt i 2007, mangler i denne oversikten. Videre startet ikke rapportering fra TSB til NPR før 2009, og NPR gjør oppmerksom på lavere dekningsgrad de første årene etter de ble et person-

identifiserbart register (Norsk pasientregister, 2009, 2011). Ved å utelukke de første to årene vil man derfor få et mer presist estimat for kontakt i den aktuelle perioden. Fra 2010 til 2015 var 44,5 % i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 365 dagene før et selvmord, hvilket tilsvarer 250 selvmord i tjenestene årlig. Tabell 2.1 og figur 2.2 viser fordelingen per år.

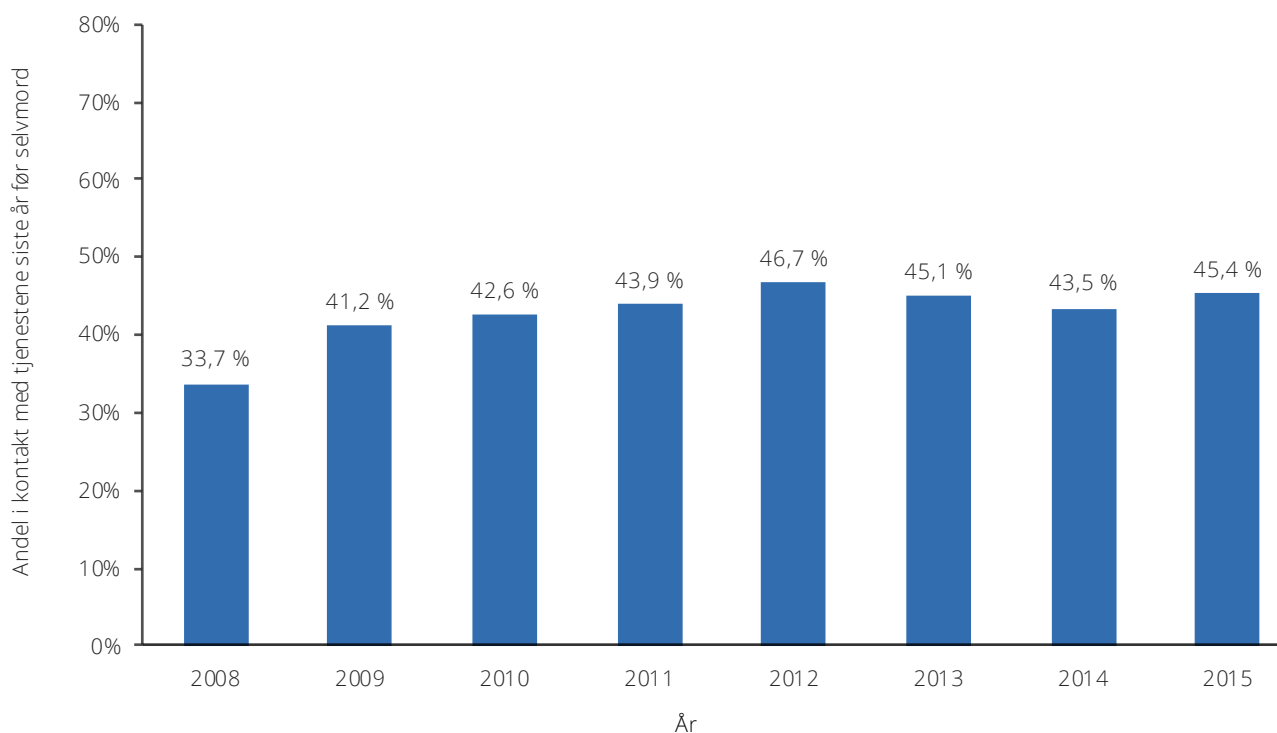
Tabell 2.1. Selvmord i befolkningen og selvmord blant personer i kontakt med tjenestene

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	N
Alle selvmord ^a	505	578	551	601	523	557	550	593	4458
I kontakt ^b	170 ^c	238	235	264	244	251	239	269	1910

a Data på alle selvmord i Norge hentet fra statistikkbanken til FHI (hentet 21.03.2018)

b Selvmord blant personer i kontakt med PHV, TSB, PH-BU og avtalespesialister siste 365 dager før dødsfallet

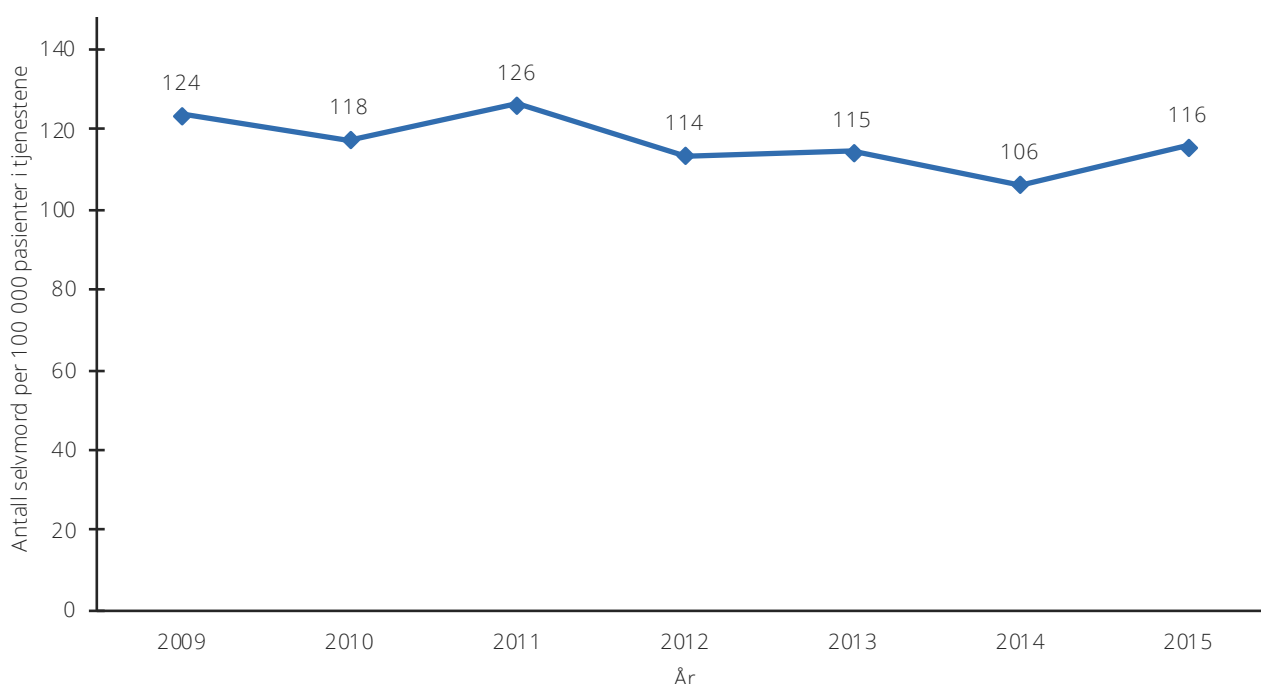
c Data fra TSB er ikke tilgjengelig før 2009



Figur 2.2. Andel personer i kontakt med tjenestene siste år før et selvmord (N = 1910).

Antall selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus har holdt seg relativt stabilt fra 2009 til 2015 (tabell 2.1). Samtidig må man være oppmerksom på at det totale antallet brukere av disse tjenestene har økt i løpet av perioden. Basert på aktivitetsdata fra NPR (tabell A.1 i appendiks), har vi gjort en enkel rateberegning for antall selvmord per 100 000 pasienter som har hatt kontakt med PHV, TSB og PH-BU i perioden 2009–2015. År 2008 er utelatt som følge av manglende aktivitetsdata fra NPR dette året. Figur 2.3 viser at det er noe variasjon i selvmordsratene mellom de ulike årene, med alt fra

106 til 126 selvmord per 100 000 pasienter i disse tjenestene. Sett i lys av antall personer i kontakt synes det klart at antall selvmord ikke øker. Vi understreker allikevel at dette er en enkel fremstilling av dataene, som utelukkende er ment å gi et overordnet bilde. For å undersøke om det har vært en eventuell økning eller nedgang over tid, vil det være nødvendig å justere for flere relevante faktorer slik som alder og kjønn, pasientkarakteristika samt type behandling og eventuelle endringer på systemnivå i helse-tjenestene.

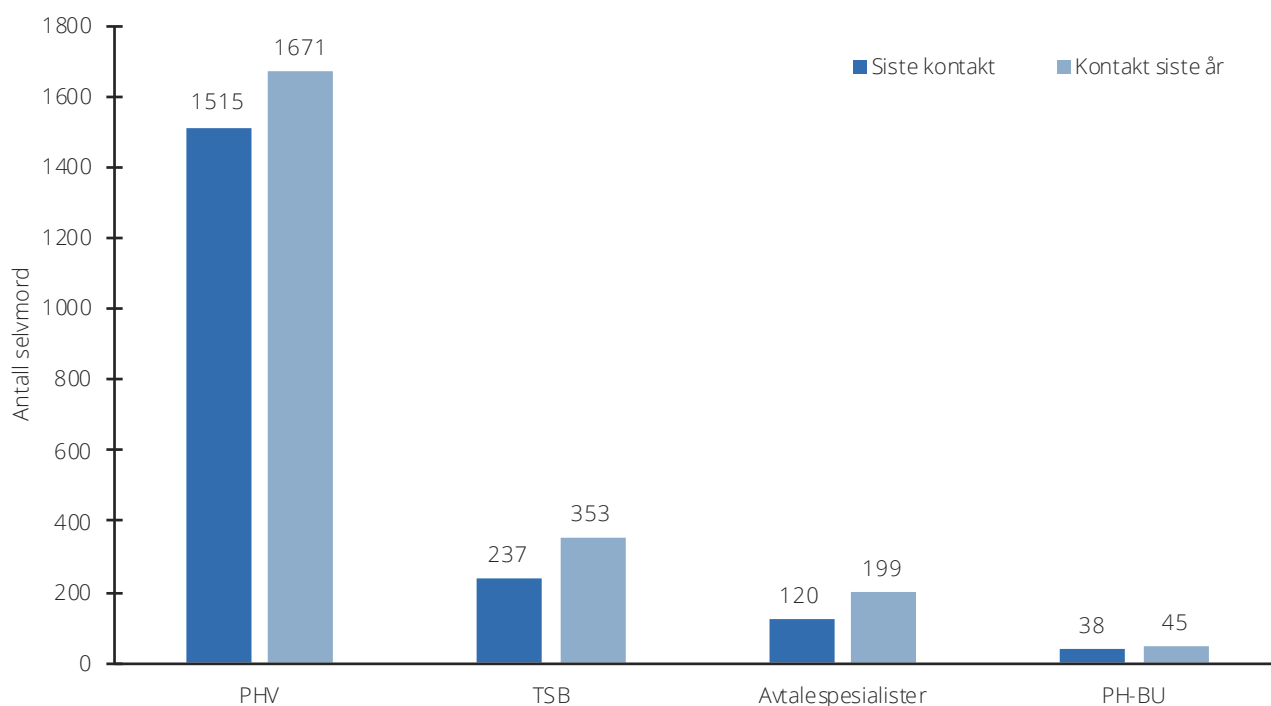


Figur 2.3. Selvmordsrate per 100 000 pasienter i tjenestene per år. Raten er markert på linjen. Antall brukere av tjenestene er beregnet på bakgrunn av aktivitetsdata fra NPR (tabell A1, appendiks).

Fordeling av selvmord i de ulike tjenestene

I perioden 2008–2015 hadde 1515 personer siste kontakt med psykisk helsevern for voksne før de døde i selvmord, noe som tilsvarer 79,3 % av selvmordene i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. 237 (12,4 %) hadde siste kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 120 (6,3 %) med avtalespesialister innenfor disse tjenestene, og 38 (2,0 %) av personene i vårt utvalg hadde siste kontakt med psykisk helsevern for barn og unge før de døde i selvmord.

Om man ser på all kontakt med sektorene de siste 365 dagene før selvmordet er ikke tallene gjensidig utelukkende på tvers av sektor, men sier noe om hvilke tjenester personen har hatt kontakt med det siste leveåret i perioden 2008–2015. 1671 (87,5 %) personer hadde hatt kontakt med PHV siste år, 353 (18,5 %) med TSB, 199 (10,4 %) med avtalespesialister og 45 (2,4 %) med PH-BU. 336 (17,6 %) av personene i vårt datautvalg hadde hatt kontakt med mer enn én sektor det siste året før de døde i selvmord, og dette var da oftest en kombinasjon av kontakt med både PHV og TSB.



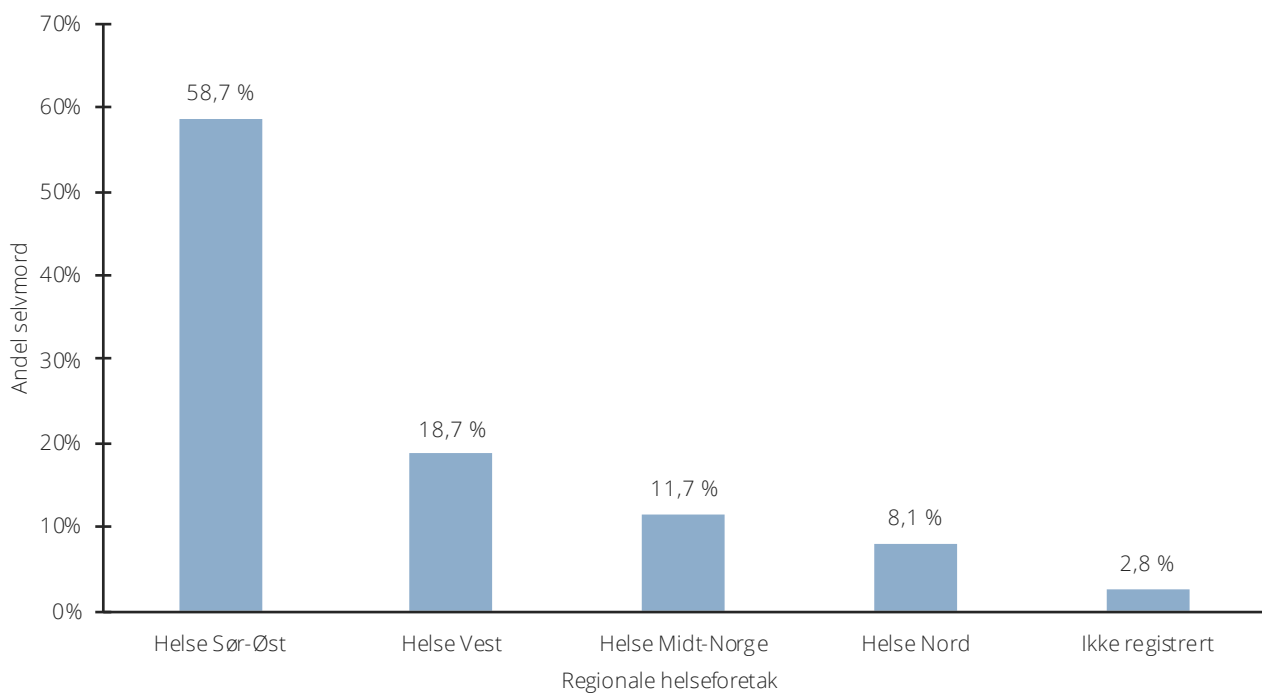
Figur 2.4. Den mørkeblå søylen viser antall personer med siste kontakt i de ulike sektorene før et selvmord. Den lyseblå søylen viser antall personer som var i kontakt med sektoren siste år før selvmord.

Helseregion

Som beskrevet innledningsvis er det store forskjeller i befolkningsgrunnlag og størrelse på de fire ulike helseregionene i Norge (tabell A1, appendiks). Dette må tas høyde for når man sammenligner tall på tvers av regioner.

helseforetak for alle årene samlet, og tabell 2.2 viser fordelingen av selvmord i de regionale helseforetakene per år.

I perioden 2008–2015 hadde Helse Sør-Øst flest selvmord (1121, 58,7 %) i alle sektorene samlet, hvilket har klar sammenheng med størrelsen på helseforetaket da de også har om lag 60 % av det totale antallet brukere av disse tjeneste (tabell A1, appendiks). Videre hadde Helse Vest 358 (18,7 %) selvmord, Helse Midt-Norge 223 (11,7 %) selvmord og Helse Nord 155 (8,1 %) selvmord i den aktuelle perioden. For 53 (2,8 %) av personene som døde i selvmord etter kontakt med tjenestene var ikke RHF registrert i NPR. Alle uten registrert RHF hadde vært i kontakt med TSB. Figur 2.5 viser andelen selvmord i hvert



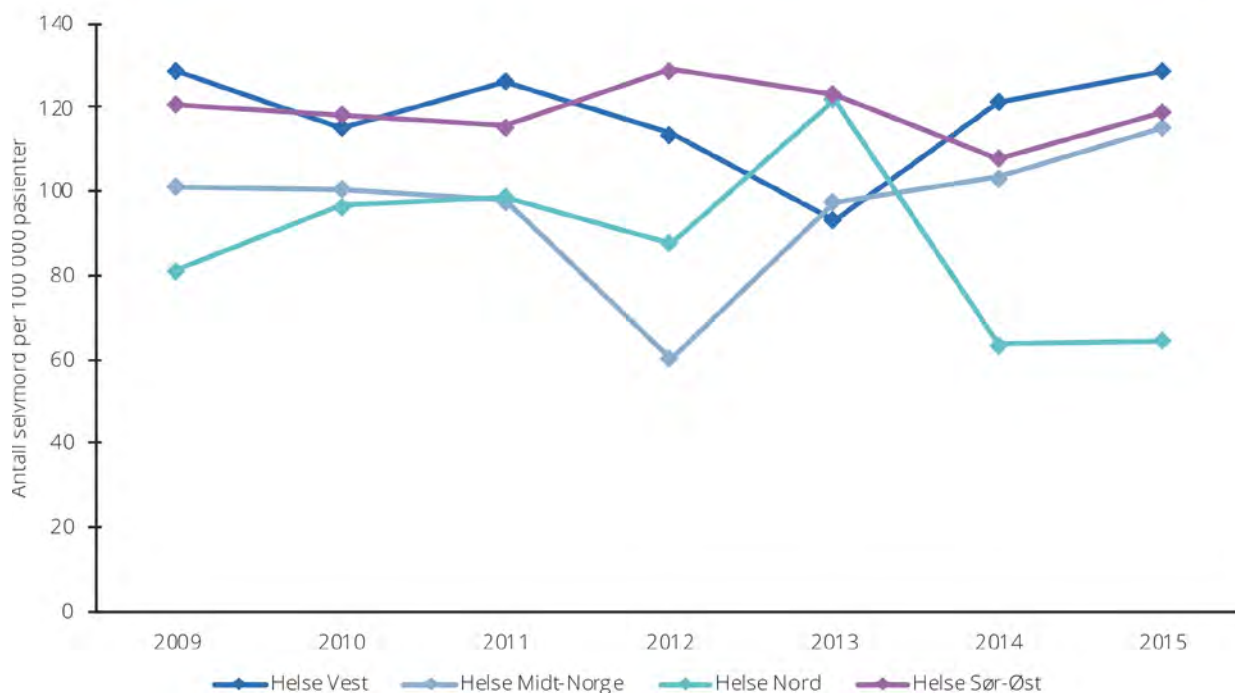
Figur 2.5. Andel selvmord fordelt på regionale helseforetak (N = 1910).

Tabell 2.2. Antall selvmord i de regionale helseforetakene per år

År	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Ikke registrert
2008	31	11	19	109	-
2009	44	27	17	135	15
2010	42	29	21	134	9
2011	48	30	22	137	27
2012	45	19	20	158	2
2013	38	32	27	154	-
2014	52	35	14	138	-
2015	58	40	15	156	-
N	358	223	155	1121	53

Aktivitetsdata fra NPR (tabell A1, appendiks) viser antall pasienter som hadde mottatt behandling i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i de ulike foretakene i perioden 2009–2015. Basert på disse tallene presenterer vi i figur 2.6 en oversikt over antall selvmord per 100 000 pasienter som har mottatt behandling i de fire regionale helseforetakene for hvert år i den aktuelle perioden. Antall selvmord er lavt når de fordeles på år i alle regioner, med unntak av Helse Sør-Øst. Dette gjør at selv små forskjeller

i antall selvmord får store utslag i rateberegningene for de resterende tre foretakene, og det er således vanskelig å si noe om eventuelle forskjeller i rater mellom de regionale helseforetakene. Tabell 2.3 viser antall selvmord i de ulike sektorene fordelt på regionale helseforetak. Regionalt helseforetak var ikke oppgitt for 53 personer som alle hadde hatt kontakt med TSB de første årene denne sektoren begynte rapporteringen til NPR.



Figur 2.6. Antall selvmord per 100 000 pasienter i tjenestene fordelt på regionalt helseforetak. 2008 er utelatt som følge av at NPR ikke har komplette nasjonale data for denne årgangen.

Tabell 2.3. Antall selvmord i de ulike sektorene fordelt på regionalt helseforetak

RHF	PHV	TSB	PH-BU	Avtalespesialister	N
Helse Vest	294	28	13	23	358
Helse Midt-Norge	196	18	3	6	223
Helse Nord	133	10	8	4	155
Helse Sør-Øst	892	128	14	87	1121
RHF ikke oppgitt	-	53	-	-	53
N	1515	237	38	120	1910

Bostedsfylke

Antall selvmord blant personer i kontakt med tjenestene varierer betydelig mellom bostedsfylkene i Norge (tabell 2.4), noe som i stor grad påvirkes av befolkningstettheten i de respektive fylkene. Tettbebygde strøk som Oslo (280) og Akershus (170) på Østlandet, samt Hordaland (186) og Rogaland (151) på Sør-Vestlandet, har flest selvmord blant personer i kontakt

med tjenestene. Samlet skjer 41,2 % av selvmordene blant personer i kontakt med psykisk helsevern og TSB i disse fire fylkene. Det laveste antallet finner vi i Sogn og Fjordane (29) og Finnmark (31). Vi gjør oppmerksom på at bostedskommune er slått sammen til bostedsfylke i analysen.

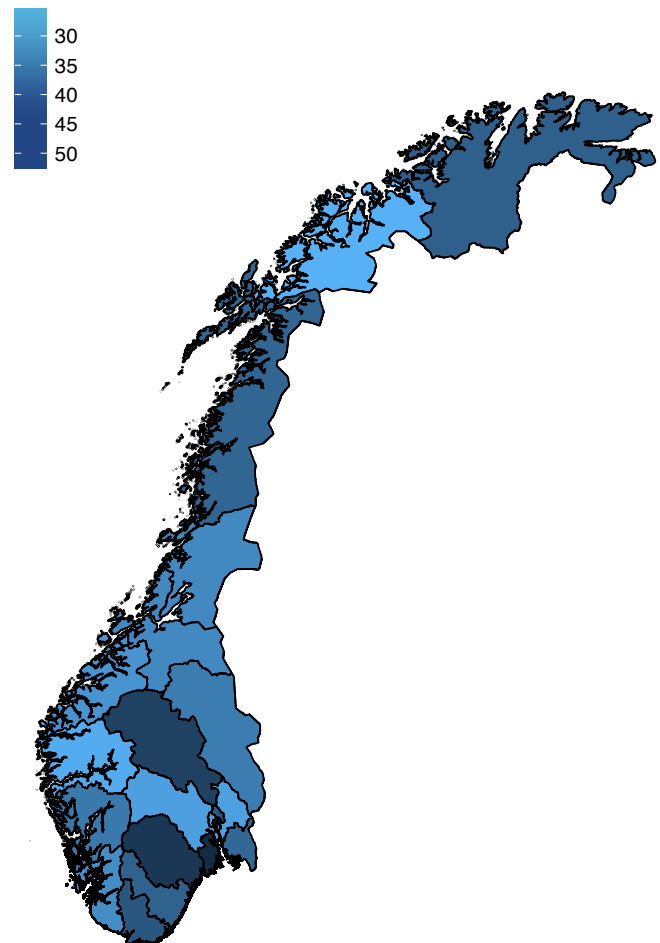
Tabell 2.4. Antall selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere fordelt på bostedsfylke

Fylke	<i>n</i> (%)	Rate
Akershus	170 (8,9)	28,6
Aust-Agder	47 (2,5)	40,6
Buskerud	80 (4,2)	28,8
Finnmark	31 (1,6)	40,9
Hedmark	69 (3,6)	35,3
Hordaland	186 (9,7)	36,0
Møre og Romsdal	82 (4,3)	30,9
Trøndelag	148 (7,7)	32,9
Nordland	96 (5,0)	39,7
Oppland	89 (4,7)	47,1
Oslo	280 (14,7)	42,5
Rogaland	151 (7,9)	32,1
Sogn og Fjordane	29 (1,5)	26,5
Telemark	85 (4,5)	49,3
Troms	42 (2,2)	25,6
Vest-Agder	78 (4,1)	42,7
Vestfold	128 (6,7)	52,3
Østfold	114 (6,0)	39,3
Andre	5 (0,0)	
<i>N</i>	1910	

Note. Tall på befolkningen hentet fra SSBs tall for 1.1.2016.

