

NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

ÅRSRAPPORT 2018

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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



UNIVERSITETET
I OSLO

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Utgitt av *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo, oktober 2021.

Tittel:

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018.

Forfattere:

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

Publikasjonstype: Rapport
ISBN (trykt/heftet): 978-82-995816-8-4
ISBN (PDF): 978-82-995816-9-1

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

Emneord: Selvmord, Psykisk helsevern, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Selvmordsforebygging

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2021). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018.* Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

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

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

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

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



Innhold

Innhold	4
Forord	8
Sammendrag.....	9
Bakgrunn	11
Om denne rapporten	11
Metode	12
Registerdata.....	13
Kartleggings skjemaet	13
Personvern og sikkerhet	14
Analyse av data	14
Resultater.....	15
Del 1 – Selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.....	18
Selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenestene siste år....	19
Andel i direkte kontakt med tjenestene siste år før selvmord	21
Andel i direkte kontakt med tjenestene siste 90 dager selvmord	21
Selvmord blant personer i direkte kontakt med tjenestene siste år	22
Selvmordsrate	23
Kjønn- og aldersfordeling	24
Selvmordsmetoder	24
Selvmord fordelt på de ulike sektorene.....	27
Sektor og omsorgsnivå ved siste kontakt	28

Pågående og avsluttet kontakt, fordelt på sektor.....	30
Omsorgsnivå fordelt på sektor siste år og siste 90 dager	32
Hoveddiagnoser ved siste kontakt, 2009–2018	34
Del 2 – Psykisk helsevern for voksne.....	36
Del 2.1 Registerdata.....	37
Antall selvmord per år	37
Kjønn- og aldersfordeling.....	38
Selvmordsrate (2010–2018)	39
Selvmordsmetoder	40
Hoveddiagnoser	42
Tid fra siste kontakt til selvmord.....	45
Del 2.2 Data fra kartleggingsskjemaet	48
Demografiske forhold	49
Sykehistorie og kliniske data	55
Tidligere og nåværende belastninger.....	60
Selvmord under døgnbehandling.....	62
Bruk av psykofarmaka.....	62
Symptomer ved siste kontakt.....	63
Kriseplan	65
Selvmordsrisikovurdering.....	65

Del 3 – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	66
Del 3.1 Registerdata.....	67
Kjønn- og aldersfordeling.....	68
Selvmordsrate (2010–2018)	69
Selvmordsmetoder	70
Hoveddiagnoser ved siste kontakt.....	72
Dager fra siste kontakt til selvmord.....	74
Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus	75
Del 3.2 Data fra kartleggings skjemaet	76
Demografiske forhold	77
Sykehistorie og kliniske data	82
Tidligere og nåværende belastninger.....	84
Helseforetak og behandling.....	85
Bruk av psykofarmaka	85
Symptomer ved siste kontakt.....	86
Kriseplan	88
Selvmordsrisikovurdering.....	88

Diskusjon	89
Del 1: Alle tjenestene	89
Selvmord i perioden 2009–2018	89
Del 2: Psykisk helsevern for voksne (PHV-V).....	90
Selvmord i perioden 2009–2018	90
Selvmord i PHV-V 2018	91
Del 3: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	94
Selvmord i perioden 2009–2018	94
Selvmord i TSB 2018	95
Implikasjoner for forebygging i tjenestene	98
Avslutning	100
Referanser	102
Oversikt over figurer og tabeller	105

Forord

Selv om det alltid er mange ulike årsaker til et selvmord, er det vel kjent at den sterkeste enkeltfaktoren er psykisk lidelse, herunder også alkohol eller andre rusbrukslidelser. Mennesker i behov av hjelp fra spesialisthelsetjenesten, enten det dreier seg om psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har derfor som gruppe en sterkt forhøyet selvmordsrisiko.

I Norge har vi en stor offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helse og rus. Det har vært bred enighet om at vi har hatt for lite kunnskap om omfang og kjennetegn ved selvmord innenfor disse tjenestene i Norge. Økt kunnskap er nødvendig for å kunne utvikle og evaluere helt nødvendige forebyggende innsatser på dette området. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har derfor i mange år arbeidet for å gjøre noe med denne situasjonen og fikk i 2015 et oppdrag fra Helsedirektoratet om å starte innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utviklingen og implementeringen av Kartleggingssystemet var en komplisert og tidkrevende prosess. Det var derfor en stor dag når systemet endelig kunne åpnes for registrering fra helsepersonell 28.3.2019. Etter dette har implementeringen og arbeidet med å få registrert selvmord i tjenestene fra og med 2018 fungert meget godt, noe vi har dokumentert i en egen rapport publisert sommeren 2021 (Walby et al., 2021). Allerede i første driftsår, med utelukkende retrospektiv registrering av selvmord i 2018, oppnådde Kartleggingssystemet en dekningsgrad på nesten 90 %.

I denne rapporten beskriver vi først utviklingstrekk for selvmord i perioden

2009–2018 blant personer i kontakt med tjenestene. Deretter fokuserer vi spesielt på selvmord i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med hovedvekt på funn fra 2018. Her har vi brukt både registerdata, men også for første gang data registrert i Kartleggingssystemet fra alle helseforetak og en lang rekke behandlere i spesialisthelsetjenesten i hele Norge.

Det er mange som fortjener en takk for at vi nå kan lansere Kartleggingssystemets første årsrapport. Først og fremst en stor takk til alle behandlere, kontaktpersoner og andre involverte i alle helseforetak som har registrert data i systemet. Uten deres innsats og et godt samarbeid hadde vi ikke fått en så høy dekningsgrad allerede i første driftsår. Takk også til Helsedirektoratet ved Karin Irene Gravbrøt i avdeling spesialisthelsetjenester og til Norsk Pasientregister for et langt og godt samarbeid og all støtte i arbeidet med kompliserte problemstillinger. Kartleggingssystemet hadde heller ikke blitt realisert uten langvarig initiativ og engasjement fra hele miljøet ved NSSF med professor Lars Mehlum i spissen. Sist, men ikke minst, uten mine svært kompetente og engasjerte medarbeidere Martin Ø. Myhre, Anine T. Kildahl og Helene Astrup, hadde hverken implementeringen av systemet eller denne rapporten vært en oppgave det var mulig å løse. Vi håper at denne rapporten, og kommende publikasjoner fra Kartleggingssystemet, vil danne et viktig grunnlag for utvikling av bedre forebyggende tiltak mot selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Fredrik A. Walby
Forsker / psykologspesialist
Prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Kartleggingssystemet) ble implementert i mars 2019 på oppdrag fra Helsedirektoratet. Hensikten med Kartleggingssystemet er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus. Målet er å identifisere kjennetegn ved selvmordene og behov for forebyggende tiltak på systemnivå. Som ledd i arbeidet med utvikling av Kartleggingssystemet har vi tidligere publisert to omfattende rapporter basert på registerdata (Walby et al., 2018, 2020). I denne rapporten beskrives den første årgangen med fullstendige data fra Kartleggingssystemet.

Metode

Kartleggingssystemet kombinerer registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk Pasientregister (NPR) med data innsamlet ved hjelp av et elektronisk kartleggingsskjema. Innsamlingen av kartleggingsskjemaer foregår ved en totrinnsprosess; trinn 1 ved løpende registrering fra spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus og trinn 2 ved etterregistrering av de resterende kartleggingsskjemaene som mangler for den aktuelle årgangen. Registerdata og data fra kartleggingsskjemaet kobles deretter sammen og analyseres på aggregert nivå.

Hovedfunn

Alle tjenestene samlet

- I perioden 2009–2018 hadde 44,3 % av alle personer som døde i selvmord kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, i 2018 var andelen 44,8 %.
- Andelen kvinner i kontakt med tjenestene siste år før selvmord var betydelig høyere enn blant menn.
- Andelen personer som dør ved henging ser ut til å ha økt i perioden 2009–2018.
- Antall selvmord under og etter kontakt med PHV-V ser ut til å ha økt, spesielt i 2017 og 2018, mens det i TSB har vært en jevn økning gjennom hele perioden. Dette skyldes i stor grad økt antall pasienter i tjenestene.
- Den største andelen selvmord skjer under eller etter poliklinisk kontakt både i PHV-V og TSB.
- Blant personer som døde i selvmord i 2017 og 2018 var andelen uavklarte tilstander lavere sammenlignet med de tidligere årene, mens andel personer med angst og belastningslidelser har økt over hele perioden.

Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V

- I 2018 hadde 39,2 % kontakt med PHV-V siste år før de døde i selvmord, og selvmordsraten var 125,8 for kvinner og 249,5 for menn per 100 000 pasienter i PHV-V. Både andel i kontakt og raten har holdt seg relativt stabil i hele perioden fra 2009.
- I 2018 var det en median på 15 dager fra utskrivelse til selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord.
- Kartleggingsskjemaene fra 2018 viser at det var stor grad av sosial marginalisering blant personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med PHV-V. Om lag halvparten var enslige og bodde alene, mens kun en fjerdedel var gift eller samboende. Kun en femtedel av personene var i arbeid, mens over 40 % var uføretrygdet eller mottok arbeidsavklaringspenger.
- En betydelig andel hadde opplevd traumer i barndommen og over en tredjedel hadde en kjent negativ livshendelse siste 3 måneder før dødsfallet.

- Halvparten hadde en kjent historikk med rusproblemer.
- I overkant av halvparten hadde en historie med villet egenskade.
- 55 % hadde en psykiatrisk sykehistorie på over fem år.
- Ifølge behandleren hadde om lag halvparten depressivt stemningsleie ved siste kontakt før selvmord og/eller symptomer på angst og uro. Rundt en fjerdedel hadde symptomer på søvnvansker, håpløshet og/eller selvmordstanker.
- Under en tredjedel av pasientene hadde fått utarbeidet en kriseplan før de døde i selvmord.
- Ved siste kontakt ble risikoen for selvmord oftest vurdert som lav både på kort og lang sikt.
- Blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord var det ingen som hadde en sykehistorie på under ett år – og godt over 75 % hadde en sykehistorie på mer enn 5 år.
- I underkant av en tredjedel av personene i kontakt med TSB før selvmord hadde fått utarbeidet en kriseplan.
- Det vanligste symptomet behandlerne observerte ved siste kontakt var angst/uro etterfulgt av depressivt stemningsleie.

Konklusjon

Nesten halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste år før de døde. Andelen i kontakt med tjenestene før selvmord har holdt seg relativt stabil. Selvmordsratene blant pasienter i PHV-V og TSB er sterkt forhøyet sammenlignet med i den generelle befolkningen, og forbedringer i forebygging av selvmord i spesialisthelsetjenesten vil derfor kunne ha stor effekt for befolkningen som helhet. Det er derfor avgjørende å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og omfang av spesialiserte tjenester innenfor PHV-V og TSB. Den største andelen selvmord skjer etter poliklinisk behandling både i PHV-V og TSB, hvilket viser at selvmordsforebyggende tiltak ikke utelukkende kan rettes mot døgnbehandling og tiden etter utskrivelse.

Funnene fra kartleggingsskjemaene viser tydelig at mange av de som dør i selvmord under og etter kontakt med tjenestene ikke bare har alvorlige tilstander, men også omfattende psykososiale belastninger og opphoping av ulike risikofaktorer, inkludert tidligere villet egenskade. Omfanget av psykososiale utfordringer peker på et behov for et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, førstelinjetjenesten og øvrige hjelpetiltak. Samtidig er det et klart behov for å utvikle systematiske forebyggingstiltak på systemnivå innad i spesialisthelsetjenesten.

Selvmord blant personer i kontakt med TSB

- I 2018 hadde 10,6 % kontakt med TSB siste år før de døde i selvmord, og selvmordsraten var på 188,8 for kvinner og 234,9 for menn per 100 000 pasienter i TSB.
- I perioden 2009 – 2018 var median antall dager fra siste kontakt til selvmord 13 dager for kvinner og 26,5 dager for menn i kontakt med TSB siste år.
- Kartleggingsskjemaene fra 2018 viser at det var enda større grad av sosial marginalisering blant personene som døde i selvmord innen ett år etter kontakt med TSB. Kun en av ti var gift eller samboende, og andelen som bodde i kommunal bolig eller sto uten fast bolig var betydelig høyere enn i PHV-V. Godt over halvparten var uføretrygdet eller mottok arbeidsavklaringspenger på dødstidspunktet.
- Over en tredjedel hadde en kjent historikk med traumer i barndommen og/eller hadde opplevd en negativ livshendelse siste tre måneder før dødsfallet.
- Over halvparten hadde en historie med villet egenskade.

Bakgrunn

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Kartleggingssystemet) ble implementert 28. mars 2019, etter en langvarig utrednings- og etableringsprosess. Kartleggingssystemets oppdrag er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus som inkluderer psykisk helsevern for voksne (PHV-V), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og avtalespesialister innenfor disse tjenestene. Personer som mottar eller har avsluttet behandling i spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus er en høyrisikogruppe for selvmord.

Som et ledd i utviklingen og etableringen av Kartleggingssystemet har vi tidligere publisert to nasjonale rapporter (Walby et al., 2018, 2020) på omfanget av selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge. Rapportene er basert på registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR). Registerstudiene viste at nesten halvparten av alle personer som dør i selvmord har hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste året før dødsfallet. Studiene viste også at majoriteten av selvmordene skjer i kort tid etter siste kontakt og at en høy andel selvmord skjer etter utskrivelse fra døgnopphold. En høy andel hadde vært i døgnbehandling siste år, men majoriteten hadde få døgnopphold og et lavt antall polikliniske kontakter det siste året før selvmord. Registerstudiene har gitt oversikt over andelen i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, samt informasjon om behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet. Likevel har det manglet viktig og relevant informasjon i registerdataene om detaljer knyttet til behandlingen og kontakten med tjenesten. Registerdataene inkluderer heller ingen informasjon om tidligere og

nåværende belastninger i personens liv eller demografiske og sosiale forhold slik som bosituasjon, økonomi, arbeidssituasjon, sivilstatus og eventuelt ansvar for mindreårige. Alt dette er informasjon som er nødvendig for å få et helhetlig bilde av typiske risikofaktorer og kjennetegn ved personer som dør i selvmord under og etter kontakt med tjenestene.

Fra 2019 ble tjenestene bedt om å registrere alle selvmord blant personer som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste år før dødsfallet gjennom et spørreskjema (kartleggingsskjema). Kartleggingsskjemaet skal fylles ut av en behandler med kjennskap til pasienten og inkluderer relevante opplysninger vedrørende pasienten, kontakten og behandlingen – som ikke kan hentes fra andre registre. Tjenestene ble bedt om å registrere alle selvmord fortløpende, og retrospektivt tilbake til 1. januar 2018. Målet med en systematisk kartlegging av alle selvmord i denne pasientgruppen er å identifisere sårbare områder i behandlingsapparatet, identifisere mulige forbedringsområder og forebyggende tiltak på systemnivå og kunne evaluere effekten av tiltak som iverksettes. En løpende nasjonal oversikt gir også mulighet til å monitorere endringer over tid.

Om denne rapporten

Tidligere har vi henholdsvis presentert registerdata frem til 2015 (PHV-V) og 2017 (TSB) (Walby et al., 2018, 2020). Formålet med denne rapporten er først å beskrive funn basert på registerdata for de siste årene frem til 2018. Deretter vil vi for første gang presentere data fra kartleggingsskjemaet som er utfyllt av behandlere som har vært i kontakt med personer som døde i selvmord i 2018 det siste året før dødsfallet. Disse dataene supplerer registerdataene med viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendigheter rundt dødsfallet.

Metode

Kartleggingssystemet registrerer systematisk opplysninger om alle personer i Norge som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU eller avtalespesialister siste året før dødsfallet. Kartleggingssystemets datainnsamling gjøres med et hybrid register design. Det betyr at vi kombinerer nasjonale registerdata fra DÅR og NPR med data fra et elektronisk spørreskjema (kartleggingsskjema)

som fylles ut av behandler etter et selvmord. Designet til Kartleggingssystemet er komplisert, blant annet på grunn av personvern hensyn. Det er tidligere beskrevet i Walby et al (2017), samt på våre hjemmesider (www.uio.no/kartleggingssystemet). En kortfattet oversikt over datakilder og oppbygning av systemet er illustrert i figur 1.

Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design



Registerdata

Kartleggingssystemet får utlevert registerdata fra DÅR og NPR. DÅR inneholder informasjon om den avdøde og opplysninger rundt dødsfallet. Dekningsgraden i DÅR er på 98 % (Pedersen & Ellingsen, 2015). NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og opplysninger om pasienten, henvisninger, oppholdet og formalia i spesialisthelsetjenestene i Norge. Aktivitetsdata fra NPR er hentet fra datasettene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for barn og unge og avtalespesialister innen disse tjenestene.

Det ble først foretatt et uttrekk av alle dødsfall i perioden 2009–2018 registrert som selvmord eller følgetilstand etter skade/hendelse med uklar hensikt i DÅR (X60-X84, Y87.0, Y10-34, Y87.2) som underliggende dødsårsak. Siden vi inkluderer skade/hendelser med uklar hensikt vil totalt antall selvmord i vårt datamateriale avvike noe fra statistikkbanken til DÅR, men antall dødsfall som kodes som usikre er meget lavt i Norge. Etter at uttrekket er foretatt kobles registerdata fra DÅR med aktivitetsdata fra NPR i PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister innen psykisk helse og rus. For utdypende beskrivelse av registerkoblingen henviser vi til tidligere rapporter (Walby et al., 2018, 2020).

Kartleggingsskjemaet

Kartleggingssystemet er basert på The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH) ved University of Manchester (<https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>). Metoden er tilpasset norske forhold og modifisert for å kunne inkludere andre sektorer enn psykisk helsevern.

Kartleggingsskjemaet inneholder spørsmål om pasienten, behandlingen og omstendigheter rundt dødsfallet som ikke kan hentes ut av DÅR eller NPR. Skjemaet skal i de tilfeller det er mulig fylles ut av den behandleren som sist hadde klinisk kontakt med pasienten. Kartleggingsskjemaet er et elektronisk nettskjema som sendes kryptert inn til Kartleggingssystemets database. Den tekniske løsningen og detaljert beskrivelse av innholdet i kartleggingsskjemaet er nærmere beskrevet på våre nettsider: www.uio.no/kartleggingssystemet.

For å sikre at tjenestene registrerer samtlige selvmord under og inntil 12 måneder etter avsluttet behandling benytter vi en to-trinns prosess i innsamlingen av kartleggingsskjemaer:

- 1) Selvmord hos pasienter som tjenestene er kjent med registreres fortløpende. Fordelen med løpende registrering i Kartleggingssystemet er at registrering kan samordnes med andre prosesser i etterkant av et selvmord hos en pasient. Dette sparer tid for helsepersonell og vi mottar dataene på et tidligere tidspunkt.
- 2) For å sikre registrering av personer som døde i selvmord, men som ikke ble registrert i trinn 1 for den aktuelle årgangen, gjøres en kobling mellom DÅR og NPR for å identifisere alle selvmord blant personer i kontakt med tjenestene. Deretter henvender Kartleggingssystemet seg til tjenestene for etterregistrering av disse personene. Dette sikrer at selvmord som tjenestene ikke er kjent med, men som skjedde innen 12 måneder etter kontakt, også blir registrert.

Vi har gjort noen mindre revideringer i kartleggingsskjemaet siden det først ble tatt i bruk i april 2019. I mars 2020 ble blant annet spørsmål om somatisk lidelse lagt til og variabelnivåene for risikovurdering ble endret til en Likert-skala. For disse variablene har vi derfor kun inkludert besvarelsene som har kommet inn etter revideringen, og antallet blir derfor noe lavere enn totalen.

Personvern og sikkerhet

Kartleggingsskjemaene samles inn gjennom Nettskjematjenesten ved Universitetet i Oslo (<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>). Alle data i Kartleggingssystemet lagres i en tilgangsstyrt database i Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo (<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>). TSD er en løsning utviklet for å samle inn, oppbevare og analysere sensitive data. Kun personer ansatt i Kartleggingssystemet har tilgang på data. Data utleveres ikke til andre instanser.

Kartleggingssystemet har ikke tilgang på de registrerte personenes fødselsnummer. Ved innsending av Nettskjema fjernes fødselsnummer og erstattes med en personunik prosjekt-ID som Kartleggingssystemet får tilgang på. Avdeling for helseregistre i Helsedirektoratet er nøkkelforvalter for fødselsnumrene, som Kartleggingssystemet ikke på noe tidspunkt har tilgang på.

Analyse av data

Data er analysert med Tidyverse pakkene (Wickham og R Studio, 2017) i R versjon 3.4.4 (Cran-R project, 2020). Resultatene rapporteres hovedsakelig som frekvenser og andeler. Tid

fra siste kontakt til selvmord rapporteres som kontinuerlig variabel med dager som enhet og median blir benyttet som sentralmål grunnet skjevfordelte data. Vi har også rapportert noen funn som rater. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i de aktuelle sektorene siste år fordelt på kjønn er brukt som populasjon for å estimere ratene. Ratene som presenteres i rapporten er ujusterte og regnet per 100 000 pasienter. Ratene presenteres for årene 2010–2018. Variablene er valgt ut blant annet basert på hva som er mest relevant å diskutere for én årgang og den aktuelle utvalgsstørrelsen. Andre variabler vil være mer hensiktsmessig å studere over tid og vil derfor bli presentert i fremtidige rapporter.

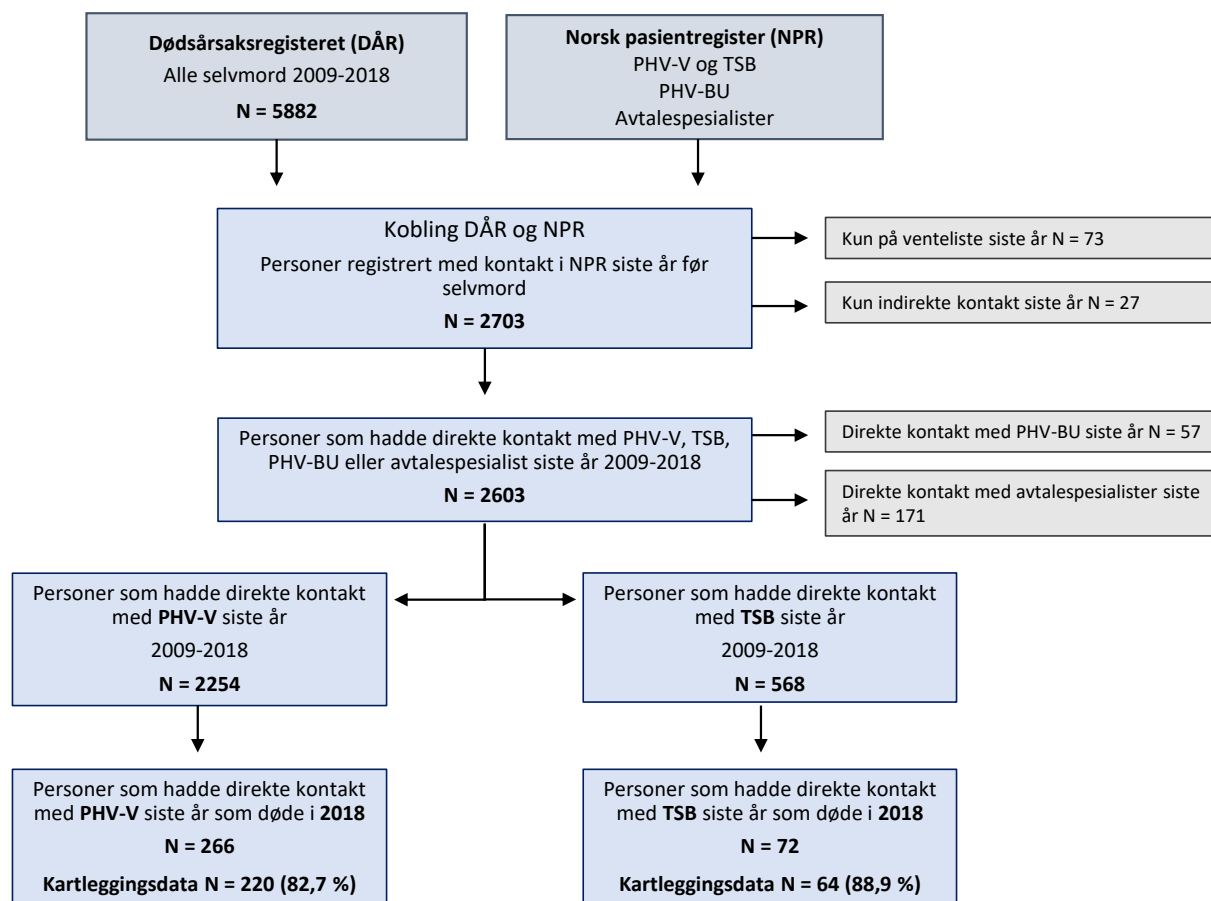
Resultater

I denne rapporten presenterer vi først registerdata for alle personer som har vært i direkte kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2009–2018 (del 1). Dette inkluderer sektorene psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og avtalespesialister. Disse sektorene vil samlet omtales som tjenestene.

I del 2 presenterer vi resultater for PHV-V. Først presenteres registerdata for alle personer som var i direkte kontakt med PHV-V siste år før selvmord i perioden 2009–2018. Deretter presenteres data fra kartleggingsskjemaet på personer som var i direkte kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018.

I del 3 presenterer vi resultater for TSB. Først presenteres registerdata for alle personer som var i direkte kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2018. Deretter presenteres data fra kartleggingsskjemaet på personer som var i direkte kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018.

Figur 2. Kobling og uttrekk av registerdata for 2009–2018, samt data fra kartleggings skjemaer på personer som døde i 2018.



Figur 2 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2009–2018. Figuren viser antall personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister siste år, antall personer som var i direkte kontakt med PHV-V og TSB siste år før selvmord i 2018, samt antall personer med kartleggingsskjemaer for 2018 innenfor disse to sektorene.

Personer kan ha vært i kontakt med flere tjenester det siste året før selvmordet, og i perioden 2009–2018 hadde 363 personer direkte kontakt i både PHV-V og TSB siste år. I 2018 hadde 48 personer direkte kontakt i begge sektorer, og 44 kartleggingsskjemaer gjelder personer med kontakt i både PHV-V og TSB siste år, noe som fører til at disse personene både inkluderes i del 2 og del 3.

Data på personer med direkte kontakt i PHV-BU eller med avtalespesialister siste år før selvmord beskrives samlet i del 1, men ikke separat slik som for PHV-V og TSB. Data fra disse sektorene vil bli presentert i fremtidige rapporter og publikasjoner. Personer på venteliste eller med kun indirekte kontakt siste år blir ikke inkludert i analysene (Figur 2).

Del 1

Selv mord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus

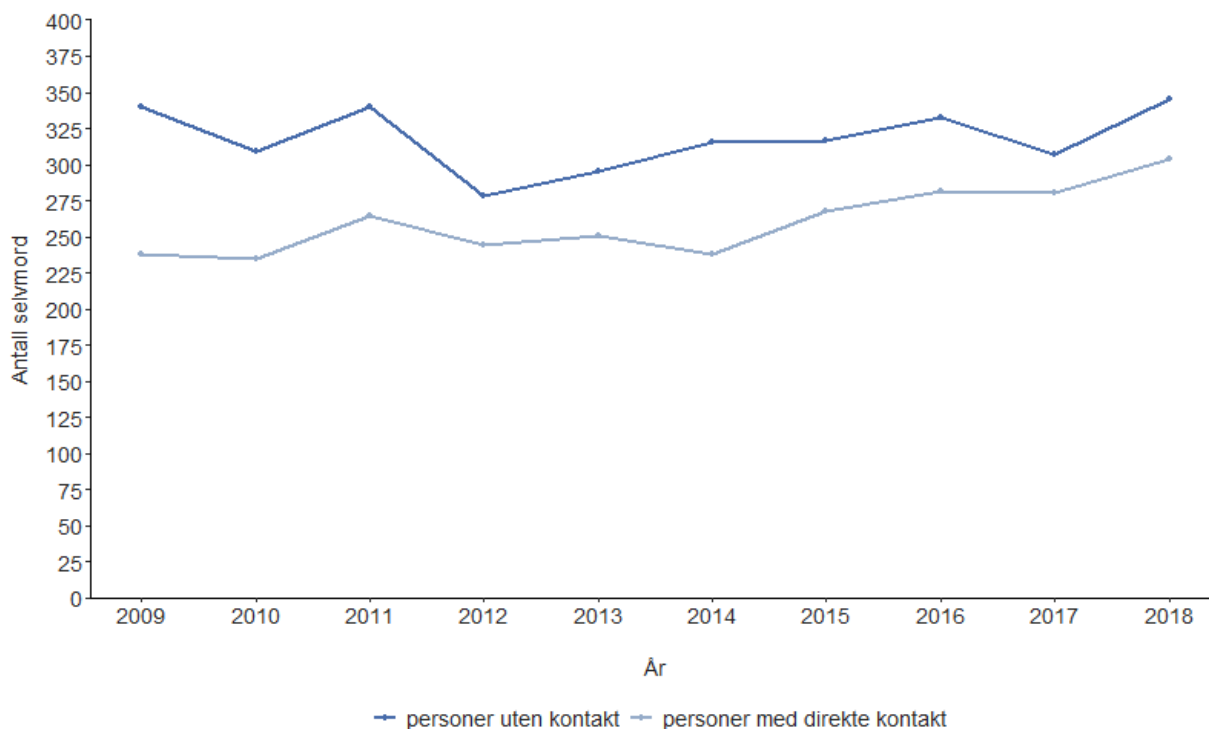
I del 1 presenterer vi registerdata for perioden 2009–2018 på alle personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, PHV-BU, TSB og avtalespesialister det siste året før selvmord.