I perioden 2008–2015 var det en gjennomsnittlig rate på 37,2 selvmord blant personer i kontakt med tjenestene siste leveår per 100 000 innbyggere (SD = 7,9). Som kartet i figur 2.7 viser, finner vi den høyeste raten av selvmord per 100 000 innbyggere i Vestfold (52,3), Telemark (49,3) og Oppland (47,1). De laveste ratene var i Troms (25,6), Sogn og Fjordane (26,5), Akershus (28,6), og Buskerud (28,8). Informasjon om bostedskommune manglet for 5 personer.

Rate per 100 000 innbyggere



Figur 2.7. Selvmord blant personer i kontakt med tjenestene siste år per 100 000 innbyggere fordelt på bostedsfylke. Mørkest farge indikerer høyest rate.

Kjønn

37,5 % av alle menn som døde i selvmord perioden 2008–2015 hadde kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste leveår, mens andelen kvinner som hadde vært i kontakt før

et selvmord i samme tidsperiode var 55,7 %. Tabell 2.5 viser totalt antall selvmord i Norge i perioden 2008–2015 samlet, fordelt på kjønn og hvorvidt de hadde hatt kontakt med tjenestene siste leveår.

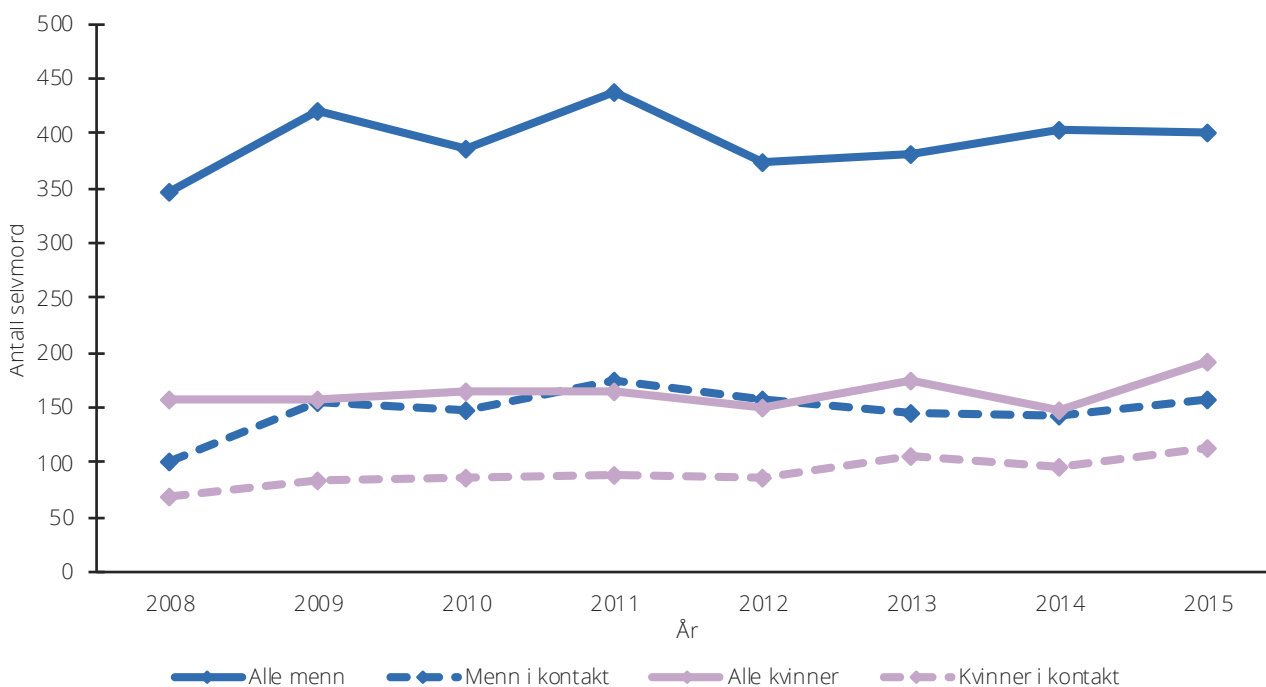
Tabell 2.5. Antall selvmord fordelt på kjønn og hvorvidt de hadde kontakt med tjenestene

	Menn	Kvinner	N
Kontakt siste år	1182 (37,5 %)	728 (55,7 %)	1910
Ingen kontakt siste år	1970 (62,5 %)	578 (44,3 %)	2548
N	3152	1306	4458

Note. Data på selvmord blant personer uten kontakt siste år hentet fra statistikkbanken til FHI (21.03.2018).

Flere menn enn kvinner dør i selvmord både i befolkningen generelt og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene. Allikevel er det en større andel kvinner som har hatt kontakt med tjenestene før et selvmord.

Figur 2.8 viser fordelingen av selvmord per år fordelt på kjønn – både blant det totale antallet selvmord i befolkningen og blant de personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med tjenestene.



Figur 2.8. Antall selvmord i befolkningen (heltrukken linje) og selvmord blant personer i kontakt med tjenestene (stiplet linje) fordelt på kjønn. Menn er vist med blå linje og kvinner med lilla linje. Data på selvmord blant alle menn og kvinner i befolkningen er hentet fra FHI sin statistikkbank 21.03.2018.

I perioden 2008–2015 døde det i gjennomsnitt 2,4 menn som følge av selvmord per kvinne i Norge. I den gruppen som hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene siste år før et selvmord, er forskjellen på antall menn og kvinner mindre: I gjennomsnitt døde 1,6 menn i selvmord per kvinne under eller etter kontakt med tjenestene. Differansen mellom menn og kvinner er størst i den gruppen

selvmord som ikke hadde hatt kontakt med tjenestene siste år, hvor det i gjennomsnitt var 3,4 menn som døde i selvmord per kvinne. Dette kan tyde på at flere kvinner enn menn som dør i selvmord har oppsøkt hjelp for psykiske lidelser, og at helsevesenet i større grad klarer å treffe denne gruppen. Ratioen per år presenteres i tabell 2.6.

Tabell 2.6. Forholdet mellom antall menn og kvinner døde i selvmord, med og uten kontakt med tjenestene

		Alle selvmord	Ratio	Kontakt siste år	Ratio	Ingen kontakt	Ratio
2008	Menn	347	2,2	102	1,5	245	2,7
	Kvinner	158		68		90	
2009	Menn	421	2,7	154	1,8	267	3,7
	Kvinner	157		84		73	
2010	Menn	386	2,3	148	1,7	238	3,0
	Kvinner	165		87		78	
2011	Menn	437	2,7	175	2,0	262	3,5
	Kvinner	164		89		75	
2012	Menn	374	2,5	158	1,8	216	3,4
	Kvinner	149		86		63	
2013	Menn	382	2,2	145	1,4	237	3,4
	Kvinner	175		106		69	
2014	Menn	403	2,7	143	1,5	260	5,1
	Kvinner	147		96		51	
2015	Menn	402	2,1	157	1,4	245	3,1
	Kvinner	191		112		79	
N		4458	2,4	1910	1,6	2548	3,4

Note. Data på selvmord blant alle menn og kvinner i befolkningen er hentet fra FHI sin statistikkbank 21.03.2018

Alder og kjønn

For de 1910 personene som døde i selvmord under eller etter kontakt med tjenestene i perioden 2008–2015, var gjennomsnittsalderen 44,1 år ($SD = 15,8$) med en variasjonsbredde fra 12 til 93 år. Gjennomsnittsalderen for kvinner var 44,6 år, og gjennomsnittsalderen for menn var 43,8 år. Flest selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus skjer hos personer i alderen mellom 25 og 64 år.

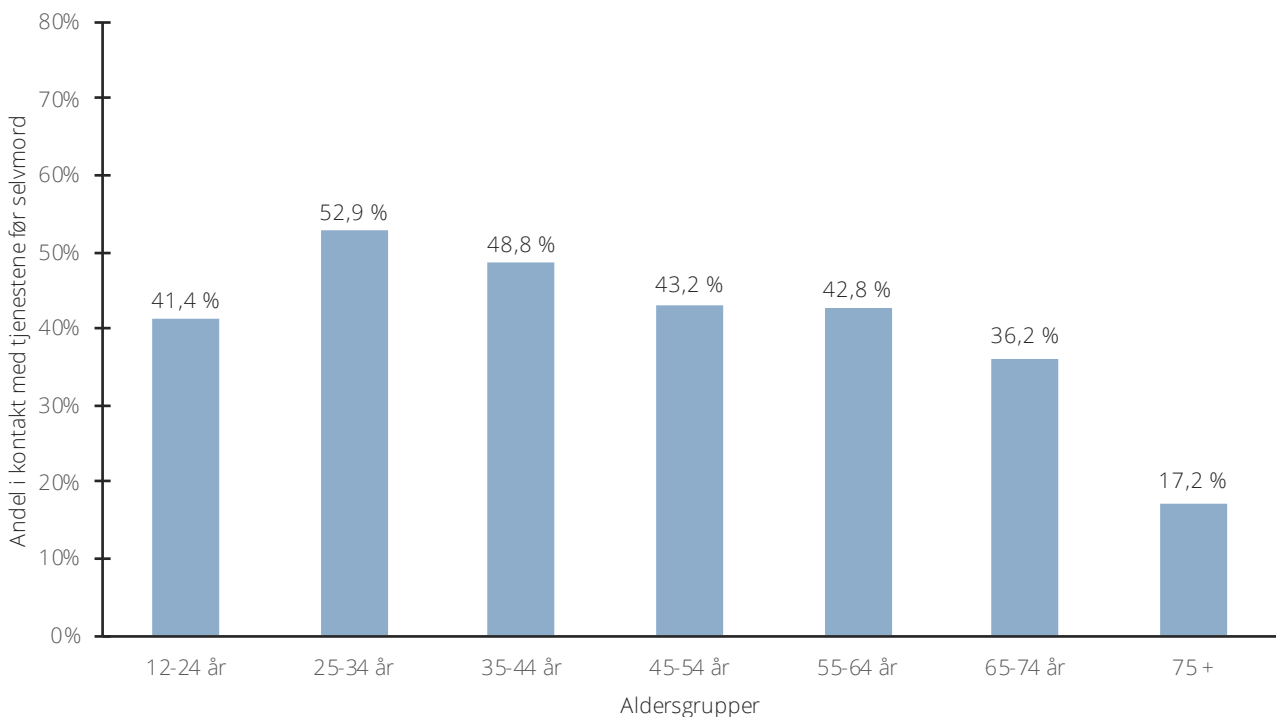
Blant menn som dør i selvmord innen ett år etter kontakt med en av tjenestene, finner vi det høyeste antallet selvmord i aldersgruppen 35–44 år (264, 22,3 %) etterfulgt av aldersgruppen 25–34 år (246, 20,8 %). Blant kvinner er det derimot flest selvmord i aldersgruppen 45–54 år (167, 22,9 %). For både kvinner og menn er antall selvmord lavest i de to eldste aldersgruppene.

Tabell 2.7 Antall selvmord i tjenestene fordelt på aldersgrupper og kjønn

Alder	Menn <i>n</i> (%)	Kvinner <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i> (%)
0–24 år	139 (11,8)	93 (12,8)	232 (12,1)
25–34 år	246 (20,8)	130 (17,9)	376 (19,7)
35–44 år	264 (22,3)	134 (18,4)	398 (20,8)
45–54 år	205 (17,3)	167 (22,9)	372 (19,5)
55–64 år	210 (17,8)	119 (16,3)	329 (17,2)
65–74 år	81 (6,9)	63 (8,7)	144 (7,5)
75+ år	37 (3,1)	22 (3,0)	59 (3,1)
<i>N</i>	1182	728	1910

Kontaktprevalensen i de ulike aldersgruppene, altså hvor stor andel av alle selvmord i den aktuelle kategorien som har hatt kontakt med tjenestene siste

leveår, vises i figur 2.9. Kontaktprevalensen er høyest i alderen 25–34 år, og lavest blant de eldste i befolkningen som dør i selvmord.



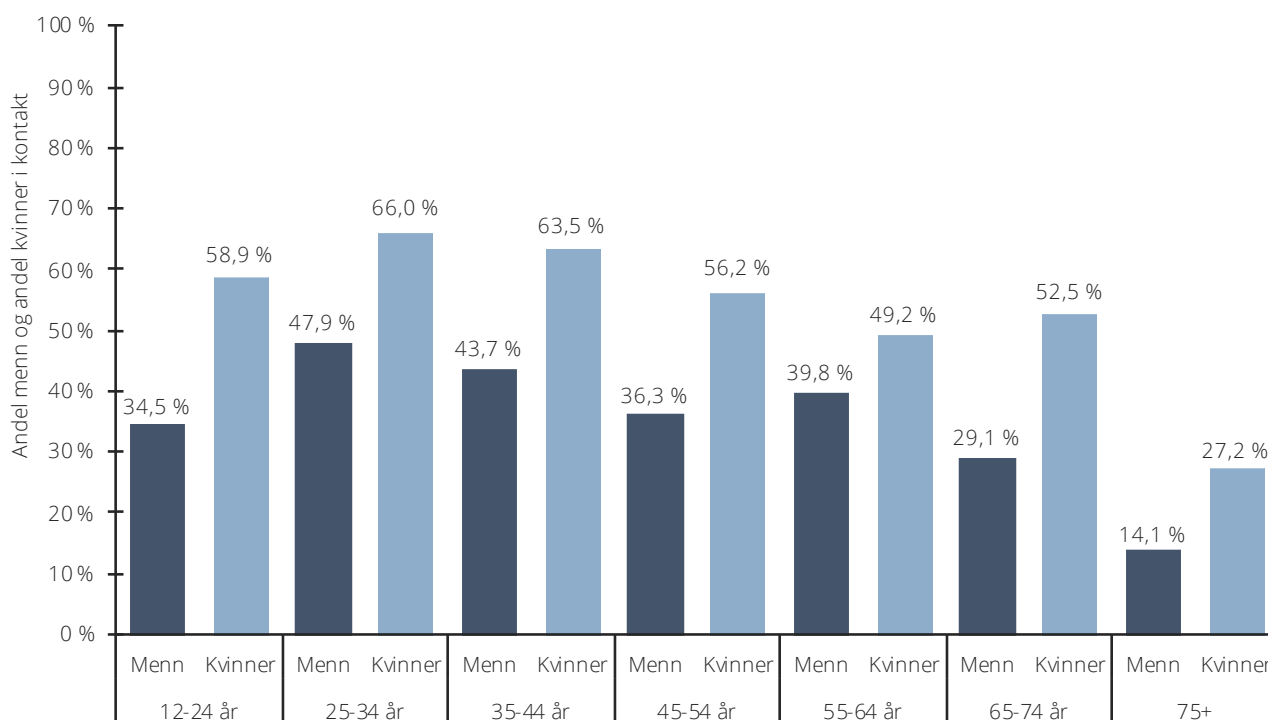
Figur 2.9. Andel i kontakt med tjenestene ett år før selvmord innenfor de ulike aldersgruppene (*N* = 1910).

I tabell 2.8 presenteres en oversikt over antall selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus per år, fordelt på aldersgrupper og kjønn. I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør i selvmord i tjenestene. Når man derimot ser i forhold til selvmord i befolkningen er kontaktprevalensen høyere hos kvinner enn menn i alle aldersgrupper. Dette fremkommer i figur 2.10, som viser andelen personer i kontakt med tjenestene siste år før et selvmord fordelt på aldersgrupper og kjønn.

Blant kvinner i alderen 25–44 år har godt over 60 % av de som dør i selvmord kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, mens blant menn er det en kontaktprevalens på under 48 % innenfor alle aldersgruppene. Den gruppen som har minst kontakt med sektorene er menn over 75 år. Blant kvinner er det også blant de eldste at man finner færrest selvmord og den laveste andelen i kontakt.

Tabell 2.8. Antall selvmord i tjenestene per år fordelt på aldersgrupper og kjønn

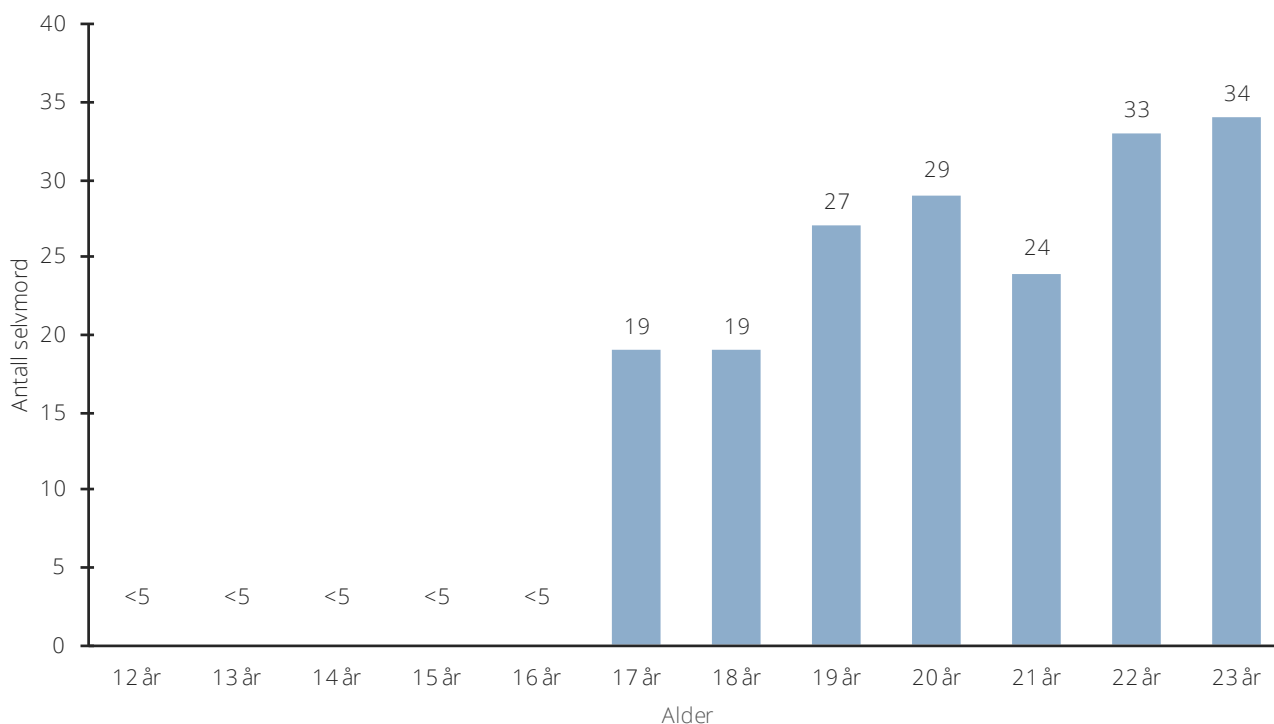
Alder	Kjønn	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0–24 år	Menn	15	15	22	21	16	20	11	19
	Kvinner	11	9	7	14	15	11	12	14
25–34 år	Menn	22	35	24	39	34	29	32	31
	Kvinner	18	19	15	12	11	18	16	21
35–44 år	Menn	33	40	31	36	34	34	29	27
	Kvinner	13	16	15	20	18	22	14	16
45–54 år	Menn	10	24	26	28	32	30	24	31
	Kvinner	12	22	20	24	21	28	17	23
55–64 år	Menn	20	26	22	32	30	18	31	31
	Kvinner	8	12	20	12	14	16	21	16
65+ år	Menn	<3	14	23	19	12	14	16	18
	Kvinner	6	6	10	7	7	11	16	22



Figur 2.10. Andel i kontakt med tjenestene før selvmord fordelt på kjønn og aldersgrupper (N = 1910, menn n = 1182 kvinner n = 728).

Mer detaljerte data over alder ved død innenfor den yngste kategorien som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten før et selvmord vises i figur 2.11. I aldersgrupper med mindre enn fem selvmord i hele tidsperioden, oppgis ikke de eksakte tallene. Det er en tydelig endring i antall årlige dødsfall ved 17-års alderen, og i vårt materiale var det ingen selvmord blant barn under 12 år. I aldersspennet fra 12 til 16 år var det totalt 15 selvmord i perioden 2008–2015. Dette tilsvarer i underkant av 2 selvmord årlig. Forekomsten stiger svakt fra 12 til 16 år, før man deretter

ser en drastisk økning fra 16 til 17 år. Som det fremkommer av figur 2.9, hadde 41,4 % av de unge mellom 12–24 år som døde i selvmord hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten i året før dødsfallet. I perioden 2008–2015 var det i befolkningen totalt 211 selvmord blant barn og unge fra 0 til 19 år (Folkehelseinstituttet, hentet 19.10.2018), og i vårt materiale var det 80 selvmord i samme aldersgruppe. Dette vil si at 37,9 % av barn og ungdom i alderen 0–19 år hadde hatt kontakt med tjenestene siste 365 dager før et selvmord.

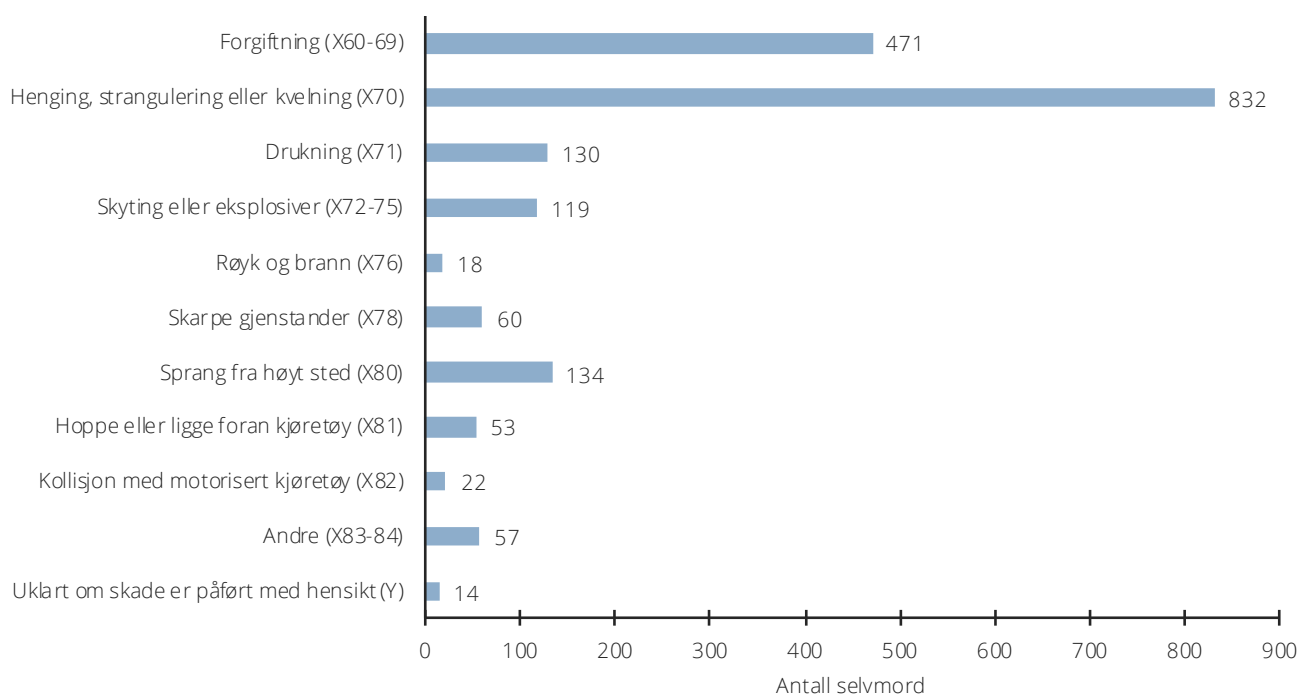


Figur 2.11. Antall selvmord blant barn og unge under 24 år som hadde kontakt med tjenestene (N = 200). Antall under 5 vises ikke.

Selvmordsmetoder

Klassifisering av selvmordsmetoder er gjort i henhold til ICD-10 kodeverket for underliggende dødsårsak. Når man ser begge kjønn samlet er den vanligste dødsårsaken for personer som var i kontakt med tjenestene siste år før selvmord henging, strangulering eller kvelning med 832 tilfeller (43,6 %), etterfulgt av forgiftning som ble registrert som dødsårsak for 471 (24,7 %) av personene som døde i selvmord. Det at flest av disse dødsfallene skjedde ved henging og deretter forgiftning, samsvarer med totalbildet for selvmord i den generelle populasjonen (Folkehelseinstituttet, 2017). 134 (7,0 %) av personene døde som følge av

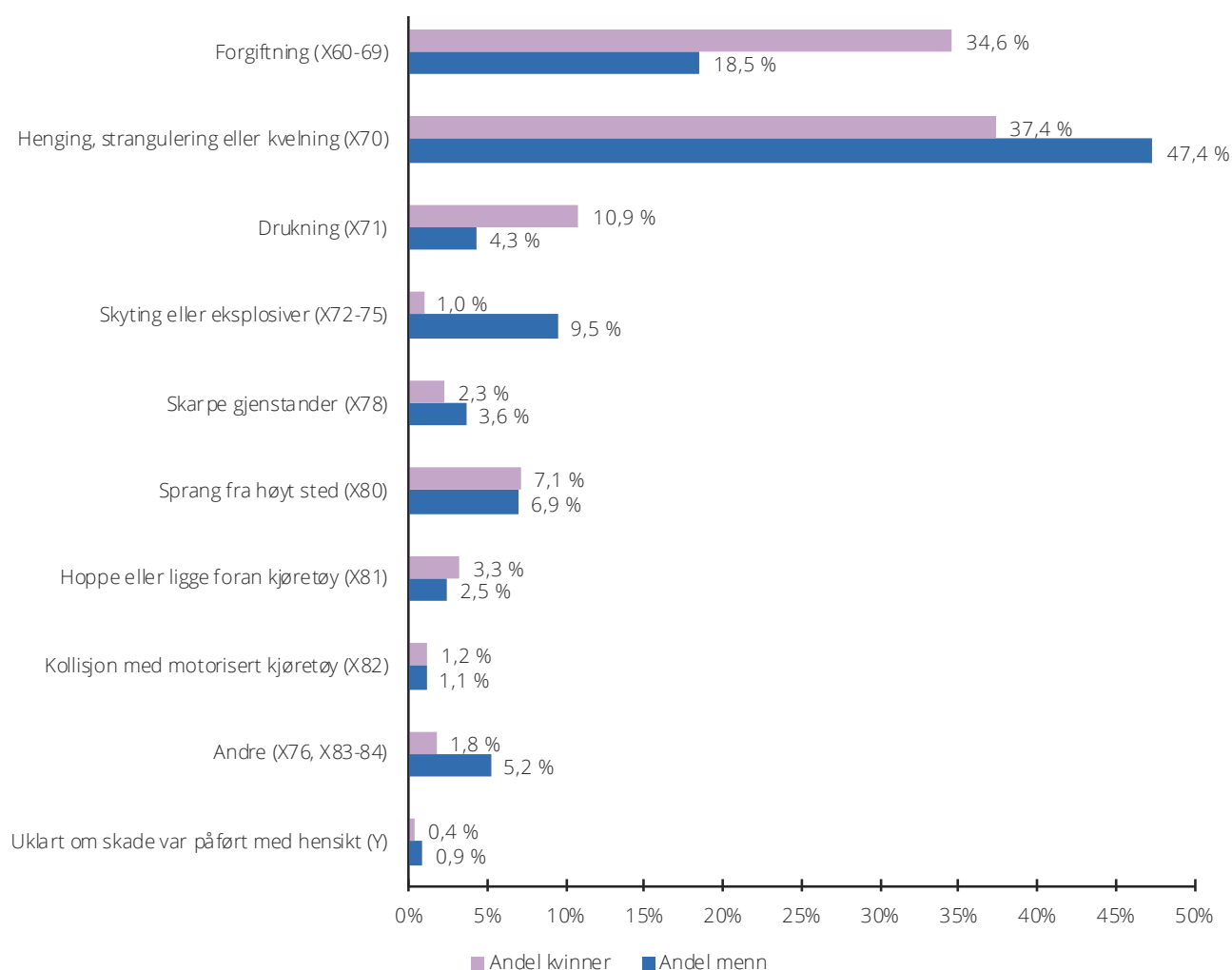
sprang fra høyt sted og 130 (6,8 %) ved drukning. 119 (6,2 %) av personene hadde bruk av skytevåpen eller eksplosiver som underliggende dødsårsak, 60 (3,1 %) hadde dødd i selvmord ved bruk av skarpe gjenstander. 53 (2,8 %) personer døde som følge av å hoppe eller ligge foran et kjøretøy i bevegelse. I hele 8-års perioden var det 22 (1,2 %) personer som døde i selvmord som følge av en kollisjon i et motorisert kjøretøy, hvilket tilsvarer 2-3 dødsfall i året. 18 (0,9 %) personer døde ved bruk av røyk eller brann og det var 14 (0,7 %) dødsfall hvor det var uklart hvorvidt skade var påført med hensikt.



Figur 2.12. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år.
Antallet i hver gruppe er vist på enden av søylene.

Ser man selvmordsmetode fordelt på kjønn er den vanligste dødsårsaken for både kvinner og menn henging, strangulering eller kvelning. Andelen menn som dør av henging er allikevel høyere enn blant kvinner (47,4 % av mennene mot 37,4 % av kvinnene). Det er derimot en betydelig større andel kvinner i dette materialet som dør av forgiftning (34,6 % av kvinnene mot 18,5 % av mennene), og for kvinner er forskjellen i forekomst av forgiftning sammenlignet med henging, strangulering eller kvelning liten. Kjønnfordelingen på selvmordsmetode med

hengning og forgiftning som dominerende metoder er likt det man finner i den generelle befolkningen. Drukning forekommer oftere hos kvinner (10,9 % av kvinnene mot 4,3 % av mennene), mens bruk av skyting eller eksplosiver har klart høyest forekomst blant menn (9,5 % av mennene mot 1,0 % av kvinnene). Det er et relativt betydelig antall dødsfall (119) som følge av skyting – spesielt blant menn (9,5 %) – hvilket kan peke på viktigheten av å kartlegge tilgang på våpen når en person er i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.



Figur 2.13. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år fordelt på kjønn (N = 1910). Andel innad for henholdsvis menn og kvinner er vist på enden av søylene.

Del 2

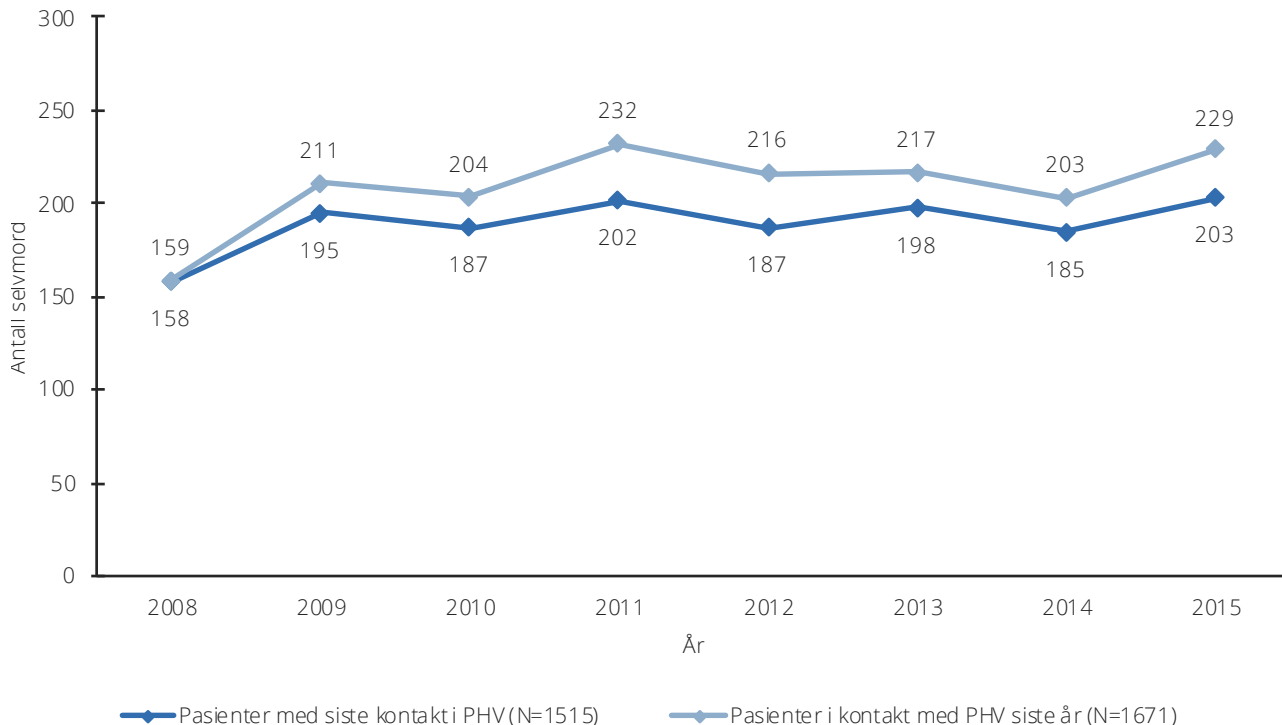
Resultater fra psykisk helsevern for voksne

Så langt har vi presentert data fra de fire sektorene samlet. Det er imidlertid betydelige forskjeller både i dimensjonering og hva slags type utfordringer pasienter i de ulike tjenestene har. Begge forhold har betydning for omfang og karakteristika ved selvmordene i den respektive sektoren. Psykisk helsevern for voksne (PHV) er den største av de aktuelle spesialisthelse-tjenestene, og som vi har sett i rapportens første del er det også desidert flest selvmord i denne sektoren. I den følgende delen av rapporten fokuserer vi derfor spesielt på selvmord i psykisk helsevern for voksne.

Resultatene fra psykisk helsevern for voksne er delt inn i to underkapitler. I første kapittel presenteres resultater basert på analyser av de personene som hadde hatt kontakt med PHV i løpet av de siste 365 dagene før et selvmord – uavhengig av hvilken sektor de hadde siste kontakt med. Deretter presenteres resultater basert på de som hadde siste kontakt med psykisk helsevern.

I perioden 2008–2015 var det 1671 personer som døde i selvmord under eller 365 dager etter kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV). 1515 av disse hadde siste kontakt med PHV, mens 156 (9,3 %) av de som hadde hatt kontakt med PHV siste leveår hadde siste kontakt med en av de andre sektorene før dødsfallet.

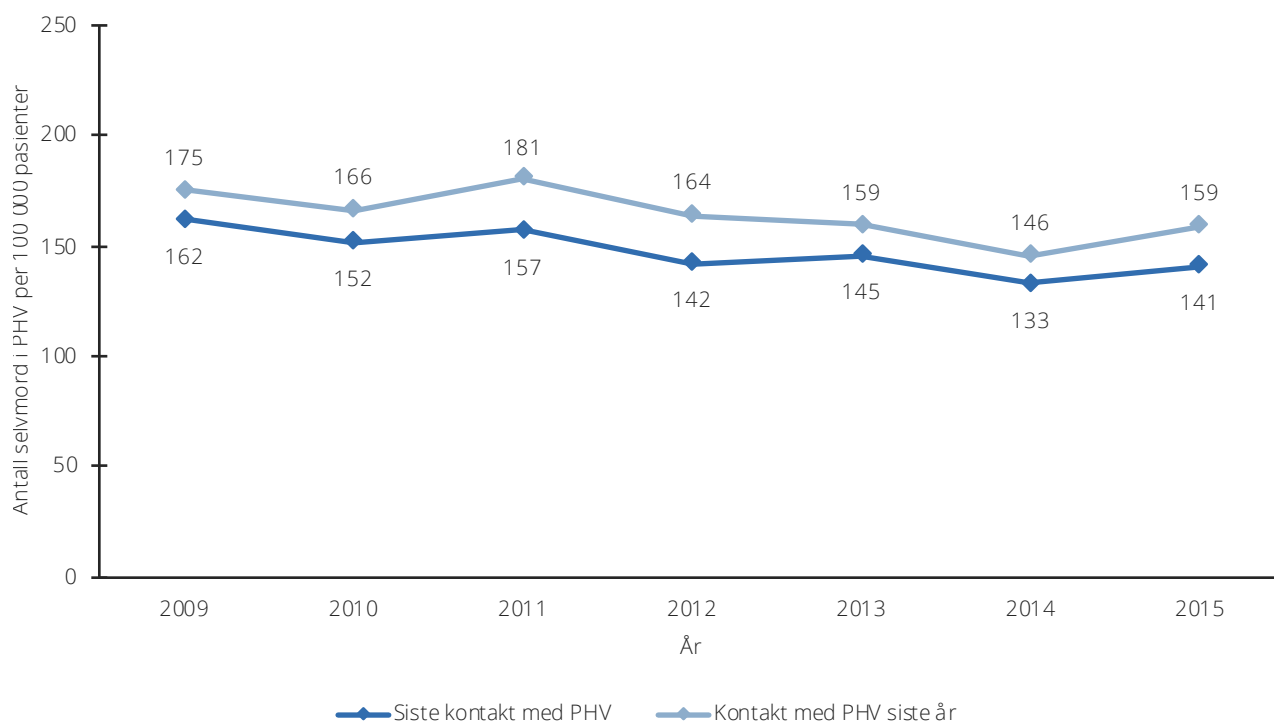
Figur 3.1 viser antall selvmord per år i den aktuelle perioden – både blant de som hadde siste kontakt med PHV og blant de som hadde hatt kontakt med PHV i løpet av siste leveår. Det er tilsynelatende en markert økning i antall selvmord fra 2008 til 2009, men økningen må ses i lys av at tallene for 2008 i vårt utvalg ikke inkluderer dødsfall med kontakt i 2007. Ser man bort fra økningen fra 2008 til 2009, har antall personer som har vært i kontakt med psykisk helsevern for voksne før et selvmord holdt seg relativt stabilt i den aktuelle perioden.



Figur 3.1. Antall selvmord i PHV fordelt på år. Mørkeblå linje viser antall selvmord blant personer som hadde siste kontakt med PHV. Lyseblå linje viser antall selvmord blant personer som hadde vært i kontakt med PHV siste år.

Til tross for at antallet holder seg relativt stabilt, har antall pasienter som har fått behandling i psykisk helsevern for voksne økt fra 2009 til 2015 (tabell A2 i appendiks). I figur 3.2 har vi justert for denne økningen i pasientvolum, og viser antall selvmord per 100 000 pasienter behandlet i PHV gjeldende år. Blant de som har hatt kontakt med PHV i løpet av siste år går raten fra 175 selvmord per 100 000 pasienter i 2009, til 159 selvmord i 2015, med noe

variasjon i mellom år. For personer som hadde siste kontakt med PHV ser man samme mønster. Kun basert på denne justeringen er det en svak nedgang i antall selvmord per 100 000 pasienter i kontakt med PHV. Som øvrige rateberegninger må dette tolkes med varsomhet. Mer inngående analyser og stratifisering er nødvendig for å kunne trekke ytterligere konklusjoner angående utvikling over tid.



Figur 3.2. Antall selvmord per 100 000 pasienter i PHV. Raten vises for personer som hadde siste kontakt med PHV før selvmordet (mørkeblå linje), og personer som hadde hatt kontakt med PHV i løpet av siste år før selvmordet (lyseblå linje). Kontakt siste leveår er ikke gjensidig utelukkende.



Del 2.1

Personer i kontakt med psykisk helsevern for voksne siste leveår

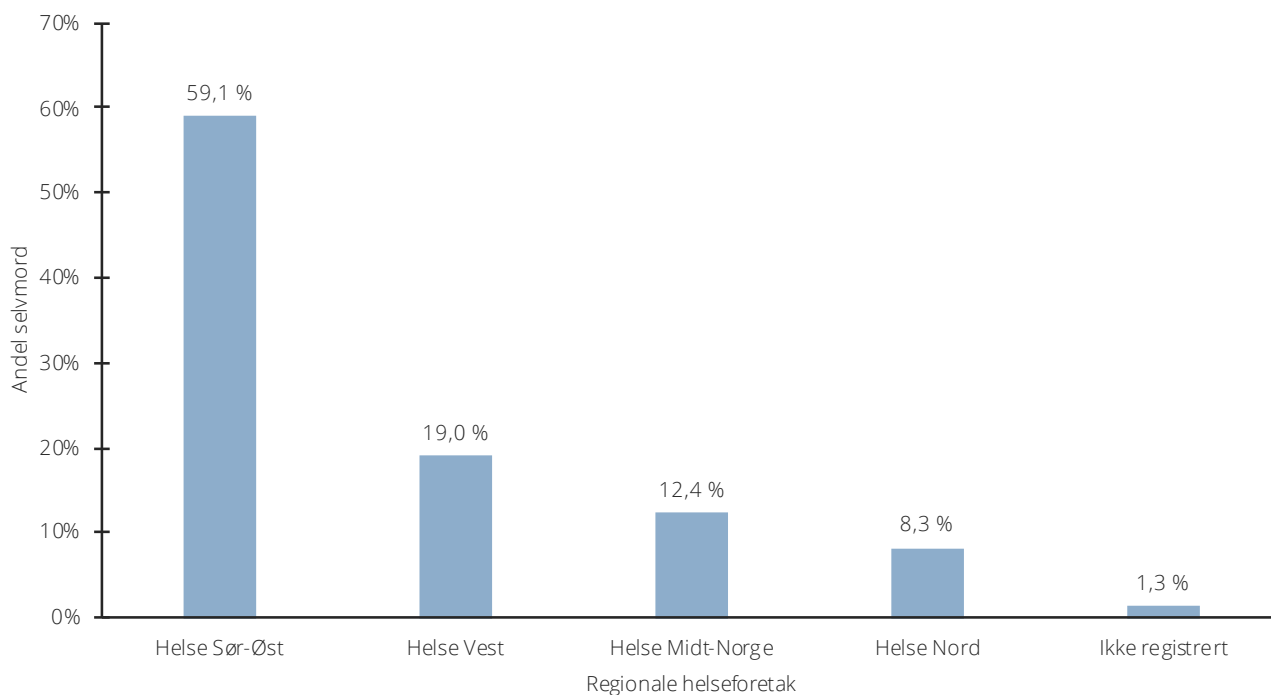
1671 (87,5 %) av alle personer som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV) i løpet av siste leveår. Uavhengig av hvor siste kontakt fant sted, hadde alle 1671 hatt én eller flere kontakter med PHV i det siste året før de døde. Resultatene som presenteres i del 2.1 av rapporten er basert på analyser av denne gruppen.

Helseregion

I perioden 2008–2015 hadde Helse Sør-Øst 987 (59,1 %) selvmord blant personer i kontakt med psykisk helsevern for voksne siste leveår, Helse Vest hadde 318 (19,0 %), Helse Midt-Norge 207 (12,4 %), og Helse Nord 138 (8,3 %) av selvmordene i PHV. For 21 (1,3 %) av personene var ikke RHF registrert i NPR.

Figur 3.3 viser antallet selvmord i tidsperioden 2008–2015, fordelt på de regionale helseforetakene. Når man ser på tallene for selvmord fordelt på helse-region, må man allikevel ta høyde for de store forskjell-

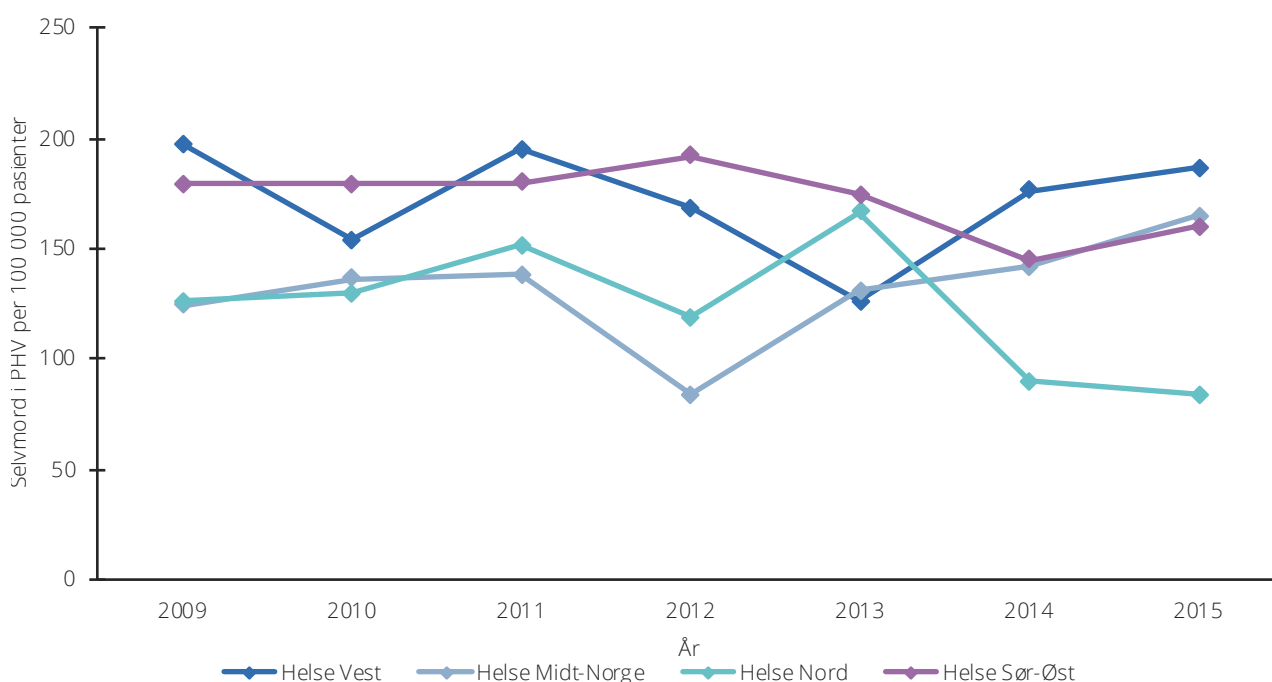
lene i antall brukere av tjenestene i de ulike RHFene. I 2015 hadde Helse Sør-Øst 80 204 (55,7 %) pasienter i psykisk helsevern, Helse Vest 26 812 (18,6 %), Helse Midt-Norge 23 036 (16,0 %) og Helse Nord 15 527 (10,8 %). Noen pasienter har mottatt behandling i flere regioner, derfor stemmer ikke totalen for landet med summen i regionene (tabell A2, appendiks). Fordelingen av selvmord er med andre ord i samsvar med det totale antallet brukere av tjenestene i de regionale helseforetakene.



Figur 3.3. Andel selvmord blant personer i kontakt med PHV siste år fordelt på regionalt helseforetak (N = 1671). Regionalt helseforetak var ikke registrert for 21 av pasientene.

I figur 3.4 presenteres antall selvmord per 100 000 pasienter i PHV for hver av de fire helseregionene fra 2009 til 2015. Antall brukere av tjenestene er estimert på bakgrunn av aktivitetsdata fra NPR (tabell A2, appendiks). Det gjøres oppmerksom på at antall selvmord i de ulike foretakene er lavt når de fordeles

på årstall, spesielt i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Dette gjør at selv små forskjeller i antall selvmord får store utslag i rateberegningene, hvilket resulterer i store variasjoner per år i alle foretakene utenom Helse Sør-Øst.



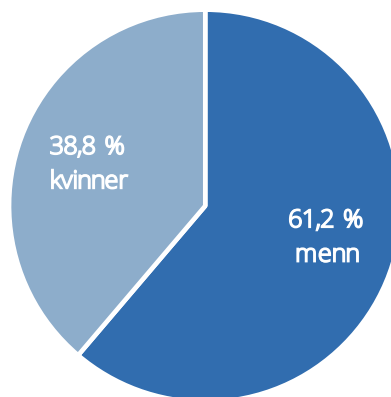
Figur 3.4. Antall selvmord per 100 000 pasienter behandlet i PHV fordelt på regionalt helseforetak. Tall fra 2008 er ikke inkludert grunnet varierende dekningsgrad i aktivitetsdata fra NPR denne årgangen.

Kjønn

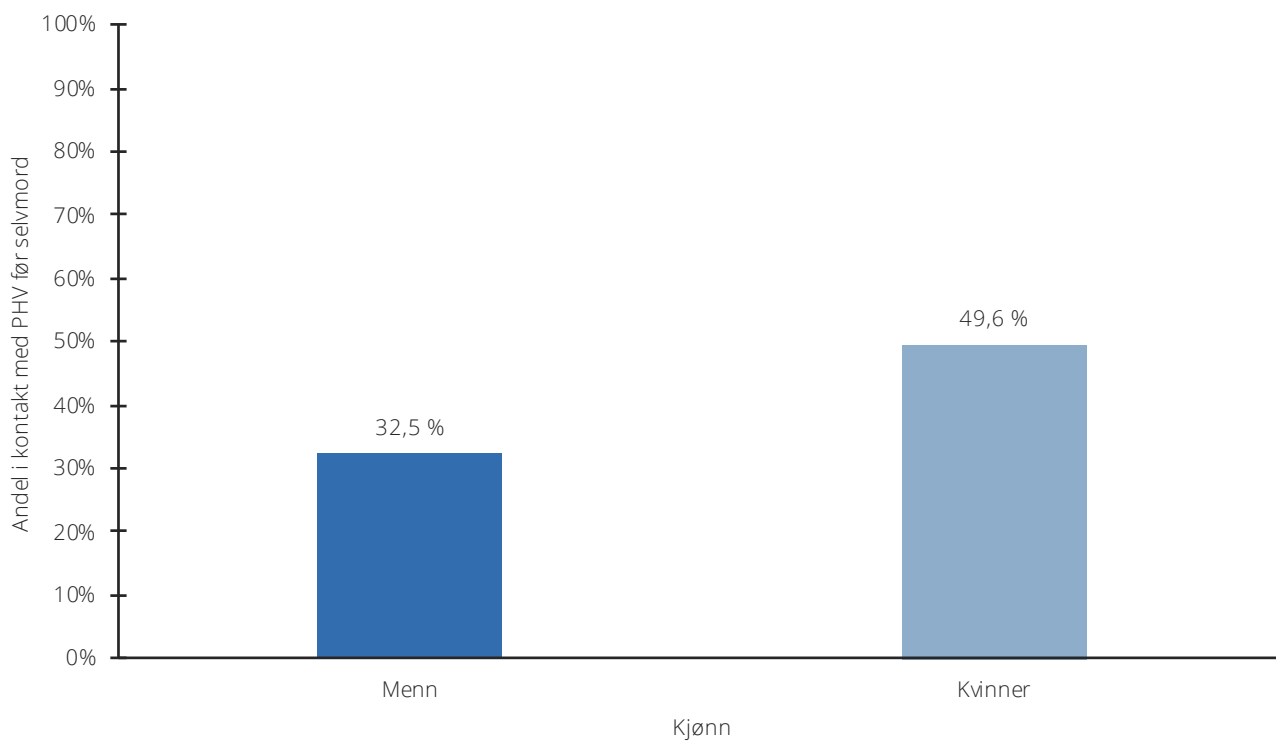
Av de 1671 som hadde kontakt med PHV siste 365 dager før et selvmord i perioden 2008–2015 var 1023 (61,2 %) menn og 648 (38,8 %) kvinner.