I noen av figurene og tabellene vil vi også presentere data på personer uten noe kontakt med tjenestene siste år før selvmord, slik at vi kan sammenligne resultater for personer med og uten kontakt med tjenestene.

Tabellene og figurene inkluderer ikke personer på venteliste eller personer som kun har hatt indirekte kontakt siste år før selvmord.

Selvord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenestene siste år

Figur 1.1a Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenestene siste år, 2009–2018

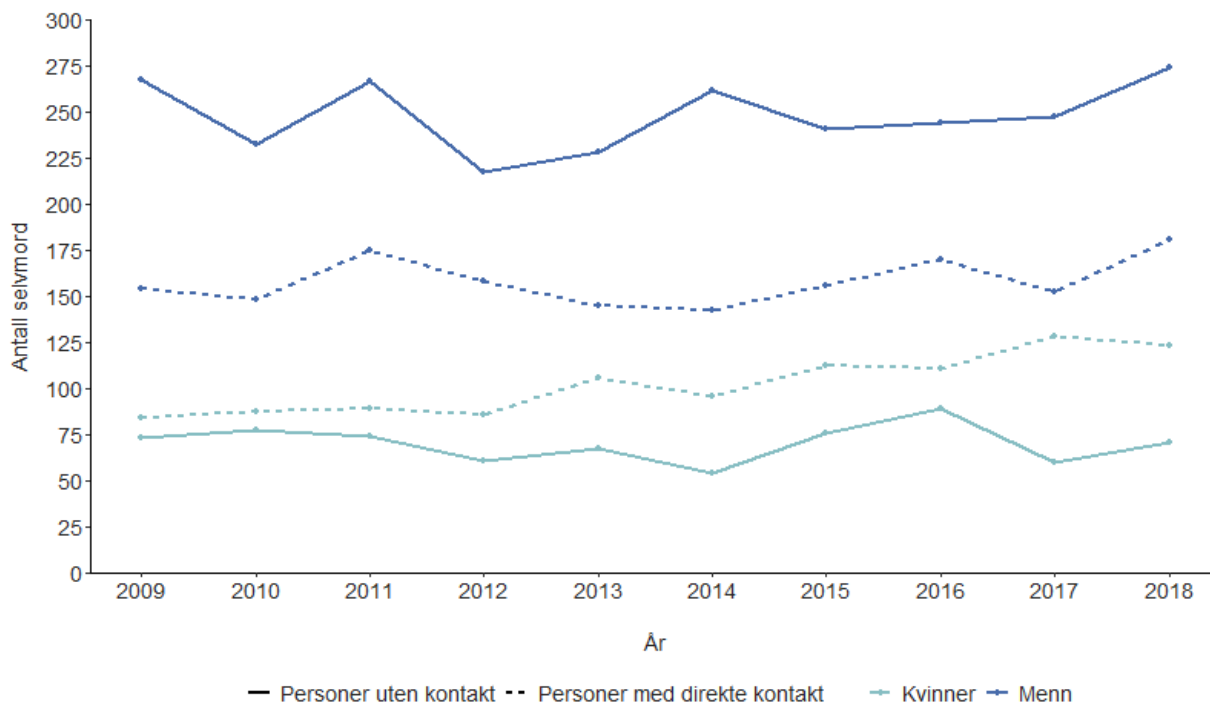


Note. Personer på venteliste eller med kun indirekte kontakt siste år er ikke inkludert i figuren.

I perioden 2009–2018 døde 2 603 personer i selvmord innen ett år etter direkte kontakt med tjenestene – dette tilsvarer i gjennomsnitt 260 selvmord årlig. I denne perioden var det totalt 5 882 selvmord i Norge og av disse var 73 på venteliste mens 27 personer kun hadde hatt indirekte kontakt siste år før selvmord.

I 2018 døde 679 personer i selvmord. Av disse døde 304 personer innen ett år etter direkte kontakt med tjenestene, mens 345 personer døde uten å ha vært i kontakt med tjenestene siste år (Figur 1.1a), 12 personer var på venteliste mens 18 personer kun hadde hatt indirekte kontakt siste år.

Figur 1.1b Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenestene siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018



Note. Personer på venteliste eller med kun indirekte kontakt siste år er ikke inkludert i figuren.

Av totalt antall selvmord i perioden 2009–2018 var 4 129 (70,2 %) menn og 1 753 (29,8 %) kvinner. Den samlede ratioen mellom menn og kvinner var 2,4 menn per kvinne. Antall kvinner og menn i direkte kontakt med tjenestene siste år før selvmord var henholdsvis 1 022 og 1 581. Blant kvinner uten kontakt med tjenestene siste år var totalt antall selvmord i perioden 702, sammenlignet med 2 477 menn. Ratioen mellom menn og kvinner var høyere blant personer uten noe kontakt med tjenestene siste år enn blant personer med kontakt i tjenestene siste år, henholdsvis 3,5 og 1,5.

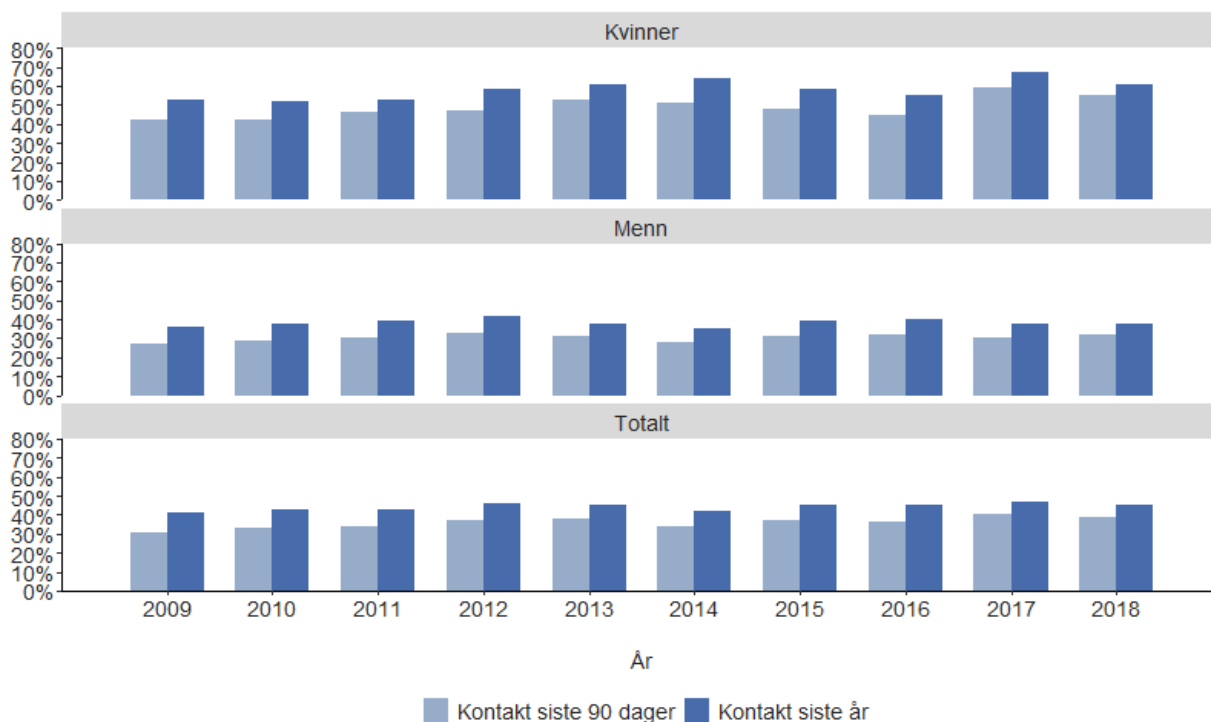
Gjennomsnittlig antall selvmord per år blant kvinner og menn i direkte kontakt med tjenestene siste år før selvmord var

henholdsvis 102 og 158. Blant kvinner og menn uten kontakt i tjenestene siste år var gjennomsnittlig antall selvmord henholdsvis 70 og 248.

I 2018 døde totalt 203 kvinner og 476 menn i selvmord. Av disse hadde 123 kvinner og 181 menn direkte kontakt med tjenestene siste året (Figur 1.1b). Blant personer med direkte kontakt siste året var ratioen mellom menn og kvinner på 1,5 menn per kvinne. Blant de 345 personene som ikke hadde kontakt med tjenestene siste året var 274 menn og 71 kvinner, dette tilsvarer en ratio på 3,9 menn per kvinne.

Andel i direkte kontakt med tjenestene siste år før selvmord

Figur 1.2 Andel i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, 2009–2018



I perioden 2009–2018 var som nevnt 2 603 personer i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, 1 022 kvinner og 1 581 menn. Dette utgjør 44,3 % av alle selvmord i denne perioden, og med en betydelig kjønnsforskjell hvor 58,3 % av alle kvinner som døde i selvmord hadde hatt kontakt og den tilsvarende andelen hos menn var 38,3 %.

I 2018 var totalt 304 personer (44,8 %) i kontakt med tjenestene siste året før selvmord. Av disse var 123 kvinner, noe som tilsvarer 60,6 % av alle selvmord blant kvinner i 2018 og 181 var menn, noe som tilsvarer 38,0 % av alle selvmord blant menn i 2018 (Figur 1.2).

Andel i direkte kontakt med tjenestene siste 90 dager før selvmord

I perioden 2009–2018 var 2 114 (35,9 %) i kontakt med tjenestene siste 90 dager før selvmord. Av disse var 857 kvinner, noe som tilsvarer 48,9 % av alle selvmord blant kvinner i perioden og 1 257 var menn, noe som tilsvarer 30,4 % av alle selvmord blant menn i perioden.

Ser vi på 2018 hadde 262 personer (38,6 %) kontakt med tjenestene siste 90 dager før selvmord, 112 var kvinner, noe som tilsvarer 55,2 % av alle selvmord blant kvinner i 2018 og 150 var menn, noe som tilsvarer 31,5 % av alle selvmord blant menn i 2018 (Figur 1.2).

Selv mord blant personer i direkte kontakt med tjenestene siste år

Tabell 1.1 Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, 2009–2018

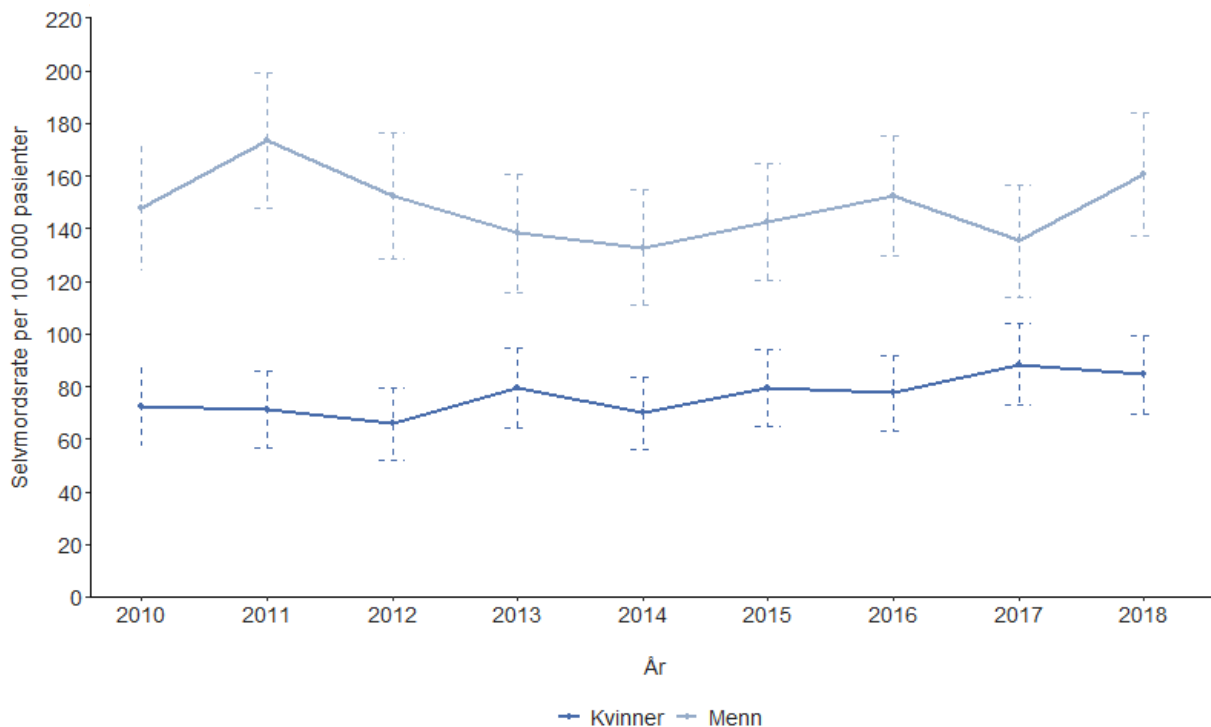
År	Kvinner		Menn		Totalt
	n	%	n	%	n
2009	84	35,3	154	64,7	238
2010	87	37,0	148	63,0	235
2011	89	33,7	175	66,3	264
2012	86	35,2	158	64,8	244
2013	106	42,2	145	57,8	251
2014	96	40,3	142	59,7	238
2015	112	41,8	156	58,2	268
2016	111	39,5	170	60,5	281
2017	128	45,7	152	54,3	280
2018	123	40,5	181	59,5	304
N	1 022	39,3	1 581	60,7	2 603

Selv om andelen som hadde direkte kontakt (heretter kontakt) med tjenestene siste året før selvmord var høyere for kvinner enn menn, var antallet selvmord blant menn høyere,

også blant personer i kontakt med tjenestene siste året. Kjønnsfordelingen blant personer i kontakt med tjenestene siste året før selvmord var 39,3 % kvinner og 60,7 % menn (Tabell 1.1).

Selvmondsrate

Figur 1.3 Selvmordsrate blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2010–2018



I perioden 2010–2018 lå den årlige selvmordsraten i tjenestene på 76,8 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 71,9 – 81,7) og 148,2 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 140,6 – 155,9). Raten svingte mer for menn enn for kvinner i denne perioden med en topp i 2011 (Figur 1.3). Samtidig er det ingen tydelig tendenser over perioden, hverken for kvinner eller menn.

I 2018 var selvmordsraten 84,6 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 69,7 – 99,5) og 160,6 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 137,3 – 184,0) (Figur 1.3). Den totale selvmordsraten lå på 117,8 per 100 000 pasienter i tjenestene (95 % KI 104,6 – 131,0).

Kjønn- og aldersfordeling

Tabell 1.2 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018

Aldersgrupper (år)	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
10-19	63	6,2	52	3,3	115	4,4
20-29	146	14,3	288	18,2	434	16,7
30-39	184	18,0	327	20,7	511	19,6
40-49	226	22,1	327	20,7	553	21,2
50-59	222	21,7	297	18,8	519	19,9
60-69	121	11,8	198	12,5	319	12,3
70-79	42	4,1	67	4,2	109	4,2
80-	18	1,8	25	1,6	43	1,7
N	1 022	100,0	1 581	100,0	2 603	100,0

I perioden 2009–2018 var det flest selvmord i aldersgruppene fra 30-59 år og disse aldersgruppene utgjorde 60,8 % av totalt antall selvmord i denne perioden (Tabell 1.2). Gjennomsnittsalderen var 44,4 år blant kvinner og 44,0 år blant menn.

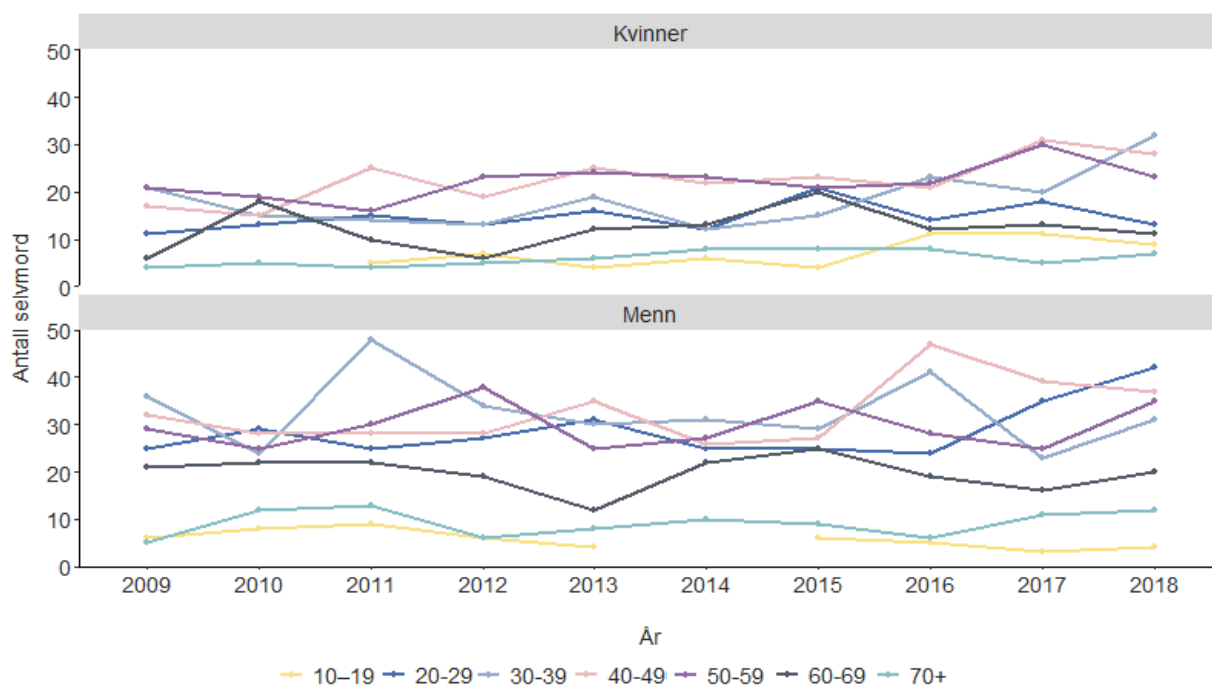
I aldersgruppen 20-29 år var det også en betydelig andel selvmord, spesielt blant menn (18,2 %). Blant kvinnene var andelen i denne aldersgruppen 14,3 %. Det var få selvmord i den yngste gruppen (10-19 år) og de to eldste aldersgruppene (over 70 år).

Det er ingen klare tendenser i utviklingen over tid fordelt på aldersgrupper og kjønn. Det var en nivå økning hos menn 40-49 år fra 2015 til 2016, men på grunn av en påfølgende reduksjon er det vanskelig å vite om tendensen er midlertidig eller varig (figur 1.4).

Selvmordsmetoder

Henging, strangulering eller kvelning (heretter kalt henging) var den mest brukte metoden i perioden 2009–2018 blant både kvinner og menn. Blant kvinner døde 38,6 % ved henging, 30,2 % ved forgiftning, 9,5 % ved drukning og 9,3 % ved sprang fra høyt sted (Tabell 1.3). Blant menn døde 49,1 % ved henging, 15,6 % ved forgiftning og skyting eller eksplosiver var den tredje mest brukte metoden (9,1 %). Kun 1,1 % av kvinnene døde som følge av skyting eller eksplosiver.

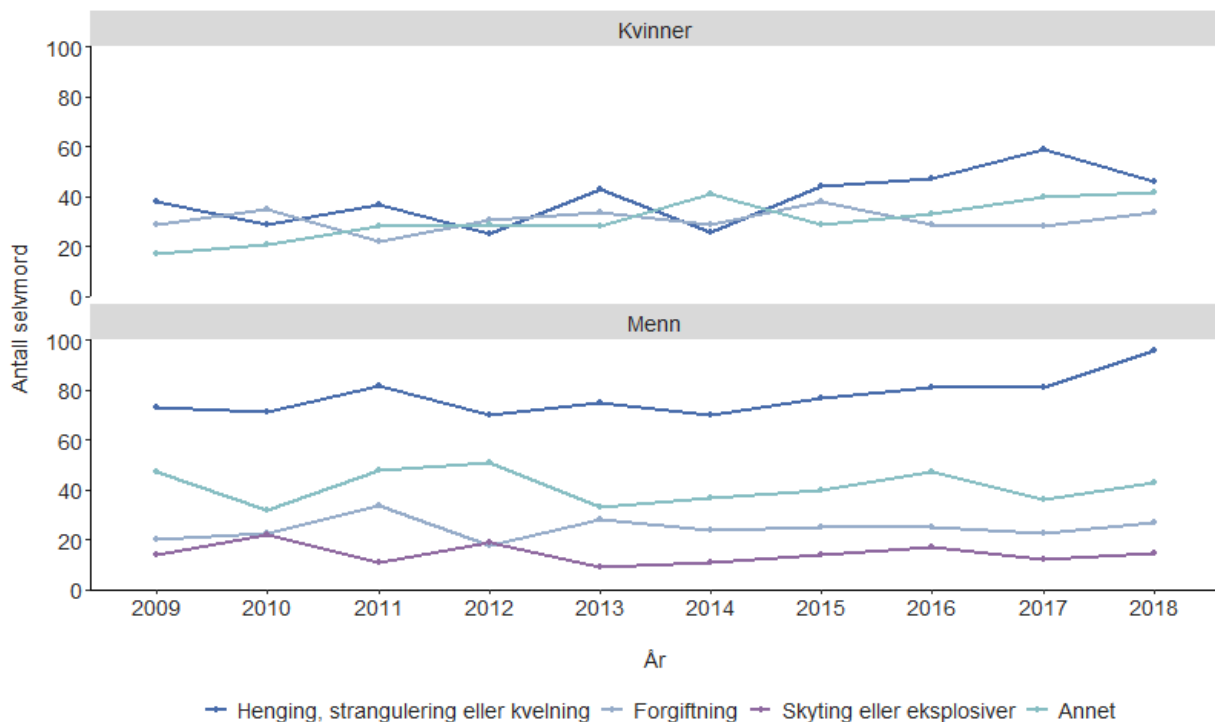
Figur 1.4 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018



Tabell 1.3. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

Selvmordsmetode	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Henging, strangulering eller kvelning	394	38,6	776	49,1	1 170	44,9
Forgiftning	309	30,2	247	15,6	556	21,4
Sprang fra høyt sted	95	9,3	105	6,6	200	7,7
Drukning	97	9,5	69	4,4	166	6,4
Skyting eller eksplosiver	11	1,1	144	9,1	155	6,0
Andre	23	2,3	73	4,6	96	3,7
Skarpe gjenstander	25	2,4	56	3,5	81	3,1
Hoppe eller ligge foran kjøretøy	37	3,6	42	2,7	79	3,0
Forgiftning med gasser	15	1,5	38	2,4	53	2,0
Motorisert kjøretøy	11	1,1	15	0,9	26	1,0
Skade, uvisst påført med hensikt	5	0,5	16	1,0	21	0,8
N	1 022	100,0	1 581	100,0	2 603	100,0

Figur 1.5 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018



Som nevnt ovenfor var henging den mest brukte metoden, og bruk av henging ser ut til å ha økt i perioden 2009–2018, spesielt blant menn (Figur 1.5). Blant kvinner var det en liten økning i bruk av henging i 2017, men en nedgang igjen i 2018. Det er derfor vanskelig å si noe om utviklingen over tid blant kvinner.

Blant kvinner var forskjellene i bruk av henging, forgiftning og metoder i kategorien «annet» mindre tydelige sammenlignet med menn. Kategorien «annet» omfatter sprang fra høyt sted, hoppe eller ligge foran kjøretøy, drukning, skarpe gjenstander, forgiftninger med gasser, skade uvisst påført med hensikt, motorisert kjøretøy og andre selvmordsmetoder. Skyting eller bruk av eksplosiver forekom med færre enn tre hendelser per år blant kvinner og er derfor ikke vist i grafen for kvinner i figur 1.5.

I 2018 døde 46 av de totalt 123 kvinnene (37,4 %) ved henging, 34 (27,6 %) døde ved forgiftning, færre enn tre kvinner døde ved skyting og 42 (34,1 %) døde ved andre metoder. Samme året døde 96 av de totalt 181 mennene (53,0 %) ved henging, 27 (14,9 %) ved forgiftning, 15 (8,3 %) ved skyting og 43 (23,8 %) ved andre metoder.

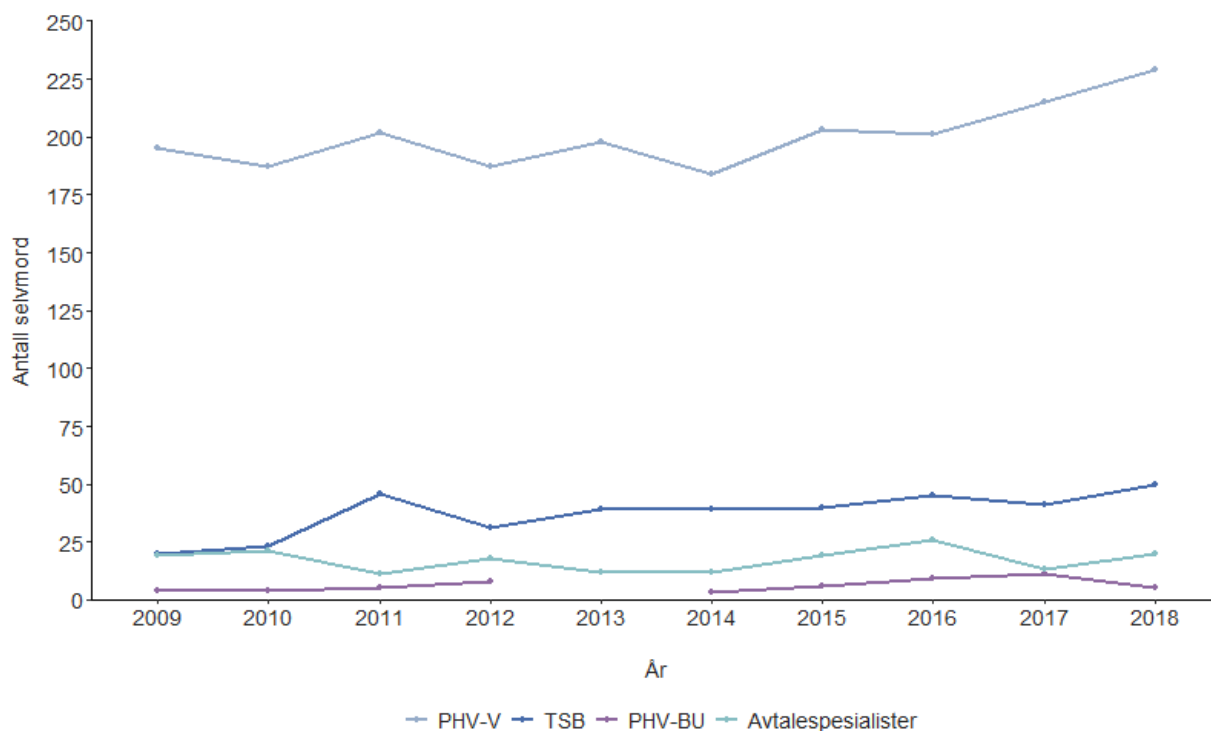
Selv mord fordelt på de ulike sektorene

Majoriteten av selvmordene som skjedde etter kontakt med tjenestene siste år før selvmord, i perioden 2009–2018, skjedde etter kontakt med PHV-V (76,9 %) (Tabell 1.4). 14,4 % av alle selvmordene skjedde etter kontakt i TSB siste år, mens kun 2,2 % av selvmordene skjedde etter kontakt med PHV-BU siste året.

Tabell 1.4. Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2009–2018

Sektor	n	%
PHV-V	2 001	76,9
TSB	374	14,4
PHV-BU	57	2,2
Avtalespesialister	171	6,6
N	2 603	100,0

Figur 1.6 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2009–2018



Antall selvmord i PHV-V varierte noe fra år til år i perioden, med en tendens til økning de siste to årene (2017 og 2018) (Figur 1.6). Antall selvmord i PHV-BU vises ikke i grafen der antallet selvmord er mindre enn tre.

Av de totalt 304 personene som døde i selvmord i 2018 hadde 229 (75,3 %) siste kontakt i PHV-V, 50 (16,4 %) hadde siste kontakt i TSB, 5 (1,6 %) hadde siste kontakt i PHV-BU og 20 (6,6 %) hadde siste kontakt med avtalespesialist (Figur 1.6).

Sektor og omsorgsnivå ved siste kontakt

Tabell 1.5. Antall selvmord fordelt på sektor, omsorgsnivå og behandlingsstatus ved siste kontakt, 2009–2018

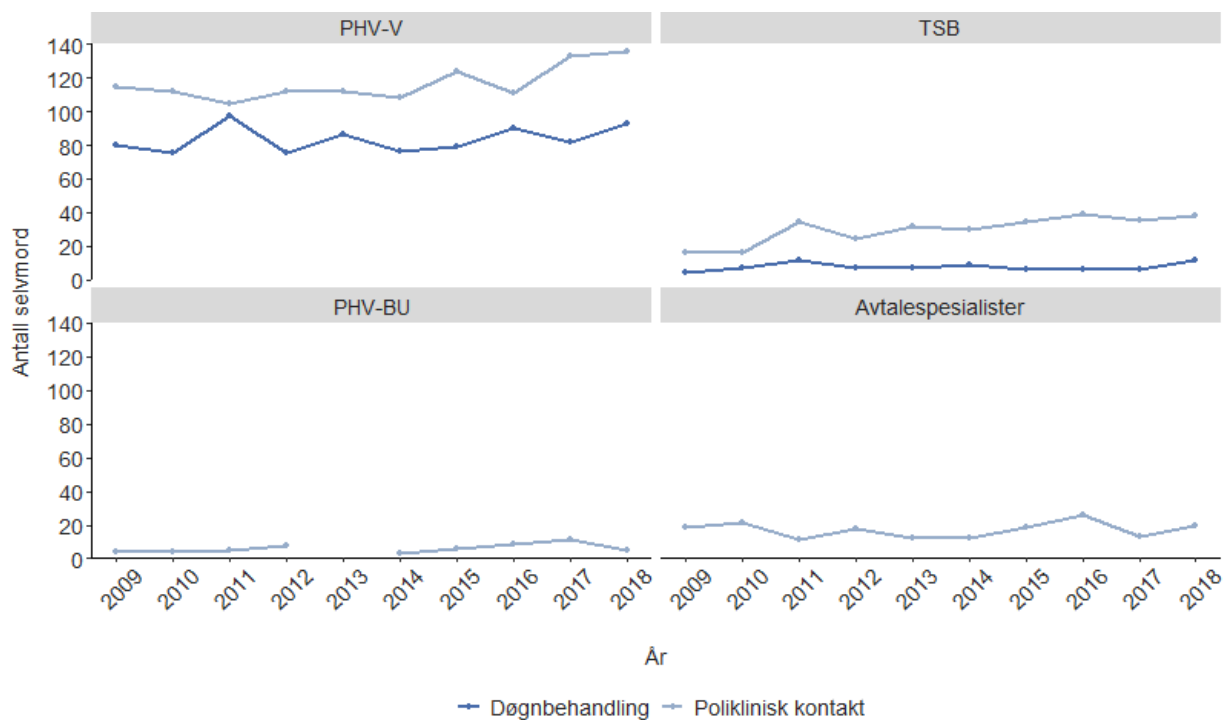
Omsorgsnivå	PHV-V		TSB		PHV-BU		Avtalespesialister	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Døgnbehandling	833	41,6	76 ¹	20,3	<3	-	-	-
Intramuralt	254	12,7	4	1,1	-	-	-	-
Utskrevet	579	28,9	71	19,0	-	-	-	-
Poliklinisk kontakt	1 168	58,4	298	79,7	56	98,2	171	100,0
Pågående	683	34,1	194	51,9	39	68,4	108	63,2
Avsluttet	485	24,2	104	27,8	17	29,8	63	26,8
N	2 001	100	374	100	57	100	171	100

¹ Det mangler informasjon om behandlingsstatus på dødstidspunktet for en person i TSB

Blant personer med siste kontakt i PHV-V før dødsfallet hadde majoriteten en poliklinisk kontakt som siste kontakt (58,4 %) i perioden 2009–2018, 34,1 % hadde en pågående poliklinisk kontakt mens 24,2 % hadde en avsluttet poliklinisk kontakt (Tabell 1.5). Blant personer med siste kontakt i TSB hadde 79,7 % poliklinisk kontakt som siste kontakt før dødsfallet, litt over halvparten hadde en pågående poliklinisk kontakt mens 27,8 % hadde en avsluttet poliklinisk kontakt. Blant

personer med siste kontakt i PHV-BU hadde majoriteten (68,4 %) en pågående poliklinisk kontakt på dødstidspunktet og færre enn tre selvmord skjedde under døgnbehandling i denne perioden. Blant personer med siste kontakt i PHV-V var 12,7 % innlagt på døgnavdeling da selvmordet skjedde. Kun 1,1 % av dødsfallene skjedde under døgnbehandling blant personer med siste kontakt i TSB.

Figur 1.7 Omsorgsnivå ved siste kontakt fordelt på sektor, 2009–2018



Av de 229 personene som hadde siste kontakt i PHV-V før selvmord i 2018 hadde 136 (59,4 %) siste kontakt i poliklinikk i PHV-V, mens 93 (40,6 %) hadde siste kontakt i døgnenhet i PHV-V. Av de 50 personene med siste kontakt i TSB hadde 38 (76,0 %) siste kontakt med poliklinikk, mens 12 (24,0 %) hadde siste kontakt i døgnenhet. I PHV-BU hadde de totalt 5 personene som døde i 2018 siste kontakt med poliklinikk. Blant personer som døde i

selvmord i 2018 hadde 20 hatt siste kontakt med en avtalespesialist.

I PHV-V ser det ut til å være en større økning i antall selvmord under poliklinisk behandling enn under døgnbehandling i perioden 2009–2018 (Figur 1.7). Antall selvmord under døgnbehandling ser ut til å holde seg mer stabilt over perioden.

Pågående og avsluttet kontakt, fordelt på sektor

Tabell 1.6. Pågående og avsluttet kontakt på dødstidspunktet, 2009–2018

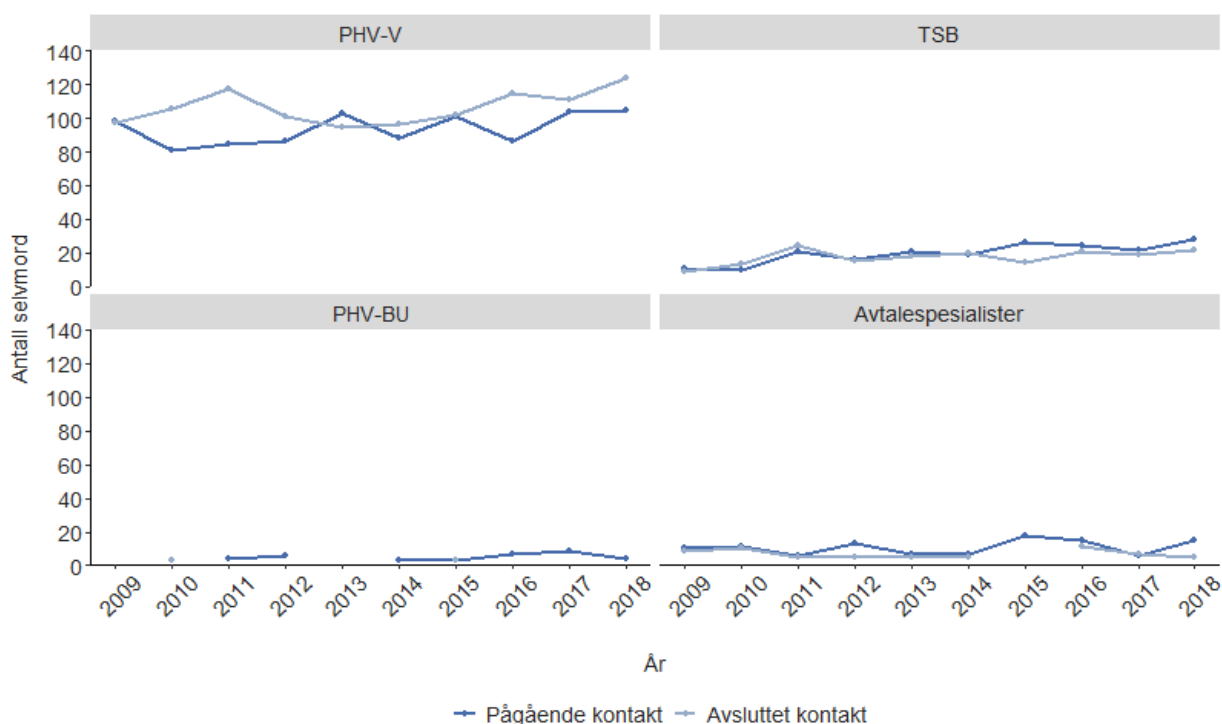
Behandlingsstatus	PHV-V		TSB		PHV-BU		Avtalespes.		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pågående	937	46,8	198	53,1	39	68,4	108	63,2	1 283	49,3
Avsluttet	1 064	53,2	175	46,9	18	31,6	63	36,8	1 319	50,7
N	2 001	100,0	373 ¹	100,0	57	100,0	171	100,0	2 602 ¹	100,0

¹ Det mangler informasjon om behandlingsstatus på dødstidspunktet for en person i TSB, denne personen er ekskludert fra denne tabellen

I PHV-V og TSB var det omtrent like mange personer som hadde pågående og avsluttet kontakt på dødstidspunktet (Tabell 1.6). Henholdsvis 46,8 % og 53,1 % hadde en

pågående kontakt i PHV-V og TSB. I PHV-BU og blant avtalespesialistene hadde majoriteten en pågående kontakt, henholdsvis 68,4 % og 63,2 %.

Figur 1.8 Pågående og avsluttet kontakt på dødstidspunktet, fordelt på sektor, 2009–2018



Av de 229 personene som hadde siste kontakt i PHV-V før selvmord i 2018 hadde 105 (45,9 %) en pågående kontakt i PHV-V på dødstidspunktet, mens 124 (54,1 %) hadde en avsluttet kontakt i PHV-V (Figur 1.8). Av de 50 personene med siste kontakt i TSB hadde 28 (56,0 %) en pågående kontakt på dødstidspunktet mens 22 (44,0 %) personer

hadde en avsluttet kontakt. I PHV-BU hadde majoriteten av de totalt 5 personene med siste kontakt i PHV-BU en pågående kontakt på dødstidspunktet. Av de totalt 20 personene som døde i 2018 med siste kontakt hos avtalespesialist hadde 15 (75,0 %) en pågående kontakt, mens 5 (25,0 %) hadde en avsluttet kontakt.

Omsorgsnivå fordelt på sektor siste år og siste 90 dager

Tabell 1.7. Omsorgsnivå siste år og siste 90 dager, fordelt på sektor, 2009–2018

Sektor	N	Siste år				Siste 90 dager			
		Poliklinisk		Døgnbehandling		Poliklinisk		Døgnbehandling	
		n	%	n	%	n	%	n	%
PHV-V	2 254	1 978	87,8	1 501	66,6	1 469	65,2	1 026	45,5
TSB	568	509	89,6	234	41,2	346	60,9	108	19,0
PHV-BU	69	69	100,0	7	10,1	48	69,6	<3	-
Avtalespesialister	278	278	100,0	-	-	187	67,3	-	-

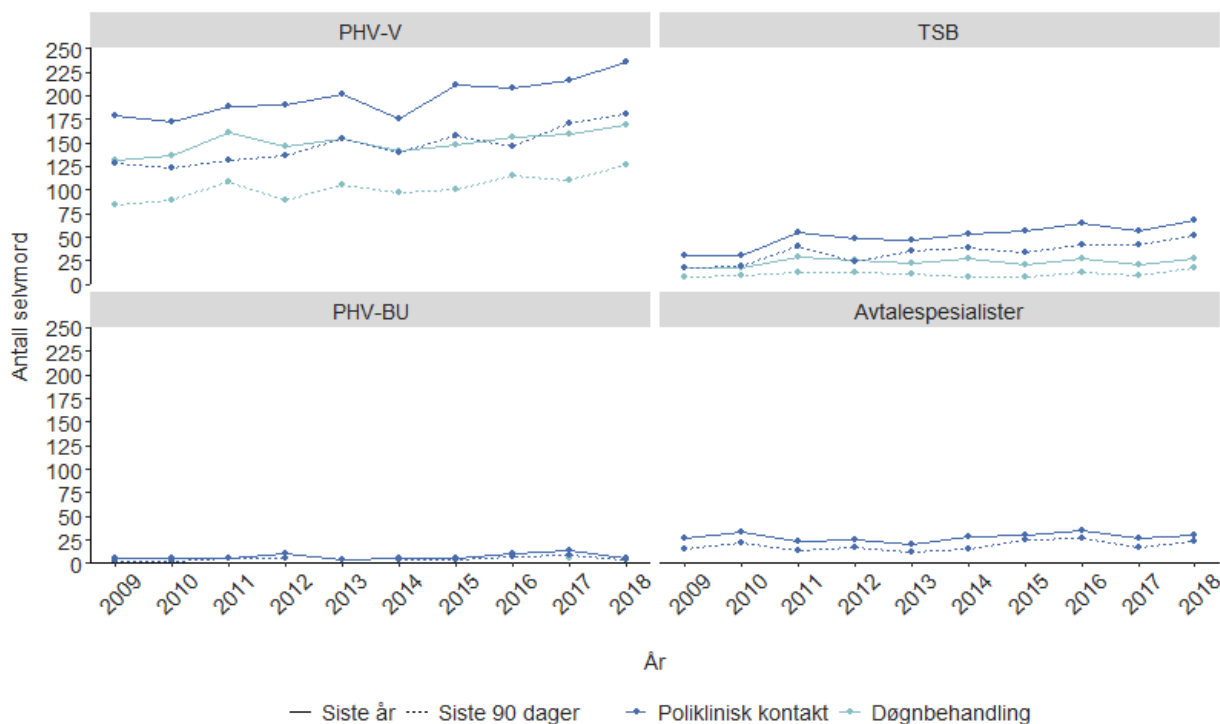
Av de 2 254 personene som hadde kontakt med PHV-V siste år før selvmord i perioden 2009–2018 hadde 87,8 % hatt en eller flere polikliniske kontakter siste år, mens 66,6 % hadde hatt ett eller flere døgnopphold (Tabell 1.7). Andelen som hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager var 65,2 %, mens 45,5 % hadde vært i døgnbehandling siste 90 dager før selvmord.

Av de 569 personene som hadde kontakt med TSB siste år før selvmord i perioden 2009–2018 hadde 89,6 % hatt en eller flere polikliniske kontakter siste år, mens 41,2 % hadde hatt ett eller flere døgnopphold. Henholdsvis 60,9 % og 19,0 % hadde hatt poliklinisk kontakt og døgnbehandling siste 90 dager.

Av de 69 personene som hadde kontakt med PHV-BU siste år før selvmord i perioden 2009–2018 hadde 100 % hatt poliklinisk kontakt siste år før selvmord, mens 10,1 % hadde vært i døgnbehandling det siste året. Andelen som hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager var 69,6 %, mens færre enn tre personer hadde vært i døgnbehandling siste 90 dager.

Av de 278 personene som hadde vært i kontakt med avtalespesialister det siste året før selvmord i perioden 2009–2018 hadde 67,3 % hatt kontakt de siste 90 dagene før dødsfallet.

Figur 1.9 Omsorgsnivå fordelt på sektor siste år og siste 90 dager, 2009–2018



Blant personer som døde i selvmord i 2018 hadde 266 vært i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord. Av disse hadde 236 (88,7 %) hatt poliklinisk kontakt i PHV-V siste år mens 180 (67,7 %) hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager (Figur 1.9). Antall personer med døgnbehandling i PHV-V siste år var 169 (63,5 %) og 127 (47,7 %) hadde vært i døgnbehandling siste 90 dager.

Totalt 72 personer hadde vært i kontakt med TSB siste året før selvmord i 2018. Av disse hadde 68 (94,4 %) hatt poliklinisk kontakt siste år og 52 (72,2 %) hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager. Antall personer med døgnbehandling i TSB siste år var 28 (38,9 %) og 17 (23,6 %) hadde vært i døgnbehandling siste 90 dager.

Totalt 5 personer hadde vært i kontakt med PHV-BU siste året før selvmord i 2018 og alle hadde hatt poliklinisk kontakt siste år, mens

4 (80,0 %) hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager. Færre enn tre personer hadde vært i døgnbehandling, og ingen hadde vært i døgnbehandling siste 90 dager. Siden det var få personer med døgnbehandling i PHV-BU siste år vil ikke antall med døgnbehandling vises i figuren.

Tretti personer hadde vært i kontakt med avtalespesialist siste året før selvmord i 2018. Alle hadde poliklinisk kontakt siste år og 24 (80,0 %) hadde hatt poliklinisk kontakt siste 90 dager.

I PHV-V ser det ut til å være en økning i antall personer i kontakt med tjenestene (både poliklinisk og døgnbehandling) før selvmord i perioden 2009–2018, både når det gjelder kontakt siste år og kontakt siste 90 dager (Figur 1.9). Dette ser også ut til å være tilfellet for poliklinisk kontakt siste år og siste 90 dager i TSB.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt, 2009–2018

Tabell 1.8. Hoveddiagnoser ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, fordelt på kjønn, 2009–2018

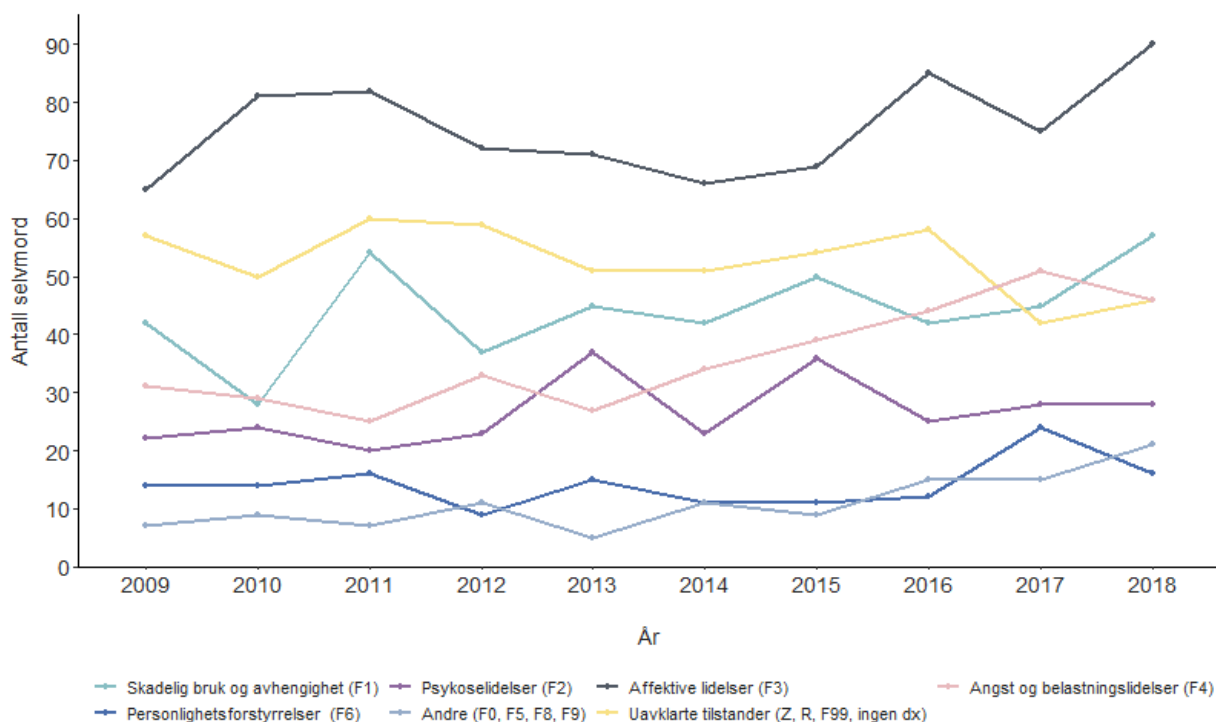
Hoveddiagnoser	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Organiske tilstander (F0)	13	1,3	29	1,8	42	1,6
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	134	13,1	308	19,5	442	17,0
Psykoselidelser (F2)	79	7,7	187	11,8	266	10,2
Affektive lidelser (F3)	321	31,4	435	27,5	756	29,0
Angst og belastningslidelser (F4)	153	15,0	206	13,0	359	13,8
Atferdssyndromer (F5)	12	1,2	3	0,2	15	0,6
Personlighetsforstyrrelser (F6)	85	8,3	57	3,6	142	5,5
Psykisk utviklingshemming (F7)	-	-	-	-	0	-
Utviklingsforstyrrelser (F8)	5	0,5	9	0,6	14	0,5
Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	11	1,1	28	1,8	39	1,5
Uavklarte tilstander (Z, R, F99, ingen diagnose)	209	20,5	319	20,2	528	20,3
N	1 022	100,0	1 581	100,0	2 603	100,0

Affektive lidelser utgjorde den største diagnostiske gruppen blant både kvinner og menn, og utgjorde totalt 29,0 % av hoveddiagnosene ved siste kontakt i de aktuelle sektorene blant alle personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før selvmord (Tabell 1.8). Uavklarte tilstander var den

nest største diagnosegruppen (20,3 %), etterfulgt av skadelig bruk og avhengighet (17,0 %). Det var ingen personer med psykisk utviklingshemming (F7 diagnoser).

I gruppen uavklarte tilstander var majoriteten Z-diagnoser (73,2 %), 17,6 % var R-diagnoser og 9,2 % var uspesifiserte psykiske lidelser.

Figur 1.10 Hoveddiagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, 2009–2018



Antall personer diagnostisert med angst og belastningslidelser har økt i perioden 2009–2018 (Figur 1.10). Antall personer med uavklarte tilstander har sunket de siste to årene (2017 og 2018). De siste to årene (2017 og 2018) var det også et tydelig skifte fra bruk

av Z-diagnoser til bruk av R-diagnoser. Før 2017 var det nesten utelukkende Z-diagnoser som ble brukt av disse to, mens fra og med 2017 var det svært få som fikk Z-diagnoser og nesten utelukkende bruk av R-diagnoser.

Del 2

Psykisk helsevern for voksne

Del 2 av resultatene omhandler personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV-V) siste år før de døde i selvmord.

I del 2.1 presenteres utvalgte registerdata for perioden 2009–2018. For selvmordsrate presenteres data for 2010–2018.

I del 2.2 presenterer vi utvalgte data fra kartleggings-skjemaet på selvmord i 2018.



Del 2.1 Registerdata

Antall selvmord per år

Tabell 2.1.1. Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år

År	Kvinner		Menn		Totalt
	n	%	n	%	n
2009	75	35,5	136	64,5	211
2010	78	38,4	125	61,6	203
2011	82	35,3	150	64,7	232
2012	76	35,2	140	64,8	216
2013	93	42,5	126	57,5	219
2014	84	41,6	118	58,4	202
2015	97	42,5	131	57,5	228
2016	92	39,0	144	61,0	236
2017	111	46,1	130	53,9	241
2018	111	41,7	155	58,3	266
N	899	39,9	1 355	60,1	2 254

I perioden 2009–2018 var 2 254 personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 899 (39,9 %) var kvinner og 1 355 (60,1 %) var menn (Tabell 2.1.1). Av totalt antall selvmord i perioden var andelen personer i kontakt med

PHV-V siste år før selvmord 38,3 %. Blant personer som døde i selvmord i 2018 hadde 266 kontakt med PHV-V siste året før selvmord, noe som tilsvarer 39,2 % av totalt antall selvmord i 2018.

Kjønn- og aldersfordeling

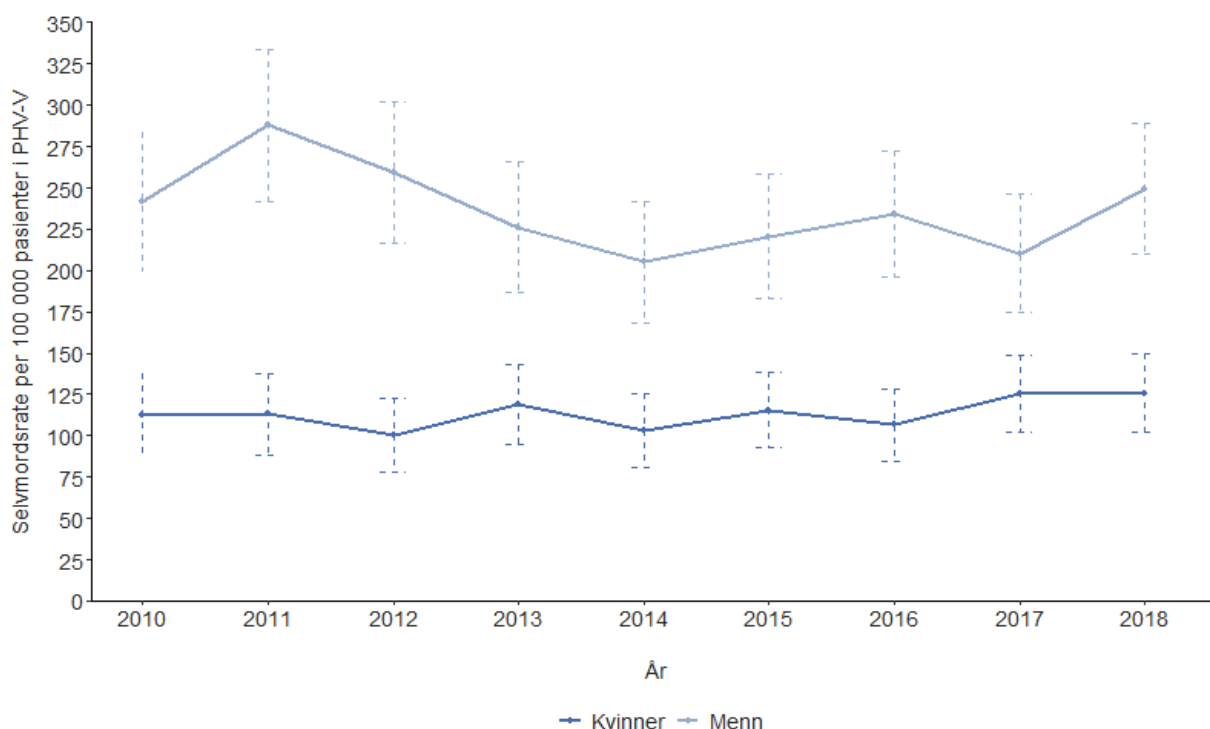
Tabell 2.1.2. Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018

Aldersgrupper (år)	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
< 20	29	3,2	32	2,4	61	2,7
20–29	131	14,6	249	18,4	380	16,9
30–39	161	17,9	275	20,3	436	19,3
40–49	201	22,4	274	20,2	475	21,1
50–59	206	22,9	254	18,7	460	20,4
60–69	112	12,5	180	13,3	292	13,0
70–79	41	4,6	67	4,9	108	4,8
80–	18	2,0	24	1,8	42	1,9
N	899	100,0	1 355	100,0	2 254	100,0

Majoriteten av personene som hadde vært i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i perioden 2009–2018 var i aldersgruppen 30–59 år (Tabell 2.1.2). Gjennomsnittsalder var 45,6 år blant kvinner og 44,7 år blant menn.

Selvordsrate (2010–2018)

Figur 2.1.1. Selvordsrate blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2010–2018



I perioden 2010–2018 lå den gjennomsnittlige selvordsraten i PHV-V på 113,8 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 106,1–121,6) og 236,2 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 223,0–249,4). Blant kvinner lå selvordsraten stabil i denne perioden, blant menn var det en tydelig topp i 2011 (Figur 2.1.1), i likhet med figur 1.3 i del 1.

I 2018 lå selvordsraten i PHV-V på 125,8 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 102,4–149,2) og på 249,5 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 210,3–288,7). I 2018 lå den totale selvordsraten på 176,9 per 100 000 pasienter i PHV-V (95 % KI 155,7–198,2).

Selvordsmetoder

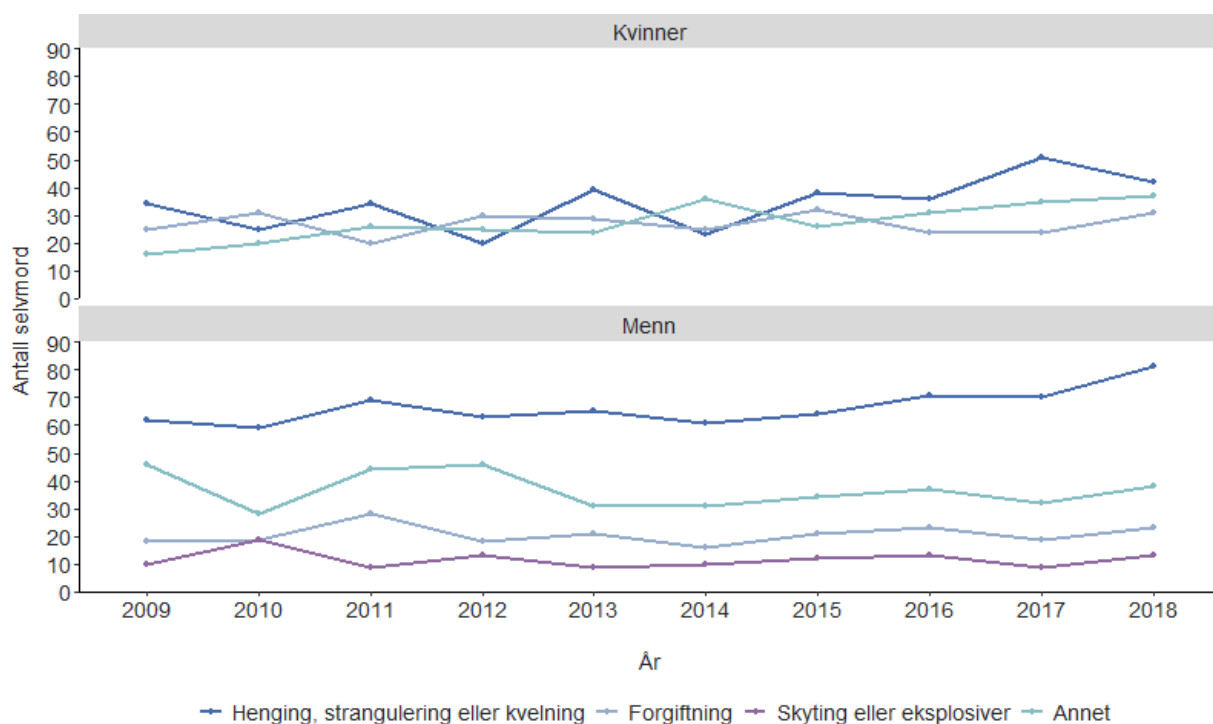
Tabell 2.1.3. Selvordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

Selvordsmetode	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Henging, strangulering eller kvelning	342	38,0	665	49,1	1 007	44,7
Forgiftning	271	30,1	206	15,2	477	21,2
Sprang fra høyt sted	89	9,9	97	7,2	186	8,3
Drukning	86	9,6	68	5,0	154	6,8
Skyting eller eksplosiver	10	1,1	117	8,6	127	5,6
Andre	22	2,4	63	4,6	85	3,8
Skarpe gjenstander	23	2,6	51	3,8	74	3,3
Hoppe eller ligge foran kjøretøy	32	3,6	36	2,7	68	3,0
Forgiftning med gasser	12	1,3	31	2,3	43	1,9
Motorisert kjøretøy	9	1,0	13	1,0	22	1,0
Skade, uvisst påført med hensikt	3	0,3	8	0,6	11	0,5
N	899	100,0	1 355	100,0	2 254	100,0

Henging var den mest brukte selvordsmetoden (44,7 %) (Tabell 2.1.3). Dette var tilfellet for både kvinner og menn, og henholdsvis 38,0 og 49,1 % av alle dødsfallene skjedde ved henging.