Av alle menn som døde i selvmord fra 2008 til 2015 hadde 1023 (32,5 %) hatt kontakt med PHV siste leveår. 648 (49,6 %) av kvinnene hadde hatt kontakt med PHV i samme periode.

Uttrykt som en ratio er forholdet menn: kvinner i denne sektoren 1,6. Tabell 3.1 viser kjønnsratioen for selvmord i psykisk helsevern per år.



Figur 3.5. Kjønnsfordeling blant personer som hadde kontakt med PHV siste år før selvmord (N = 1671; menn n = 1023, kvinner n = 648).



Figur 3.6. Andel selvmord blant menn ($N = 3152$) og kvinner ($N = 1306$) som hadde kontakt med PHV året før selvmord. Tall på alle selvmord hentet fra FHI sin statistikkbank 21.03.2018.

Tabell 3.1. Antall personer i kontakt med PHV før selvmord per år fordelt på kjønn

År	Menn	Kvinner	Ratio
2008	95	64	1,5
2009	136	75	1,8
2010	126	78	1,6
2011	150	82	1,8
2012	140	76	1,8
2013	125	92	1,4
2014	119	84	1,4
2015	132	97	1,4
<i>N</i>	1023	648	1,6

Alder

Av de 1671 personene som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne siste år før et selvmord, var gjennomsnittsalderen 44,9 år ($SD = 15,8$). Antall selvmord i psykisk helsevern for voksne er størst i alderen 25 til 64 år, med en ganske lik fordeling i disse aldersgruppene. Forekomsten av selvmord er noe lavere under 24 år, og betydelig lavere i aldersgruppene over 65 år. Det må tas høyde for at den yngste aldersgruppen kun omfatter 7 år, mens de andre kategoriene omfatter 10 år eller mer.

Blant mennene som dør i selvmord innen ett år etter kontakt med psykisk helsevern finner vi flest selvmord i aldersgruppen 35–44 år (220, 21,5 %) og tilnærmet like mange i aldersgruppen 25–34 år (210, 20,5 %). Blant kvinner som har hatt kontakt med psykisk helsevern er det flest selvmord i aldersgruppen 45–54 år (157, 24,2 %), mens det er like mange selvmord blant kvinner i aldersgruppene 25–34 år (115, 17,7 %), 35–44 år (115, 17,7 %) og 55–64 år (115, 17,7 %). For både kvinner og menn er antall selvmord lavest i de to eldste aldersgruppene.

Tabell 3.2. Antall selvmord blant personer i kontakt med PHV siste år fordelt på aldersgrupper og kjønn

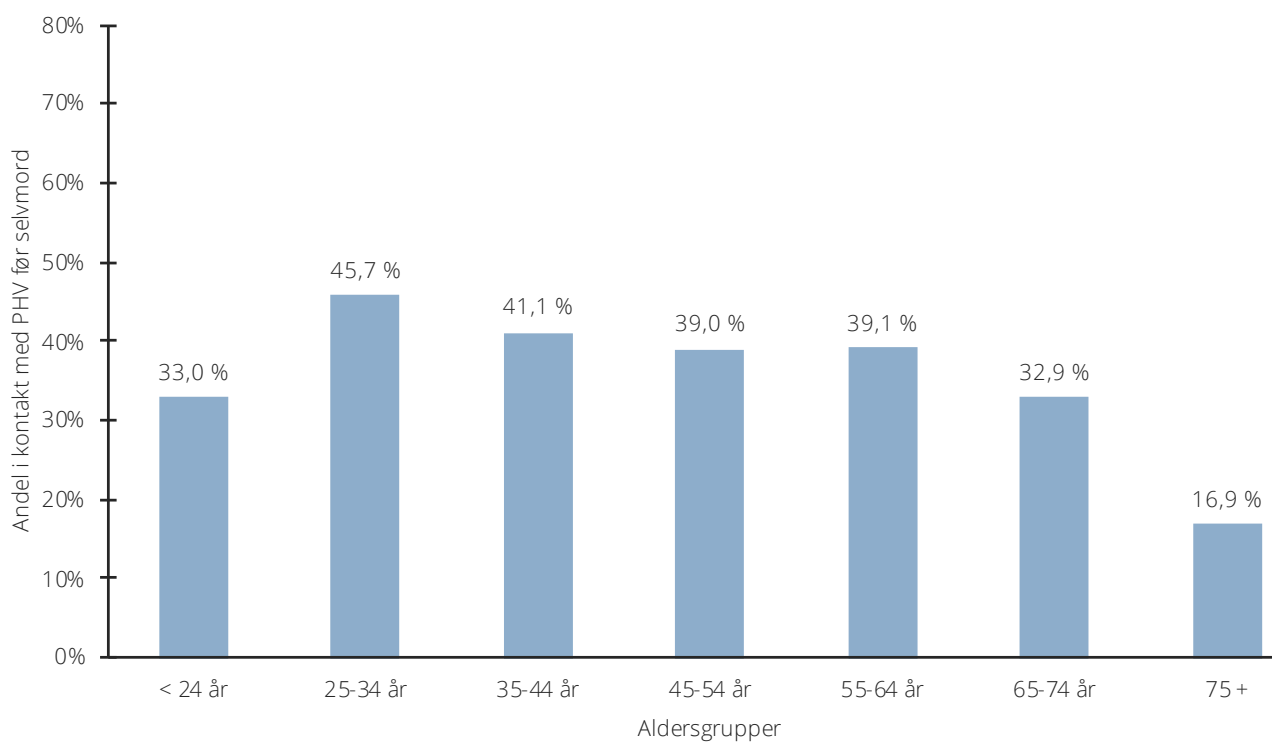
Alder	Menn <i>n</i> (%)	Kvinner <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i> (%)
0–24 år	115 (11,2)	70 (10,8)	185 (11,1)
25–34 år	210 (20,5)	115 (17,7)	325 (19,4)
35–44 år	220 (21,5)	115 (17,7)	335 (20,0)
45–54 år	179 (17,5)	157 (24,2)	336 (20,1)
55–64 år	186 (18,2)	115 (17,7)	301 (18,0)
65–74 år	77 (7,5)	54 (8,3)	131 (7,8)
75+ år	36 (3,5)	22 (3,4)	58 (3,5)
<i>N</i>	1023	648	1671

Tabell 3.3. Antall selvmord per år blant personer i kontakt med PHV siste år fordelt på aldersgrupper og kjønn

Alder	Kjønn	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0–24 år	Menn	12	12	17	18	14	19	8	15
	Kvinner	10	6	5	11	10	9	9	10
25–34 år	Menn	21	31	21	29	30	23	30	25
	Kvinner	17	17	12	12	11	15	14	17
35–44 år	Menn	32	36	26	30	29	24	23	20
	Kvinner	13	14	13	17	15	19	12	12
45–54 år	Menn	10	21	23	24	30	28	16	27
	Kvinner	11	20	19	23	20	25	16	23
55–64 år	Menn	19	22	18	30	25	17	26	29
	Kvinner	8	12	20	12	14	14	19	16
65+ år	Menn	<3	14	21	19	12	14	16	16
	Kvinner	5	6	9	7	6	10	14	19

Andelen i kontakt med psykisk helsevern innenfor de ulike aldersgruppene følger det samme mønsteret i PHV som for alle tjenestene samlet. Det er i aldersgruppen 25–34 år ($N = 325$) at flest har hatt kontakt med psykisk helsevern før et selvmord (45,7 %),

mens den laveste andelen i kontakt (16,9 %) er blant de som er eldre enn 75 år og dør i selvmord ($N = 58$). Andelen i kontakt fordelt på de ulike aldersgruppene presenteres i figur 3.7.

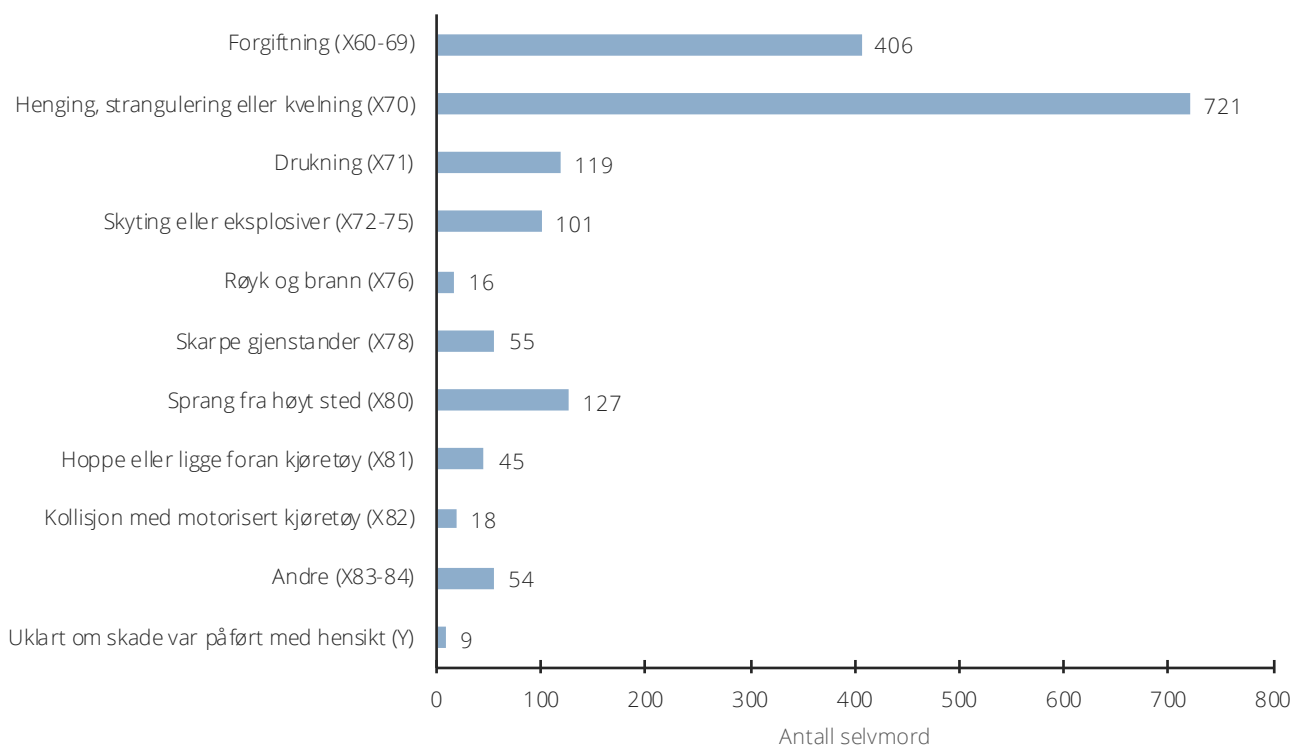


Figur 3.7. Andel personer død i selvmord som hadde kontakt med PHV siste år fordelt på aldersgrupper ($N = 1671$). Tall på alle selvmord hentet fra FHI sin statistikkbank 21.03.2018.

Selvordsmetoder

Av de personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med psykisk helsevern, var henging, strangulering eller kvelning den mest brukte metoden (721, 43,1 %) etterfulgt av forgiftning (406, 24,3 %). Sprang fra høyt sted var registrert dødsårsak for 127 (7,6 %) personer, etterfulgt av drukning (119, 7,1 %). Skyting eller eksplosiver ble brukt som metode av 101 (6,0 %), mens bruk av skarpe gjenstander var registrert dødsårsak for 55 (3,3 %) personer. Det var 45 (2,7 %) personer som døde ved å

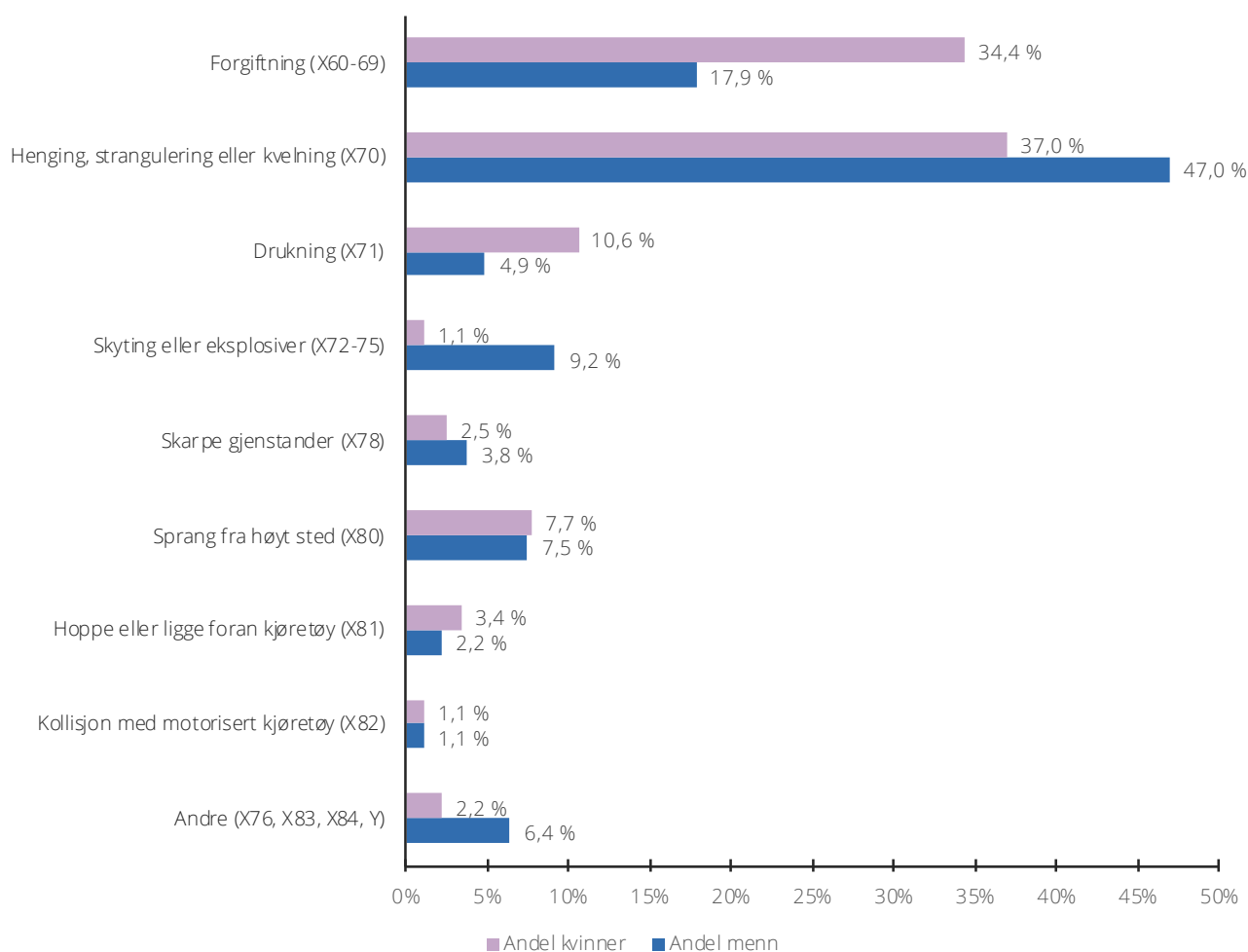
hoppe eller ligge foran et kjøretøy, og 18 (1,1 %) døde ved å kollider med et motorisert kjøretøy. Blant personer i kontakt med PHV siste år var røyk og brann den minst brukte av metodene (16, 1,0 %). Som i den generelle befolkningen er hengning og forgiftning de to vanligste metodene. Det er også verdt å merke seg at skyting ble benyttet som metode ved 101 selvmord blant personer som hadde hatt kontakt med PHV i løpet av siste år. For 9 (0,5 %) personer var det uklart hvorvidt skaden var påført med hensikt.



Figur 3.8. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV siste år.

Ser man selvmordsmetode i psykisk helsevern fordelt på kjønn, er den vanligste dødsårsaken for både menn og kvinner henging, strangulering eller kvelning. Andelen menn som dør av henging er allikevel høyere enn blant kvinner (47,0 % av mennene mot 37,0 % av kvinnene). Det er derimot en betydelig større andel kvinner i den aktuelle populasjonen som dør av forgiftning (34,4 % av kvinnene mot 17,9 % av mennene), og for kvinner er forskjellen i forekomst

av forgiftning sammenlignet med henging, strangulering eller kvelning liten. Drukning forekommer oftere hos kvinner (10,6 % av kvinnene mot 4,9 % av mennene), mens skyting er sjeldent hos kvinner (1,1 % av kvinnene mot 9,2 % av mennene). Det er liten forskjell mellom kjønnene når det kommer til forekomst av død som følge av sprang fra høyt sted, hoppe eller ligge foran kjøretøy eller kollisjon med motorisert kjøretøy.



Figur 3.9. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV siste år fordelt på kjønn (menn $n = 1023$, kvinner $n = 648$). Andelen innad i hvert kjønn er vist på enden av søylen.

Av de som var registrert innlagt døde 56,2 % som følge av henging, strangulering eller kvelning. Sammenlignet med 41,4 % av selvmordene utenfor døgnopphold, er det en forskjell på over 15 % mellom gruppene.

Videre var det 26,1 % av de ekstramurale selvmordene som skjedde ved forgiftning, mens 11,4 % av de

som var innlagt døde av forgiftning. Sprang fra høyt sted forekom noe oftere ved selvmord under innleggelse (10,0 %) sammenlignet med selvmord blant personer som ikke var innlagt på død tidspunktet (7,3 %). Selvmord ved skyting eller eksplosiver forekom sjeldent hos pasienter med status som innlagt (2,5 %).

Tabell 3.4. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV siste år, fordelt på hvorvidt pasienten var innlagt eller ikke

Selvmordsmetoder	Innlagt n (%)	Ikke innlagt n (%)
Forgiftning (X60-X69)	22 (11,1)	384 (26,1)
Henging, strangulering eller kvelning (X70)	112 (56,3)	609 (41,4)
Drukning (X71)	17 (8,5)	102 (6,9)
Skyting eller eksplosiver (X72-75)	5 (2,5)	96 (6,5)
Skarpe gjenstander (X78)	7 (3,5)	48 (3,3)
Sprang fra høyt sted (X80)	20 (10,1)	107 (7,3)
Hoppe eller ligge foran kjøretøy (X81)	7 (3,5)	38 (2,6)
Andre	9 (4,5)	88 (6,0)
<i>N</i>	199	1472

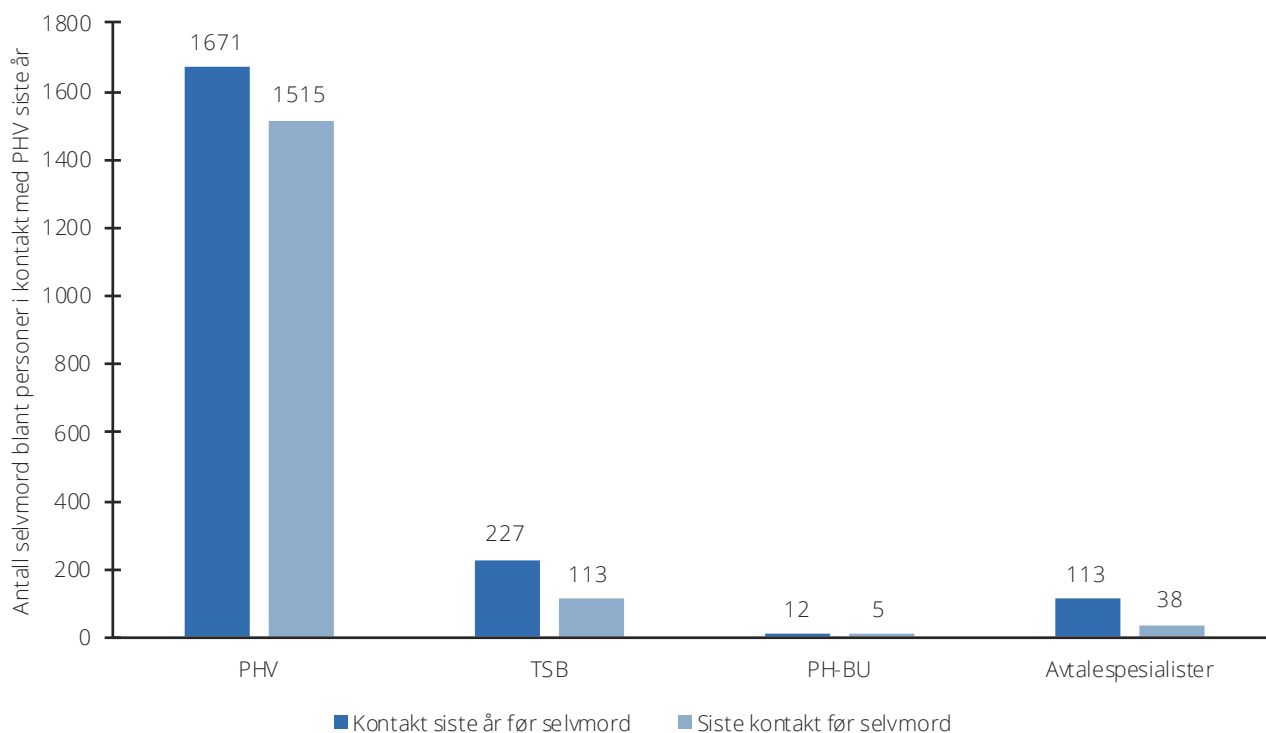
Note. Innlagt referer til pasienter under døgnopphold på død tidspunktet – inkludert pasienter på permisjon eller som har rømt. Ikke innlagte pasienter viser til alle andre personer i kontakt med PHV siste år før selvmord.

Sektor

1515 (90,7 %) av de personene som hadde hatt kontakt med PHV siste år, hadde også sin siste kontakt med denne sektoren. Av alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er PHV den sektoren flest har hatt kontakt med året før et selvmord. Av disse er det registrert at 227 (13,6 %) hadde hatt kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år før de døde i selvmord. Av de som hadde kontakt med både PHV og TSB hadde 113 (6,8 %) siste kontakt med TSB. 12 (0,7 %) hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for barn og unge i løpet av siste leveår og 5 (0,3 %) hadde hatt siste kontakt med PH-BU. Som vist i figur

2.11 er selvmord i de yngste aldersgruppene sjeldent, noe som gjenspeiles i forekomsten av selvmord i psykisk helsevern for barn og unge. 113 (6,8 %) hadde vært i kontakt med en avtalespesialist i løpet av siste leveår, mens 38 (2,3 %) hadde siste kontakt med en avtalespesialist.

Figur 3.10 viser all kontakt med PHV, TSB, PH-BU og avtalespesialister siste leveår, blant de 1671 personene som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne siste 365 dager før et selvmord.

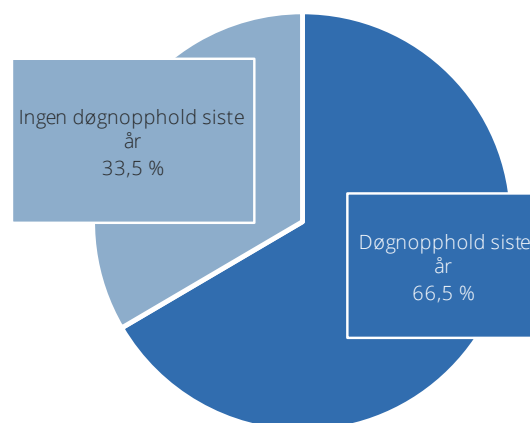


Figur 3.10. Personer i kontakt med PHV siste år. Mørkeblå søyle viser antall personer i kontakt med tjenesten siste år før selvmord. Lyseblå søyle viser hvilken tjeneste pasienter i PHV hadde siste kontakt med.

Døgnopphold

Av de 1671 personene som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne siste år, hadde 1112 (66,5 %) hatt minst ett døgnopphold i PHV i løpet av de siste 365 dagene før selvmordet. Dette vil si at hele 2/3 av de som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern hadde minst ett døgnopphold i denne sektoren året før de døde.

Blant de som hadde kontakt med PHV siste år, hadde 98 (5,8 %) vært innlagt i TSB. Av disse hadde 27 (1,6 %) pasienter hatt døgnopphold kun i TSB, mens 71 (4,2 %) pasienter hadde hatt døgnopphold både i PHV og TSB.



Figur 3.11. Andel personer som har hatt døgnopphold i PHV siste år før selvmordet (N = 1671).

Antall døgnopphold siste år

Gjennomsnittlig antall døgnopphold siste året var 2,3 ($SD = 2,4$). Av de 1112 personene som hadde hatt døgnopphold i PHV siste år hadde halvparten (563, 50,6 %) kun ett døgnopphold. Henholdsvis 261 (23,5 %) personer hadde to døgnopphold og 114 (10,3 %) hadde tre døgnopphold. Mer enn tre døgnopphold var sjeldent (174, 15,7 %).

Tabell 3.5. Antall døgnopphold i PHV siste år

Antall døgnopphold	<i>n</i>	%	Kumulativ %
1 døgnopphold	563	50,6	-
2 døgnopphold	261	23,5	74,1
3 døgnopphold	114	10,3	84,2
4 døgnopphold	67	6,0	90,4
5 døgnopphold	44	4,0	94,4
6–10 døgnopphold	41	3,7	98,1
> 10 døgnopphold	22	2,0	100,0
<i>N</i>	1112	100,0	

Varighet av døgnopphold

Gjennomsnittlig varighet av den siste innleggelsen i psykisk helsevern før selvmordet var 39,9 dager ($SD = 88,1$). Medianen var 10 dager. Variasjonsbredden var fra under 1 dag til omtrent 3,5 år. Siste innleggelse var i hovedsak kortvarig, og for 489 (44,0 %) pasienter varte siste innleggelse under én uke. Lange innleggelser på mer enn 90 dager forekom relativt sjeldent (125, 11,2 %).

Tabell 3.6. Varighet av siste døgnopphold i PHV

Tidsperiode	<i>n</i>	%	Kumulativ %
< 7 dager	489	44,0	-
8–30 dager	314	28,2	72,2
31–90 dager	184	16,5	88,7
91–180 dager	65	5,8	94,6
181–365 dager	41	3,7	98,3
> 365 dager	19	1,7	100,0
<i>N</i>	1112	100,0	

Type enhet for siste døgnopphold

Av de 1112 personene som hadde døgnopphold siste år, hadde majoriteten (60,6 %) siste døgnopphold i en sykehusavdeling. For en tredjedel var siste døgnopphold ved en DPS sengepost. 10 (0,9 %) personer hadde siste kontakt med andre typer institusjoner som yter psykiatrisk døgntilrettelagt behandling – som hverken kan kategoriseres som sykehus eller DPS. For 64 (5,8 %) av personene var det ikke mulig å skille mellom type enhet siden dataene var rapportert på somatiske numre. Dette gjaldt pasienter fra to helseforetak, og disse er rapportert som ukjent i tabell 3.7.

Tabell 3.7. Type enhet for siste døgnopphold i PHV

Type enhet	<i>n</i>	%
Sykehus	674	60,6
DPS	364	32,7
Ukjent*	64	5,8
Andre	10	0,9
<i>N</i>	1112	100,0

*Rapportert på somatiske numre

Dager fra avsluttet døgnopphold til selvmord

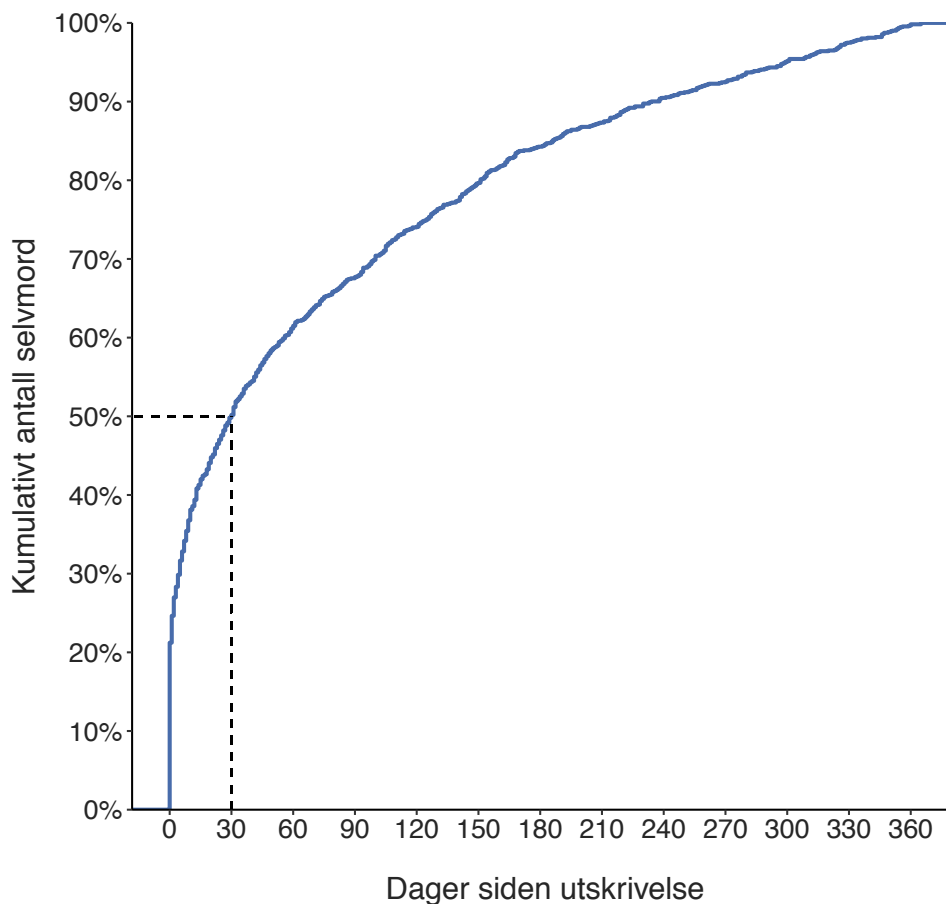
For de 1112 som hadde døgnopphold siste år, var antall dager fra utskrivelse til selvmordet gjennomsnittlig på 76,1 dager ($SD = 96,7$). Medianen er 30 dager. Som vist i tabell 3.8 døde hele 34,2 % i løpet av den første uken etter utskrivelse. Dette viser en tidsmessig nærhet mellom utskrivelse fra døgnopphold og selvmord, og fremhever tiden etter utskrivelse som en sentral risikoperiode for pasienter i PHV.

Tabell 3.8. Tid fra avsluttet døgnopphold i PHV til selvmord

Tid siden utskrivelse	<i>n</i>	%	Kumulativ %
< 7 dager	380	34,2	-
8–30 dager	178	16,0	50,2
31–90 dager	195	17,5	67,7
91–180 dager	184	16,5	84,2
181–365 dager	175	15,7	100,0
<i>N</i>	1112	100,0	

Figur 3.12 illustrerer fordelingen av selvmord over tid etter utskrivelse. Majoriteten av selvmord skjer kort tid etter utskrivelse. Særlig den første uken er

kurven stigende. Halvparten av alle som døde etter en utskrivelse døde i løpet av de første 30 dagene.

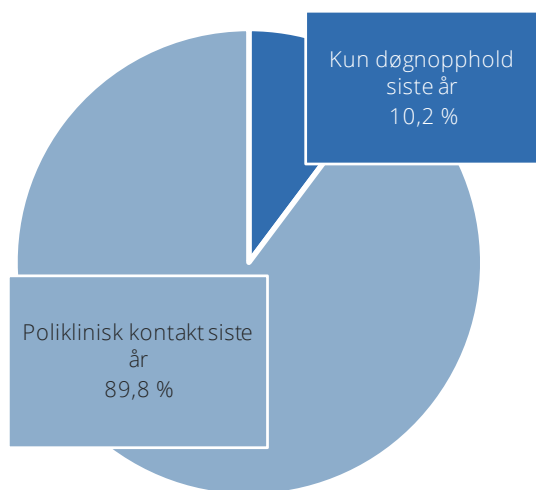


Figur 3.12. Tid fra siste utskrivelse til selvmord hos personer med døgnopphold i PHV siste år ($N = 1112$). Den stiplede linjen indikerer median.

Poliklinisk kontakt

Av de 1671 personene som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne siste 365 dager før et selvmord, hadde 1500 (89,8 %) hatt poliklinisk kontakt det siste leveåret. Tallet inkluderer også pasienter i dagbehandling siden omsorgsnivået dagbehandling i liten grad er rapportert til NPR. Kun Helse Sør-Øst og Helse Vest har registrert dagbehandling til NPR,

men også der er forekomsten av dagbehandling lav ($N = 18$). 171 (10,2 %) av personene i vårt utvalg hadde kun hatt døgnopphold det siste året før selvmord. 53 (3,2 %) personer hadde kun poliklinisk behandling med TSB, mens 149 (8,9 %) hadde poliklinisk kontakt både med PHV og TSB det siste leveåret.



Figur 3.13. Andel personer i kontakt med PHV som hadde poliklinisk kontakt siste år (N = 1671).

Blant de som hadde hatt poliklinisk kontakt siste 365 dager før et selvmord, var gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter det siste året 18,3 ($SD = 28,3$). Medianen var 10 kontakter. Dette referer til alle typer kontakter. Av personene med poliklinisk kontakt hadde 519 (34,6 %) mindre enn 5 kontakter siste året. De fleste ($n = 736$) hadde mellom 5 og 30 kontakter – noe som utgjorde 49,1 % av personene med poliklinisk kontakt. En relativt liten gruppe på 245 (16,3 %) personer hadde flere enn 30 polikliniske kontakter.

Gjennomsnittlig antall direkte kontakter, som kun inkluderer kontakter der pasienten fysisk er tilstede, var 13,9 ($SD = 21,9$). Medianen var 7 kontakter. Som forventet er gjennomsnittet noe lavere enn for alle kontakter, selv om hovedtyngden av poliklinisk kontakt er direkte pasientkontakt. Fordelingen av antall kontakter er hovedsakelig lik som for alle kontakter – med en liten forskyvning mot færre kontakter. Her hadde 624 (42,4 %) personer mindre enn 5 direkte kontakter, 690 (46,9 %) personer mellom 5 og 30 direkte kontakter og 157 (10,7 %) personer mer enn 30 direkte kontakter.

Tabell 3.9. Antall polikliniske kontakter siste år blant pasienter som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV

Antall kontakter siste år	Alle kontakter			Direkte kontakter ^a		
	<i>n</i>	%	Kumulativ %	<i>n</i>	%	Kumulativ %
1–5 kontakter	519	34,6		624	42,4	
5–10 kontakter	254	16,9	51,5	260	17,7	60,1
10–20 kontakter	317	21,1	72,6	303	20,6	80,7
20–30 kontakter	165	11,0	83,6	126	8,6	89,3
30–40 kontakter	78	5,2	88,8	60	4,1	93,4
40–50 kontakter	58	3,9	92,7	40	2,7	96,1
> 50 kontakter	109	7,3	100,0	58	3,9	100,0
<i>N</i>	1500	100,0		1471	100,0	

^aKontakter der pasienten fysisk er tilstede (NPR, 2015)

Del 2.2

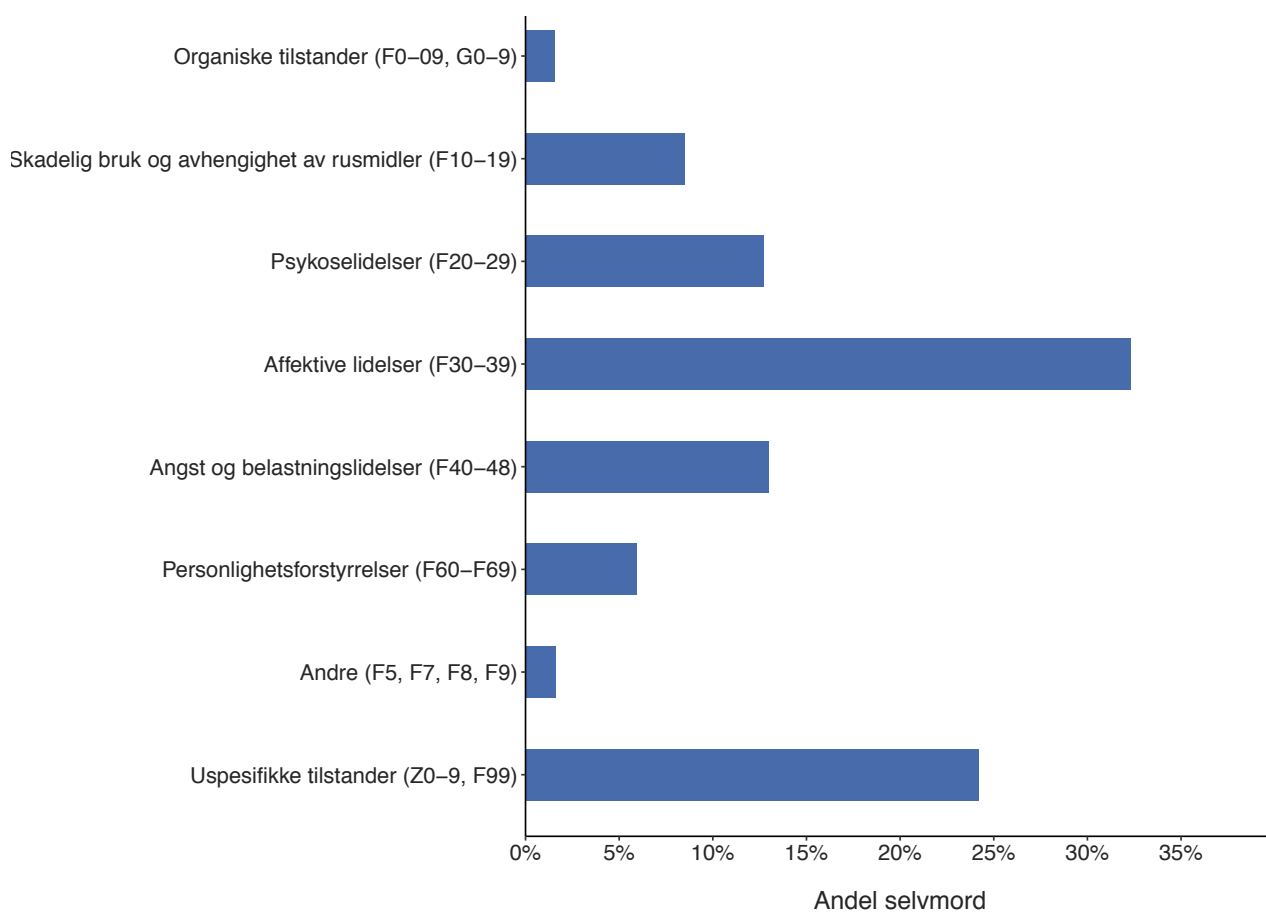
Personer med siste kontakt i psykisk helsevern for voksne

1515 personer hadde siste direkte kontakt med psykisk helsevern for voksne før dødsfallet. Det utgjør 79,3 % av de som døde i selvmord under eller innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i perioden 2008–2015. Denne delen omhandler disse personene og karakteristika ved deres siste direkte kontakt med PHV.

Diagnose ved siste kontakt

Figur 3.14 viser hoveddiagnose ved siste kontakt med psykisk helsevern for voksne før selvmordet, kategorisert etter undergruppene i ICD-10 kapitlene. Den største diagnosegruppen var affektive lidelser med 490 (32,3 %) personer, etterfulgt av uspesifikke diagnoser (som inkluderer uspesifisert psykisk lidelse, observasjonsdiagnoser, og pasienter uten F, G eller Z diagnoser) med 367 (24,2 %) personer. Samlet sett utgjør affektive lidelser og uspesifikke psykiske lidelser over halvparten av hoveddiagnosene i materialet.

Av de andre diagnosegruppene var 90 (5,9 %) personer registrert med en personlighetsforstyrrelse, 197 (13,0 %) med angstlidelser, 193 (12,7 %) med psykoselidelser, og 130 (8,6 %) med rus- og avhengighetslidelser. En liten gruppe på 24 (1,6 %) personer hadde organiske tilstander. De resterende 25 (1,7 %) personene ble kategorisert under «andre diagnoser», som blant annet inkluderer spiseforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, utviklingsforstyrrelser og dissosiative lidelser.



Figur 3.14. Grupperte hoveddiagnoser blant personer med siste kontakt i PHV (N = 1515).

Tabell 3.10 viser en mer detaljert oversikt over hoveddiagnose ved siste kontakt. Av de affektive lidelsene var 356 depresjon, hvilket utgjør 81,7 % av de affektive lidelsene. Blant de med bipolar lidelse hadde 63 personer en depressiv episode som siste diagnose, noe som utgjør 52,5 % av personene med bipolar lidelse.

Innenfor de uspesifiserte diagnosene var det 236 personer med Z-diagnoser, hvilket utgjør 65,5 % av de uspesifikke tilstandene. Videre var det i denne gruppen 98 (26,8 %) personer som manglet diagnose og 33 (9,0 %) personer med diagnosen F99 (uspesifisert psykisk lidelse).

Blant psykoselidelsene er den vanligste diagnosen schizofreni (105, 6,9 %). Schizofreni utgjorde 54,4 % av psykolidelidelsene i dette materialet. Det var klare kjønnsforskjeller der 85 (81,0 %) av mennene og 20 (19,0 %) av kvinnene var registrert med schizofreni.

Blant de som var registrert med skadelig bruk og avhengighet av rusmidler ($n = 129$) hadde 58 (45,0 %) personer skadelig bruk eller avhengighet av alkohol som hoveddiagnose. Den nest vanligste diagnosen var skadelig bruk eller misbruk av flere stoffer (42,

32,6 %). Menn utgjorde 72,8 % ($n = 94$) av personene med skadelig bruk og avhengighet av rusmidler.

Av de 197 personene med F4 (angst og belastningsrelaterte tilstander) hadde 73 en tilpasningsforstyrrelse – hvilket utgjør 37,1 % av angstlidelsene. Vi fant få spesifikke angstlidelser inklusive PTSD (F40, F42, F43.2; $n = 42$), men hele 53 (26,9 %) personer med angstlidelser hadde andre eller uspesifiserte depressive- eller angstlidelser. Av disse hadde hele 20 personer (14 menn og 6 kvinner) blandet angst og depresjon (F41.2).

Blant personlighetsforstyrrelsene var majoriteten av diagnosene emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, hvilket utgjorde 43,3 % ($n = 39$) av alle personlighetsforstyrrelsene. Det var klare forskjeller mellom kjønnene, og 84,6 % ($n = 33$) av de med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var kvinner.

Bidiagnoser

Kun 365 (24,0 %) av personene i kontakt med psykisk helsevern før selvmord hadde en registrert bidiagnose ved siste kontakt med psykisk helsevern. 102 (6,7 %) hadde to registrerte bidiagnoser. Forekomsten av registrerte bidiagnoser i utvalget vårt er altså lavt.

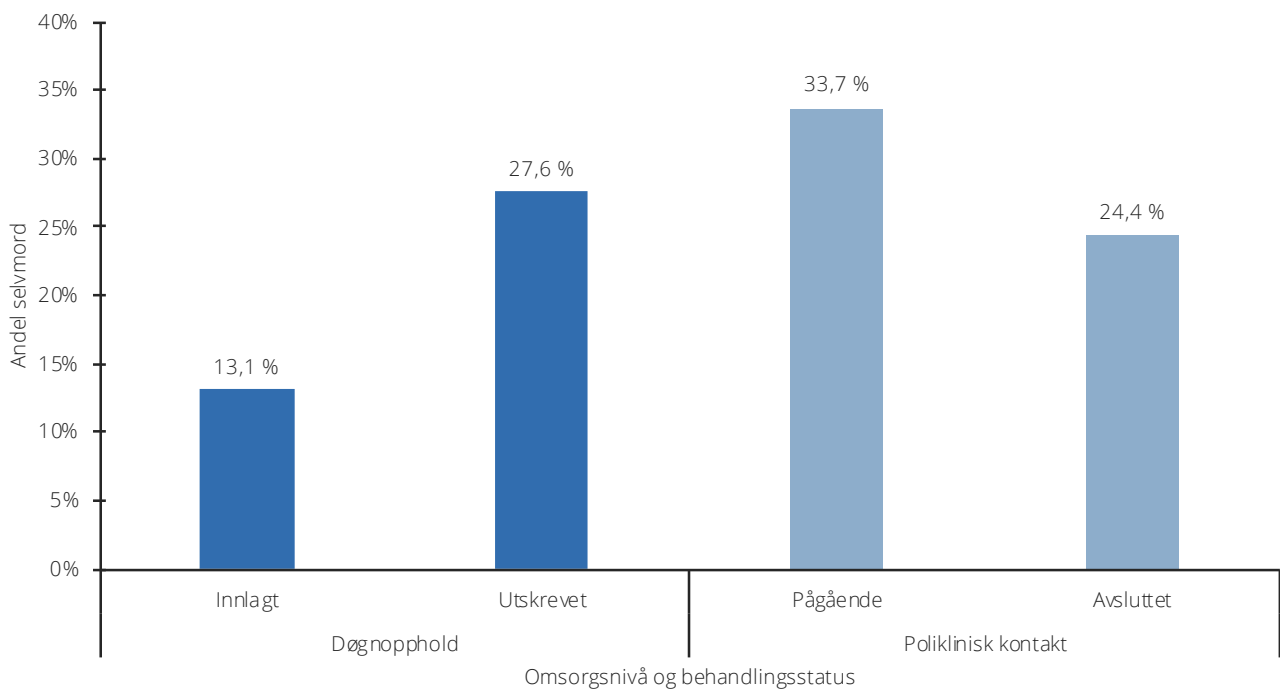
Tabell 3.10. Hoveddiagnose ved siste kontakt i PHV

	Menn n (%)	Kvinner n (%)	Totalt n (%)
Organiske tilstander (F0-F09, G0-G99)	15 (1,6)	9 (1,5)	24 (1,6)
Skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler	94 (10,1)	35 (6,0)	129 (8,5)
Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol (F10)	46 (4,9)	12 (2,1)	58 (3,8)
Skadelig bruk eller avhengighet av opiater (F11)	7 (0,7)	3 (0,5)	10 (0,7)
Skadelig bruk eller avhengighet av andre stoffer (F12-16)	10 (1,1)	9 (1,5)	19 (1,3)
Skadelig bruk eller avhengighet av flere stoffer (F19)	31 (3,3)	11 (1,9)	42 (2,8)
Psykoselidelser	137 (14,7)	56 (9,6)	193 (12,7)
Schizofreni (F20)	85 (9,1)	20 (3,4)	105 (6,9)
Uspesifisert ikke-organisk psykose (F21, F29)	11 (1,2)	5 (0,9)	16 (1,1)
Paranoide psykoser (F22)	20 (2,1)	11 (1,9)	31 (2,0)
Akutte og forbigående psykoser (F23)	6 (0,6)	5 (0,9)	11 (0,7)
Schizoaffective lidelser (F25)	15 (1,6)	15 (2,6)	30 (2,0)
Affektive lidelser	290 (31,0)	200 (34,4)	490 (32,3)
Manisk episode (F30)	3 (0,3)	3 (0,5)	6 (0,4)
Bipolar lidelse – aktuell episode mani (F31.0-F31.2)	12 (1,3)	11 (1,9)	23 (1,5)
Bipolar lidelse – aktuell episode depresjon (F31.1-F31.5)	39 (4,2)	24 (4,1)	63 (4,2)
Bipolar lidelse – aktuell episode blandet/andre (F31.6-F31.9)	23 (2,5)	11 (1,9)	34 (2,2)
Depressiv episode (F32)	127 (13,6)	70 (12,0)	197 (13,0)
Tilbakevendende depressiv lidelse (F33)	80 (8,6)	79 (13,6)	159 (10,5)
Andre affektive lidelser (F34, F38)		-	8 (0,5)
Angst og belastningslidelser	120 (12,8)	77 (13,3)	197 (13,0)
Spesifikke angstlidelser inklusive OCD (F40, F42)	17 (1,8)	5 (0,9)	22 (1,5)
Andre angstlidelser (F41)	29 (3,1)	24 (4,1)	53 (3,5)
Akutt belastningslidelse (F43.0)	-	-	7 (0,5)
PTSD (F43.1)	9 (1,0)	11 (1,9)	20 (1,3)
Tilpasningsforstyrrelse (F43.2)	45 (4,8)	28 (4,8)	73 (4,8)
Reaksjoner på alvorlig belastning (F43.8, F43.9)	6 (0,6)	3 (0,5)	9 (0,6)
Personlighetsforstyrrelser	36 (3,9)	54 (9,3)	90 (5,9)
Paranoid personlighetsforstyrrelse (F60.0)	-	-	6 (0,4)
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3)	6 (0,6)	33 (5,7)	39 (2,6)
Andre personlighetsforstyrrelser (F60.1, F60.2, F60.4, F60.9)	-	-	17 (1,1)
Unnvikende personlighetsforstyrrelse (F60.6)	4 (0,4)	3 (0,5)	7 (0,5)
Blandede og andre personlighetsforstyrrelser (F61)	10 (1,1)	5 (0,9)	15 (1,0)
Andre personlighet og atferdsforstyrrelser (F62-F69)	-	-	6 (0,4)
Andre psykiske lidelser (F44, F45, F50, F51, F54, F73, F84, F90)	23 (2,5)	15 (2,6)	38 (2,5)
Uspesifikke tilstander	227 (24,3)	140 (24,1)	367 (24,2)
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	19 (2,0)	14 (2,4)	33 (2,2)
Z-diagnoser (Z0-Z7)	155 (16,6)	81 (13,9)	236 (15,6)
Ingen F-diagnose	53 (5,7)	45 (7,7)	98 (6,5)
	943	581	1910

Omsorgsnivå og behandlingsstatus ved siste kontakt

Blant de 1515 personene som hadde siste kontakt med psykisk helsevern for voksne hadde 199 (13,1 %) status som innlagt på dødstidspunktet, og 418 (27,6 %) var utskrevet fra et døgnopphold. Totalt 617 (40,7 %) hadde således døgnopphold som siste kontaktpunkt med psykisk helsevern før dødsfallet. 898 (59,2 %) av personene med siste kontakt i psykisk helsevern hadde siste direkte kontakt med en poliklinikk. Poliklinisk kontakt inkluderer her 18 (1,1 %) pasienter kodet som dagbehandling ved siste kon-

takt. 510 (33,7 %) av personene hadde en pågående poliklinisk kontakt med en åpen henvisning da de døde i selvmord og 369 (24,4 %) døde i selvmord i løpet av 365 dager etter at henvisningsperioden for poliklinisk kontakt var avsluttet eller etter at de ikke hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene på 90 dager. For 19 (1,2 %) av personene i utvalget var det ikke mulig å avklare behandlingsstatus basert på vår definisjon av denne variabelen.