Blant kvinner utgjorde forgiftning den nest største gruppen (30,1 %), etterfulgt av sprang fra høyt sted (9,9 %) og drukning (9,6 %). Blant menn utgjorde også forgiftning den nest største gruppen (15,2 %), etterfulgt av skyting eller eksplosiver (8,6 %).

Figur 2.1.2. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018



Figur 2.1.2 viser den samme trenden som tidligere vist for alle tjenester samlet. Blant menn i kontakt med PHV-V siste år før selvmord var som nevnt henging den klart mest brukte selvmordsmetoden i perioden 2009–2018, etterfulgt av «annet» kategorien som omfatter sprang fra høyt sted, hoppe eller ligge foran kjøretøy, drukning, skarpe gjenstander, forgiftninger med gasser, skade uvisst påført med hensikt, motorisert kjøretøy og andre selvmordsmetoder. Blant kvinner var også henging den mest brukte metoden, men forskjellene mellom bruk av henging, forgiftning og metoder i «annet» kategorien

var mindre tydelige. Skyting eller bruk av eksplosiver forekom med færre enn tre hendelser per år blant kvinner og er derfor ikke vist i grafen for kvinner.

I 2018 døde 42 (37,8 %) av de totalt 111 kvinnene ved henging, 31 (27,9 %) døde ved forgiftning, færre enn tre personer døde ved skyting og 37 (33,3 %) døde ved andre metoder. Samme året døde 81 (52,3 %) av de totalt 155 mennene ved henging, 23 (14,8 %) ved forgiftning, 13 (8,4 %) ved skyting og 38 (24,5 %) ved andre metoder.

Hoveddiagnoser

Tabell 2.1.4. Hoveddiagnoser ved siste kontakt blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

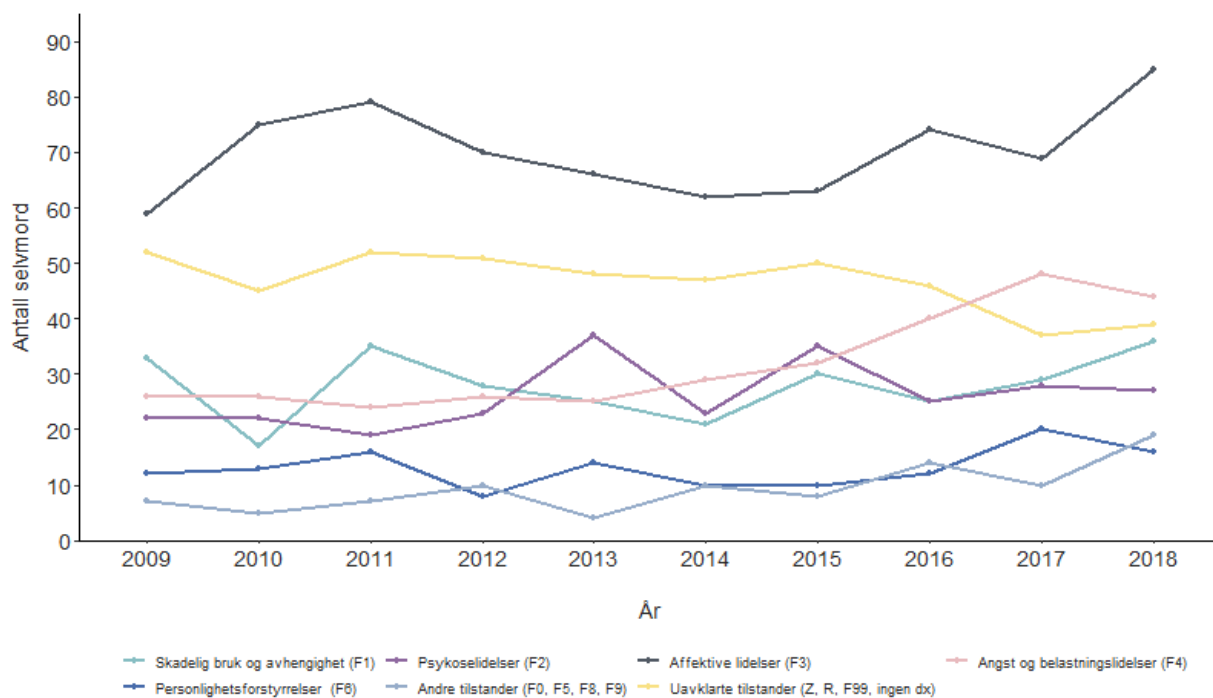
Hoveddiagnoser	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Organiske tilstander (F0)	13	1,4	28	2,1	41	1,8
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	93	10,3	186	13,7	279	12,4
Psykoselidelser (F2)	77	8,6	184	13,6	261	11,6
Affektive lidelser (F3)	293	32,6	409	30,2	702	31,1
Angst og belastningslidelser (F4)	138	15,4	182	13,4	320	14,2
Atferdssyndromer (F5)	11	1,2	3	0,2	14	0,6
Personlighetsforstyrrelser (F6)	82	9,1	49	3,6	131	5,8
Psykisk utviklingshemming (F7)	-	-	-	-	0	-
Utviklingsforstyrrelser (F8)	5	0,6	9	0,7	14	0,6
Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	4	0,4	21	1,5	25	1,1
Uavklarte tilstander (Z, R, F99, ingen diagnose)	183	20,4	284	21,0	467	20,7
N	899	100,0	1 355	100,0	2 254	100,0

I likhet med i del 1 var affektive lidelser dominerende blant personer med kontakt i PHV-V siste år før selvmord, og utgjorde totalt 31,1 % av hoveddiagnosene ved siste kontakt, etterfulgt av uavklarte tilstander (20,7 %) (Tabell 2.1.4). Z-diagnoser utgjorde majoriteten av de uavklarte tilstandene (56 %), 13 % var R-diagnoser, 7 % var uspesifiserte psykisk lidelse og 23 % av personene med uavklarte tilstander hadde ikke mottatt en diagnose. Angst og belastningslidelser utgjorde 14,2 % og skadelig bruk og avhengighet 12,4 %. Ingen var diagnostisert med en psykisk utviklingshemming (F7).

Skadelig bruk og avhengighet skiller seg fra resultatene i del 1, der denne diagnosegruppen var den tredje største diagnosegruppen, noe som er naturlig siden alle personer i kontakt med TSB siste år var inkludert i del 1.

Antall personer med én bidiagnose var 572 (25,4 %), mens antall personer med mer enn én bidiagnose var 170 (7,5 %).

Figur 2.1.3. Hoveddiagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018



I likhet med resultatene i del 1 ser vi en økning i antall personer diagnostisert med angst og belastningslidelser, og en tendens til nedgang i antall personer diagnostisert med uavklarte tilstander de siste årene (Figur 2.1.3).

Nedgangen i uavklarte tilstander i perioden var noe tydeligere blant personer i kontakt med PHV-V siste år, sammenlignet med personer i kontakt med alle tjenestene samlet siste år (tidligere vist i del 1). Bruk av disse diagnosene er nærmere belyst i del 1.

Hoveddiagnoser 2018 vs. 2009-2017

Tabell 2.1.5. Hoveddiagnoser ved siste kontakt (%), 2009-2017 vs. 2018, blant personer i kontakt med PHV-V siste år

Hoveddiagnose	2009-2017		2018		Differanse pp.
	n	%	n	%	
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	243	12,2	36	13,5	1,3
Psykoselidelser (F2)	234	11,8	27	10,2	-1,6
Affektive lidelser (F3)	617	31,0	85	32,0	1,0
Angst og belastningslidelser (F4)	276	13,9	44	16,5	2,7
Personlighetsforstyrrelser (F6)	115	5,8	16	6,0	0,2
Andre (F0, F5, F8, F9)	75	3,8	19	7,1	3,4
Uavklarte tilstander (Z, R, F99, ingen dx)	428	21,5	39	14,7	-6,9
N	1 988	100,0	266	100,0	

Den største forskjellen i hoveddiagnoser ved siste kontakt for årene 2009-2017 sammenlignet med 2018 var en markant reduksjon i andelen av uavklarte tilstander

på nesten 7 % (Tabell 2.1.5). Samtidig var det en økning av de andre diagnosegruppene, bortsett fra psykoselidelser.

Tid fra siste kontakt til selvmord

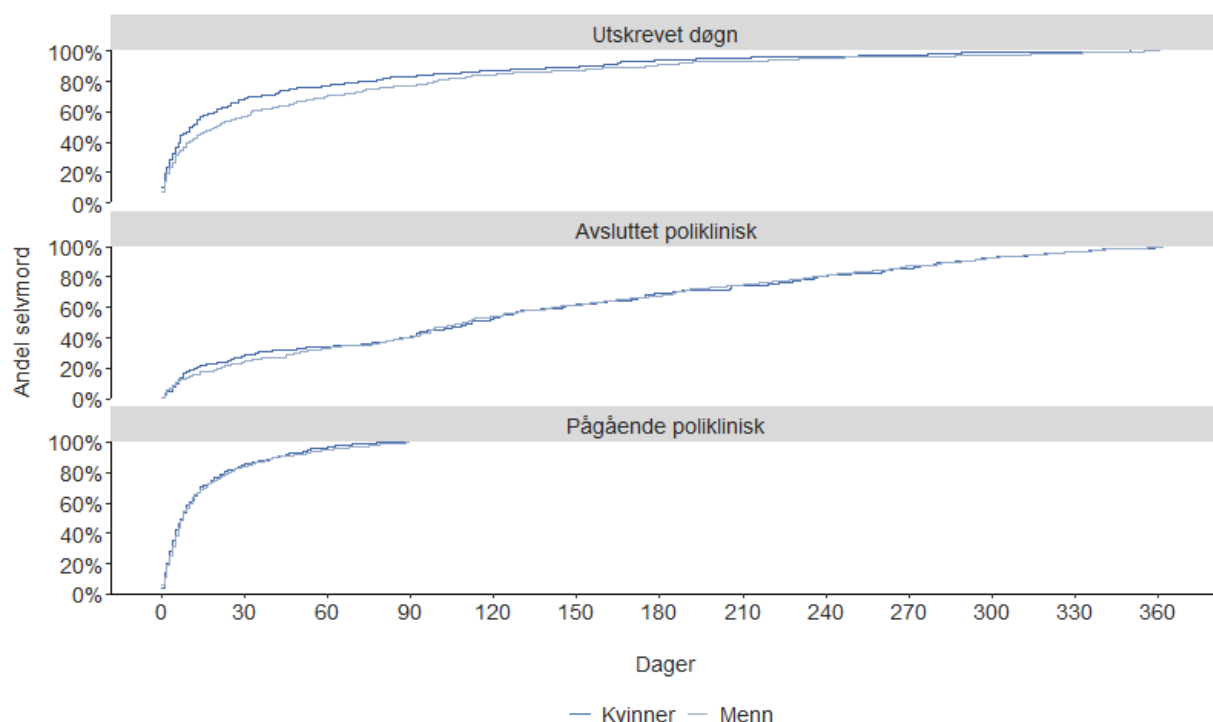
Tabell 2.1.6. Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

Dager fra siste kontakt	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
0–7 dager	416	46,3	561	41,4	977	43,3
8–30 dager	214	23,8	297	21,9	511	22,7
31–90 dager	112	12,5	206	15,2	318	14,1
91–180 dager	81	9,0	146	10,8	227	10,1
181–365 dager	76	8,5	145	10,7	221	9,8
N	899	100,0	1 355	100,0	2 254	100,0

Det var betydelig nærhet i tid mellom siste kontakt og selvmord for begge kjønn. To tredjedeler døde i løpet av den første måneden, og over 40 % i løpet av første uken etter siste kontakt (Tabell 2.1.6). Median antall

dager fra siste kontakt til selvmord var 11 dager, 9 dager for kvinner og 12 dager for menn. Alle personer i kontakt med PHV-V siste år, også de som døde under døgnopphold, er inkludert i denne tabellen.

Figur 2.1.4. Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018



Tid fra siste kontakt til selvmord var kortest blant personer med pågående poliklinisk kontakt, og rundt 50 % av personene døde innen en uke (Figur 2.1.4). Blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt døde 26 % innen 30

dager, sammenlignet med 62 % av personene utskrevet fra døgnopphold. Det var ingen store kjønnsforskjeller, men blant personer utskrevet fra døgnopphold var kurven noe brattere de første 3 månedene for kvinner.

Tabell 2.1.7. Median dager fra siste kontakt til selvmord blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt og blant personer utskrevet fra døgnopphold, med kontakt i PHV-V siste år, 2009–2018

År	Avsluttet poliklinisk kontakt		Utskrevet fra døgnopphold	
	n	Median	n	Median
2009	56	123,5	50	20,0
2010	56	142,5	57	19,0
2011	48	114,0	82	14,5
2012	57	110,0	54	11,0
2013	48	117,5	58	22,5
2014	51	121,0	52	19,5
2015	54	138,0	53	20,0
2016	55	97,0	69	14,0
2017	61	62,0	59	10,0
2018	56	93,5	79	15,0

De siste tre årene kan det se ut til at tiden fra siste kontakt til selvmord har blitt noe kortere blant personer med avsluttet kontakt (Tabell 2.1.7).

Del 2.2 Data fra kartleggings skjemaet

Så langt i denne rapporten har vi beskrevet funn utelukkende basert på registerdata. I denne delen presenterer vi resultater som er hentet inn via kartleggings skjemaet. Alle personer som var i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 er inkludert i denne delen.

Tabell 2.2.1. Totalt antall selvmord registrert i DÅR med kontakt i PHV-V siste år og antall mottatte kartleggings skjemaer for disse personene

	Kvinner		Menn		Totalt
	n	%	n	%	n
Datagrunnlag for 2018					
Registerdata	111	41,7	155	58,3	266
Kartleggings skjema	96	43,6	124	56,4	220

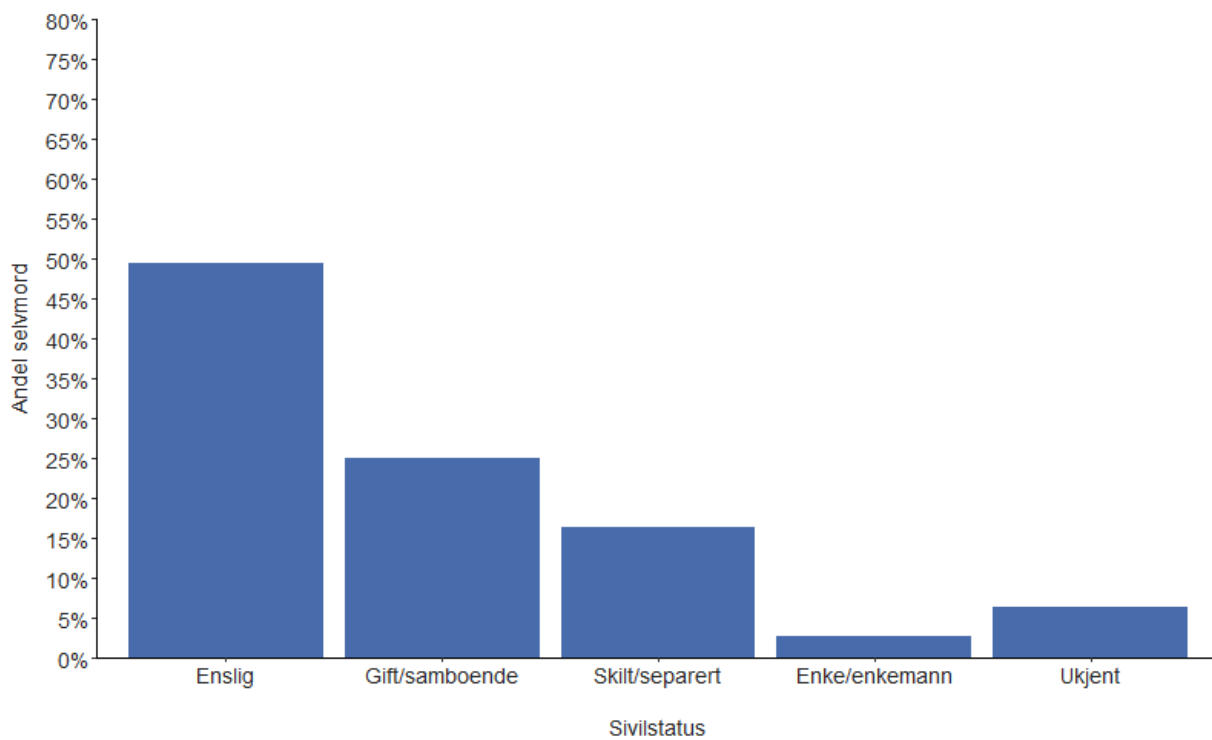
Av totalt 266 personer med kontakt i PHV-V siste år før selvmord i 2018 mottok vi 220 kartleggings skjemaer (Tabell 2.2.1).

Dette tilsvarer kartleggings skjemaer på 83 % av alle personer som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V siste år.

Demografiske forhold

Sivilstatus

Figur 2.2.1. Sivilstatus blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.2. Sivilstatus blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

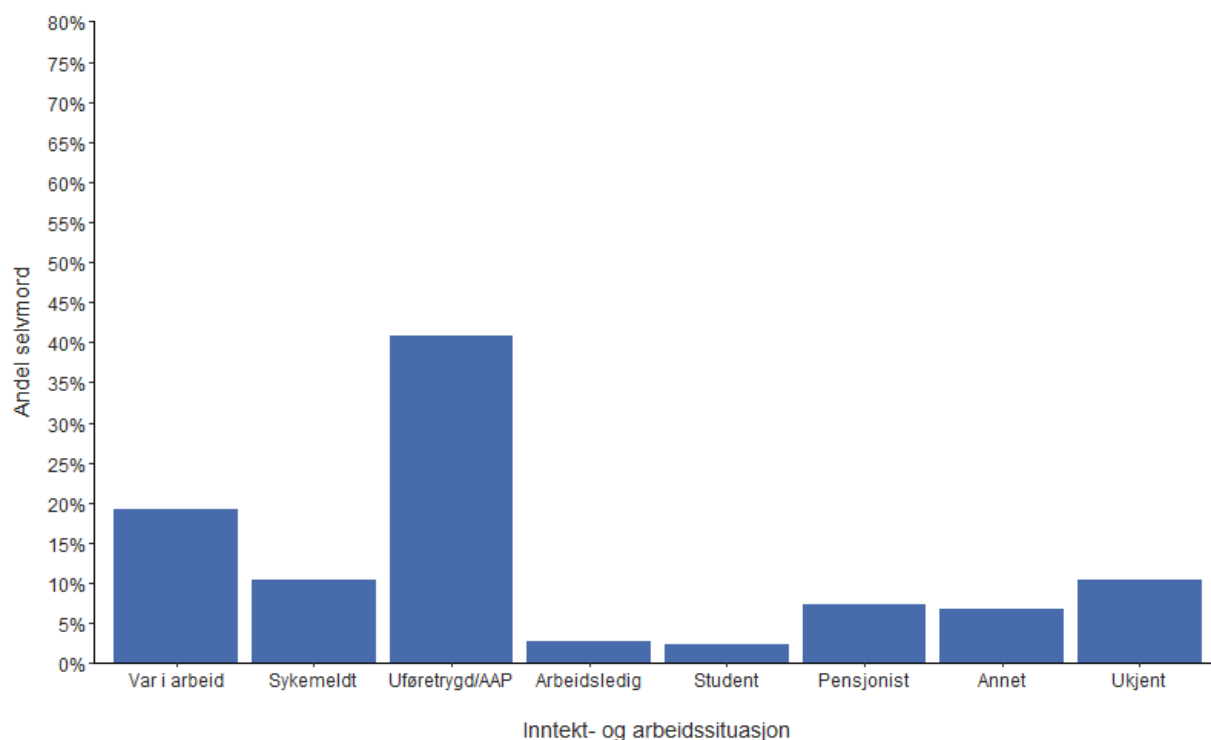
Sivilstatus	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Enslig	43	44,8	66	53,2	109	49,5
Gift/samboende	24	25,0	31	25,0	55	25,0
Skilt/separert	19	19,8	17	13,7	36	16,4
Ukjent	9	9,4	5	4,0	14	6,4
Enke/enkemann	-	-	-	-	6	2,7

Halvparten var enslige på dødstidspunktet, og andelen var høyere for menn enn for kvinner, henholdsvis 44,8 % og 53,2 % (Tabell 2.2.2).

Kun en fjerdedel av både kvinner og menn var gift eller samboende. Andelen som var skilt eller separert var høyere for kvinner enn for menn, henholdsvis 19,8 % og 13,7 %.

Inntekt- og arbeidssituasjon

Figur 2.2.2. Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.3. Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

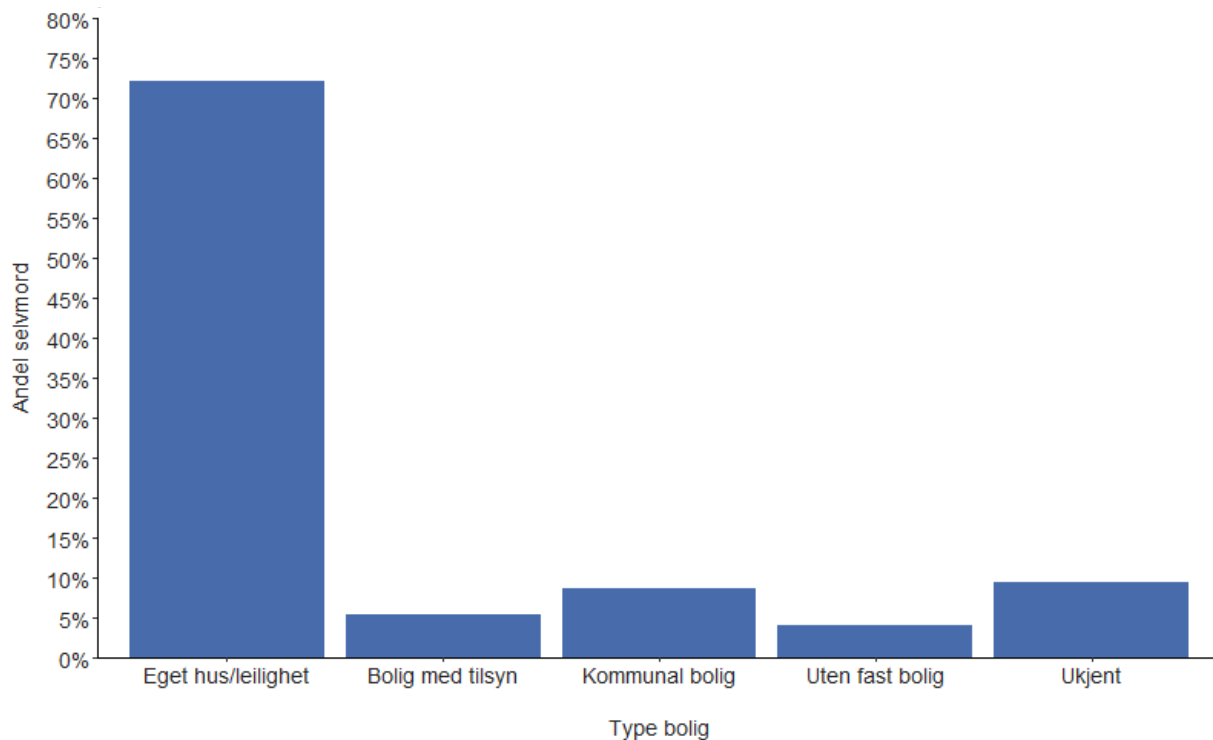
Inntekt- og arbeidssituasjon	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Uføretrygd/AAP	46	47,9	44	35,5	90	40,9
Var i arbeid	13	13,5	29	23,4	42	19,1
Sykemeldt	9	9,4	14	11,3	23	10,5
Ukjent	13	13,5	10	8,1	23	10,5
Pensjonist	7	7,3	9	7,3	16	7,3
Annet	4	4,2	11	8,9	15	6,8
Arbeidsledig	-	-	-	-	6	2,7
Student	-	-	-	-	5	2,3

Majoriteten av personene (40,9 %) hadde uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) som inntektskilde på dødstidspunktet, og andelen var høyere for kvinner enn for menn, henholdsvis 47,9 % og 35,5 % (Tabell 2.2.3). Andelen som var i arbeid var 19,1 %,

henholdsvis 13,5 % for kvinner og 23,4 % for menn. Andelen sykemeldte var 10,5 % og for 10,5 % var inntektsforhold/arbeidssituasjon ukjent. Under kategorien «annet» var svært få registrert med sosialhjelp.

Type bolig

Figur 2.2.3. Type bolig blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.4. Type bolig blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

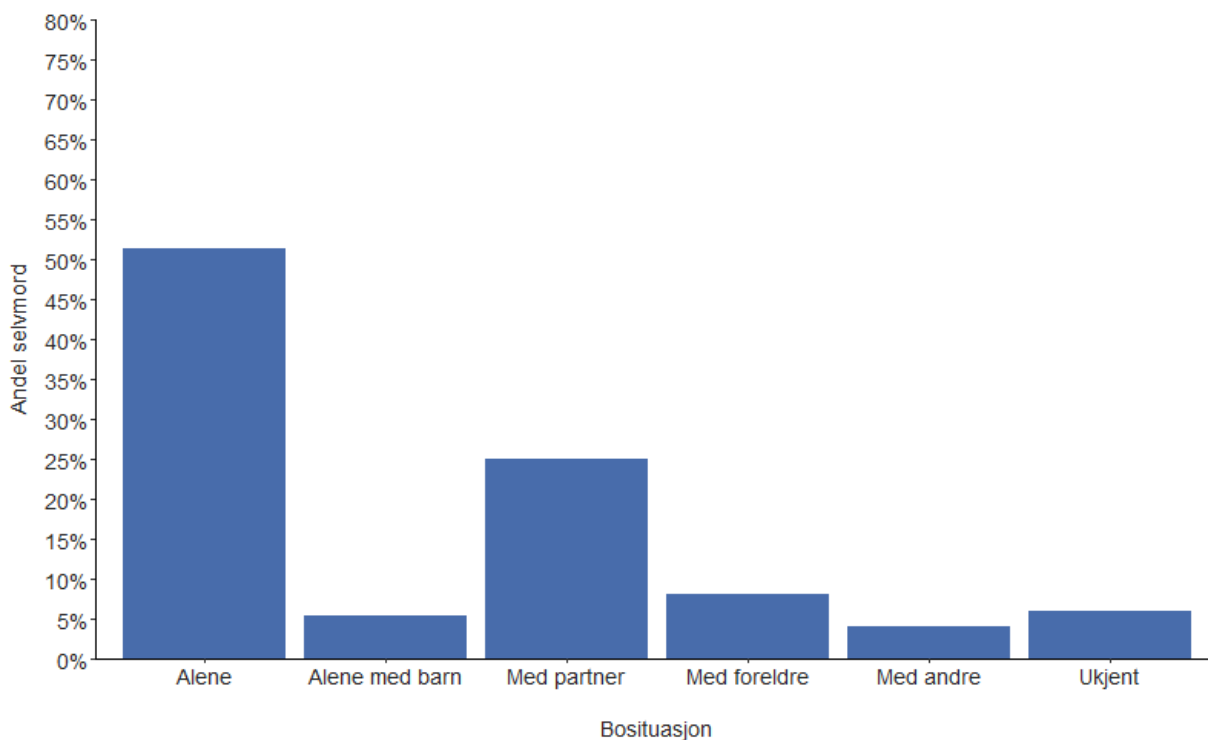
Type bolig	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Eget hus/leilighet	70	72,9	89	71,8	159	72,3
Ukjent	12	12,5	9	7,3	21	9,5
Kommunal bolig	7	7,3	12	9,7	19	8,6
Bolig med tilsyn	5	5,2	7	5,6	12	5,5
Uten fast bolig	-	-	-	-	9	4,1

Majoriteten (72,3 %) bodde i eget hus eller egen leilighet på dødstidspunktet (Tabell 2.2.4). Vi har ikke opplysninger om hvorvidt boligen var eid eller leid. Andelen som bodde i kommunal bolig og bolig med tilsyn var

henholdsvis 8,6 % og 5,5 %. Ni personer (4,1 %) var uten fast bolig, og færre enn tre av disse var kvinner. I 9,5 % av tilfellene var type bolig ukjent.

Bosituasjon

Figur 2.2.4. Bosituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.5. Bosituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

Bosituasjon	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Alene	46	47,9	67	54,0	113	51,4
Med partner	25	26,0	30	24,2	55	25,0
Med foreldre	4	4,2	14	11,3	18	8,2
Ukjent	6	6,3	7	5,6	13	5,9
Alene med barn	-	-	-	-	12	5,5
Med andre	4	4,2	5	4,0	9	4,1

Omtrent halvparten bodde alene på dødstidspunktet, og andelen var noe høyere blant menn enn kvinner, henholdsvis 54,0 % og 47,9 % (Tabell 2.2.5).

En fjerdedel bodde med partner. Tolv personer (5,5 %) bodde alene med barn og færre enn tre var menn. I 5,9 % av tilfellene var bosituasjon ukjent.