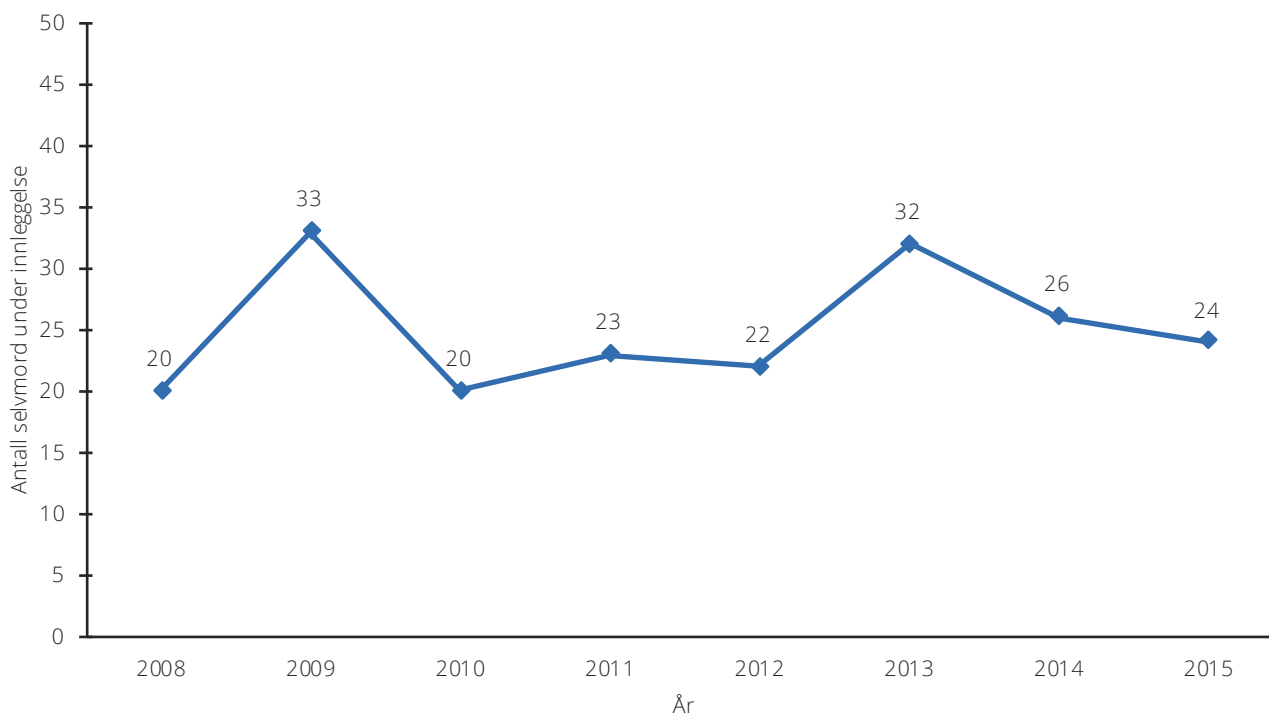


Figur 3.15. Behandlingsstatus ved siste kontakt med PHV (N = 1515), fordelt på omsorgsnivå og hvorvidt behandlingen var pågående eller avsluttet. 19 personer ble ikke klassifisert (ikke vist i figur).

Selv mord under døgnopphold

Som beskrevet over, døde totalt 199 pasienter i selvmord mens de var innlagt i perioden 2008–2015, noe som gir et gjennomsnitt på 25 pasienter per år ($SD = 4,9$). Dette inkluderer også pasienter som var i permisjon eller hadde rømt fra institusjonen på tidspunktet for dødsfallet – men vi har ikke data som

kan belyse andelen av disse nærmere. Som figur 3.16 viser, varierer antall selvmord per år mellom 20 og 33 uten noen tydelig trend. Tallene fra 2008 må tolkes i lys av at dette er det første året dataene fra NPR er personidentifiserbare.



Figur 3.16. Antall selvmord per år blant pasienter under døgnopphold i PHV.

118 (61,1 %) av selvmordene blant innlagte pasienter skjedde på sykehusavdelinger. Det er allikevel verdt å merke seg at 77 (38,9 %) selvmord skjedde under døgnopphold på DPS. 13 intramurale selvmord er rapportert på somatikknumre, så disse kan ikke klassifiseres som DPS eller sykehus, og er derfor ikke vist i tabell 3.11.

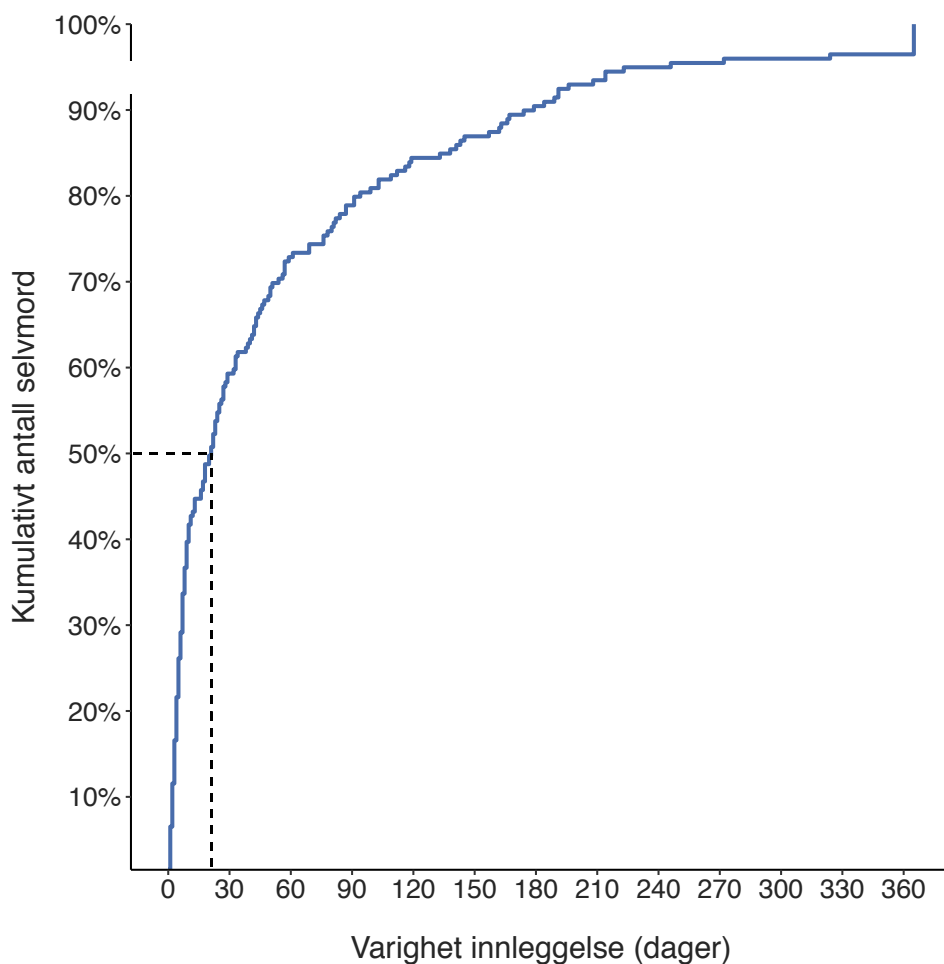
Tabell 3.11. Type enhet blant pasienter som døde i selvmord under døgnopphold i PHV

Type enhet	<i>n</i>	%
Sykehus	106	57,0
DPS	77	41,4
Andre	3	1,6
<i>N</i>	186	100,0

Note. Somatikknumre er ekskludert

Varighet av innleggelse før selvmord

Figur 3.17 viser antall dager fra innleggelse til selvmord blant pasienter som tok sitt liv under et døgnopphold. Som omtalt over kan dette også inkludere pasienter som var i permisjon eller som hadde rømt, men som hadde offisiell status som innlagt. Det er en betydelig høyere andel pasienter som dør i selvmord den første perioden av døgnoppholdet, indikert ved den høye stigningen på starten av kurven. Medianen er på 21,0 dager. Andelen pasienter som dør i selvmord flater ut etter 60 dager. Stigningen på slutten av kurven omfatter de 7 pasientene som døde etter mer enn 365 dagers innleggelse. Gjennomsnittlig varighet av innleggelsen før selvmordet var 63,2 dager ($SD = 108,0$) og varierte fra dagen for innkomst til over 600 dager.



Figur 3.17. Varighet av innleggelse før selvmord i PHV ($N = 199$). Den heltrukne blå linjen viser kumulativ prosent selvmord per dag etter innleggelse. Den stiplede linjen indikerer medianen.

33,7 % av alle selvmordene som fant sted i tilknytning til et døgnopphold skjedde de første 7 dagene etter innleggelse og 58,3 % skjedde de første 28 dagene etter innleggelse. Godt over halvparten av selvmordene i døgnopphold fant altså sted den første måneden etter innleggelse, mens kun 9,6 % av selvmordene ved døgnopphold skjedde mer enn 6 måneder etter innleggelse. Tabell 3.12 viser fordelingen av innleggelsens varighet før et selvmord.

Tabell 3.12. Varighet av innleggelse ved selvmord under døgnopphold i PHV

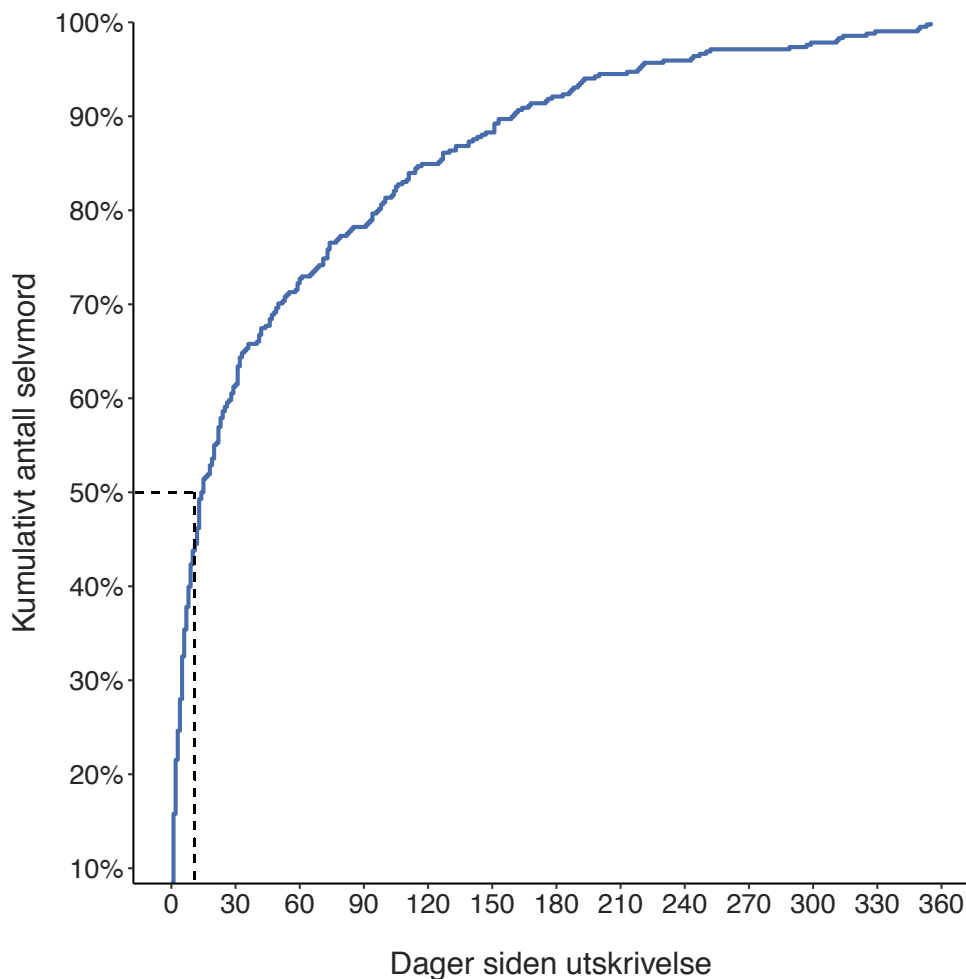
Tidsperiode	n	%	Kumulativ %
< 7 dager	67	33,7	-
8–30 dager	49	24,6	58,3
31–90 dager	41	20,6	78,9
91–180 dager	23	11,6	90,5
181–365 dager	12	6,1	96,5
> 365 dager	7	3,5	100,0
N	199	100,0	

Tid fra utskrivelse til selvmord

418 personer hadde utskrivelse fra døgnavhold som siste direkte kontakt med psykisk helsevern før de døde i selvmord. Figur 3.18 viser antall dager fra utskrivelse til dødsfallet.

Man ser en betydelig forekomst av selvmord i tidsmessig nærhet til utskrivelse fra døgnavdeling. Halvparten av de som døde i selvmord med døgnav-

hold som siste kontakt, døde i løpet av 14 dager etter utskrivelse. Ut ifra figuren kan man også se at omtrent 75 % av dødsfallene skjer i løpet av 90 dager etter utskrivelse, før forekomsten avtar. Det gjøres oppmerksom på at vi ikke har hatt data til å kontrollere om personen hadde en planlagt avtale etter selvmordet eller om vedkommende hadde uteblitt fra en planlagt avtale før dødsfallet skjedde.



Figur 3.18. Dager fra utskrivelse fra døgnavhold i PHV til selvmord ($N = 418$). Den heltrukne blå linjen viser kumulativ prosent selvmord per dag. Den stiplede svarte linjen indikerer medianen.

37,8 % av selvmordene blant personer som hadde siste kontakt med en døgnavdeling skjedde de første 7 dagene etter utskrivelse, 61,5 % skjedde i løpet av den første måneden og 78,2 % i løpet av de første 3 månedene. Kun 21,8 % av selvmordene fant sted mer enn 3 måneder etter utskrivelse, og kun 7,9 % av selvmordene blant de som hadde hatt døgnopphold som siste kontakt fant sted mer enn 6 måneder etter utskrivelse. Gjennomsnittlig antall dager fra utskrivelse til selvmord var 51,2 dager med et standardavvik på 75,0 dager. Antall dager varierte fra samme dag til ett år etter utskrivelsen. Tabell 3.13 viser nærmere detaljer om den tidsmessige fordelingen av selvmord etter utskrivelse.

Tabell 3.13. Tid fra utskrivelse til selvmord blant personer som hadde siste kontakt med døgnopphold i PHV

Tidsperiode	<i>n</i>	%	Kumulativ %
< 7 dager	158	37,8	-
8–30 dager	99	23,7	61,5
31–90 dager	70	16,7	78,2
91–180 dager	58	13,9	92,1
181–365 dager	33	7,9	100
<i>N</i>	418	100,0	

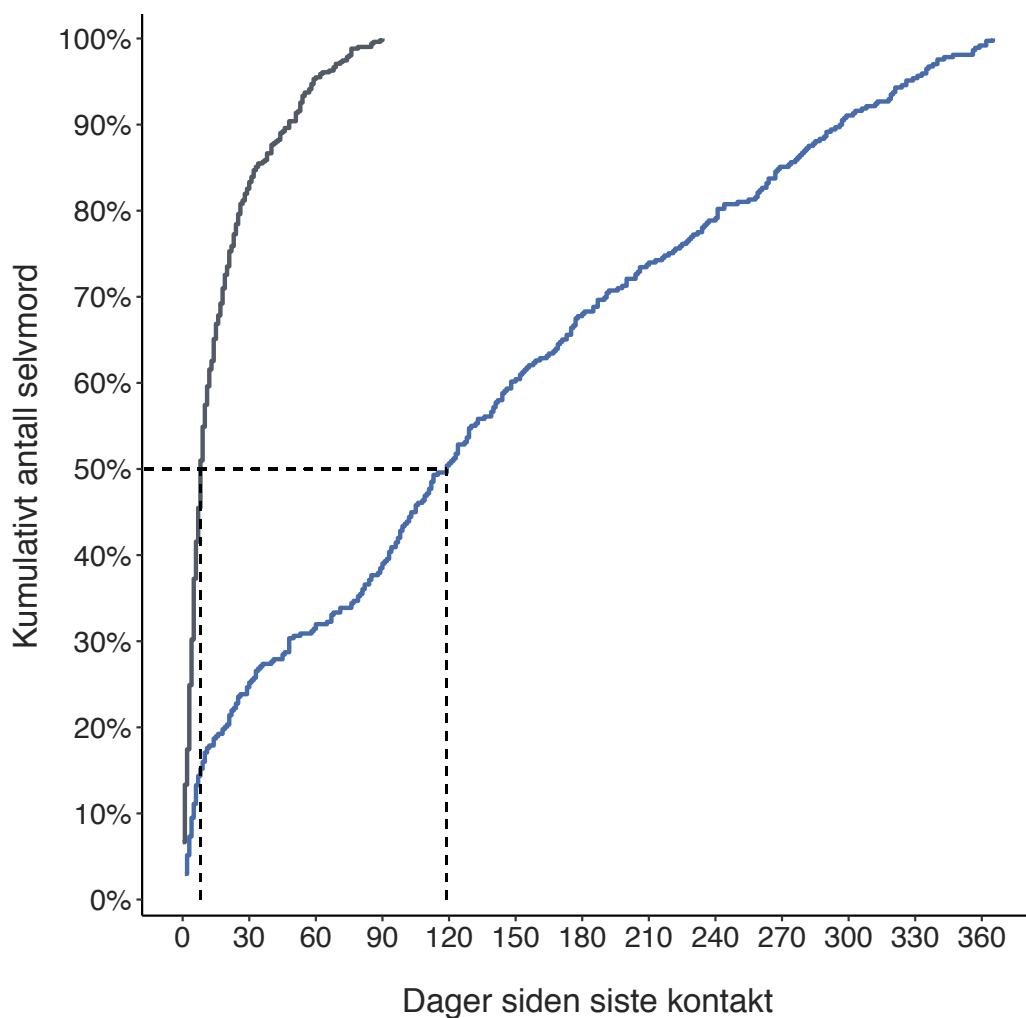
Tid fra siste polikliniske kontakt til selvmord

898 personer som døde i selvmord etter kontakt med PHV hadde en poliklinisk kontakt som siste episode. Denne gruppen er delt mellom pasienter under pågående poliklinisk kontakt og personer med en avsluttet poliklinisk kontakt.

Figur 3.19 viser at kurvene for pågående og avsluttet poliklinisk kontakt skiller seg betraktelig fra hverandre. Personer som hadde en avsluttet kontakt har en nær lineær kurve – som indikerer at den tidsmessige forekomsten av selvmord er tilnærmet likt fordelt gjennom de 365 dagene. Medianen var 119 dager etter siste kontakt. Personer som hadde en pågående kontakt har derimot en bratt stigning opp til over 75 % før kurven flater noe ut. Medianen indikerer her at 50 % av selvmordene i denne gruppen skjedde kun 8 dager etter siste kontakt. Funnet må ses i lys av en forventet clustering blant pasienter med løpende avtaler. Den samme tendensen ser man derimot ikke hos personer med avsluttet poliklinisk behandling.

45,5 % av selvmordene blant pasienter som hadde en pågående poliklinisk kontakt skjedde mindre enn 7 dager etter siste konsultasjon. Blant 16,7 % av de pasientene med en pågående poliklinisk kontakt hadde det gått mer enn én måned fra siste konsultasjon til selvmordet fant sted. Der det hadde gått mer enn 90 dager siden siste polikliniske kontakt, regnet vi kontakten som avsluttet. Gjennomsnittlig antall dager fra siste kontakt til selvmordet var 16,3 dager ($SD = 19,2$).

25,2 % av de med en avsluttet poliklinisk kontakt døde i løpet av den første måneden etter avslutning, mens 61,0 % av selvmordene i denne gruppen skjedde mer enn 90 dager etter siste kontakt. Gjennomsnittlig antall dager fra siste direkte kontakt med en poliklinikk til selvmord var 134,5 dager med et standardavvik på 106,9 dager. Antall dager siden kontakt varierte fra 1 til 365 dager.



Figur 3.19. Dager fra siste polikliniske kontakt til selvmord i PHV fordelt på om kontakten var pågående ($N = 510$) eller avsluttet ($N = 369$). De heltrukne linjene viser kumulativ prosent selvmord per dag med pågående kontakt i sort og avsluttet kontakt i blått. Den stiplede linjen indikerer medianen.

Tabell 3.14. Tid fra siste polikliniske kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus

Tidsperiode	Pågående kontakt			Avsluttet kontakt		
	<i>n</i>	%	Kumulativ %	<i>n</i>	%	Kumulativ %
< 7 dager	232	45,5	45,5	53	14,4	14,4
8–30dager	193	37,8	83,3	40	10,8	25,2
31–90 dager	85	16,7	100	51	13,8	39,0
91–180 dager	-	-	-	107	29,0	68,0
181–365 dager	-	-	-	118	32,0	100,0
<i>N</i>	510	100,0		369	100,0	

Antall polikliniske kontakter fordelt på status

Antallet direkte polikliniske kontakter varierer stort basert på hvorvidt personen var under pågående eller avsluttet poliklinisk kontakt. Som tabell 3.15 viser, hadde hele 61,9 % av de med avsluttet poliklinisk kontakt mindre enn 5 episoder. Gjennomsnittlig antall direkte polikliniske kontakter for personer

som døde etter en avsluttet poliklinisk kontakt var 7,4 (SD = 12,7), med en median på 4. For pasienter som døde med en pågående poliklinisk kontakt var gjennomsnittlig antall direkte kontakter 17,1 (SD = 22,9), med en median på 10.

Tabell 3.15. Antall direkte polikliniske kontakter fordelt på behandlingsstatus

Antall kontakter	Pågående poliklinisk kontakt			Avsluttet poliklinisk kontakt		
	<i>n</i>	%	Kumulativ %	<i>n</i>	%	Kumulativ %
1–5 episoder	162	31,8		227	61,5	
5–10 episoder	97	19,0	50,8	59	16,0	77,5
10–20 episoder	115	22,5	73,4	59	16,0	93,5
20–30 episoder	63	12,4	85,7	13	3,5	97,0
> 30 episoder	73	14,3	100,0	9	2,4	100,0
<i>N</i>	510	100,0		367	100,0	

Diskusjon

Diskusjon

Vi har i denne rapporten presentert resultater fra den første nasjonale registerbaserte studien på omfanget av selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge og beskrevet kjennetegn ved denne gruppen. Funnene viser at 1910 personer, nær halvparten av alle som døde i selvmord i Norge i perioden 2008–2015, hadde vært i kontakt med en av de aktuelle tjenestene. 1910 selvmord er betydelig høyere enn hva som har vært kjent tidligere. Disse dødsfallene vitner om mye lidelse, både for den enkelte person som opplever livet som uutholdelig, og for etterlatte, øvrig familie, venner og nettverk. Også for ansatte i tjenestene utgjør selvmord og arbeid med pasienter i selvmordsrisiko en betydelig påkjenning. Samlet sett viser funnene tydelig det omfattende samfunnsproblemet som selvmord under og etter behandling i disse tjenestene er.

I de følgende avsnittene diskuterer vi sentrale funn. Avslutningsvis vil vi drøfte hvilke implikasjoner de har for selvmordsforebygging.

Del 1: Alle sektorer

1910 personer døde i selvmord under eller innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i perioden 2008 til 2015. Dette tilsvarer 250 selvmord i tjenestene årlig i perioden 2010 til 2015. Funnet bekrefter at det er en sterkt forhøyet selvmordsrate i denne populasjonen sammenlignet med befolkningen generelt. Hvert år skjer det omlag 300 selvmord i Norge uten tilknytning til de aktuelle spesialisthelsetjenestene – noe som tilsvarer rundt 6,6 selvmord per 100 000 innbyggere. Selvmord under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus gir en rate på nesten 100 selvmord per 100 000 pasienter. Selvmordsratene blant pasienter i spesi-

alisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er med andre ord rundt 15 ganger høyere enn i den andelen av befolkningen som ikke har vært i kontakt med tjenestene.

Antall selvmord som skjer under eller etter kontakt med de aktuelle spesialisthelsetjenestene i Norge, er betydelig høyere enn hva som tidligere har vært kjent (se figur 1.1). Som beskrevet innledningsvis, har antall selvmord meldt inn til eksisterende meldeordninger (Helsetilsynet og Helsedirektoratet) ligget på omlag 120–160 per år de siste årene. Dette er 35–50 % lavere enn de rundt 250 selvmordene vi i gjennomsnitt finner for perioden 2010–2015. Et betydelig høyere antall selvmord i vår studie kan delvis forklares med metodologiske forhold. Registerkobling gir en mer komplett oversikt enn rapportering fra helsetjenesten alene. Dette fordi manuell rapportering både kan føre til manglende overholdelse av lovbestemt meldeplikt, men også fordi det med denne metoden alltid vil være en del selvmord som ikke er kjent for tjenestene og som følgelig ikke kan meldes tilsynsmyndigheter og andre instanser. Tidsvinduet er heller ikke likt. Denne studien har et klart definert tidsvindu på 12 måneder etter kontakt, mens eksisterende meldeordninger har hatt mer uklare eller åpne definisjoner som «under behandling» og «inntil 3 måneder etter kontakt».