Ansvar for mindreårig

Tabell 2.2.6. Ansvar for mindreårige blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

Ansvar for mindreårig	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Nei	71	74,0	104	83,9	175	79,5
Ja	22	22,9	17	13,7	39	17,7
Ukjent	3	3,1	3	2,4	6	2,7

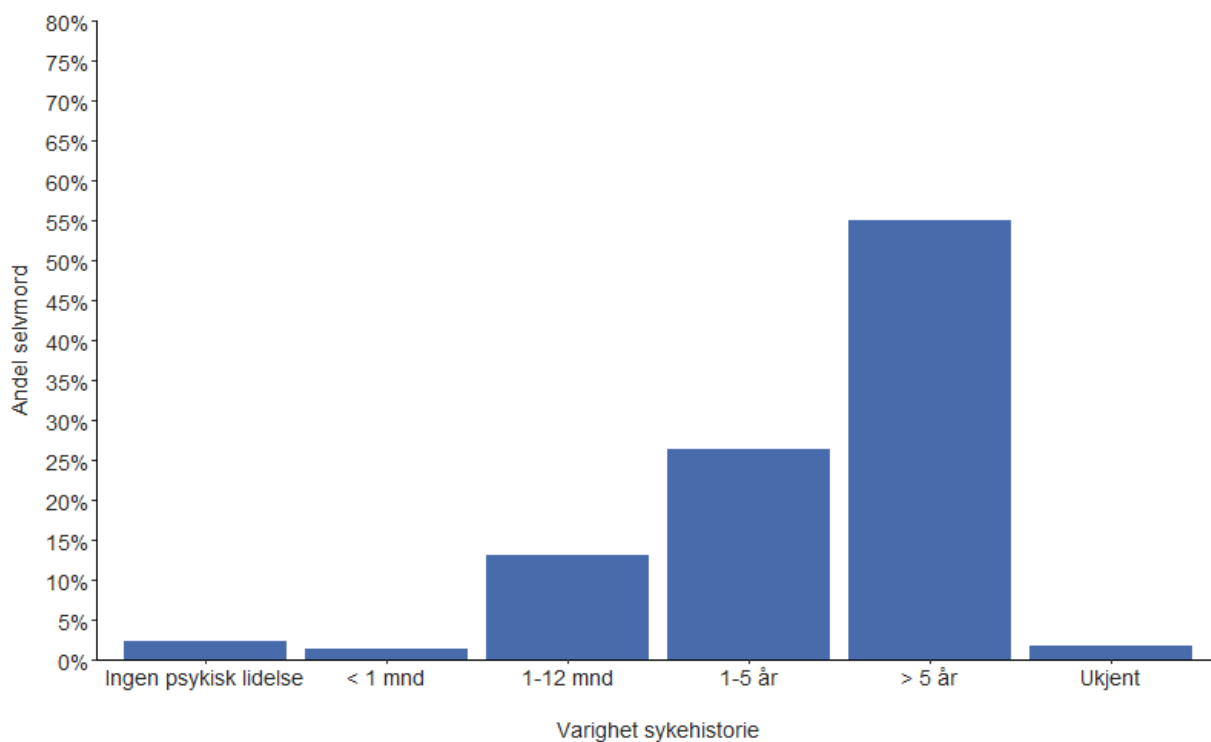
I 17,7 % av tilfellene var det kjent at personen hadde ansvar for mindreårige på dødstidspunktet, andelen var høyere blant

kvinner (22,9 %) enn blant menn (13,7 %) (Tabell 2.2.6).

Sykehistorie og kliniske data

Varighet sykehistorie

Figur 2.2.5. Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.7. Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

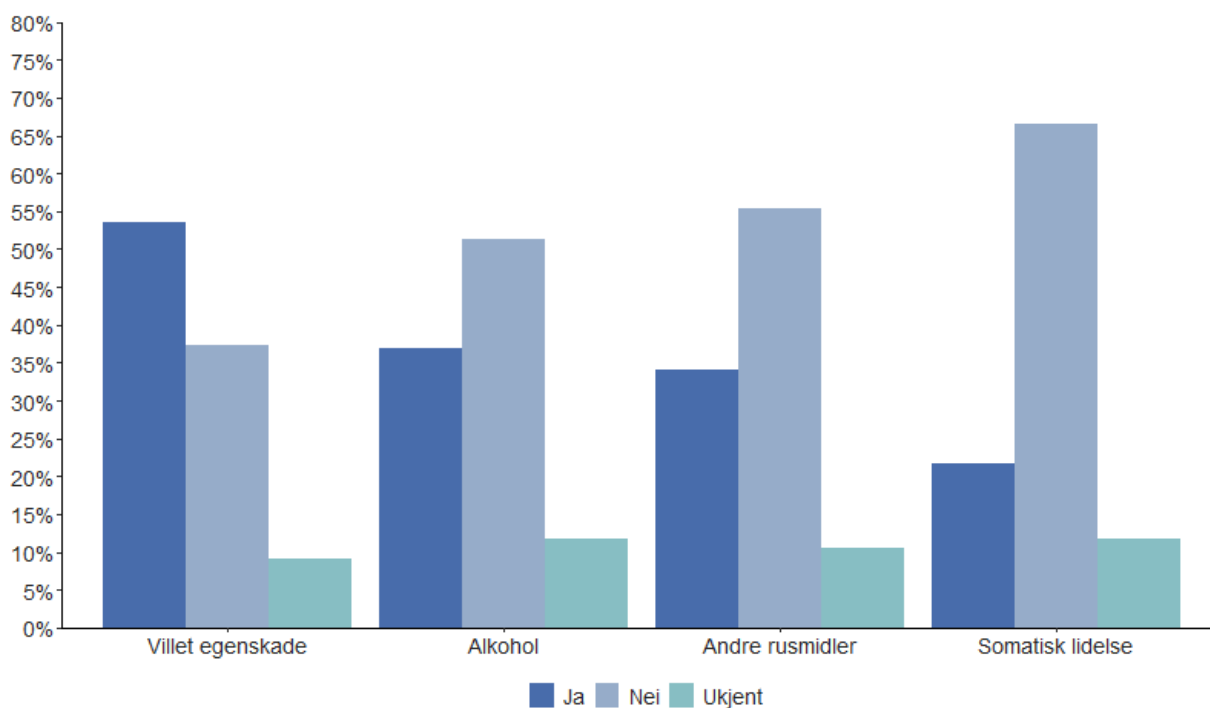
Varighet sykehistorie	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Ingen psykisk lidelse	0	-	5	4,0	5	2,3
< 1 mnd	-	-	-	-	3	1,4
1-12 mnd	12	12,5	17	13,7	29	13,2
1-5 år	22	22,9	36	29,0	58	26,4
> 5 år	59	61,5	62	50,0	121	55,0
Ukjent	-	-	-	-	4	1,8

I overkant av halvparten hadde en psykiatrisk sykehistorie på over 5 år, blant kvinner var andelen 61,5 % og blant menn var andelen 50,0 % (Tabell 2.2.7).

Det var en svært lav andel personer uten psykisk lidelse eller med en sykehistorie på under én måned. Kun 14,5 % hadde en sykehistorie på under ett år.

Villet egenskade, problemer med bruk av rusmidler og somatisk lidelse

Figur 2.2.6. Historikk med villet egenskade (n=220), problemer med bruk av rusmidler (n=220) og somatisk lidelse (n=161) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018



Tabell 2.2.8. Historikk med villet egenskade (n=220), problemer med bruk av rusmidler (n=220) og somatisk lidelse (n=161) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Villet egenskade						
Ja	64	66,7	54	43,5	118	53,6
Nei	23	24,0	59	47,6	82	37,3
Ukjent	9	9,4	11	8,9	20	9,1
Problem med bruk av alkohol						
Ja	24	25,0	57	46,0	81	36,8
Nei	54	56,2	59	47,6	113	51,4
Ukjent	18	18,8	8	6,5	26	11,8
Problem med bruk av andre rusmidler						
Ja	26	27,1	49	39,5	75	34,1
Nei	57	59,4	65	52,4	122	55,5
Ukjent	13	13,5	10	8,1	23	11,8
Somatisk lidelse						
Ja	17	25,0	18	19,4	35	21,7
Nei	44	64,7	63	67,7	107	66,5
Ukjent	7	10,3	12	12,9	19	11,8

I overkant av halvparten hadde en historie med villet egenskade (Tabell 2.2.8). En høyere andel kvinner hadde en historie med villet egenskade, sammenlignet med menn, henholdsvis 66,7 % og 43,5 %.

Andelen personer med et kjent problem med bruk av alkohol i sykehistorien var 36,8 % (Tabell 2.2.8). Nærmere halvparten av mennene hadde et kjent alkoholproblem, sammenlignet med en fjerdedel av kvinnene. I 11,8 % av tilfellene var det ikke kjent om det var alkoholproblemer i sykehistorien, og for kvinner var denne andelen høyere enn for menn, henholdsvis 18,8 % og 6,5 %. Spesielt andelen kvinner med et kjent alkoholproblem kan dermed være underestimert. En femtedel av personene som var i kontakt med PHV-V siste år var også i kontakt med TSB siste år, og andelen med et kjent alkoholproblem ble redusert til 29 % når personer som hadde kontakt i TSB siste år før selvmord ekskluderes fra utvalget.

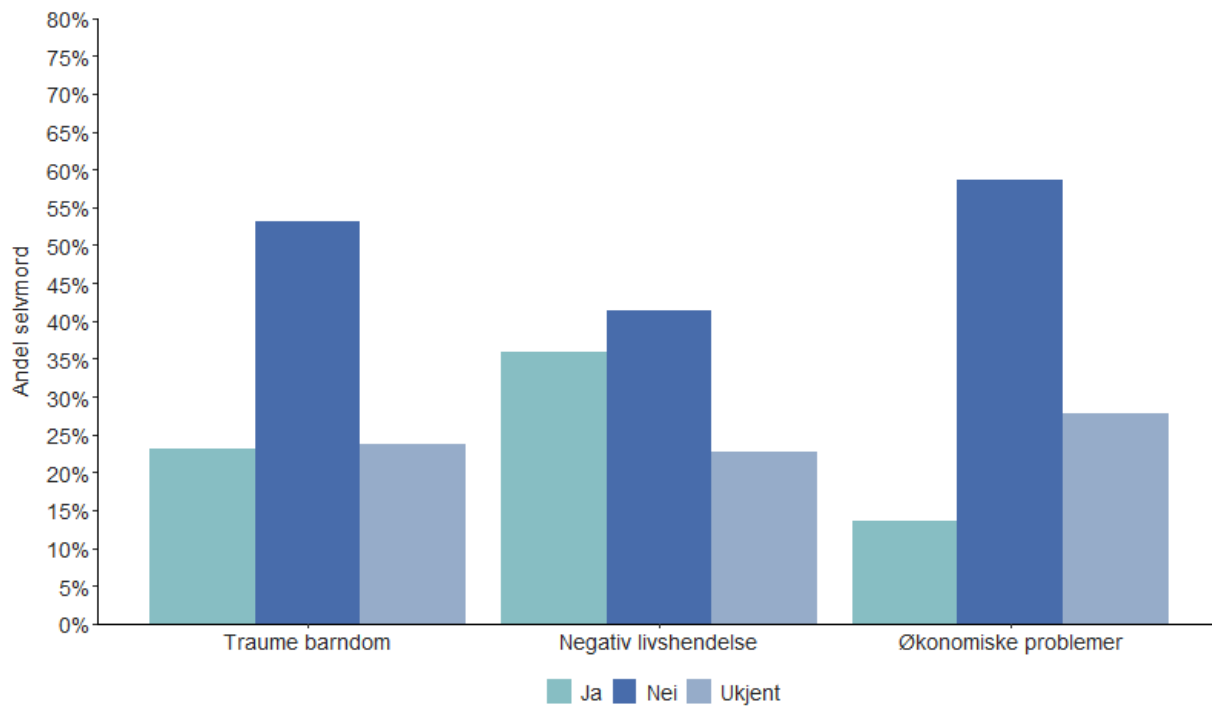
Totalt hadde 34,1 % av personene i kontakt med PHV-V siste år før selvmord et kjent problem med bruk av andre rusmidler enn alkohol i sykehistorien, og andelen var høyere blant menn enn blant kvinner, henholdsvis 39,5 % og 27,1 % (Tabell 2.2.8). Problemer med bruk av andre rusmidler var ukjent blant 13,5 % av kvinnene og 8,1 % av mennene. Andelen med et kjent problem med bruk av andre rusmidler ble redusert til 23 % når personer som hadde kontakt med TSB siste år før selvmord ekskluderes fra utvalget.

Totalt hadde 49,1 % et kjent problem med bruk av rusmidler, enten i form av alkohol eller andre rusmidler eller en kombinasjon av disse. Denne andelen reduseres til 36,9 % når personer som hadde kontakt i TSB siste år før selvmord ekskluderes fra utvalget.

Andelen med en kjent somatisk lidelse var 21,7 %. Blant kvinner var andelen 25,0 % og blant menn var andelen 19,4 %. I 11,8 % av tilfellene var det ikke kjent om personen hadde en somatisk lidelse.

Tidligere og nåværende belastninger

Figur 2.2.7. Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)



Tabell 2.2.9. Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Traume i barndommen						
Ja	28	29,2	23	18,5	51	23,2
Nei	42	43,8	75	60,5	117	53,2
Ukjent	26	27,1	26	21,0	52	23,6
Negativ livshendelse siste 3 mnd.						
Ja	35	36,5	44	35,5	79	35,9
Nei	40	41,7	51	41,1	91	41,4
Ukjent	21	21,9	29	23,4	50	22,7
Økonomiske problemer siste 3 mnd.						
Ja	6	6,3	24	19,4	30	13,6
Nei	65	67,7	64	51,6	129	58,6
Ukjent	25	26,0	36	29,0	61	27,7

I underkant av en fjerdedel av tilfellene var det et kjent traume i barndommen (Tabell 2.2.9). Dette inkluderer både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk. Andelen var høyere for kvinner enn for menn, henholdsvis 29,2 % og 18,5 %. I rundt en fjerdedel av tilfellene var det ikke kjent om personen hadde opplevd et traume i barndommen.

Når det gjelder negative livshendelser var fordelingen lik for kvinner og menn, og totalt hadde 35,9 % en kjent negativ livshendelse siste 3 måneder før dødsfallet (Tabell 2.2.9). Hos mer enn en av fem var det ikke kjent om personen hadde en negativ livshendelse siste 3 måneder før dødsfallet, noe som kan føre til underestimering av andelen som hadde opplevd negative livshendelser før dødsfallet.

Negative livshendelser som var hyppigst oppført i fritekst var samlivsbrudd/brudd i kjæresteforhold, somatisk sykdom, konflikt/problemer i relasjoner og tap/utfordringer i forbindelse med arbeid/inntekt. Sykdom eller dødsfall i nær relasjon og tap av omsorgsrett var også negative livshendelser som flere hadde oppført.

Økonomiske problemer siste 3 måneder før dødsfallet var vanligere blant menn enn blant kvinner, henholdsvis 19,4 % og 6,3 % (Tabell 2.2.9). I overkant av en fjerdedel av tilfellene var det ikke kjent om personene hadde økonomiske problemer, noe som sannsynligvis fører til underestimering av andel med økonomiske problemer.

Selv mord under døgntbehandling

Blant personer med kontakt i PHV-V siste år før selvmord døde 25 personer under døgntopphold, noe som tilsvarer 11,8 %. Fordelt på kjønn var antallet henholdsvis 13 (15,7 %) og 12 (11,7) % for kvinner og menn.

Av de totalt 25 pasientene som døde under døgntopphold i PHV-V døde 18 (72 %) utenfor sykehusområdet. Antall som døde inne på avdelingen var 7 (28 %), og inkluderte færre enn tre menn.

Bruk av psykofarmaka

Tabell 2.2.10. Foreskrivelse av medikamenter til personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018

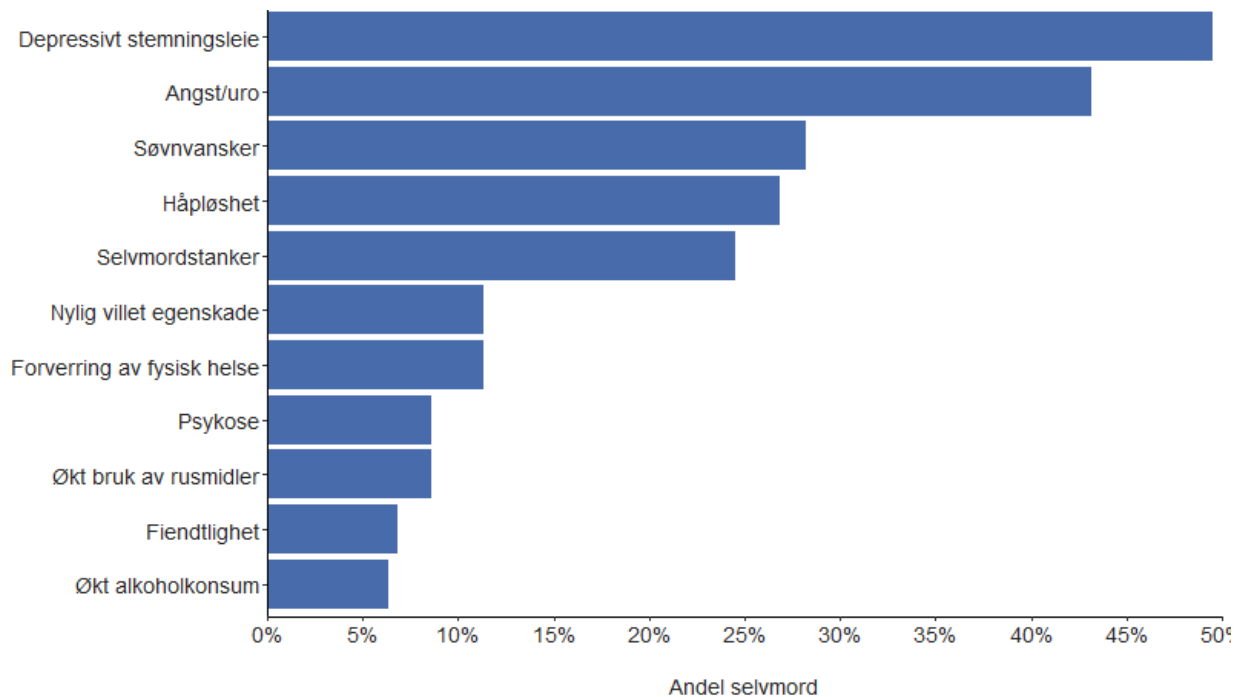
Medikament	Foreskrevet		Ikke foreskrevet		Ukjent	
	n	%	n	%	n	%
Antipsykotika peroralt	86	39,1	114	51,8	20	9,1
Antipsykotika depot	14	6,4	186	84,5	20	9,1
Tricycliske antidepressiva	20	9,1	176	80,0	24	10,9
Andre antidepressiva	77	35,0	123	55,9	20	9,1
Stemningsstabiliserende	18	8,2	184	83,6	18	8,2
Benzodiazepiner	69	31,4	127	57,7	24	10,9
Hypnotika	70	31,8	121	55,0	29	13,2
Substitusjonsbehandling	5	2,3	194	88,2	21	9,5
Opioider	7	3,2	193	87,7	20	9,1
Sentralstimulerende	4	1,8	198	90,0	18	8,2
Annet	28	12,7	166	75,5	26	11,8

Perorale antipsykotika var den vanligste gruppen av medikamenter og ble foreskrevet til 39,1 % prosent (Tabell 2.2.10). Antidepressiva var også hyppig brukt, der særlig andre antidepressiva som inkluderer SSRI preparater var vanlig (35,0 %). Tricycliske antidepressiva ble i mindre grad brukt (9,1 %).

Omtrent en av tre hadde blitt foreskrevet benzodiazepiner (31,4 %) eller hypnotika (31,8 %). En eller flere typer medikamenter hadde blitt foreskrevet til 176 personer (80,0 %) og kun 28 personer (12,7 %) hadde ikke blitt foreskrevet noe medikamenter.

Symptomer ved siste kontakt

Figur 2.2.8. Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018



Tabell 2.2.11. Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018

Symptomer	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Depressivt stemningsleie	48	50,0	61	49,2	109	49,5
Angst/uro	47	49,0	48	38,7	95	43,2
Søvnvansker	26	27,1	36	29,0	62	28,2
Håpløshet	28	29,2	31	25,0	59	26,8
Selvmordstanker	28	29,2	26	21,0	54	24,5
Nylig villet egenskade	10	10,4	15	12,1	25	11,4
Forverring av fysisk helse	11	11,5	14	11,3	25	11,4
Psykose	8	8,3	11	8,9	19	8,6
Økt bruk av rusmidler	8	8,3	11	8,9	19	8,6
Fiendtlighet	8	8,3	7	5,6	15	6,8
Økt alkoholkonsum	6	6,1	8	6,5	14	6,4

Symptomer ved siste kontakt er ikke basert på diagnoser, men på behandlerens vurdering og observasjon av tegn til symptomer ved siste kontakt i de aktuelle sektorene.

Det vanligste observerte symptomet ved siste kontakt var depressivt stemningsleie (49,5 %) etterfulgt av angst/uro (43,2 %) (Tabell 2.2.11). Søvnvansker, håpløshet og selvmordstanker var også vanlige symptomer. Siden personer kan ha flere ulike symptomer ved siste kontakt vil den totale andelen overstige 100 %.

Kriseplan

Tabell 2.2.12. Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018

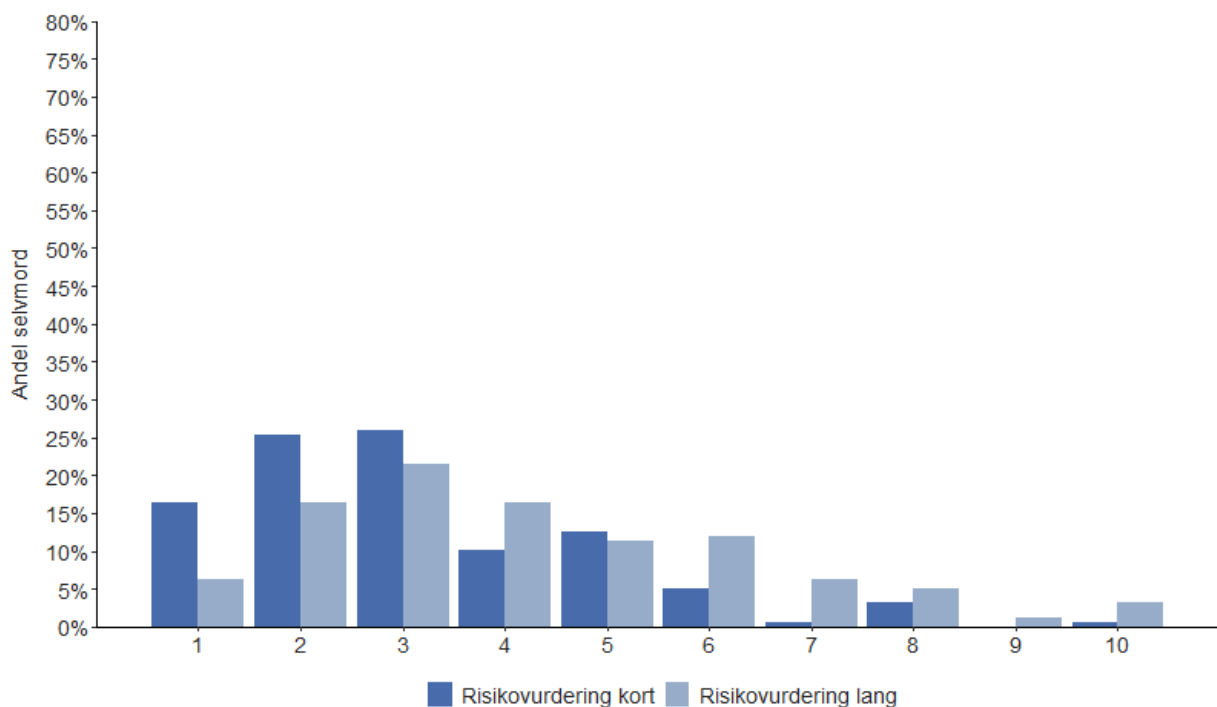
Kriseplan	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Nei	58	60,4	75	60,5	133	60,5
Ja	27	28,1	36	29,0	63	28,6
Ukjent	11	11,5	13	10,5	24	10,9

I kun 28,6 % av tilfellene hadde det blitt utarbeidet en kriseplan for pasienten.

Det var ingen tydelige forskjeller mellom kvinner og menn (tabell 2.2.12).

Selvmondsrisikovurdering

Figur 2.2.9. Selvmondsrisikovurdering ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=158)



Risiko for selvmord ble både på kort og lang sikt i de fleste tilfellene vurdert som lav.

Majoriteten av de som døde innen ett år etter kontakt var vurdert til risiko 1, 2 eller 3 på en Likert-skala fra 1-10 (Figur 2.2.9).

Del 3

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Del 3 av resultatene omhandler personer som hadde kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siste år før de døde i selvmord.

I del 3.1 presenterer vi utvalgte registerdata for perioden 2009–2018. Det er viktig å presisere at 64 % også hadde en eller flere kontakter i PHV-V siste år.

I del 3.2 presenterer vi utvalgte data fra kartleggings-skjemaet på selvmord i 2018.

Del 3.1 Registerdata

Tabell 3.1.1. Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år

År	Kvinner		Menn		Totalt
	n	%	n	%	n
2009	13	39,4	20	60,6	33
2010	11	32,4	23	67,6	34
2011	20	29,0	49	71,0	69
2012	17	29,8	40	70,2	57
2013	19	37,3	32	62,7	51
2014	21	34,4	40	65,6	61
2015	19	32,2	40	67,8	59
2016	24	34,3	46	65,7	70
2017	27	43,5	35	56,5	62
2018	21	29,2	51	70,8	72
N	192	33,8	376	66,2	568

I perioden 2009–2018 var 568 personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 192 (33,8 %) var kvinner og 376 (66,2 %) var menn (Tabell 3.1.1). Av totalt antall selvmord i perioden var andelen i kontakt med TSB siste år før selvmord 9,7 %.

Blant personer som døde i selvmord i 2018 hadde 72 vært i kontakt med TSB siste år før selvmord, noe som tilsvarer 10,6 % av alle personer som døde i selvmord i 2018.

Kjønn- og aldersfordeling

Tabell 3.1.2. Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018

Aldersgrupper (år)	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
< 20	17	8,9	14	3,7	31	5,5
20-29	36	18,8	85	22,6	121	21,3
30-39	37	19,3	98	26,1	135	23,8
40-49	47	24,5	84	22,3	131	23,1
50-59	36	18,8	66	17,6	102	18,0
60-	19	9,9	29	7,7	48	8,5
N	192	100,0	376	100,0	568	100,0

Blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord var gjennomsnittsalder 40,0 år blant kvinner og 39,6 år blant menn.

Det var få selvmord i den yngste og eldste aldersgruppen, og kun tre selvmord skjedde blant personer over 70 år (Tabell 3.1.2).

Selvordsrate (2010–2018)

Figur 3.1.1. Selvordsrate blant personer i kontakt med TSB siste år, fordelt på kjønn, 2010–2018



I perioden 2010–2018 lå den gjennomsnittlige selvordsraten i TSB på 195,6 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 167,0 – 224,2) og 202,6 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 181,6 – 223,5). Konfidensintervallene var vide for både kvinner og menn, som følge av en begrenset utvalgsstørrelse når disse fordeles på år (Figur 3.1.1). Det var ingen klare kjønnsforskjeller eller tydelig trend i utvikling over tid.

I 2018 lå selvordsraten i TSB på 188,8 per 100 000 pasienter for kvinner (95 % KI 108,2 – 269,4), og 234,9 per 100 000 pasienter for menn (95 % KI 170,6 – 299,2). Den totale selvordsraten lå på 219,3 per 100 000 pasienter i TSB (95 % KI 168,7–269,8).