Høy andel i kontakt før selvmord

43 % av de som døde i selvmord i perioden 2008 til 2015 hadde hatt kontakt med en eller flere spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus i siste leveår – 45 % i årene fra 2010 til 2015. En ny metaanalyse av internasjonale studier fant en gjennomsnittlig kontaktprevalens med psykisk helsevern på 26 % (Walby, Myhre, og Kildahl, 2018). Andelen i kontakt med spesialisthelsetjenestene før et selvmord er således betydelig høyere i Norge. Den høye andelen i kontakt er sannsynligvis resultatet av et offentlig finansiert velferdssystem med muligheter for behandling uavhengig av økonomi og arbeidssituasjon samtidig som dekningsgraden er svært høy. Sammenlignet med mange andre land bruker Norge mye ressurser på å tilby likeverdige tjenester

uavhengig av bosted og sosial bakgrunn, og er blant de landene i Europa som bruker størst andel av det totale helsebudsjettet på psykisk helse (Helsedirektoratet, 2015). Dette gjør at vi sammenlignet med andre land har god tilgang på tjenester innenfor psykisk helsevern på et samfunnsmessig nivå, selv om tilgjengeligheten kan være sviktende sett fra et individuelt perspektiv. Siden nesten halvparten av de som dør i selvmord er i kontakt med en av de nevnte tjenestene, gir dette oss et større forebyggingspotensiale enn andre land med lavere kontaktrater.

Det har over mange år foregått en kraftig utbygging av psykisk helsevern i Norge. Dette gjelder det polikliniske tjenestetilbudet og da spesielt i form av de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) var en omfattende politisk reform som gikk over 10 år. I tillegg til å bedre tilbudet i kommunene var et av hovedsatsningsområdene å styrke det psykiske helsevernet for voksne – primært ved å bygge ut de distriktpspsykiatriske sentrene og øke den polikliniske aktiviteten. Parallelt med dette foregikk det en omfattende reduksjon av antall sengeplasser (Helsedirektoratet, 2015). Det psykiske helsevernet for barn og unge var også et satsningsområde som ble prioritert i opptrappingsplanen. Videre ble TSB ved rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten, og har vært i kontinuerlig oppbygging i perioden som denne studien omhandler. Aktivitetsdata fra NPR viser at antallet pasienter som blir behandlet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt betydelig siden 2008 (appendiks A1), og antall selvmord i tjenestene må derfor ses i lys av den betydelige økningen i pasientpopulasjonen disse årene. De senere år har det også pågått en omfattende overføring av pasienter og utbygging av kommunale tjenester. Betydningen av de kommunale tjenestene for forebygging av selvmord vil ikke drøftes videre her da disse tjenestene ikke er inkludert i vårt materiale.

Den høye kontaktraten vi har i Norge blant de som er døde i selvmord tyder på at helsevesenet evner å fange opp mange av de som trenger det. Allikevel er selvmordsratene i Norge omtrent på gjennom-

snittet for verden (WHO, 2017), noe som på mange måter er et paradoks. Flere store internasjonale organisasjoner, slik som WHO og helsedepartementet i England, fremhever god tilgang på helsetjenester som en helt essensiell selvmordsforebyggende strategi (Department of Health, 2012; World Health Organization (WHO), 2014). Allikevel viser funnene våre at en høy kontaktrate ikke er ensbetydende med lave selvmordsrater. God tilgang på helsetjenester gir oss mulighet til å nå en stor andel av de som dør i selvmord, men man må også se nærmere på innholdet i kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten for å kunne utvikle gode forebyggende tiltak. Basert på registerdata er det ikke mulig å fastslå kvaliteten på den eventuelle behandlingen personene mottok da vi vet lite om innholdet i kontakten og omstendighetene rundt. Dette kan være opplysninger om alt fra behandlingsinstitusjonens organisering, tilbud om spesifikke psykoterapeutiske og medikamentelle intervensjoner, samarbeid og eventuelt etterlevelse av behandling, personens livssituasjon og tidligere sykehistorie. Dette er opplysninger som ikke registreres i Norsk pasientregister, men som klinikerne som har vært i kontakt med pasienten i de fleste tilfeller vil kunne besvare. Som beskrevet innledningsvis har NCISH i Storbritannia systematisk innhentet denne type informasjon fra behandlere i over 20 år med mål om å bidra til bedre forebygging i helsetjenestene. De har etter mange års arbeid kunnet vise at systemintervensjoner har vist seg effektive for å redusere antall selvmord (Kapur et al., 2016; While et al., 2012). Den høye kontaktraten i Norge viser et stort behov for en slik detaljert registrering av selvmord relatert til behandling i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Slik informasjon vil kunne bidra til å utvikle bedre forebyggingstiltak på systemnivå og sikre muligheter til å monitorere eventuelle endringer over tid.

Endringer over tid

Når vi tar høyde for antall pasienter behandlet i spesialisthelsetjenestene i perioden 2009–2015, finner vi ingen økning i antall selvmord blant personer i kontakt med tjenestene. En svak økning i antall

selvmord i tjenestene forklares altså i stor grad av en betydelig økning i pasientvolum. Uten nærmere analyser er det vanskelig å trekke en slutning om hvorvidt raten for selvmord i tjenestene eventuelt synker noe i perioden. Andelen selvmord i befolkningen som skjer under eller innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene ligger stabilt rundt 45 %. Etter hvert som materialet i Kartleggingssystemet utvides med flere år, vil mulighetene til å studere eventuelle tidstrender også øke.

Når det gjelder fordelingen av selvmord i de fire regionale helseforetakene, er direkte sammenligninger problematisk grunnet de store forskjellene i utstrekning og dimensjonering. Flest selvmord skjer i Helse Sør-Øst, men dette foretaket har samtidig 60 % av det totale antallet brukere av disse tjenestene. Ved å justere for denne forskjellen i pasientgrunnlag viser utviklingen over tid ingen klar trend når det gjelder selvmordsraten i de ulike regionale helseforetakene hverken i nivå eller trender.

Sektor

Av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er psykisk helsevern for voksne den klart største sektoren. PHV behandler flest pasienter, og har også den største andelen selvmord. Hele 1671 (87,5 %) av selvmordene tilknyttet de aktuelle spesialisthelsetjenestene var blant personer som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne de siste 365 dagene før et selvmord. Dette gjenspeiler ikke bare psykisk helsevern sitt pasientgrunnlag og dimensjonering, men sier også noe om denne pasientgruppens patologi. For eksempel driver avtalespesialister kun poliklinisk behandling, mens akutte tilstander (slik som alvorlig selvmordsatferd) har større sannsynlighet for å føre til en innleggelse. Vi finner en svært høy forekomst av døgnopphold i PHV i vårt materiale, hvilket underbygger dette. Selv om majoriteten av selvmordene skjedde blant personer som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern var det også en betydelig andel selvmord i de andre sektorene. En stor andel av de som hadde kontakt med TSB hadde også hatt kontakt med PHV siste leveår, hvilket viser at mange personer har komorbide lidelser som involverer både skadelig bruk og avhengighet av rusmidler og andre psykiske lidelser.

Kjennetegn ved personene som døde i selvmord etter kontakt med tjenestene

Basert på data fra Dødsårsaksregisteret vet man allerede at den høyeste andelen av de som dør i selvmord i befolkningen er menn. Resultatene våre viser at det også i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er flere menn som dør i selvmord, mens andelen kvinner som har hatt kontakt med tjenestene før et selvmord er høyere. Dette er ikke et ukjent fenomen, og en høyere kontaktrate blant kvinner er tidligere blitt dokumentert i flere internasjonale studier og oppsummert i en systematisk litteraturgjennomgang (Walby, Myhre, og Kildahl, 2018). Det at en større andel kvinner som dør i selvmord har oppsøkt hjelp for psykiske lidelser, tyder på at helsevesenet i større grad klarer å treffe kvinner – og peker på et behov for mer innsats og et bedre tilrettelagt tilbud for menn med psykiske lidelser.

Selvmord blant barn under 17 år er sjeldent sammenliknet med øvrige aldersgrupper. Dette gjenspeiles i antall personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for barn og unge før et selvmord. Andelen barn og ungdom i kontakt med tjenestene var derfor noe, men ikke markert lavere enn i de øvrige aldersgruppene. Aldersgruppene fra 65 år og eldre hadde derimot betydelig lavere kontaktrater. Det er nærliggende å tenke seg at disse gruppene primært mottar helsetjenester i kommunene og i somatisk spesialisthelsetjeneste. De fleste selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus skjer blant personer mellom 25–64 år og vil derfor i stor grad ha være brukere av tjenester for voksne.

Antall selvmord i tjenestene samlet per 100 000 innbyggere varierer betydelig i forhold til bostedsfylke. Raten i små fylker varierer mye over tid som resultat av at små antall gir store utslag. Vi finner tendenser til at raten er lavere i tettbebygde strøk, slik som det sentrale Østlandet og Sør-Vestlandet. Det må her presiseres at raten utelukkende sier noe om selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, da vi ikke har sett på det totale antallet selvmord i befolkningen innenfor hvert fylke.

Del 2: Psykisk helsevern

Psykisk helsevern for voksne er den største sektoren innenfor spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, og har også det høyeste antallet selvmord. Psykiske lidelser og selvmord er nært beslektet, og over 90 % av de som dør i selvmord har en diagnostiserbar psykisk lidelse på død tidspunktet (Cavanagh, Carson, Sharpe, og Lawrie, 2003). På grunn av denne nære relasjonen har psykisk helsevern en viktig rolle i forhold til selvmordsforebygging, og i de følgende avsnittene drøfter vi noen sentrale funn fra selvmord i psykisk helsevern.

Døgnopphold

Døgnopphold er svært vanlig blant personer som dør i selvmord under eller etter kontakt med psykisk helsevern. Hele 2/3 av de som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV hadde hatt minst ett døgnopphold. Den høye graden av døgnopphold kan indikere at disse personene har alvorlige psykiske lidelser, funksjonstap eller alvorlige krisereaksjoner. Store funksjonsfall, selvmordsfare, voldsrisiko eller alvorlige psykiske lidelser vil være tilstander som krever døgnopphold. Tilgjengelige data i NPR kan i liten grad belyse disse faktorene. Ikke minst mangler det informasjon om hvorvidt selvmordsatferd var årsak for kontakten med tjenesten.

De fleste affektive lidelser og angst- og belastningslidelser er tilstander som primært skal behandles poliklinisk, men utgjør en stor gruppe også blant de som hadde hatt minst ett døgnopphold. Samtidig som omfanget av døgnopphold er stort, viser resultatene at den siste innleggelsen ofte er kortvarig. 33 % av de som døde i selvmord hadde mindre enn én ukes varighet av siste innleggelse. På mange måter fremstår dette som et paradoks: Alvorlighetsgraden av tilstanden er så høy at man blir innlagt, men varigheten av døgnoppholdet er kortvarig. En potensiell forklaring er at personer legges inn i en krisetilstand med akutte symptomer som muligens avtar etter kort stabilisering, og at døgnoppholdet da har en krisestabiliseringsfunksjon. Hvorvidt dette er tilstrekkelig for å redusere selvmordsfaren kan dette studiet i liten grad si noe om.

Det er, som nevnt over, ikke mulig utfra tilgjengelige registerdata å vite hvor stor andel av innleggelsene eller kontaktene for øvrig som var relatert til ulike former for suicidale kriser. Fra annen norsk forskning (Mellesdal et al., 2014) så vel som fra klinisk erfaring, er det velkjent at svært mange innleggelser har selvmordsatferd som del av innleggingsårsaken.

Basert på den meget høye andelen som har vært innlagt samtidig som innleggelsene ofte er svært kortvarige, er det et spørsmål om pasientene mottok tilstrekkelig behandling under og etter innleggelsen. Gitt den høye andelen som blir innlagt på tross av en omfattende utbygging av polikliniske og ambulante tjenester, bør det også undersøkes hvorvidt tilbudet utenfor sengepost er både kvalitativt godt nok og tilgjengelig nok. Våre foreliggende registerdata kan i liten grad belyse disse viktige spørsmålene, men temaet bør følges opp både med data fra Kartleggingssystemet og ved bruk av andre metoder. Særlig viktig er spørsmålet om hva slags oppfølging som er tilgjengelig i spesialisthelsetjenestene og i kommunen etter en utskrivelse fra døgnopphold.

Poliklinisk kontakt

90 % av personene som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern, hadde poliklinisk kontakt i løpet av siste leveår. Dette er ikke et overraskende funn da psykisk helsevern i Norge har vært igjennom en omstrukturering de siste tiårene – hvor man har foretatt en nedtrapping av sengeplasser og utbygging av poliklinikkene. Det er allikevel verdt å merke seg at det fortsatt er så mye som 10 % av personene i vårt utvalg som utelukkende har vært innlagt, uten å få noen form for oppfølging på poliklinikk i løpet av det siste året før de døde i selvmord.

Et annet viktig funn vedrørende poliklinisk behandling er at de fleste som dør under eller etter kontakt med psykisk helsevern har et lavt antall polikliniske kontakter, noe som antyder at de fleste enten dør tidlig i forløpene eller avsluttes etter få kontakter med DPS. Majoriteten (62 %) av de som hadde en avsluttet poliklinisk kontakt hadde mindre enn 5 kontakter. Det er lite sannsynlig at adekvat diagnostikk og behandling av en psykisk lidelse kan skje på under

5 kontakter. Dette kan tolkes som at mange av disse personene har kommet i kontakt på bakgrunn av en akutt krisereaksjon. Tilgjengelige registerdata gir ikke informasjon om hvorvidt disse personene har få kontakter fordi de ikke møter opp til videre behandling, eller om det skyldes at de ikke tilbys behandling ved DPS. Dette er en viktig gruppe som kartleggings-skjemaet vil kunne bidra med å innhente ytterligere informasjon om.

For pasienter som døde med en pågående poliklinisk kontakt er antallet episoder jevnere fordelt, men også her er det en tendens til å ha forholdsvis få kontakter (median: 10 episoder). Dette kan tolkes som at risikoen er høyest i starten av et poliklinisk forløp. Vi har funnet relativt få selvmord under lengre polikliniske forløp, hvilket kan genere en hypotese om at adekvat poliklinisk behandling reduserer selvmordsrisiko. Det er mulig at de lengre forløpende i større grad innebærer adekvat behandling av en psykisk lidelse, i tillegg til at oppfølgingen kan ha bidratt til å stabilisere suicidale kriser og fungert som støtte i vanskelige perioder. Kjennetegn ved pasientene eller ulike risikoprofiler kan imidlertid også forklare dette forholdet. Dette må undersøkes videre ved bruk av et kontrollert design.

Diagnoser ved siste kontakt

Affektive lidelser var den klart største diagnostiske gruppen i materialet, og over en tredjedel av personene i kontakt med PHV hadde en affektiv lidelse som hoveddiagnose ved siste kontakt. Av de affektive lidelsene var depressive episoder og tilbakevendende depresjon de klart vanligste diagnosene – begge med en forekomst på over 10 % av totalen. I den generelle befolkningen er depressive tilstander hyppig forekommende og depresjon er også av den grunn en av de største risikofaktorene for selvmord. I andre studier er også depresjon den vanligste diagnosen blant personer i kontakt med PHV før selvmord (Hunt et al., 2006; Qin og Nordentoft, 2005).

Blant de personene som hadde en bipolar lidelse ved siste kontakt med PHV, hadde de fleste en depressiv eller blandet episode – en fordeling som er godt kjent fra litteraturen (Isometsä, Henriksson, Aro, og

Lönnqvist, 1994). Basert på den høye forekomsten av affektive lidelser vil en naturlig anbefaling være å øke kvalitet og tilgang på kunnskapsbasert behandling av disse lidelsene. På bakgrunn av de foreliggende registerdataene er det vanskelig å si noe om hva slags behandling personen har fått. Ved innføringen av Kartleggingssystemet (beskrevet innledningsvis) vil vi få mer detaljert informasjon om behandling – noe som potensielt kan føre til mer spissede anbefalinger angående behandling og oppfølging av personer med depresjon.

Det å registrere hoveddiagnose og unngå bruk av uspesifikke diagnoser slik som F99 og Z-diagnoser, er en etablert kvalitetsindikator i psykisk helsevern. Den høye forekomsten av uspesifikke tilstander, slik som F99, Z-diagnoser eller ingen registrert F-diagnose, er derfor overraskende. Diagnoser er viktige verktøy for å sikre at pasienter får adekvat behandling, og manglende diagnostisering kan føre til dårligere kvalitet på behandlingen eller at pasienter ikke får noe behandlingstilbud. En potensiell forklaring på den høye forekomsten av uspesifikke diagnoser i det foreliggende materialet kan være at kontakten personen hadde med PHV før selvmordet var så kort at adekvat diagnostisering ikke var mulig. I tillegg kan det være at personen var i en kortvarig krise som ikke nødvendigvis oppfyller kravene til en diagnose. Det er naturligvis mulig at en del pasienter kan ha fått adekvat behandling på tross av en uspesifikk diagnose. Allikevel er forekomsten av uspesifikke tilstander og manglende registrering av hovedtilstand et parameter som bør følges opp i denne gruppen – både fordi det er en nasjonal kvalitetsindikator som gir sammenligningsgrunnlag, men også fordi den potensielt sier noe om både kvaliteten og omfanget av behandlingen som er gitt.

En annen sentral gruppe i dette materialet er personer med psykoselidelser. Sannsynligvis vil bruken av helsetjenester være noe forskjellig hos disse personene siden tilstandene gjerne er mer kroniske og alvorlige sammenlignet med eksempelvis angst- og belastningslidelser – som ofte er mer kortvarige situasjonsutløste tilstander. Likevel er grensene her uklare siden selvmord blant personer med schizo-

freni ofte er mer relatert til affektive symptomer fremfor de psykotiske symptomene i grunnlidelsen (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, og Deeks, 2005). Med andre ord er det nødvendig med mer inngående analyser for å se etter ytterligere kjennetegn eller relasjoner mellom og over de ulike diagnosegruppene i materialet.

Av personene som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern var 6 % registrert med en personlighetsforstyrrelse. Dette er sammenliknbart med funnene i en fersk rapport fra Storbritannia (Appleby et al., 2018) som fant en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 9 % hos personer som døde i selvmord under eller etter kontakt med psykisk helsevern. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var ikke uventet den største undergruppen, men utgjorde bare 2,6 % av hele materialet. Ulike typer selvmordsatferd er vanlig ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og er ofte en årsak til kontakt med psykisk helsevern (Black, Blum, Pfohl, og Hale, 2004). Antallet selvmord i denne gruppen er allikevel betydelig lavere enn for mange av de andre tilstandene

En fjerdedel av personene i materialet var registrert med mer enn én diagnose (bitilstand), noe som er lavere enn forventet. For eksempel fant Walby, Odegaard, og Mehlum (2006) at over 40 % av pasientene som døde i selvmord under eller etter innleggelse i PHV hadde bitilstander etter systematisk re-diagnostikk. Det lavere antallet bitilstander kan derfor skyldes manglende utredning eller registrering av bitilstander og at tilstandene stort sett kodes på bakgrunn av kliniske diagnoser. Det høye antallet uspesifiserte diagnoser i materialet kan også forklare hvorfor andelen registrerte bitilstander er lavt, da det ikke skal settes bidiagnoser ved slike tilstander.

Tidsmessig nærhet av kontakt

Det har lenge vært kjent at selvmord i stor grad skjer i tidsmessig nærhet til en kontakt med psykisk helsevern og at perioden etter utskrivelse fra døgnopphold er en sentral risikoperiode (Meehan et al., 2006; Qin og Nordentoft, 2005; Walby et al., 2018). Som beskrevet over, hadde en betydelig andel av perso-

nene som døde i selvmord hatt døgnopphold i året før selvmordet. Vi ser at mange av selvmordene skjedde kort tid etter utskrivelse, der omlag 50 % av personene døde innen 28 dager etter utskrivelse. En utskrivelsesfase vil ofte innebære at man blir eksponert for stressende hendelser som man ble beskyttet fra under innleggelsen (Owen-Smith et al., 2014). En utskrivelse vil også for de aller fleste innebære både mindre intensiv behandling og mindre psykososial støtte. Med tanke på hvor sentral risikofasen etter utskrivelse er, bør det utvikles bedre forebyggings tiltak som retter seg direkte mot pasienter i denne fasen. Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» inkluderte blant annet tiltak ved utskrivelse slik som kriseplan, avtale om oppfølging, og involvering av pårørende i utskrivelsesprosessen (Brudvik, Ness, og Walby, 2015). Kampanjen er imidlertid i liten grad evaluert. Bruk av tidsseriedata fra Kartleggingssystemet vil i løpet av årene som kommer kunne måle effekt av denne eller andre aktuelle kampanjer og intervensjoner rettet mot denne sårbare perioden.

Blant personer med poliklinisk kontakt ser vi store forskjeller i tid fra kontakt med PHV til selvmord basert på hvorvidt personen var i et pågående poliklinisk forløp eller hadde avsluttet poliklinisk kontakt. For personer med en avsluttet poliklinisk kontakt var forekomsten over tid omtrent likt fordelt de 365 dagene etter siste kontakt. Dette skilte seg fra pasienter med pågående poliklinisk kontakt – som hadde få dager mellom siste kontakt og selvmord. Avsluttet poliklinisk kontakt vil i de fleste tilfeller indikere en form for bedring eller remisjon av en psykisk lidelse, mens pasienter *under* behandling vil være i en pågående episode. For pasienter med pågående poliklinisk kontakt har den tidsmessige fordelingen av selvmord etter kontakt flere likheter med kurven for utskrivelse fra døgnopphold. Pasientene som er i et poliklinisk forløp vil ha jevnlig kontakt med PHV, noe som bidrar til å skape denne tidsmessige nærheten. Siden pågående poliklinisk kontakt forutsetter jevnlig konsultasjoner er altså dette forventet. Det er behov for å se nærmere på forholdet mellom kortvarige kontakter i en krisesituasjon, som for eksempel oppfølging fra akutteam, og mer systematiske pågående polikliniske behandlingsforløp.

Selvordsmetoder

Selvordsmetoder blant personer i kontakt med psykisk helsevern følger de samme mønstrene som i befolkningen forøvrig. Også i denne populasjonen er henging/strangulering den mest brukte selvordsmetoden, og tilgang til denne metoden er svært vanskelig å begrense i den generelle befolkningen. Forskning har imidlertid vist at fjerning av hengningspunkter har ført til en 56 % nedgang i henging hos innlagte pasienter fra 2004 til 2013 uten at selvord ved andre metoder økte (The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, 2016). Fjerning av hengningspunkter var også en sentral anbefaling i «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvord i psykisk helsevern» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), og er et av temmelig få selvordsforebyggingstiltak som har vist seg effektivt på gruppenivå (Watts et al., 2012; While et al., 2012). Selv om vi basert på dette datamaterialet ikke kan fastslå hvorvidt pasienten døde inne på avdelingen eller utenfor sykehuset, er det rimelig å anta at forekomsten av henging inne på avdeling er høyere enn andre metoder. Dette fordi metoder som forgiftning og skyting vil være mindre tilgjengelige for pasienter som er innlagt.

Forgiftning var den nest vanligste metoden i dette materialet, og er blant kvinner omtrent like vanlig som henging. Blant kvinner omfatter henging og forgiftninger nesten 75 % av alle selvordene i dette materialet. Om man kun ser på innlagte pasienter er sprang fra høyt sted like vanlig som forgiftninger. Det er behov for ytterligere studier av potensialet for metoderestriksjon innenfor psykisk helsevern og relaterte helsetjenester – både internasjonalt og i en norsk kontekst.

Kvalitet i behandlingstilbudet

Kvalitet i behandlingstilbudet som gis innenfor tjenestene i Norge har vært lite studert. Registerstudier er heller ikke uten videre egnet til å studere kvalitative aspekter ved behandlingen. Våre funn av både en stor andel uspesifikke diagnoser kombinert med

en tilsvarende høy andel korte innleggelser eller polikliniske forløp, gjør at man bør se nærmere på selve innholdet i det behandlingstilbudet som pasienter i disse gruppene mottar. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for flere store diagnosegrupper, men allikevel er det ukjent hvor mange personer som har mottatt behandling i tråd med slike nasjonale retningslinjer før de døde i selvord. Dette er et viktig område å studere videre.

Del 3: Begrensninger og metodikk

Dette studiet er det første i Norge som presenterer en nasjonal oversikt over selvord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før dødsfallet, samt inkluderer data på en rekke karakteristika ved disse personene og detaljer rundt deres siste kontakt med tjenestene. Som beskrevet innledningsvis har hensikten vært å gi et overordnet deskriptivt bilde av selvord i spesialisthelsetjenestene. Materialet inneholder en rekke problemstillinger som kan være egnet for mer inngående analyser, og flere av disse problemstillingene vil vi komme tilbake til senere.

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.

Det første som bør nevnes er at dekningsgraden til Norsk pasientregister var noe mindre komplett i de første årgangene som et resultat av at NPR først ble et personidentifiserbart register i 2008. Det at registeret først ble personidentifiserbart i 2008 resulterte også i at vi ikke kunne inkludere selvord blant personer som hadde siste kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2007. Videre finnes det ikke data fra TSB-sektoren for 2008, og NPR opplyser at TSB-dataene fortsatt ikke var komplette i 2009. De første årene i vårt utvalg vil derfor med stor sannsynlighet mangle noen personer som skul-

le vært inkludert, og antallet i kontakt før et selvmord vil derfor være underestimert. En gjennomsnittlig kontaktprevalens kan da virke misvisende hvis man ser hele tidsperioden 2008–2015 for alle tjenestene samlet. Ser man på gjennomsnittet for 2010–2015 er det 45 % personer i kontakt før selvmord, til sammenligning med 43 % i 2008–2015. Eventuelle økninger i antall personer som hadde kontakt med tjenestene før et selvmord fra 2008 til 2010 ville med stor sannsynlighet ha vært mindre dersom vi hadde hatt komplette data fra 2008.

Denne rapporten inneholder få opplysninger om den avdødes sosiale situasjon. De sosiodemografiske variablene registrert i NPR omhandler blant annet hvorvidt pasienten bor alene, har ansvar for egne barn, samlivsstatus og lignende. Det ble forsøkt å gjøre analyser på disse variablene, men det viste seg vanskelig grunnet en høy andel manglende data (~ 65 %). Dette vil med andre ord være en type informasjon som ikke kan innhentes fra NPR, men er opplysninger som vi først får kartlagt gjennom den løpende delen av Kartleggingssystemet.

Utover de sosiodemografiske variablene mangler mye klinisk relevant informasjon fra registerdataene – noe som gjør oss avhengig av å innhente mer utfyllende informasjon fra klinikerne. Et eksempel på dette er pasienter døde i selvmord registrert som innlagt. Registerdataene inneholder ikke opplysninger om hvorvidt pasienten døde inne på institusjonen, eller om de hadde rømt eller var i permisjon på tidspunktet for sin død. En særlig mangel på data i registeret gjelder tidligere selvmordsatferd, som i svært liten grad rapporteres til registrene. Villet egenskade er en veletablert selvstendig risikofaktor for senere selvmord. Systematiske data om tidligere villet egenskade er derfor viktig både for å identifisere undergrupper og for å utvikle forebyggende tiltak.

I denne rapporten har vi foretatt noen enkle rateberegninger hvor vi har justert for endringer i antall brukere av tjenestene – både i hver enkelt helse-

region, og alle helseforetakene samlet for tidsperioden 2009–2015. Det må dog presiseres at dette er en grov justering som ikke tar hensyn til eksempelvis kjønns sammensetning og alder. Disse grafene er utelukkende ment å gi et overordnet bilde av fordelingen av selvmord i de ulike regionale helseforetakene, justert for foretakets størrelse og eventuelle endringer over tid i hele pasientpopulasjonen. Ved å justere for antall brukere av tjenestene kan man få en indikasjon, men det må mer avanserte justeringer til for å kunne fastslå en eventuell tidstrend hva gjelder selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus eller signifikante forskjeller i selvmordsrate mellom de regionale helseforetakene. Vi er i gang med å studere disse forholdene nærmere.

Når vi har sett på hoveddiagnoser, har vi brukt diagnosen registrert i NPR ved siste direkte kontakt med tjenestene. Fordelen med denne tilnærmingen er at man da benytter den mest aktuelle diagnosen, siden det er denne som er registrert nærmest i tid til selvmordet. Det må allikevel gjøres oppmerksom på at personen kan ha mottatt flere andre diagnoser både under samme og tidligere behandlingsforløp. Vi fant en høy andel uspesifiserte diagnoser, men ved å benytte andre tilnærminger kunne vi potensielt senket dette antallet noe. Uansett er en uspesifikk diagnose ved siste kontakt en nyttig indikasjon på innholdet i den siste kontakten personen hadde med tjenesten og hvorledes deres tilstand ble vurdert da.

Del 4: Implikasjoner for forebygging

Gjennom denne rapporten har vi ved å sammenstille nasjonale registerdata fått ny systematisk kunnskap om et område innen selvmordsproblematikken som vi til nå har visst for lite om. Den nye kunnskapen bør få konsekvenser for utviklingen av forebyggende tiltak. Det at nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før de døde er et betydelig høyere antall enn det mange har antatt. Ved å fokusere på spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus vil man kunne nå nesten halvparten av de som i dag dør i selvmord i Norge.

På grunnlag av funnene i denne rapporten har vi noen overordnede forslag til områder som bør prioriteres for selvmordsforebygging i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Det er fortsatt mye som gjenstår før vi har tilstrekkelig kunnskap på dette feltet, men punktene skissert under vil kunne fungere som et godt utgangspunkt.

Psykisk helsevern er den viktigste spesialisthelsetjenesten for selvmordsforebygging

PHV er sektoren med størst pasientgrunnlag, utstrekning og tilgjengelighet. Pasientene i PHV har høyere forekomst av de alvorligste psykiske lidelsene sammenlignet med pasienter som utelukkende har hatt kontakt med de andre sektorene. De representerer derfor en gruppe med spesielt forhøyet risiko for selvmord. Videre er det stort overlapp mellom PHV og de andre tjenestene innenfor psykisk helse og rus, hvilket gjør at implementering av tiltak og forebygging i denne sektoren kan få implikasjoner for pasienter som mottar behandling i andre sektorer. Resultatene våre viser at nesten 9 av 10 av de som dør etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus har hatt kontakt med PHV siste leveår. Selvmordsforebyggende tiltak bør derfor særlig prioriteres i PHV siden man når flest pasienter og pasientene med størst risiko.

Øke innsatsen for å få menn i kontakt med spesialisthelsetjenestene

Det er klare kjønnsforskjeller i forekomsten av selvmord både i befolkningen og blant de som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten. I perioden 2008–2015 døde 2,4 menn i selvmord per kvinne i Norge, og forskjellen er enda mer påfallende blant de som ikke har hatt kontakt med tjenestene. Av de som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene var 60 % menn. Det at så mange flere menn enn kvinner dør i selvmord, særlig de som ikke har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, viser at man fortsatt har et forebyggingspotensiale i forhold til menn. Et naturlig område for forebyggende tiltak vil være å sikre at flere menn som opplever psykiske problemer oppsøker hjelp og mottar adekvat behandling.

Sørge for at pasientene får riktig diagnose og behandling av god kvalitet i psykisk helsevern

En fjerdedel av personene som døde i selvmord etter kontakt med psykisk helsevern hadde en uspesifikk diagnose ved siste kontakt. Til tross for at vedkommende kan ha fått andre diagnoser ved tidligere kontakter, sier diagnosen ved siste kontakt noe om praksisen knyttet til diagnostisering og hvorvidt pasienten har fått adekvat behandling. Tilstrekkelig utredning og diagnostisering er en viktig indikator på behandlingens kvalitet. Funnene i rapporten tyder på at dette er et område som kan forbedres. Det er behov for mer informasjon om behandlingen som er gitt, og implementering av Kartleggingssystemet vil bidra med mer kunnskap på området. Behandling av den psykiatriske grunnlidelsen er et sentralt tiltak sammen med identifikasjon og behandling av selvmordsproblematikken hos den enkelte.

Sikre omgivelsene under døgnopphold i psykisk helsevern

Over 1 av 10 personer i kontakt med PHV siste år før selvmord dør under døgnopphold i PHV. Dette understreker viktigheten av å sikre omgivelsene under døgnopphold. Som tidligere nevnt er fjerning av hengningspunkter et av de best dokumenterte selvmordsforebyggende tiltakene inne på døgnavdelinger. Ved å fjerne hengningspunkter og endre andre strukturelle forhold kan man forebygge flere selvmord under døgnopphold. Hvordan innebygd sikkerhet i form av fysiske sikringstiltak kan implementeres samtidig som pasientens behov og verdighet ivaretas, er en viktig utfordring å drøfte videre.

Oppfølging etter utskrivelse fra døgnopphold i psykisk helsevern

Det høye antallet selvmord kort tid etter utskrivelse fra døgnopphold er et av de mest fremtredende funnene i rapporten. Dette underbygger det som tidligere er kjent fra litteraturen; pasienter som har vært innlagt i PHV har en særlig forhøyet risiko for selvmord i tiden etter utskrivelse. Funnet peker på et behov for prioritering av denne høyrisikofasen og mer systematisk oppfølging etter utskrivelse. Tiltak som ivaretar sårbarheten i utskrivelsesfasen, slik som kontakt med pårørende før utskrivelse, kriseplaner, poliklinisk time-i-hånd før utskrivelsen og oppfølging kort tid etter utskrivelse (innen 72 timer), bør med bakgrunn i de aktuelle funnene vurderes mer systematisk implementert i forebyggende arbeid. Dette kan for eksempel skje i form av innføringen av et pakkeforløp.

Innhold og varighet av polikliniske kontakter

I Norge brukes omfattende ressurser på psykisk helsevern, men kvaliteten i tjenestene er lite undersøkt. På bakgrunn av registerdata kan vi ikke studere hvilke personer som får videre behandlingstilbud etter første kontakt, om de følger opp tilbudet de får, ikke ønsker tilbud om poliklinisk behandling eller om de eksisterende behandlingstilbudene er adekvate. Resultatene viser at en betydelig andel personer som dør i selvmord har hatt poliklinisk kontakt, men at de fleste har få kontakter. Dette peker på et behov for å kartlegge hvorvidt ressursene benyttes på riktig måte. Det vil være hensiktsmessig å undersøke om personen har fått tilbud utover en selvmordsrisikovurdering, om det har vært mangel på oppfølging og om oppfølgings- og behandlingstiltak har hatt tilstrekkelig kvalitet. Kjennetegn ved denne gruppen må utredes nærmere, men et mulig tiltak kan være å sikre en minimumsstandard for oppfølging – for eksempel i form av et pakkeforløp for personer i særlig sårbare faser (som akutte kriser, øyeblikkelig hjelp konsultasjoner, eller henvendelser på grunn av selvmordsfare).

Del 5: Behov for mer kunnskap

Basert på registerkoblingen er fremtidige rapporter om selvmord i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern for barn og unge og avtalespesialister innen psykisk helse og rus under utarbeidelse. De vil bidra med kunnskap om selvmord i de respektive sektorene på samme måte som psykisk helsevern i denne rapporten. Til tross for at vi ved hjelp av registerdata har presentert et overordnet bilde av personene som dør i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, er det mye informasjon som ikke kan hentes fra registrene.

Rapporten dekker alle *spesialisthelsetjenestene* innenfor psykisk helse og rus, men fortsatt mangler vi kunnskap om kontakt med kommunehelsetjenesten før et selvmord. Primærhelsetjenesten spiller en sentral rolle i helsevesenet siden den er lett tilgjengelig og ofte står for kontinuiteten over tid. Det vil derfor være nødvendig med informasjon om både primærhelsetjenesten, og samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, for å få en komplett oversikt over bruken av helsetjenester før et selvmord. En ny norsk studie viste at 84,3 % av de som døde i selvmord i Norge hadde kontakt med primærhelsetjenesten i året før dødsfallet (Hauge, Stene-Larsen, Grimholt, Øien-Ødegaard, og Rene-flot, 2018). Ved å inkludere primærhelsetjenesten ville man således ha mulighet til å dekke opptil 90 % av selvmordene i Norge, og generert ytterligere kunnskap som kan bidra i utviklingen av selvmordsforebyggende tiltak.

Funn presentert i denne rapporten gir også grunnlag for en rekke viktige, men fortsatt ubesvarte spørsmål. Vi kan for eksempel ikke si noe om hvilken type behandling personen mottok, hvorfor de kom

i kontakt med tjenestene, hvorfor den polikliniske kontakten eventuelt ble avsluttet, hvorvidt de innlagte pasientene døde inne på en avdeling eller på permisjon eller om det var andre omstendigheter i personens liv eller behandlingen vedkommende mottok som hadde betydning for dødsfallet. For å kunne utvikle gode og effektive forebyggings tiltak på systemnivå i tjenestene er vi avhengig av en systematisk innsamling av detaljerte data om denne gruppen. Implementeringen av Kartleggings-systemet vil være helt avgjørende for dette arbeidet. Gjennom kartleggingsskjemaet vil klinikerne som har vært i kontakt med pasienter som dør i selvmord kunne supplere registerdataene med relevant informasjon om pasienten, kontakten med spesialisthelsetjenesten og omstendigheter rundt dødsfallet. Dette vil være viktig både for å få kartlagt situasjonen slik den er i dag, men også gi oss mulighet til å monitorere utvikling over tid og evaluere effekten av forebyggende intervensjoner.

I perioden 2008–2015 døde 1910 personer i selvmord under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenestene – et antall som er betydelig høyere enn tidligere antatt. Pasienter i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er en sentral risikogruppe for selvmord, og denne studien avdekker overveldende og overraskende høye tall på selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern. Vi håper at informasjonen som fremkommer i denne rapporten vil være nyttig for myndigheter, helseforetak og helsepersonell samt ulike brukergrupper og andre involverte på feltet. Det er behov for økte forebyggende innsatser på dette området, og funnene i denne studien identifiserer flere områder hvor det bør være mulig å utvikle bedre forebyggende tiltak.

Referanser

- Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Flynn, S., Graney, J., Nyathi, T., . . . Singh-Dernevik, S. (2018). *Safer Care for Patients with Personality Disorder*. Hentet fra Manchester, UK: <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>
- Bakken, I. J., Ellingsen, C. L., Pedersen, A. G., Leistad, L., Kinge, J. M., Ebbing, M., og Vollset, S. E. (2015). Sammenlikning av data fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 135(21), 1949–1953. doi:10.4045/tidsskr.14.0847
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., og Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18, 226–239. doi:10.1521/pedi.18.3.226.35445
- Brudvik, M., Ness, E., og Walby, F. (2015). Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger-erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi*, 19(2).
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., og Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(03), 395–405. doi:10.1017/S0033291702006943
- Department of Health. (2012). *Preventing suicide in England – A cross-government outcomes strategy to save lives* (17680). Hentet fra www.gov.uk
- Folkehelseinstituttet. (2017). Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Haaland, V. Ø., Bjørkhold, M., Freuchen, A., Ness, E., og Walby, F. A. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004–13. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 137(18). doi:10.4045/tidsskr.16.0503
- Harris, E. C., og Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Hauge, L. J., Stene-Larsen, K., Grimholt, T. K., Øien-Ødegaard, C., og Reneflot, A. (2018). Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. *BMC Health Services Research*, 18(1), 619. doi:10.1186/s12913-018-3419-9
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., og Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9–20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
- Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10 Bergen*, NO Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2016). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2017b). Årsrapport Norsk pasientregister 2016 (IS-2601). Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Hunt, I. M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H., . . . Parsons, R. (2006). Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *National clinical survey*, 188(2), 135–142. doi:10.1192/bjp.188.2.135
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., og Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *The American journal of psychiatry*.
- Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, C., Hunt, I. M., . . . Appleby, L. (2016). Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997–2012: a before-and-after study. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 526–534. doi:10.1016/S2215-0366(16)00063-8
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., . . . Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 129–134. doi:10.1192/bjp.188.2.129
- Mellesdal, L., Kroken, R. A., Lutro, O., Wentzel-Larsen, T., Kjelby, E., Oedegaard, K. J., . . . Mehlum, L. (2014). Self-harm induced somatic admission after discharge from psychiatric hospital – a prospective cohort study. *European Psychiatry*, 29(4), 246–252. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.06.006
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2011). *Granskning av selvmord i det psykiske helsevernet*. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/>
- Norsk pasientregister. (2009). *Aktivitetsdata psykisk helsevern for voksne 2008*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Norsk pasientregister. (2011). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2010*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Norsk pasientregister. (2012). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2011*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

- Norsk pasientregister. (2013). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk 2012*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Norsk pasientregister. (2014). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk 2013*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Norsk pasientregister. (2015). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no>
- Norsk pasientregister. (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no>
- Owen-Smith, A., Bennewith, O., Donovan, J., Evans, J., Hawton, K., Kapur, N., . . . Gunnell, D. (2014). "When You're in the Hospital, You're in a Sort of Bubble.". *Crisis*, 35(3), 154-160. doi:10.1027/0227-5910/a000246
- Pedersen, A. G., og Ellingsen, C. L. (2015). Datakvaliteten i Dødsårsaksregisteret. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 135, 768-770. doi:10.4045/tidsskr.14.1065
- Qin, P., og Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432. doi:10.1001/archpsyc.62.4.427
- R Core Team. (2018). R: A Language and Environment for Statistical Computing.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra
- The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. (2016). *Making Mental Health Safer: Annual Report and 20-year review*. Hentet fra Manchester, UK:
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., og Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138. doi:10.4045/tidsskr.18.0274
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., og Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751-759. doi:10.1176/appi.ps.201700475
- Walby, F. A., Odegaard, E., og Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective Disorders*, 92(2), 253-260. doi:10.1016/j.jad.2006.02.005
- Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., og Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 588-592. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1514
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005-1012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61712-1
- WHO. (2017). *Suicide rates, crude. Data by country*. Retrieved from: <http://www.who.int/>
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Wickham, H., og RStudio. (2017). Tidyverse.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing Suicide – A global imperative*. Hentet fra Geneva, Switzerland: www.who.int

Oversikt over figurer og tabeller

Tabeller

- 2.1** Selvmord i befolkningen og selvmord blant personer i kontakt med tjenestene i perioden 2008–2015
- 2.2** Antall selvmord i de regionale helseforetakene per år
- 2.3** Antall selvmord i de ulike sektorene fordelt på regionalt helseforetak
- 2.4** Antall selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere fordelt på bostedsfylke
- 2.5** Antall selvmord fordelt på kjønn og hvorvidt de hadde kontakt med tjenestene
- 2.6** Forholdet mellom antall menn og kvinner døde i selvmord – med og uten kontakt med tjenestene
- 2.7** Antall selvmord i tjenestene fordelt på aldersgrupper og kjønn
- 2.8** Antall selvmord i tjenestene per år fordelt på aldersgrupper og kjønn
- 3.1** Antall personer i kontakt med PHV før selvmord per år fordelt på kjønn
- 3.2** Antall selvmord blant personer i kontakt med PHV fordelt på aldersgrupper og kjønn
- 3.3** Antall selvmord per år blant personer i kontakt med PHV siste år fordelt på aldersgrupper og kjønn
- 3.4** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV siste år, fordelt status som innlagt eller ikke
- 3.5** Antall døgnopphold i PHV siste år
- 3.6** Varighet av siste døgnopphold i PHV
- 3.7** Type enhet for siste døgnopphold i PHV
- 3.8** Tid fra avsluttet døgnopphold i PHV til selvmord
- 3.9** Antall direkte polikliniske kontakter siste år for pasienter i PHV
- 3.10** Hoveddiagnose ved siste kontakt i PHV
- 3.11** Type enhet blant pasienter som døde i selvmord under døgnopphold i PHV
- 3.12** Varighet av innleggelse ved selvmord under døgnopphold i PHV
- 3.13** Tid fra utskrivelse til selvmord hos personer som hadde siste kontakt med døgnopphold i PHV
- 3.14** Tid fra siste polikliniske kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus
- 3.15** Antall direkte polikliniske kontakter fordelt på behandlingsstatus

Figurer

- 1.1** Antall selvmord meldt til Helsetilsynet og Kunnskapssenteret
- 2.1** Kobling og uttrekk av registerdata fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister
- 2.2** Andel personer i kontakt med tjenestene siste år før et selvmord
- 2.3** Selvmordsrate per 100 000 pasienter i tjenestene per år

- 2.4** Antall personer med siste kontakt og kontakt med sektorene siste år
- 2.5** Andel selvmord fordelt på regionale helseforetak
- 2.6** Selvmordsrate per 100 000 pasienter i tjenestene fordelt på regionalt helseforetak
- 2.7** Selvmordsrate per 100 000 innbyggere fordelt på bostedsfylke
- 2.8** Selvmord i befolkningen og selvmord blant personer i kontakt med tjenestene fordelt på kjønn
- 2.9** Andel i kontakt med tjenestene året før et selvmord innenfor de ulike aldersgruppene
- 2.10** Andel i kontakt med tjenestene fordelt på kjønn og aldersgrupper
- 2.11** Antall selvmord blant barn og unge under 24 år som hadde kontakt med tjenestene
- 2.12** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene
- 2.13** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene fordelt på kjønn
- 3.1** Antall selvmord blant personer i kontakt med PHV fordelt på år
- 3.2** Selvmordsrate per 100 000 pasienter i PHV
- 3.3** Andel selvmord blant personer i kontakt med PHV fordelt på regionalt helseforetak
- 3.4** Selvmordsrate per 100 000 pasienter i PHV fordelt på regionalt helseforetak
- 3.5** Kjønnfordeling blant personer som hadde kontakt med PHV siste år før selvmord
- 3.6** Andel i kontakt med PHV året før selvmord fordelt på kjønn
- 3.7** Andel personer døde i selvmord som hadde kontakt med PHV siste år fordelt på aldersgrupper
- 3.8** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV
- 3.9** Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV fordelt på kjønn
- 3.10** Siste kontakt og kontakt siste år blant personer som hadde kontakt med PHV siste år før et selvmord
- 3.11** Andel personer som har hatt døgnopphold i PHV siste år før selvmordet
- 3.12** Tid fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med døgnopphold i PHV siste år
- 3.13** Andel personer i kontakt med PHV som hadde poliklinisk kontakt siste år før selvmordet
- 3.14** Grupperte hoveddiagnoser blant personer med siste kontakt i PHV
- 3.15** Behandlingsstatus ved siste kontakt i PHV
- 3.16** Antall selvmord per år blant pasienter under døgnopphold i PHV
- 3.17** Varighet av innleggelse før selvmord i PHV
- 3.18** Dager fra utskrivelse til selvmord for personer med døgnopphold i PHV som siste kontakt
- 3.19** Dager fra siste polikliniske kontakt til selvmord fordelt på avsluttet og pågående kontakt.

Appendiks

Tabell A1. Aktivitetsdata fra NPR på antall pasienter behandlet i PHV, TSB og PH-BU fra år 2009–2015 i hvert RHF

År	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Landet ^a
2009	34 191	26 658	20 950	111 906	192 184
2010	36 460	28 801	21 761	113 381	199 888
2011	38 009	30 722	22 251	118 481	208 848
2012	39 619	31 629	22 844	122 456	214 671
2013	40 792	32 823	22 135	124 940	218 774
2014	42 815	33 903	22 072	128 005	224 821
2015	45 008	34 678	23 241	131 095	231 883

^a Noen pasienter har mottatt behandling i flere regioner. Derfor stemmer ikke totaltallet for Norge med sum i regionene. Tallene er hentet fra aktivitetsdata i NPR (Norsk pasientregister, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Tabell A2. Aktivitetsdata fra NPR på antall pasienter behandlet i PHV fra år 2009-2015 i hvert RHF

År	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Landet ^a
2009	21 803	18 515	12 686	68 542	12 0528
2010	22 739	19 804	13 126	66 984	12 2653
2011	23 077	20 965	13 851	70 636	12 8529
2012	23 768	21 458	14 331	73 393	13 1690
2013	24 566	22 181	14 407	76 317	13 6170
2014	25 502	22 561	14 489	78 112	13 9254
2015	26 812	23 036	15 527	80 204	14 4047

^a Noen pasienter har mottatt behandling i flere regioner. Derfor stemmer ikke totaltallet for landet med summen i regionene. Tallene er hentet fra aktivitetsdata i NPR (Norsk pasientregister, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Tabell B. Beskrivelse av variabler

Navn	Beskrivelse	Register
Kjønn	Pasientens kjønn	DÅR
Alder	Pasientens alder på dødstidspunktet	DÅR
Dødsår	Året pasienten døde	DÅR
Selvmondsmetode	Diagnose for underliggende dødsårsak	DÅR
Helseregion	Episodens helseregion	NPR
Sektor	Episodens sektor	NPR
Kommune	Pasientens bostedskommune	NPR
Omsorgsnivå	Episodens omsorgsnivå	NPR
Kontakttype	Episodens kontakttype	NPR
Hoveddiagnose	Beskrevet i rapport	NPR
Type enhet	Beskrevet i rapport	NPR
Behandlingsstatus	Beskrevet i rapport	NPR
Tid fra siste kontakt	Antall dager fra siste episode til dødsdato	DÅR/NPR
Varighet av innleggelse	Dager fra oppstart av en henvisningsperiode med døgntil behandling til avslutning eller dødsdato	DÅR/NPR
Antall innleggelser	Antall henvisningsperioder med døgntil behandling som omsorgsnivå	NPR
Antall polikliniske kontakter	Antall kontakter med poliklinisk kontakt som omsorgsnivå	NPR

Referanser – appendiks

Helsedirektoratet. (2016). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2009). *Aktivitetsdata psykisk helsevern for voksne 2008*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2011). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2010*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2012). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2011*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2013). *Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk 2012*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2014). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk 2013*. Hentet fra Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Norsk pasientregister. (2015). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no>

Norsk pasientregister. (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no>

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

Sognsvannveien 21,
bygg 12, 0372 OSLO
nssf-kartlegging@klinmed.uio.no
905 92 297