Selvordsmetoder

Tabell 3.1.3. Selvordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018

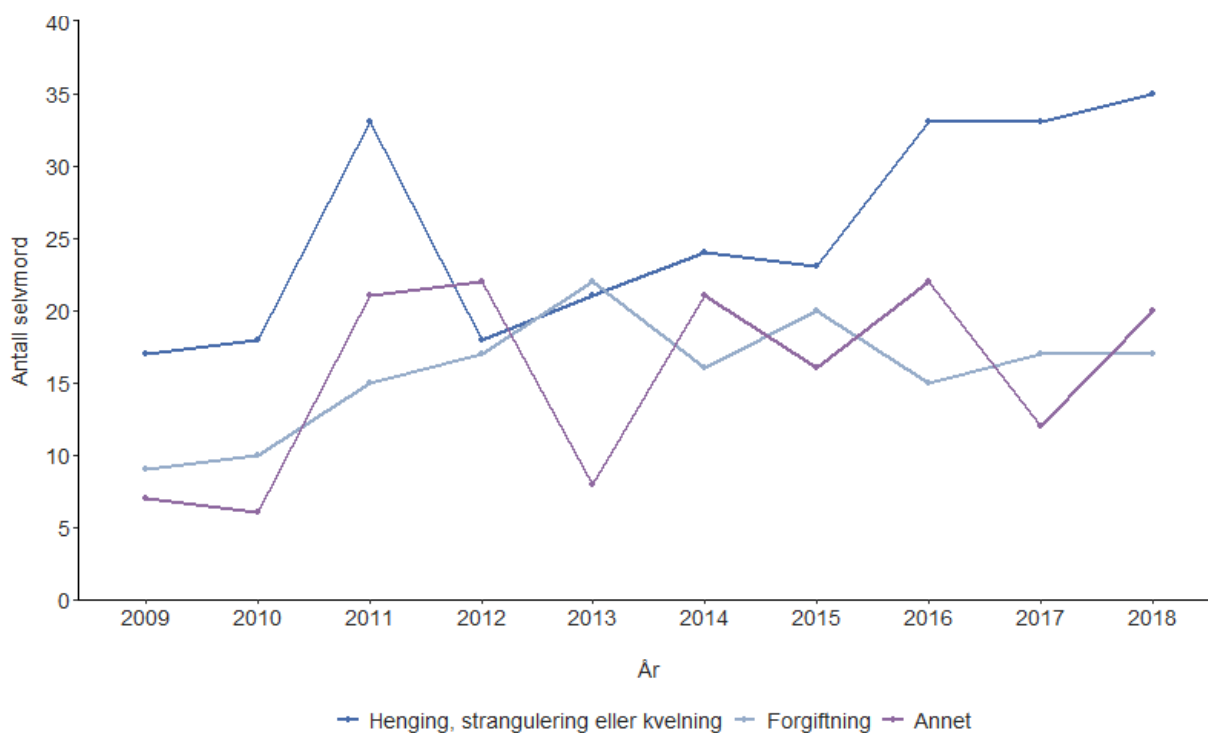
Selvordsmetode	n	%
Henging, strangulering eller kvelning	255	44,9
Forgiftning	158	27,8
Sprang fra høyt sted	40	7,0
Skyting eller eksplosiver	23	4,0
Drukning	19	3,3
Andre	18	3,2
Hoppe eller ligge foran kjøretøy	18	3,2
Skarpe gjenstander	13	2,3
Forgiftninger med gasser	12	2,1
Skade, uvisst påført med hensikt	9	1,6
Motorisert kjøretøy	3	0,5
N	568	100,0

Henging var den mest brukte selvordsmetoden blant personer i kontakt med TSB siste år før selvord (44,9 %), etterfulgt av forgiftning (27,8 %) (Tabell 3.1.3). Andelen som døde ved henging var høyere blant menn enn blant kvinner, henholdsvis 48,7 % og 37,5 %. Andelen som døde ved forgiftning var derimot høyere blant kvinner enn blant menn,

henholdsvis 36,5 % og 23,4 %. Sprang fra høyt sted og drukning forekom også i større grad blant kvinner, mens skyting forekom i færre enn tre tilfeller blant kvinner.

På grunn av et begrenset antall i flere av kategoriene viser vi tabell 3.1.3 og figur 3.1.2 samlet for begge kjønn.

Figur 3.1.2. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018



Det var store svingninger fra år til år i antall selvmord ved de ulike metodene, med en tydelig økning i bruk av henging i løpet av perioden, i tillegg til en kraftig topp i 2011 (Figur 3.1.2).

I 2018 døde 35 (48,6 %) av totalt 72 personer ved henging, 17 (23,6 %) ved forgiftning og 20 (27,8 %) ved andre metoder.

Hoveddiagnoser

Tabell 3.1.4. Hoveddiagnoser ved siste kontakt blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018

Hoveddiagnoser	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Organiske tilstander (F0)	-	-	-	-	0	-
Skadelig bruk og avhengighet (F1)	112	58,3	239	63,6	351	61,8
Alkohol	45	40,2	104	43,5	149	42,5
Opiater	23	20,5	52	21,8	75	21,4
Multiple stoffer	18	16,1	35	14,6	53	15,1
Sedative hypnotika	13	11,6	14	5,9	27	7,7
Stimulanter	8	7,1	14	5,9	22	6,3
Cannabinoider	5	4,5	17	7,1	22	6,3
Andre	0	-	3	1,3	3	0,9
Psykoselidelser (F2)	6	3,1	18	4,8	24	4,2
Affektive lidelser (F3)	22	11,5	24	6,4	46	8,1
Angst og belastningslidelser (F4)	14	7,3	16	4,3	30	5,3
Atferdssyndromer (F5)	-	-	-	-	0	-
Personlighetsforstyrrelser (F6)	11	5,7	12	3,2	23	4,0
Psykisk utviklingshemming (F7)	-	-	-	-	0	-
Utviklingsforstyrrelser (F8) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F9)	-	-	-	-	11	1,9
Uavklarte tilstander (Z, R, F99, ingen diagnose)	25	13,0	58	15,4	83	14,6
N	192	100	376	100	568	100

Skadelig bruk og avhengighet var som forventet den dominerende diagnosen blant personer i kontakt med TSB siste år, og utgjorde totalt 61,8 % av hoveddiagnosene ved siste kontakt (Tabell 3.1.4). Blant personer diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet ved siste kontakt, hadde majoriteten fått en diagnose relatert til alkoholbruk (42,5 %), 21,4 % hadde fått en diagnose relatert til opiatbruk og 15,1 % hadde fått en diagnose relatert til bruk av multiple stoffer. Uavklarte tilstander var den nest største

gruppen (14,6 %) og Z-diagnoser utgjorde 43 % av de uavklarte tilstandene, R-diagnoser utgjorde 12 %, uspesifiserte psykiske lidelser utgjorde 6 % og 39 % av personene med uavklarte tilstander hadde ikke mottatt noen diagnose ved siste kontakt. Affektive lidelser utgjorde totalt 8,1 % av hoveddiagnosene, og andelen var høyere blant kvinner enn blant menn. Det er viktig å merke seg at hoveddiagnose ved siste kontakt også inkluderer diagnoser satt i en annen sektor enn TSB.

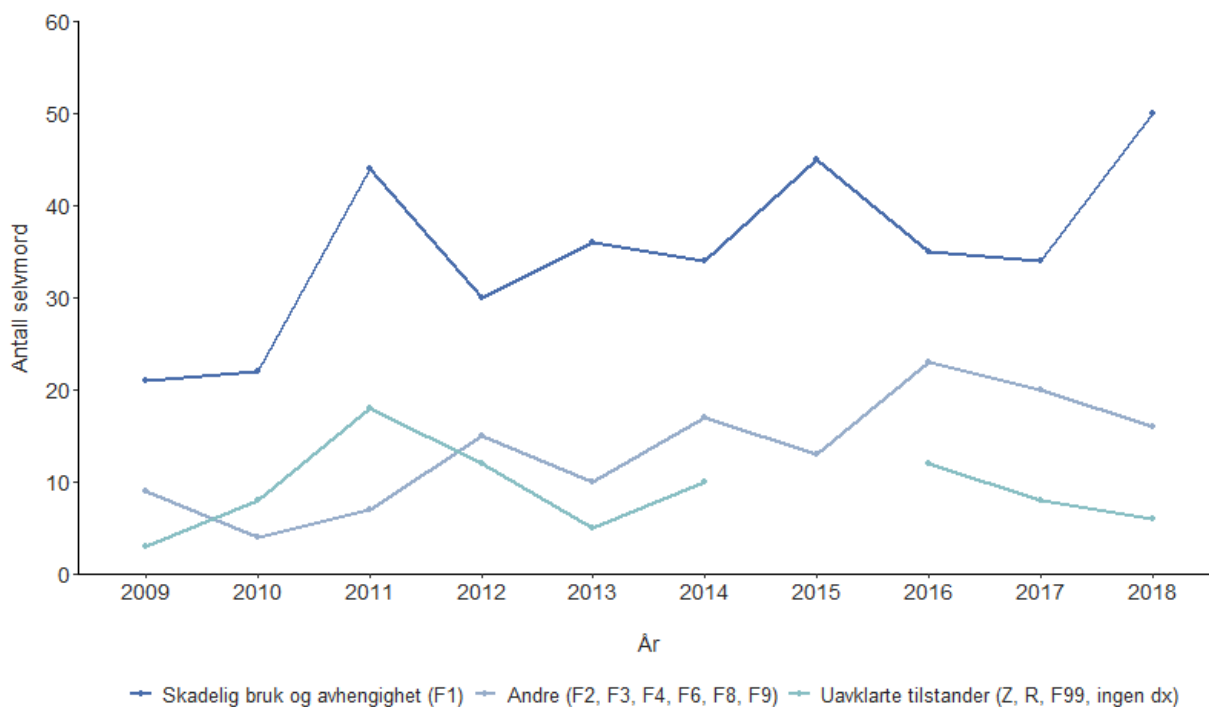
Ingen var diagnostisert med organiske tilstander (F0), atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5) eller psykisk utviklingshemming (F7).

Antall personer med én bidiagnose var 202 (35,6 %) og antall personer med mer enn én bidiagnose var 77 (13,6 %). Skadelig bruk og avhengighet var den bidiagnosen som forekom i størst grad, etterfulgt av affektive lidelser og angst og belastningslidelser.

Det var store svingninger fra år til år for de tre ulike kategoriene av hoveddiagnoser (Figur 3.1.3). Det ser imidlertid ut til å være en økning i antall personer diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet over tidsperioden. På grunn av færre enn tre hendelser i 2015 for kategorien uavklarte tilstander, er grafen ufullstendig.

I 2018 hadde 50 (69,4 %) av totalt 72 personer blitt diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet, 16 (22,2 %) hadde fått andre diagnoser og 6 (8,3 %) hadde uavklarte tilstander (Figur 3.1.3).

Figur 3.1.3. Hoveddiagnoser ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018



Dager fra siste kontakt til selvmord

Tabell 3.1.5. Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer med kontakt i TSB siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

Dager fra siste kontakt	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
0–7 dager	78	40,6	108	28,7	186	32,7
8–30 dager	55	28,6	86	22,9	141	24,8
31–90 dager	24	12,5	83	22,1	107	18,8
91–180 dager	19	9,9	47	12,5	66	11,6
181–365 dager	16	8,3	52	13,8	68	12,0
N	192	100	376	100	568	100

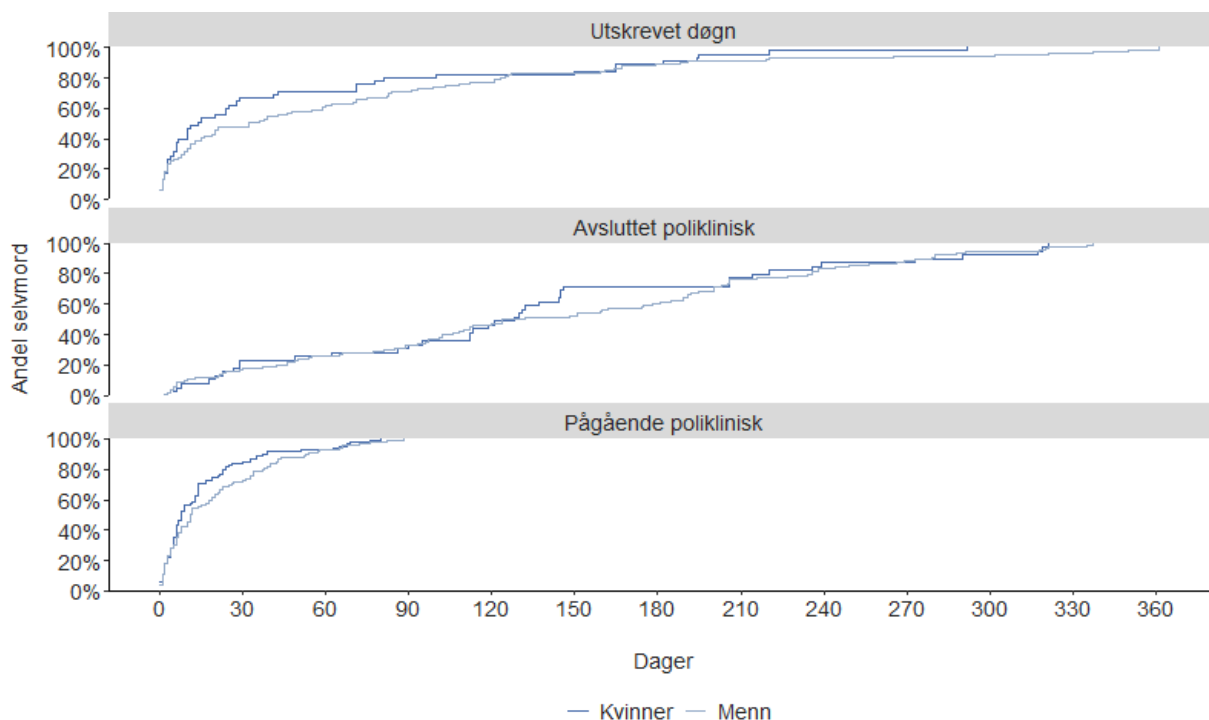
Det var betydelig nærhet i tid mellom siste kontakt og selvmord for begge kjønn, men blant kvinner var dette spesielt fremtredende (Tabell 3.1.5). Totalt døde 57,6 % i løpet av den første måneden, og over 30 % i løpet av første uken etter siste kontakt. Median antall dager

fra siste kontakt til selvmord var 20,5 dager – 13,0 dager for kvinner og 26,5 dager for menn.

Alle personer i kontakt med TSB siste år, også de som døde under døgnopphold, er inkludert i denne tabellen.

Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus

Figur 3.1.4. Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer med kontakt i TSB siste år, 2009–2018



Tid fra siste kontakt til selvmord var kortest blant personer med pågående poliklinisk kontakt, og rundt 40 % av personene døde innen en uke (Figur 3.1.4). Blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt døde 19 %

innen 30 dager, sammenlignet med 54 % av personene utskrevet fra døgnopphold. Kvinner med pågående poliklinisk kontakt og kvinner utskrevet fra døgnopphold døde etter kortere tid fra siste kontakt, sammenlignet med menn.

Del 3.2 Data fra kartleggingsskjemaet

Så langt har vi i del 3 beskrevet funn utelukkende basert på registerdata. I denne delen vil vi presentere resultater som er hentet inn via kartleggingsskjemaet. Alle personer som var i direkte kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 er inkludert i denne delen. På grunn av et begrenset antall i en enkelt årgang presenteres resultatene samlet og ikke fordelt på kjønn.

Tabell 3.2.1 Totalt antall selvmord registrert i DÅR med kontakt i TSB siste år og antall mottatte kartleggingsskjemaer for disse personene

	Kvinner		Menn		Totalt
	n	%	n	%	n
Datagrunnlag for 2018					
Registerdata	21	29,2	51	70,8	72
Kartleggingsskjemaer	19	29,7	45	70,3	64

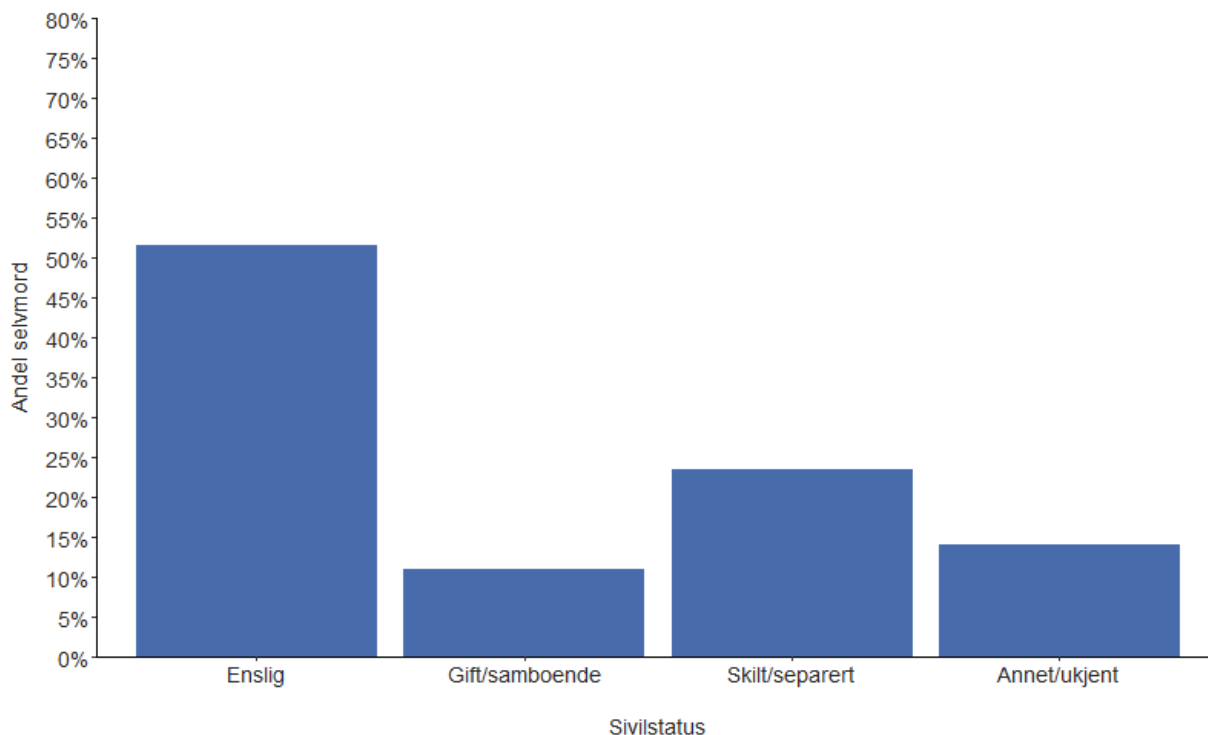
Av totalt 72 personer med kontakt i TSB siste år før selvmord i 2018 mottok vi 64 kartleggingsskjemaer (Tabell 3.2.1). Dette tilsvarer kartleggingsskjemaer på 89 % av alle personer som døde i selvmord etter kontakt med TSB siste år.

Av de 64 personene med kontakt i TSB siste år hadde 44 (69 %) også en eller flere direkte kontakter i PHV-V.

Demografiske forhold

Sivilstatus

Figur 3.2.1. Sivilstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



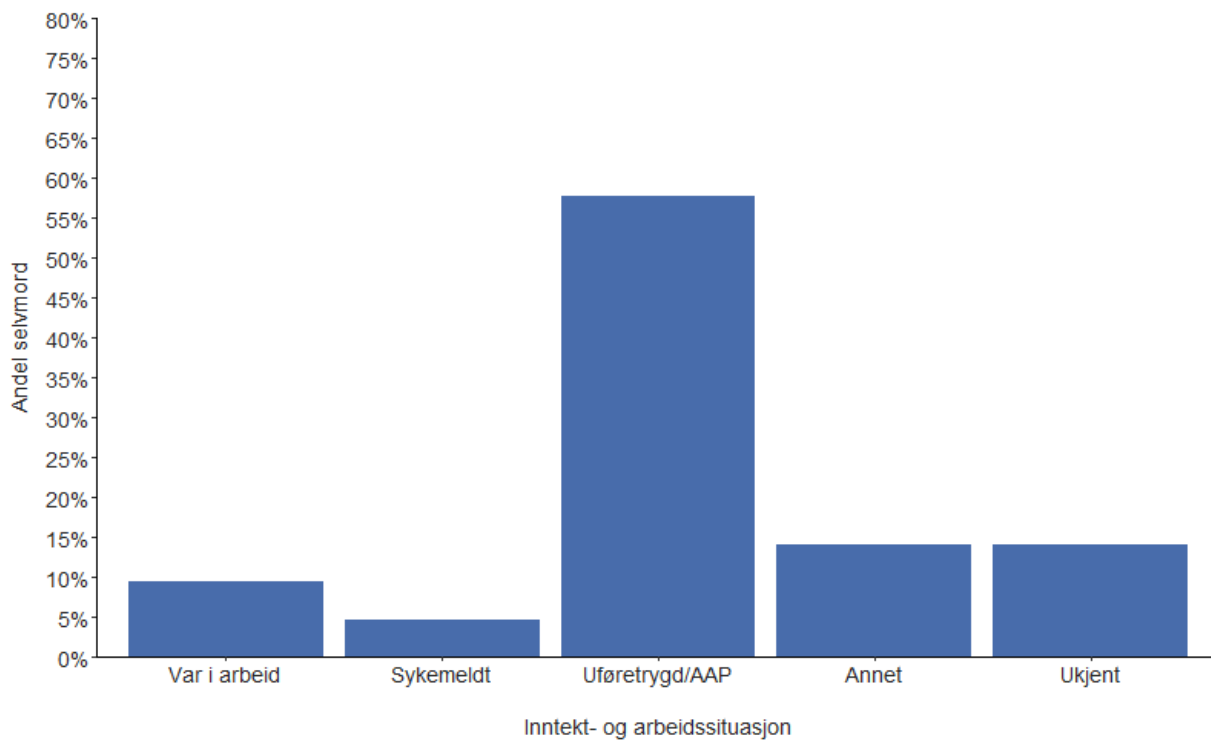
Tabell 3.2.2. Sivilstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

Sivilstatus	n	%
Enslig	33	51,6
Skilt/separert	15	23,4
Annet/ukjent	9	14,1
Gift/samboende	7	10,9
N	64	100,0

I overkant av halvparten var enslige på dødstidspunktet, og kun 10,9 % var gift eller samboende (Tabell 3.2.2).

Inntekt- og arbeidssituasjon

Figur 3.2.2. Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



Tabell 3.2.3. Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

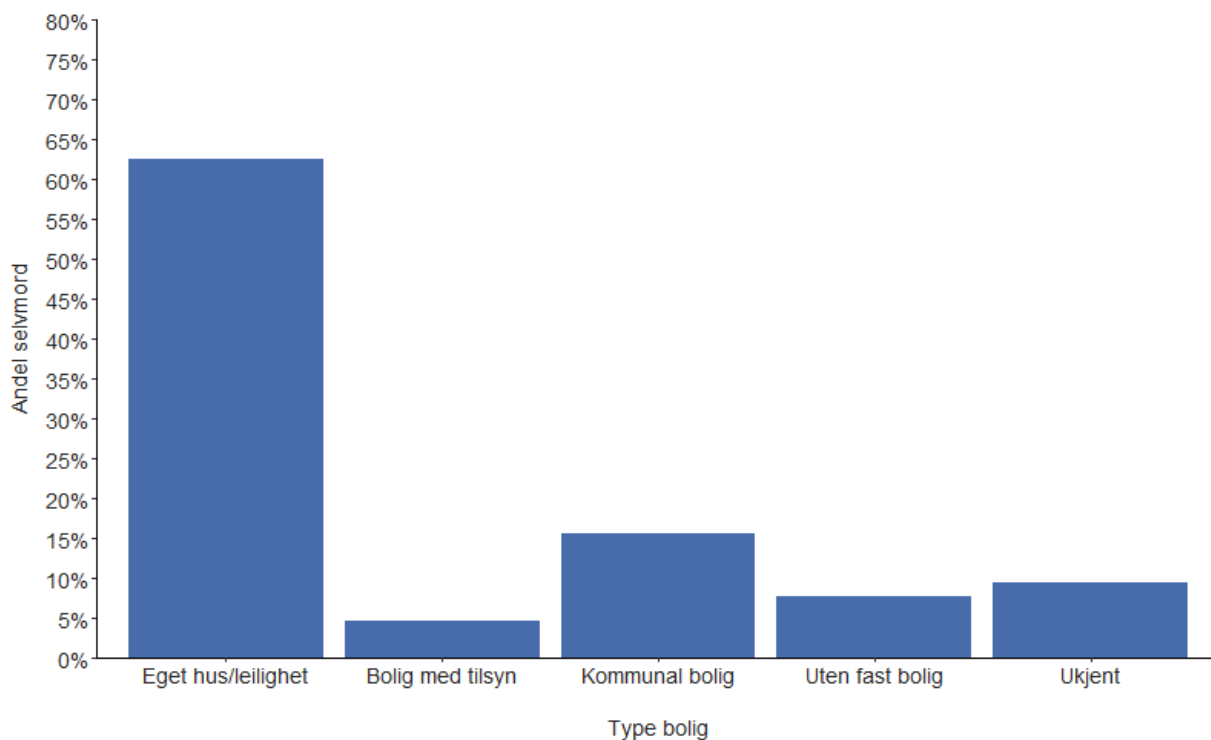
Inntekt- og arbeidssituasjon	n	%
Uføretrygd/AAP	37	57,8
Annet	9	14,1
Ukjent	9	14,1
Var i arbeid	6	9,4
Sykemeldt	3	4,7
N	64	100,0

Over halvparten (57,8 %) hadde uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) som inntektskilde på dødstidspunktet (Tabell 3.2.3). Kategorien «annet» omfatter pensjonist,

arbeidsledig, student og eventuelle andre inntektsforhold. Under andre inntektsforhold var svært få registrert med sosialhjelp.

Type bolig

Figur 3.2.3. Type bolig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



Tabell 3.2.4. Type bolig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

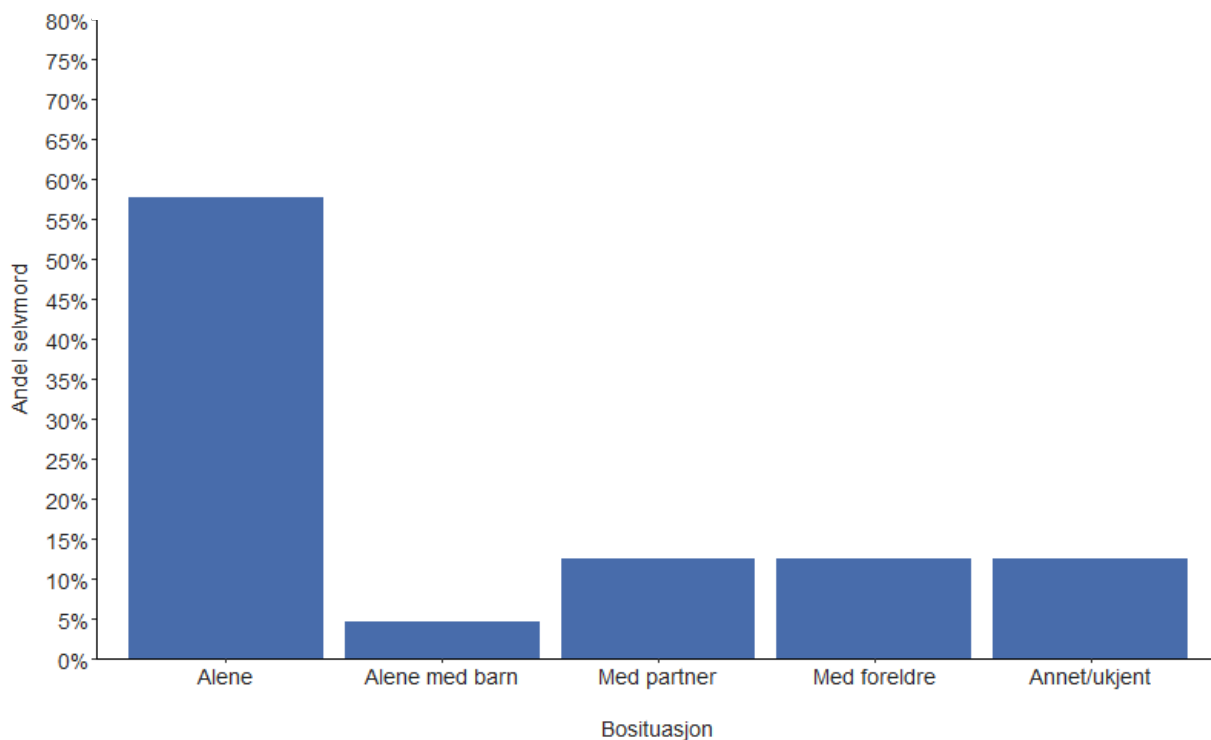
Type bolig	n	%
Eget hus/leilighet	40	62,5
Kommunal bolig	10	15,6
Ukjent	6	9,4
Uten fast bolig	5	7,8
Bolig med tilsyn	3	4,7
N	64	100,0

Majoriteten (62,5 %) bodde i eget hus eller egen leilighet på dødstidspunktet (Tabell 3.2.4). Vi har ikke opplysninger om hvorvidt

boligen var eid eller leid. Andelen som bodde i kommunal bolig var 15,6 %.

Bosituasjon

Figur 3.2.4. Bosituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



Tabell 3.2.5. Bosituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

Bosituasjon	n	%
Alene	37	57,8
Annet/ukjent	8	12,5
Med foreldre	8	12,5
Med partner	8	12,5
Alene med barn	3	4,7
N	64	100,0

Over halvparten (57,8 %) bodde alene på dødstidspunktet (Tabell 3.2.5). Andelen som bodde alene med barn var 4,7 %.

Ansvar for midreårig

Tabell 3.2.6. Ansvar for mindreårig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

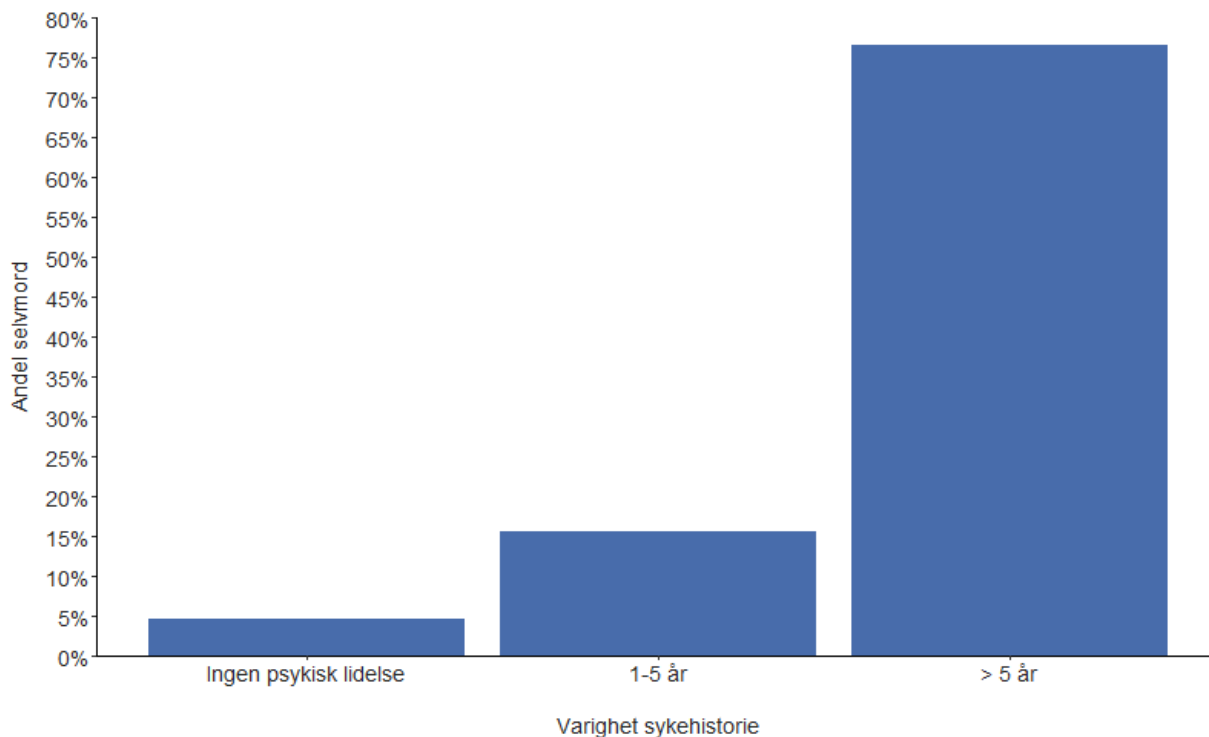
Ansvar for midreårig	n	%
Nei	55	85,9
Ja	6	9,4
Ukjent	3	4,7
N	64	100,0

I 9,4 % av tilfellene var det kjent at personen hadde ansvar for mindreårige på dødstidspunktet (Tabell 3.2.6).

Sykehistorie og kliniske data

Varighet sykehistorie

Figur 3.2.5. Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



Tabell 3.2.7. Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

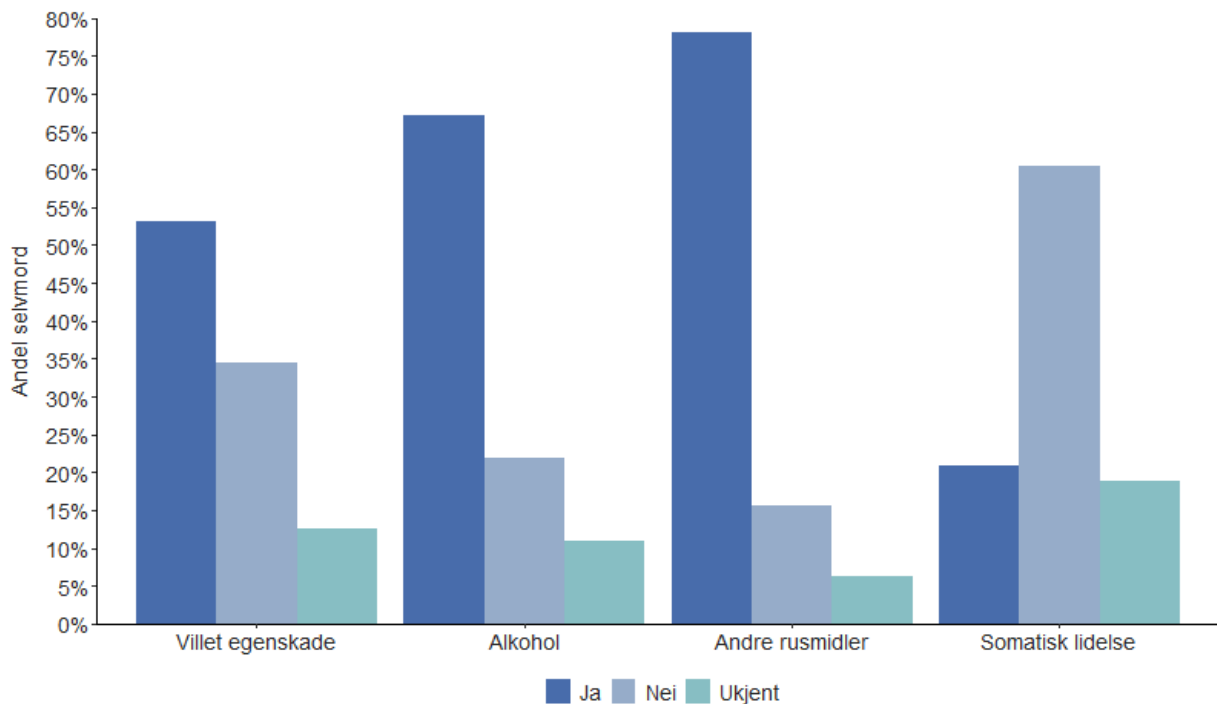
Varighet sykehistorie	n	%
Ingen psykisk lidelse	3	4,7
< 1 mnd	0	-
1-12 mnd	0	-
1-5 år	10	15,6
> 5 år	49	76,6
Ukjent	<3	-

Varighet av psykiatrisk sykehistorie var i 76,6 % av tilfellene på over 5 år (Tabell 3.2.7). Ingen hadde en sykehistorie med varighet på under 1 år. Kun 4,7 % hadde ingen psykisk lidelse.

Varighet av sykehistorie var ukjent i færre enn tre tilfeller og derfor ikke inkludert i figuren.

Villet egenskade, problemer med bruk av rusmidler og somatisk lidelse

Figur 3.2.6 Historikk med villet egenskade (n=64), problemer med bruk av rusmidler (n=64) og somatisk lidelse (n=48) blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018



Tabell 3.2.8. Historikk med villet egenskade, problemer med bruk av rusmidler og somatisk lidelse blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

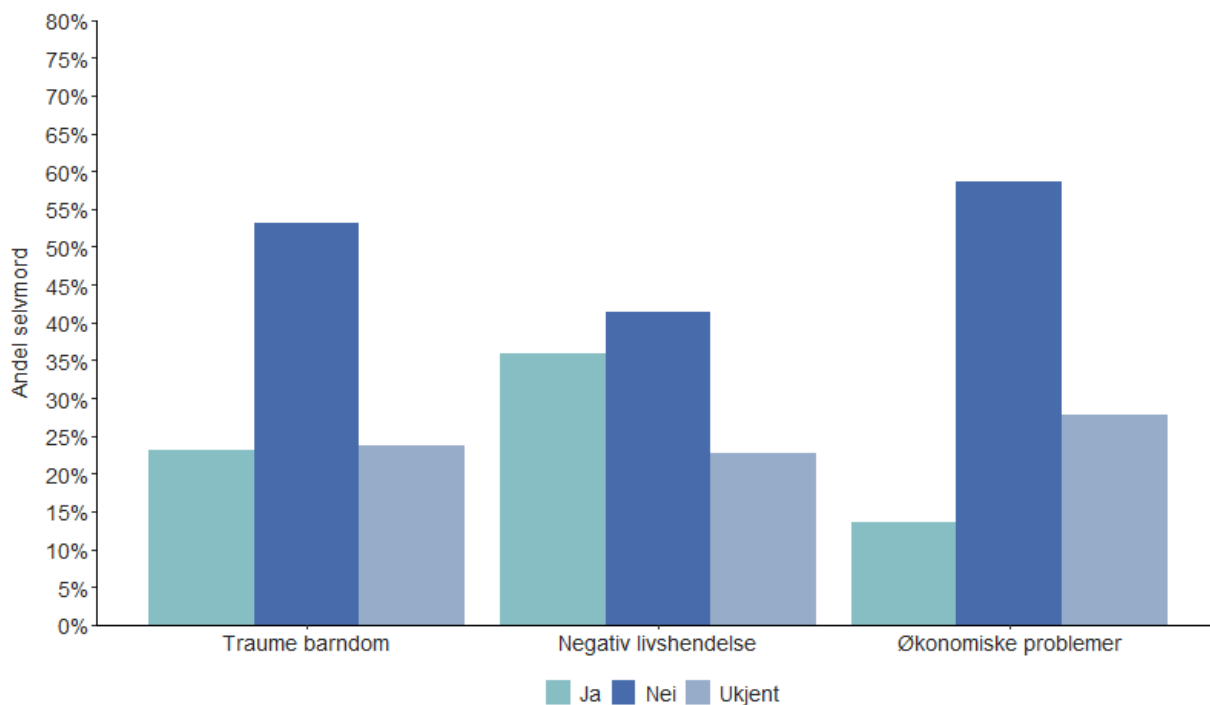
	Villet egenskade		Alkohol		Andre rusmidler		Somatisk lidelse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	34	53,1	43	67,2	50	78,1	10	20,8
Nei	22	34,4	14	21,9	10	15,6	29	60,4
Ukjent	8	12,5	7	10,9	4	6,2	9	18,8
N	64	100,0	64	100,0	64	100,0	48	100,0

I overkant av halvparten hadde en historie med villet egenskade (Tabell 3.2.8). Problemer med bruk av alkohol var kjent i 67,2 % av tilfellene og problemer med bruk av andre rusmidler var kjent i 78,1 % av tilfellene. Totalt hadde 61 personer (95 %) et kjent

problem med bruk av rusmidler, enten i form av en alkohol eller andre rusmidler eller en kombinasjon av disse. Halvparten (32 personer) hadde både problemer med alkohol og andre rusmidler. Rundt en femtedel hadde en kjent somatisk sykdom.

Tidligere og nåværende belastninger

Figur 3.2.7. Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)



Tabell 3.2.9. Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

	Traume i barndommen		Negativ livshendelse		Økonomiske problemer	
	n	%	n	%	n	%
Ja	24	37,5	24	37,5	12	18,8
Nei	19	29,7	22	34,4	26	40,6
Ukjent	21	32,8	18	28,1	26	40,6
N	64	100,0	64	100,0	64	100,0

I 37,5 % av tilfellene var det et kjent traume i barndommen (Tabell 3.2.9). Dette inkluderer både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk. I 37,5 % av tilfellene var det en kjent negativ

livshendelse siste 3 måneder før dødsfallet og i 18,8 % av tilfellene var det kjent at personen hadde økonomiske problemer siste 3 måneder før dødsfallet.

Helseforetak og behandling

Majoriteten (92 %) ble behandlet i offentlig institusjon og kun 8 % ble behandlet i en privat institusjon som hadde avtale med et regionalt helseforetak.

Bruk av psykofarmaka

Tabell 3.2.10. Foreskrivelse av medikamenter til personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

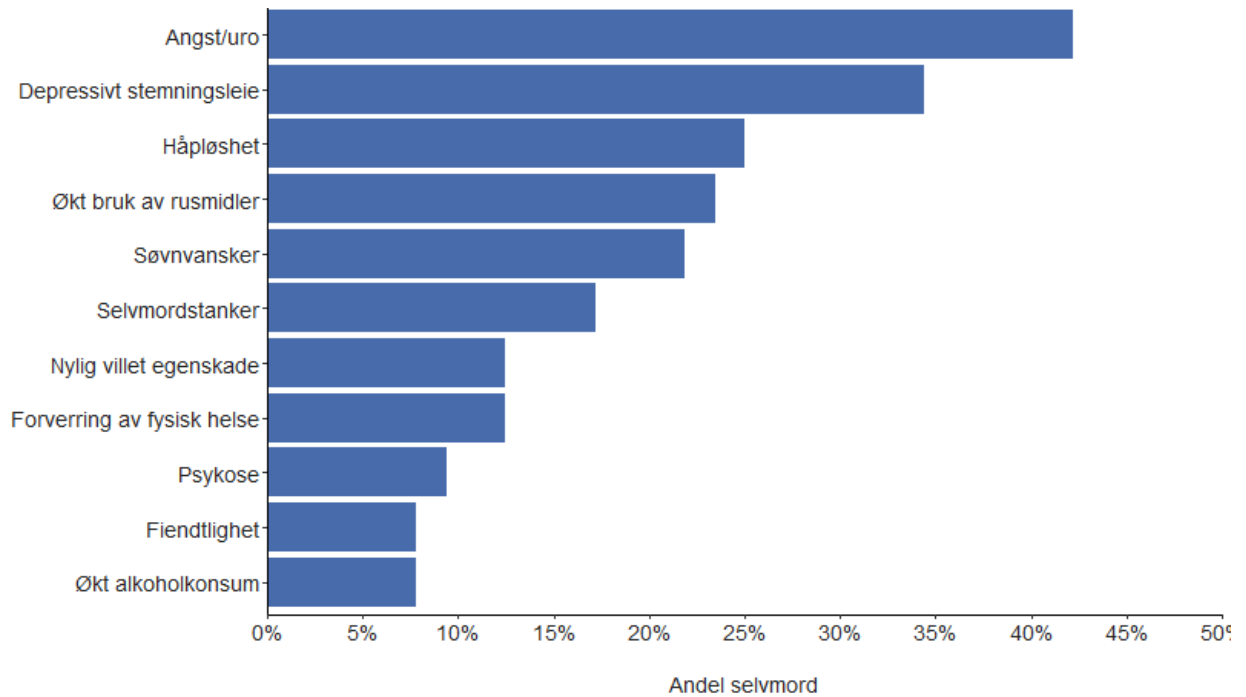
Medikament	Foreskrevet		Ikke foreskrevet		Ukjent	
	n	%	n	%	n	%
Antipsykotika peroralt	17	26,6	35	54,7	12	18,8
Antipsykotika depot	0	-	52	81,2	12	18,8
Tricycliske antidepressiva	4	6,2	48	75,0	12	18,8
Andre antidepressiva	12	18,8	38	59,4	14	21,9
Stemningsstabiliserende	0	-	52	81,2	12	18,8
Benzodiazepiner	16	25,0	37	57,8	11	17,2
Hypnotika	18	28,1	31	48,4	15	23,4
Substitusjonsbehandling	10	15,6	42	65,6	12	18,8
Opioider	4	6,2	51	79,7	9	14,1
Sentralstimulerende	<3	-	51	79,7	11	17,2
Annet	7	10,9	42	65,6	15	23,4

Som vist i tabell 3.2.10 var hypnotika det hyppigst foreskrevde medikamentet (28,1 %). Benzodiazepiner var foreskrevet til 25,0 %. Videre var antipsykotika peroralt

(26,6 %) og andre antidepressiva hyppig foreskrevet (18,8 %). Substitusjonsbehandling i legemiddelassistert behandling (LAR) ble foreskrevet til 15,6 %.

Symptomer ved siste kontakt

Figur 3.2.8. Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018



Tabell 3.2.11. Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

Symptomer	n	%
Angst/uro	27	42,2
Depressivt stemningsleie	22	34,4
Håpløshet	16	25,0
Økt bruk av rusmidler	15	23,4
Søvnvansker	14	21,9
Selvordstanker	11	17,2
Forverring av fysisk helse	8	12,5
Nylig villet egenskade	8	12,5
Psykose	6	9,4
Fiendtlighet	5	7,8
Økt alkoholkonsum	5	7,8

Symptomer ved siste kontakt er ikke basert på diagnoser, men på behandlerens vurdering og observasjon av tegn til symptomer ved siste kontakt i de aktuelle sektorene.

Det vanligste observerte symptomet ved siste kontakt var angst/uro (42,2 %), etterfulgt

av depressivt stemningsleie (34,4 %) (Tabell 3.2.11). Håpløshet, økt bruk av rusmidler, søvnvansker og selvmordstanker var også vanlige symptomer. Siden personer kan ha flere ulike symptomer ved siste kontakt vil den totale andelen overstige 100 %.

Kriseplan

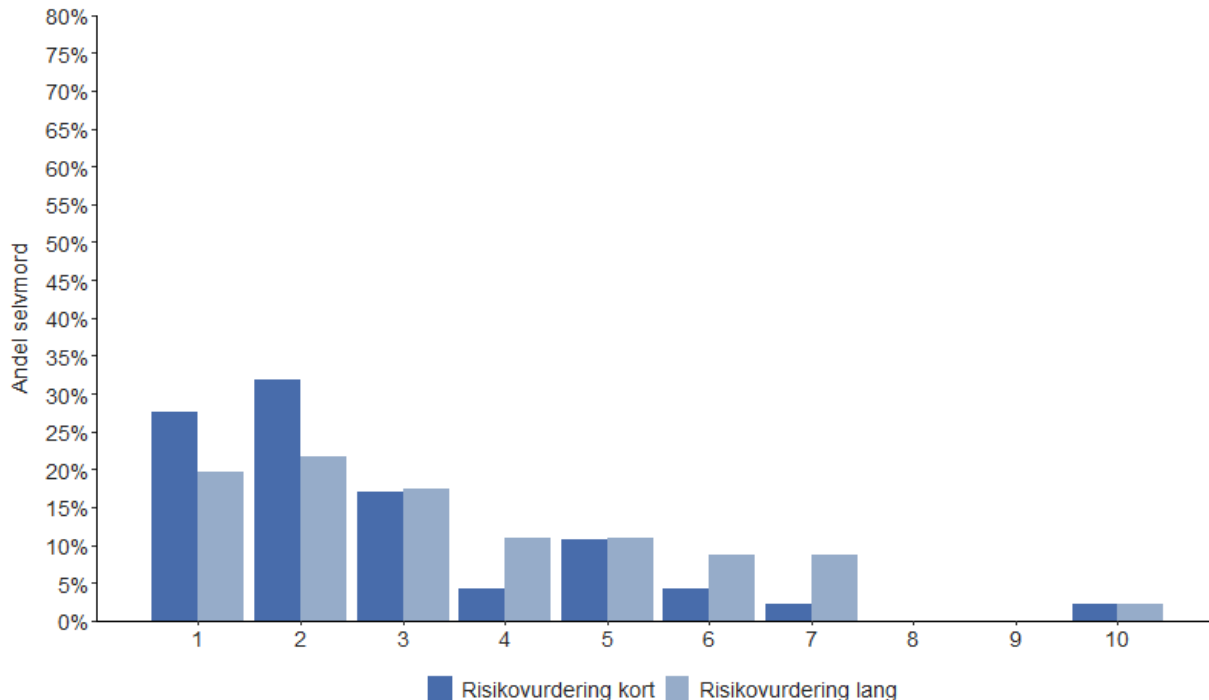
Tabell 3.2.12. Kriseplan til personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

Kriseplan	n	%
Nei	34	53,1
Ja	20	31,2
Ukjent	10	15,6
N	64	100,0

I underkant av en tredjedel av pasientene hadde fått utarbeidet en kriseplan (Tabell 3.2.12).

Selvmondsrisikovurdering

Figur 3.2.9. Selvmondsrisikovurdering ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=47)



Risiko for selvmord ble vurdert som lav i de fleste tilfellene. Majoriteten av de som døde innen ett år etter kontakt med TSB var vurdert

til risiko 1, 2 eller 3 på en Likert-skala fra 1-10 (Figur 3.2.9).

Diskusjon

I 2018 publiserte vi rapporten *1910 døde pasienter* (Walby et al., 2018). Rapporten er basert på en sammenkobling av registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR), og viste at nesten halvparten av personene som døde i selvmord i Norge i perioden 2008–2015 hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste år før dødsfallet. Det var den første nasjonale studien som viste omfanget av personer i kontakt med disse tjenestene før selvmord samt presenterte kjennetegn ved denne gruppen.

I denne aktuelle rapporten har vi først oppdatert registerdataene for årene frem til 2018 for å fortsette å monitorere utviklingen over tid. Deretter har vi rapportert de første resultatene fra Kartleggingssystemet som både inkluderer registerdata fra DÅR og NPR samt data registrert gjennom kartleggingsskjemaet av behandlere i helseforetakene. Dette er data som aldri tidligere har vært systematisk samlet inn på nasjonalt nivå, men som er viktig for å kunne gi mer dyptgående og relevant informasjon om selvmord i tjenestene.

Kartleggingssystemet startet i mars 2019, men har innhentet data via kartleggingsskjemaet på selvmord tilbake til 2018. I 2018 lå den rapporterte andelen selvmord via kartleggingsskjemaet på 78,8 % av totalt antall selvmord etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året. Vi vurderer dette som et meget godt resultat, særlig siden dette er første årgang etter implementering av Kartleggingssystemet, og fordi dataene er retrospektivt samlet inn. Detaljert informasjon om implementeringen og registreringen av selvmord i 2018, samt data på behandleres tidsbruk og brukererfaring med utfyllingen, finnes i Kartleggingssystemets implementeringsrapport (Walby et al., 2021).

Del 1: Alle tjenestene

Selv mord i perioden 2009–2018

Siden 2009 har andelen i kontakt holdt seg relativt stabil og viser at spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus når nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge. Forbedringer i forebygging av selvmord i disse gruppene vil derfor kunne ha stor effekt, både innenfor tjenestene og i form av å bidra til lavere rater i befolkningen sett under ett.

Det er klare kjønnsforskjeller i forekomsten av selvmord både i befolkningen og blant de som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene. Andelen kvinner i kontakt med tjenestene før et selvmord er betydelig høyere enn blant menn. Dette viser et stadig behov for å få flere menn med psykiske lidelser inn i adekvat behandling.

Selv mordsraten i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus svinger noe fra år til år, men det er ingen tydelige tendenser eller endringer over tid – hverken for menn eller kvinner. Samtidig er det viktig å påpeke at selvmordsraten blant brukere av disse tjenestene vedvarende er mer enn 10 ganger høyere enn ratene i befolkningen totalt.

De siste årene kan det se ut til å være en økning i andelen som dør som følge av hending etter kontakt med tjenestene. Dette er en bekymringsfull tendens siden det er vanskelig å forebygge hending ved bruk av metoderestriksjon. Funnet gjenspeiler en tendens man også kan se for selvmord blant menn i den generelle befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er uansett viktig at helsepersonell i de aktuelle tjenestene er godt orientert om de ulike metodene og i hvilken utstrekning de brukes, ikke minst fordi

metoder brukt ved villet egenskade domineres av forgiftning og kutting, og man står i fare for å generalisere ut i fra to temmelig ulike populasjoner.

Antall selvmord under og etter kontakt med PHV-V ser ut til å ha økt noe i 2017 og 2018, og i TSB kan det se ut til å være en gradvis økning gjennom hele perioden. Dette skyldes nok i all hovedsak at antall pasienter i tjenestene også har økt (Helsedirektoratet, 2018a).

Både i PHV-V og TSB ser det ut til å være et økende antall selvmord som skjer etter poliklinisk kontakt i perioden 2009–2018. Dette peker på et behov for økt fokus på selvmordsforebyggende tiltak i poliklinisk behandling. Selv om man ikke ser den samme opphopningen av selvmord som kort tid etter utskrivelse fra døgntilrettelagt behandling, skjer den største andelen selvmord etter poliklinisk kontakt i alle tjenestene. Det er vår erfaring at man ofte setter likhetstegn mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og døgntilrettelagt behandling, på tross av en massiv dreining mot poliklinisk behandling i flere tiår. Det er derfor et behov for å sikre økt fokus på selvmordsforebygging under og etter polikliniske forløp i tjenestene.

For de fleste diagnosegruppene var det ingen klare tendenser over tid, men antall personer diagnostisert med angst og belastningslidelser ser ut til å ha økt de siste årene – samtidig som antall personer med uavklarte tilstander har sunket i 2017 og 2018. Dette kan tyde på en positiv utvikling i diagnostiseringspraksis som må monitoreres videre i årene som kommer. Etter at Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 2017, ser man også et tydelig skifte fra bruk av Z-diagnoser til bruk av R-diagnoser – både blant personer som døde i selvmord under og etter kontakt med tjenestene og blant pasienter generelt, slik data fra NPR viser (Helsedirektoratet, 2018a). Økt bruk av R-diagnoser kan vanskelig sees som en kvalitetsforbedring i tjenestene, og det er et behov for fortsatt fokus på tilstrekkelig utredning og diagnostikk i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Del 2: Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)

Selv mord i perioden 2009–2018

I perioden 2009–2018 hadde 38,3 % personer kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV-V) siste år før de døde i selvmord, og i 2018 lå andelen på 39,2%. Andel i kontakt har med andre ord holdt seg relativt stabilt de siste årene.

Selv mordsraten i PHV-V er som tidligere vist (Walby et al., 2018) dramatisk mye høyere enn i den generelle befolkningen, og spesielt høy blant menn. Raten har også holdt seg nokså stabil over tid hvilket viser at dette er en viktig risikogruppe for selvmord og at man må prioritere selvmordsforebygging på systemnivå i denne tjenesten.

Selv om mange variabler som er beskrevet i våre tidligere rapporter (Walby et al., 2018, 2020) har holdt seg relativt stabile over de siste årene, er det noen endringer det vil være viktig å merke seg og følge med på i kommende år. Særlig blant menn i PHV-V kan det se ut til å være en økning i andelen som dør som følge av henging. En nærmere diskusjon rundt dette har vi tatt for tjenestene samlet i del 1 av diskusjonen.

I rapporten *1910 døde pasienter* fant vi at svært mange pasienter hadde uavklarte tilstander etter kontakt med PHV-V (Walby et al., 2018). Det er positivt at vi nå ser en nedgang i andelen uavklarte diagnoser blant pasienter i PHV-V. Tilstrekkelig utredning og diagnostisering er en viktig indikator på kvalitet og hvorvidt pasienten har fått adekvat behandling. En sannsynlig forklaring på dette er innføringen av Innsatsstyrt finansiering (ISF) i 2017 som drøftet tidligere.

De fleste personer som dør i selvmord etter kontakt med PHV-V siste år, dør kort tid etter siste kontakt med tjenesten (Walby et al., 2018). Den korte tiden fra kontakt til selvmord er særlig fremtredende etter utskrivelse fra døgntilrettelagt behandling og det kan se ut som at tiden fra utskrivelse til selvmord har blitt enda kortere de siste årene. I 2018 var det en

median på 15 dager fra utskrivelse til selvmord blant de som døde etter døgnbehandling i PHV-V, mens medianen i tidligere årganger har ligget på rundt 20 dager. Det er noe variasjoner fra år til år, og det er viktig å se hvordan dette utvikler seg i de kommende årene for å kunne si sikkert hvorvidt dette er en trend eller tilfeldig variasjon. Funnet viser at det fortsatt er et stort behov for å fokusere på utskrivelsesfasen og innføre systematiske tiltak som bedre kan ivareta pasienter etter utskrivelse. Nedgangen i antall dager fra utskrivelse til selvmord kan også se ut til å gjelde pasienter med avsluttet poliklinisk behandling i PHV-V, men dette må følges videre i årene som kommer.

Selv mord i PHV-V 2018

I de følgende avsnittene diskuteres funn ved utvalgte variabler fra kartleggingsskjemaet for personer som har hatt kontakt med PHV-V det siste året før de døde i selvmord.

Demografiske og sosiale forhold

Om lag halvparten av de som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V var enslige og bodde alene, og andelen var høyere blant menn enn kvinner. Kun en fjerdedel av personene i kontakt med PHV-V var gift eller hadde samboer på dødstidspunktet, mens tall fra befolkningen viser at ca. 60 % av personer over 18 år i husholdninger var gift eller samboende i 2018 (Statistisk sentralbyrå, 2021). Det å bo alene kan for noen bety mindre tilgang på sosial støtte, og har også klare implikasjoner for hvor mye tjenestene kan forvente av bistand fra pårørende etter utskrivelse eller avsluttet poliklinisk behandling. Noen av de som ikke var gift eller samboende kan likevel ha hatt sosial støtte i form av en kjæreste de ikke bodde sammen med, eller andre nære relasjoner. Det har over mange år vært fokusert på økt involvering og informasjon til pårørende og våre funn viser at det er viktig også å klargjøre om det finnes pårørende eller andre former for sosial støtte før en eventuell utskrivelse eller avslutning av behandling.

Få av de som døde i selvmord under eller etter kontakt med PHV-V var i arbeid på dødstidspunktet og mange var enten uføretrygdet

eller mottok arbeidsavklaringspenger (AAP), også sammenliknet med befolkningen hvor denne andelen ligger på ca. 15 % (Statistisk sentralbyrå, 2021). I kartleggingsskjemaets svaralternativer ble det ikke skilt mellom uføretrygd og AAP, men skjemaet er nå revidert for å sikre mer presise data i fremtidige årganger. Det at en så stor andel personer mottok uføretrygd eller AAP, i kombinasjon med den lave andelen som var i arbeid, er et tydelig uttrykk for omfang og varighet av problemer og sykdom hos en svært stor del av de som dør i selvmord under og etter kontakt med PHV-V.

Tidligere og nåværende belastninger i livet

I underkant av en fjerdedel som døde i selvmord under og innen ett år etter kontakt med PHV-V hadde kjente traumer i barndommen. Det var flere kvinner (29 %) enn menn (19 %) som hadde opplevd traumer i barndommen – og vi må regne med at det er en underrapportering blant begge kjønn. Funnet sier uansett noe om kompleksiteten og varigheten av belastninger som disse personene har hatt gjennom livet – og det føyer seg inn i rekken av risikofaktorer vi ser blant personer som har dødd i selvmord etter kontakt med PHV-V.

Over en tredjedel av personene i kontakt med PHV-V hadde hatt en kjent negativ livshendelse siste 3 måneder før dødsfallet, men dette vil igjen være et minimumsestimat. Type hendelser som hyppigst ble beskrevet var samlivsbrudd og brudd i kjæresteforhold, somatisk sykdom, konflikt/problemer i relasjoner, tap/utfordringer i forbindelse med arbeid/inntekt, dødsfall og tap av omsorgsrett. Dette er alle velkjente risikofaktorer for selvmord. Det er mulig at denne typen livshendelser derfor registreres i større grad enn andre typer livshendelser. Negative livshendelser kan være utløsende for utvikling av psykiske plager og suicidal atferd, samtidig som negative livshendelser kan være mer belastende hos personer som allerede sliter med psykiske lidelser. Negative livshendelser kan også komme som følge av de psykiske problemene. Det er viktig å være oppmerksom på konteksten rundt psykiske lidelser og suicidal atferd, og disse funnene peker mot et behov for økt oppmerksomhet på pasientenes

livsbelastninger og interaksjonen mellom disse og pasientens klinisk tilstand.

Sykehistorie og kliniske forhold

Over halvparten av de personene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V hadde en psykiatrisk sykehistorie på over fem år. De langvarige sykehistoriene kan tyde på en kumulativ oppbygning av problemer over tid. Samtidig kan det også være snakk om en seleksjonseffekt – hvor de som har lange sykehistorier med høyt symptomtrykk og belastninger over tid utgjør majoriteten av de som henvises og derfor også majoriteten av de som dør i selvmord under og etter kontakt med PHV-V. Vi er allikevel overrasket over at så mange av de som dør i selvmord under og etter kontakt har sykehistorier med varighet på over ett år, da det er velkjent at tiden rundt sykdomsdebut og funksjonsfall er en periode med særlig høy risiko (Agerbo, 2007). Adekvat behandling og oppfølging tidlig i sykehistorien kan potensielt være med å forebygge denne utviklingen.

Over halvparten av personene hadde en eller flere kjente episoder med villet egenskade, og andelen var høyere blant kvinner enn menn. Villet egenskade er en sentral risikofaktor for selvmord (Hawton et al., 2015), og det at to tredjedeler av kvinnene i vårt materiale hadde en kjent historie med villet egenskade underbygger dette som en viktig risikofaktor. Videre er pasienter med kjent suicidal atferd en viktig risikogruppe i psykisk helsevern. Det er derfor viktig at suicidal atferd (slik som villet egenskade) blir eksplisitt vektlagt i behandlingen.

Halvparten av personene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V hadde problemer med bruk av rusmidler. Sammenlignet med det vi finner av rusdiagnoser registrert i NPR, er andelen med kjente problemer knyttet til bruk av alkohol eller andre rusmidler høyere. Ikke minst viser det at psykiske lidelser i kombinasjon med rusproblemer er en sentral faktor ved selvmord som må fremheves enda tydeligere i tjenestene. En samtidig rusbrukslidelse og psykisk lidelse medfører en økt belastning på pasienten, og er mer krevende å behandle enn enkeltstående rusbrukslidelser og psykiske

lidelser. Det vil sannsynligvis ligge et stort forebyggingspotensiale i å øke fokuset på å avdekke, diagnostisere og tilby adekvat behandling for rusbrukslidelser blant pasienter i kontakt med PHV-V. Dette er også en pasientgruppe som ofte kan befinne seg i skjæringspunktet mellom PHV-V og TSB. Det er derfor viktig å sikre at pasientene får integrert behandling for begge tilstandene enten i PHV-V eller TSB.

En femtedel av personene som døde innen ett år etter kontakt med PHV-V hadde en kjent somatisk lidelse. Vi har ikke forsøkt å bryte de somatiske lidelsene ned i undergrupper av tilstander, men funnet underbygger allikevel det vi allerede har vist til nå – at dette er en pasientgruppe med både psykososiale og helsemessige belastninger. Vi antar at det her også kan være snakk om en klar underestimering, da både behandlerens kvalifikasjoner og hvor i systemet behandlingen finner sted har betydning for hvor mye som gjøres når det gjelder utredning og innhenting av opplysninger som somatiske forhold. Videre er det også kjent at pasienter som mottar behandling for psykiske lidelser er underforbrukere av somatiske tjenester noe som kan medføre manglende diagnostisering og behandling (Helsedirektoratet, 2018b).

Tre grupper av medikamenter ble relativt hyppig brukt: Perorale antipsykotika, andre antidepressiva som inkluderer SSRI preparater, og benzodiazepiner og hypnotika. Både den høye bruken av benzodiazepiner og hypnotika, samt at bruken av perorale antipsykotika er høyere enn forekomsten av psykoselidelser, indikerer at dette er pasienter med høyt symptomtrykk der potente dempende medikamenter har vært vurdert som nødvendig. Depresjon er blant de vanligste tilstandene i dette materialet og forskrivning av antidepressiva korresponderer delvis med forekomsten av depresjon. Vi har ikke grunnlag for å sammenlikne disse funnene med bruk av psykofarmaka i PHV-V generelt, og kan følgelig ikke si noe om risiko på dette området.

Symptomer ved siste kontakt

Om lag halvparten av pasientene ble vurdert til å ha et depressivt stemningsleie ved siste kontakt før selvmord og 43 % hadde

ifølge behandler symptomer på angst eller uro. Rundt en fjerdedel hadde videre symptomer på søvnvansker, håpløshet eller selvmordstanker. Igjen er dette en demonstrasjon av høyt lidelsestrykk hos personer i kontakt med tjenestene som dør i selvmord under eller etter behandling. Både depressive symptomer og angst eller uro, søvnvansker, håpløshetsfølelse og selvmordstanker er symptomer det finnes mange kunnskapsbaserte behandlingsalternativer for. Det synes her å være et forebyggingspotensiale i å systematisk kartlegge disse symptomene og sikre adekvat behandling. Den relativt lave forekomsten av selvmordstanker ved siste kontakt er også nok en illustrasjon på at spørsmål om selvmordstanker alene ikke er nok for å vurdere risikoen for selvmord, og at tiltak for å forebygge selvmord må være mer bredspektrert og systematiske enn bare å skulle identifisere de som på et hvert tidspunkt har selvmordstanker.

Kriseplan

Kun 29 % av pasientene hadde fått utarbeidet en kriseplan før de døde i selvmord, og det var her ingen forskjell mellom menn og kvinner. Kriseplan er ikke noe nytt tiltak, og funnet tyder på at vi på systemnivå har et stort forbedringspotensial når det gjelder implementering av kriseplan i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Det er også et behov for å se på innholdet i kriseplanene som utarbeides. For eksempel har nyere studier vist nytten av Safety Planning Intervention (SPI) som er en kort intervensjon utviklet for pasienter med selvmordsrisiko (Stanley et al., 2015, 2016; Stanley & Brown, 2012). Den består av en prioritert liste med strategier og steder å henvende seg til for pasienter som opplever en suicidal krise. SPI kalles på norsk for sikkerhetsplan og er en mer systematisk og kunnskapsbasert metode enn den typiske norske kriseplanen.

Selvmordsrisikovurdering

De fleste personene som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V ble vurdert med lav risiko for selvmord, både på kort og lang sikt. Dette funnet samsvarer med litteraturen om prediksjon av selvmord generelt (Belsher et

al., 2019; Franklin et al., 2017; Large et al., 2016). En stor utfordring med prediksjon av selvmord er svært mange falske positive svar på selvmordsrisiko – der vi finner forhøyet risiko uten at pasienten senere dør i selvmord. Årsaken er at selvmord er en sjelden hendelse samtidig som risikofaktorene er vanlige i hele pasientpopulasjonen, noe som fører til at selvmordsrisikoen ofte vurderes som forhøyet. Samtidig mangler kjente risikofaktorer sensitivitet, blant annet fordi tilstedeværelsen av en risikofaktor kan variere over tid. Resultatet blir da falske negative, slik funnene våre viser. Det at majoriteten av pasienter som døde i selvmord under eller etter behandling ble vurdert med lav risiko for selvmord, viser behovet for å øke kunnskap om nytte og begrensninger ved selvmordsrisikovurderinger. Når det som regel ikke er mulig å predikere selvmord på individnivå med tilstrekkelig sikkerhet bør hensikten med selvmordsrisikovurderinger være å identifisere underliggende faktorer og utløsende hendelser, avklare hva slags type suicidal atferd det er snakk om og hva denne er relatert til – både med tanke på pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehov og livsomstendigheter.

Del 3: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Selv mord i perioden 2009–2018

I perioden 2009–2018 var 568 personer i kontakt med TSB året før de døde i selvmord, hvilket tilsvarer 9,7 % av alle selvmord i denne perioden. Man ser også et betydelig overlapp med psykisk helsevern, da 64 % av de som hadde hatt kontakt med TSB også hadde hatt en eller flere direkte kontakter med PHV-V siste år. I 2018 hadde 10,6 % personer kontakt med TSB siste år før selvmord.

I perioden 2010–2018 lå den gjennomsnittlige selvmordsraten i TSB på 195,6 per 100 000 pasienter for kvinner og 202,6 per 100 000 pasienter for menn. Det var ingen klare kjønnsforskjeller eller tydelig trend i utvikling over tid. Dette funnet skiller seg fra PHV-V hvor kjønnsforskjellene er store – med langt høyere selvmordsrate blant menn enn kvinner. TSB er en sektor av helsetjenesten der det er en lavere andel kvinner enn i PHV-V, men disse funnene kan indikere at selvmordsrisikoen for kvinner i TSB er relativt sett høyere enn i PHV-V. Dette underbygges av en tidligere publisert artikkel om selvmord etter kontakt i TSB, hvor vi fant signifikante kjønnsforskjeller både i bruk av tjenester og diagnoser siste år før selvmord (Myhre et al., 2020). Kvinner i kontakt med TSB før selvmord hadde større grad av komorbiditet og mer kontakt med PHV-V siste år sammenlignet med menn. Det er derfor viktig å sikre fokus mot suicidal atferd hos kvinner i TSB.

I likhet med PHV-V, økte andelen som døde ved henging etter kontakt med TSB over perioden 2009–2018. Ser man på perioden 2009–2018 samlet, døde 44,9 % av personene som var i kontakt med TSB siste året før selvmord ved henging. I 2018 var denne andelen på 48,6 %. Da overlappet er stort mellom tjenestene, er det ikke overraskende at vi ser en økning i andelen som dør grunnet henging også i TSB. Allikevel er det vanskelig å si noe om hvorfor vi ser denne tendensen – både i tjenestene og i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2021). Andelen henging er uansett bekymringsfull fordi det er svært

vanskelig å forebygge ved å begrense tilgangen til denne selvmordsmetoden utenfor institusjon, og innenfor TSB skjer få selvmord inne på institusjoner (Walby et al., 2020).

Etter henging er forgiftning den mest brukte selvmordsmetoden blant personer i kontakt med TSB før selvmord, og andelen er høyere blant kvinner enn menn. Andelen som dør av forgiftning er langt høyere enn i den generelle befolkningen. I 2018 utgjorde forgiftning 16,9 % av alle selvmordene i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2021), mens 23,6 % av personene i kontakt med TSB året før selvmord døde av forgiftning. Antall selvmord ved forgiftning vil være påvirket av mørketallsproblematikk – spesielt blant pasienter i TSB, og må derfor anses som et minimumsantall da det kan være vanskelig eller umulig å avklare intensjonen bak en forgiftning (Gray et al., 2014; Rockett et al., 2018). Spesielt i grupper som benytter substanser med stor overdosefare vil derfor noen selvmord sannsynligvis bli feilklassifisert som overdoser. Dette kan også påvirke den relative andelen som registreres som selvmord i DÅR. Et dødsfall som følge av henging vil automatisk kodes som selvmord uten behov for ytterligere opplysninger om intensjon. Når det gjelder overdoser derimot, kan en del av de som antas å være selvmord ikke klassifiseres som dette dersom man ikke har kunnskap om suicidal intensjon. Kartleggingssystemet har ikke tilgang på data som kan belyse dette ytterligere, og problemstillingen er svært krevende forskningsmessig.

Skadelig bruk og avhengighet (F1) var som forventet den diagnosen majoriteten av personene i kontakt med TSB hadde som hoveddiagnose ved siste kontakt. Det er allikevel viktig å presisere at måten analysene er gjort på også vil inkludere diagnoser satt i andre sektorer, og andelen med skadelig bruk og avhengighet ville derfor vært høyere om vi kun hadde sett på hoveddiagnoser satt i TSB. For mer informasjon om dette henviser vi til vår tidligere rapport om selvmord under og etter kontakt med TSB utgitt i 2020 (Walby et al., 2020). Et klart flertall av de som var diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet hadde fått en alkoholbrukslidelse som hoveddiagnose.

Gruppen med alkoholbrukslidelse var omtrent dobbelt så stor som de med opiatbrukslidelse – som var den nest vanligste ruslidelsen i dette materialet. Dette viser nok en gang at personer med alkoholbrukslidelser er en stor og viktig gruppe å rette fokuset mot i selvmordsforebygging, spesielt med tanke på at det er en forholdsvis lav andel personer med alkoholbrukslidelser som oppsøker behandling (Schuckit, 2009). Når vi ser på 2018 sammenlignet med tidligere år kan det se ut til å være en økning i antall personer diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet, samtidig som det i likhet med PHV-V er en reduksjon i antall med uavklarte tilstander. Se side 90 for en nærmere drøfting av dette.

Blant de som har hatt kontakt med TSB siste år før selvmord finner vi en betydelig kjønnsforskjell i tid mellom siste kontakt og selvmord. Ser man på median antall dager fra siste kontakt til selvmord var denne på 13 dager for kvinner og 26,5 dager for menn. Tilsvarende finner vi ikke i PHV-V. Siden det totale antallet personer i kontakt med TSB før selvmord er mye lavere enn utvalget i PHV-V, er det vanskelig å si noe om eventuelle endringer og trender over den aktuelle tidsperioden. Både tidsaspektet og kjønnsforskjellene i tid mellom siste kontakt og selvmord er viktige data å følge med på i kommende årganger, og vi vil undersøke dette nærmere i fremtidige forskningsprosjekter.

Selv mord i TSB 2018

Akkurat som for PHV-V er 2018 den første årgangen hvor vi har kunnet kombinere registerdata med data fra kartleggings-skjemaet. I det følgende diskuteres funn fra utvalgte variabler fra kartleggings-skjemaet for personer som har hatt kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018. Det er her viktig å presisere at 69 % av disse personene hadde hatt en eller flere direkte kontakter i PHV-V siste år, og vil derfor også være inkludert i utvalget som er presentert i del 2.

Demografiske og sosiale forhold

Funnene fra kartleggings-skjemaet viser at personer i kontakt med TSB året før selvmord

i stor grad var enslige, bodde alene og sto utenfor arbeidslivet – dette i enda større grad enn personer i kontakt med PHV-V siste år. Kun 10,9 % av personene i kontakt med TSB var gift eller samboende, sammenlignet med 25 % av personene i PHV-V, og nesten 6 av 10 bodde alene. Sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V bodde nesten dobbelt så mange i kommunal bolig og andelen uten fast bolig var betydelig høyere. Når det gjelder inntekt og arbeidssituasjon mottok 57,8 % av personene i TSB uføretrygd eller AAP, sammenlignet med 40,9 % av personene i kontakt med PHV-V. Det var også en langt større andel av personene i TSB som falt innenfor kategorien «annet» eller «ukjent» under inntektsforhold, hvilket blant annet kan tyde på større grad av sosialstønad.

Disse funnene tyder på at personer som dør i selvmord under og etter kontakt med TSB er en marginalisert gruppe, som i stor grad står utenfor i arbeidslivet, på boligmarkedet og i sosiale relasjoner. Dette er ikke i seg selv uventet da personer med rusbrukslidelser ofte opplever stor grad av marginalisering i samfunnet, i tillegg til at rusproblemene gjerne fører med seg sosiale problemer som brutte relasjoner, tap av arbeid/inntekt og dermed også en ustabil bosituasjon. Samtidig er graden av marginalisering overraskende stor. Når det kommer til forebygging av selvmord i denne gruppen, vil det derfor være viktig å sørge for et bredt og tverrfaglig hjelpetilbud. I tillegg til adekvat og god behandling av selve ruslidelsen, vil det være viktig å sikre stabile rammer rundt pasienten. Bistand med å håndtere økonomiske- og sosiale problemer i kombinasjon med behandling vil for mange være et viktig forebyggende tiltak. Her vil andre velferdstjenester, slik som førstelinjetjenestene i NAV og kommunene spille en viktig rolle. Våre data kan dessverre ikke belyse hvorvidt denne typen bistand ble gitt. Fordi mye av ansvaret her ligger utenfor spesialisthelsetjenesten, vil det være et viktig tiltak å sikre bedre rutiner for samarbeid og overføringer mellom de ulike tjenestene og sektorene i samfunnet. På den andre siden vil tidlig og effektiv behandling for rusmiddelbruken også i stor grad kunne være med på å forebygge den omfattende psykososiale marginaliseringen vi ser, og på den måten også kunne være effektiv i å

forebygge suicidale prosesser på et tidligere stadium.

Tidligere og nåværende belastninger i livet

Over en tredjedel av personene i kontakt med TSB året før selvmord hadde en kjent historikk med traumer i barndommen, hvilket er en betydelig andel og høyere enn i PHV-V. Andelen som hadde opplevd en negativ livshendelse siste tre måneder før selvmordet var også over en tredjedel. Dette underbygger igjen varigheten og mengden belastninger en stor andel av disse personene har opplevd i livet, og at belastningene og sykdommen ikke er noe som har oppstått nylig.

Mindre enn en av fem var registrert med økonomiske problemer de siste tre månedene før dødsfallet. Sett i sammenheng med at økonomisk situasjon var ukjent i 40,6 % av tilfellene og at svært få var i arbeid, kan funnene også indikere at det har vært for lite fokus på disse type utfordringer i behandlingssituasjonen og at slike problemer derfor blir underrapportert.

Sykehistorie og kliniske forhold

Blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord var det ingen som hadde en sykehistorie på under ett år – og godt over to tredjedeler hadde en sykehistorie på mer enn 5 år. Dette er med andre ord personer som dør i selvmord etter å ha slitt med psykiske helseproblemer og rusutfordringer over lengre tid, hvilket også gjenspeiles i de sosiale utfordringene beskrevet over. Et større fokus på å avdekke og tilby adekvat behandling vil med andre ord være hensiktsmessig. Akkurat som i PHV-V hadde rundt en femtedel en kjent somatisk lidelse og litt over halvparten hadde en eller flere kjente episoder med villet egenskade. Igjen er dette et minimumsantall, da det er store muligheter for at dette er forhold som ikke har blitt kartlagt under behandling eller registrert i kartleggingsskjemaet. Vi har heller ikke sett på type villet egenskade, og hvorvidt det er snakk om forgiftning eller annen type villet egenskade. Det er uansett viktig å merke seg at det ikke er store forskjeller mellom tjenestene når det gjelder rapportert villet egenskade blant personer som dør i selvmord etter kontakt med henholdsvis PHV-V og/

eller TSB. Villet egenskade er en velkjent viktig risikofaktor for selvmord som man bør være oppmerksom på uavhengig av sektor.

Det ligger et stort forebyggingspotensiale i å kunne tilby lange nok behandlingsforløp og ikke minst at personer som opplever tilbakefall raskt og enkelt har mulighet for å komme tilbake i adekvat behandling. Dette kan blant annet løses ved hjelp av gode kriseplaner for både psykisk helse og rus, hvor det kommer tydelig frem hvem pasienten kan kontakte ved økt symptomtrykk, suicidale kriser eller tilbakefall. I underkant av en tredjedel av personene i kontakt med TSB før selvmord hadde fått utarbeidet en kriseplan, hvilket viser at det også her er store muligheter for forbedring. Da en stor andel av både selvmord og overdoser skjer i forbindelse med utskrivelse eller som følge av avbrudd i behandling, er dette et prioritert område i overdosestrategien for 2019-2022 (Helsedirektoratet, 2019) En tiltakspakke for forebygging av overdose etter utskrivning fra behandling i TSB er pilotert av Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender* og innført som prosedyre i spesialisthelsetjenesten, og her er kriseplan ett av fire tiltak (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2021). Vi mener det bør vurderes å inkludere forebygging av selvmord inn i dette tiltaket.

Når det gjelder foreskrivning av medikamenter følger personer i TSB i hovedsak mønsteret beskrevet over i PHV-V med noen viktige forskjeller. Foreskrivningen av antidepressiva er lavere enn i PHV-V, selv om depresjon er en av de vanligste komorbide psykiske lidelsene hos pasienter som dør i selvmord etter kontakt med TSB (Walby et al., 2020). Som forventet var også substitusjonsbehandling en av de vanligste behandlingstilnærmingene blant personer som døde i selvmord under eller etter behandling i TSB, og høyere enn i PHV-V. Hvis man kombinerer gruppen med opiatbruk og bruk av multiple stoffer er denne derimot langt større en andelen som har fått foreskrevet substitusjonsbehandling.

Det vanligste symptomet behandlerne observerte ved siste kontakt var angst/uro etterfulgt av depressivt stemningsleie. Dette skiller seg noe fra personene i kontakt med

PHV-V siste år før selvmord, hvor depressivt stemningsleie var vanligst. I begge tjenester var det videre vanlig med både håpløshet (25 %) og søvnvansker (21,9 %). I motsetning til i PHV-V hvor kun 8,6 % hadde økt bruk av rusmidler ved siste kontakt, gjaldt dette nesten en fjerdedel av personene i kontakt med TSB. Dette kan allikevel også skyldes et større fokus på jevnlig kartlegging av rusmiddelbruk blant pasienter i TSB, og at flere av behandlerne i TSB-sektoren derfor rapporterte dette. Videre hadde 17,2 % av personene i kontakt med TSB siste år selvmordstanker ved siste kontakt. Dette er en noe lavere andel enn blant personene i kontakt med PHV-V, men også her kan resultatene gjenspeile ulikt fokus ved behandlingskontakten i de to tjenestene. Som tidligere drøftet finnes det gode og effektive behandlingsalternativer for alle disse symptomene, og et større fokus på å kartlegge samt tilby behandling for disse vil kunne bidra til å forebygge flere selvmord.

Videre forskning på selvmord i rusbehandling

Det er fremdeles mye som er ukjent om selvmord under og etter kontakt med TSB. I samarbeid med Rådet for psykisk helse og med støtte fra Stiftelsen Dam har NSSF nå et større forskningsprosjekt under gjennomføring hvor Martin Ø. Myhre er stipendiat (Stiftelsen Dam, 2021). Prosjektet benytter data fra Kartleggingssystemet og det overordnede målet er å finne sammenhenger mellom hvor, når og hvem som dør i selvmord etter kontakt med TSB. Med økt kunnskap på dette feltet ønsker vi å kunne skape et bedre grunnlag for utformingen av effektive selvmordsforebyggende tiltak i TSB.

Implikasjoner for forebygging i tjenestene

Sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og omfang av spesialiserte tjenester innenfor PHV-V og TSB

- Nesten halvparten av alle som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Denne rapporten viser tydelig hvor omfattende problemer denne gruppen har. For å forebygge flere selvmord også på befolkningsnivå, er det avgjørende at det finnes tilstrekkelig kapasitet, omfang og kvalitet i tilbudet til disse gruppene.

Villet egenskade er en vanlig og viktig risikofaktor

- Villet egenskade er en velkjent risikofaktor for selvmord. Omtrent halvparten av personene som døde i selvmord etter kontakt med tjenestene hadde en kjent historikk med villet egenskade. Villet egenskade var vanligere hos kvinner enn menn, og like vanlig i både PHV-V og TSB.
- Det er viktig at villet egenskade og andre former for suicidal atferd identifiseres og adresseres direkte og at tiltak rettet mot suicidal atferd integreres i den øvrige behandlingen pasienten tilbys.

Mer fokus på poliklinisk behandling som arena for selvmordsforebygging

- Den største andelen selvmord skjer etter poliklinisk behandling. Det må derfor sørges for at tiltak implementeres på systemnivå også i poliklinikkene – ikke bare for pasienter i døgnbehandling.
- Foruten å sikre tilstrekkelig kunnskap om selvmordsforebygging generelt kan aktuelle tiltak være systematisk bruk av kriseplaner, fleksible tilbud om støtte/reetablering av kontakt i krise, pårørendeinvolvering samt generelle tiltak som bedre diagnostikk og at man sikrer et tilbud om adekvat behandling.

Sikre god oppfølging etter utskrivelse

- Det er nødvendig at systematiske tiltak som sikrer god oppfølging etter utskrivelse implementeres i alle helseforetak og enheter. Dette kan for eksempel innebære time-i-hånden ved utskrivelse og at det sørges for rask oppfølging i andre deler av spesialisthelsetjenesten eller kommunen.
- Sikre et mer helhetlig tilbud og godt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.
- Det kan være nødvendig med et økt fokus på enslige og aleneboere. For de som ikke har nære pårørende i samme husstand vil det være spesielt viktig å etablere kontakt med kommunale tjenester.

Tilby og utarbeide gode sikkerhetsplaner

- Alle pasienter i spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus bør få tilbud om en form for sikkerhetsplan som utarbeides i samarbeid med kompetent helsepersonell.
- Helseforetakene bør sørge for opplæring og veiledning i bruk av sikkerhetsplaner.

Avdekke ruslidelser også i PHV-V og sikre integrert behandling for samtidig rus og psykisk lidelse

- Det må sikres en mer systematisk kartlegging av bruk av rusmidler også i PHV-V og vurdere bruk av integrert behandling for samtidig rus og psykisk lidelse i PHV-V.

Sikre oppmerksomhet på økt symptomtrykk

- I tillegg til å være oppmerksom på selvmordstanker og andre former for suicidal atferd, må man avdekke andre symptomer som depressivt stemningsleie, håpløshet, uro og søvnproblemer – samt sikre rask og adekvat behandling for de aktuelle symptomene.

Sikre mer oppmerksomhet på pasienter med omfattende og langvarige psykososiale belastninger

- En stor andel av de som dør i selvmord etter kontakt med spesialisthelsetjenestene har omfattende psykososiale tilleggsbelastninger som ikke kan løses av spesialisthelsetjenesten alene. Det bør derfor etableres et samarbeid mellom ulike typer tjenester i kommunen, inklusive fastlege og NAV.
- Tjenestene har en viktig oppgave i å identifisere belastninger utover pasientens kliniske tilstand.
- Det bør sikres tidlig intervensjon der det er mulig for å motvirke negative og langvarige konsekvenser som følge av psykisk lidelse og rus.

Utover at pasienter i TSB per definisjon har langt høyere forekomst av ruslidelser er det mange likhetspunkter i pasientkarakteristika mellom tjenestene, blant annet som følge av at mange pasienter mottar tilbud i begge tjenester. Implikasjonene beskrevet her gjelder i stor grad både for PHV-V og TSB. I TSB finner vi allikevel en enda tydeligere opphopning av psykososiale belastninger samtidig som risikoen for selvmord er særlig fremtredende blant kvinner i kontakt med TSB. På sikt vil det være viktig å studere eventuelle forskjeller mellom tjenestene slik at tiltak kan tilpasses tjenestene.

Avslutning

Dette er den første rapporten fra Kartleggingssystemet som helhet, med andre ord den første nasjonale rapporten som kombinerer kliniske data fra helseforetakene i Norge med registerdata for personer som har dødd i selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus, etter en modell utviklet av NCISH i Storbritannia (NCISH, 2016).

Oppsummert viser registerdataene for 2009–2018 at andelen i kontakt med tjenestene før selvmord har holdt seg relativt stabil – i 2018 hadde 44,8 % av personene som døde i selvmord kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus året før dødsfallet. Det er allikevel noen områder hvor vi kan se en tendens til endring over de siste årene. Det kan blant annet se ut som andelen som dør av hengning øker, det er færre uavklarte diagnoser enn tidligere samtidig som vi ser en økning i angst og belastningslidelser. Alt dette er tendenser som må monitoreres videre etter hvert som vi får flere årganger med data inn i Kartleggingssystemet.

Data fra kartleggingsskjemaene viser at majoriteten av de som døde i selvmord i 2018 etter kontakt med psykisk helsevern var enslige og kun en fjerdedel var gift eller samboende. Mindre enn en tredjedel var i arbeid og over 40 % var enten uføretrygdet eller mottok arbeidsavklaringspenger på dødstidspunktet. Det var her tydelige kjønnsforskjeller, hvor kvinner i større grad mottok uføretrygd/AAP, mens flere menn var i arbeid. De fleste personene hadde en lengre sykehistorie, majoriteten over fem år. Over halvparten av pasientene i PHV-V hadde en historikk med villet egenskade, videre

hadde en betydelig andel et kjent problem med alkohol eller andre rusmidler. Det ble også registrert mange pasienter med traumer i barndommen, negative livshendelser i forkant av selvmordet og økonomiske problemer. For pasienter som hadde hatt kontakt med TSB siste år før selvmord var mange av disse funnene enda mer uttalt. Flere bodde alene, færre var i arbeid og ingen hadde en sykehistorie med varighet på under ett år.

Funnene viser tydelig hvilken kompleksitet og mengde belastninger som ofte ligger bak når en person dør i selvmord under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. På gruppenivå er det tydelig at dette som regel ikke er personer med nylig oppstått sykdom eller trivielle problemer. Ofte er det snakk om mennesker som har levd med et høyt symptomtrykk og større belastninger over lengre tid. De psykososiale utfordringene mange av de som dør i selvmord har peker også på et behov for et bedre og mer systematisk samarbeid mellom førstelinjetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunene og NAV – da dette er personer som trenger et bredt og tverrfaglig hjelpetilbud som går langt utover det spesialisthelsetjenesten alene kan tilby eller ta ansvar for. Det vil allikevel være både nyttig og viktig at denne kunnskapen er kjent for tjenestene, samtidig som det fortsatt er gode muligheter for bedre forebyggingstiltak på systemnivå innad i spesialisthelsetjenesten.

Nesten halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus siste år før de døde. For å forebygge

flere selvmord også på befolkningsnivå vil det være avgjørende med tilstrekkelig kapasitet, omfang og kvalitet i tilbudet til disse gruppene. Fortsatt er det behov for mer kunnskap, men vi håper at informasjonen som fremkommer i denne rapporten vil være et nyttig verktøy i arbeidet med å identifisere flere områder for forebygging og bidra til bedre og mer systematiske selvmordsforebyggende tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Kartleggingssystemets database vil bli mer og mer nyttig etter hvert som vi får inn mer data over en lengre tidsperiode. Det har blitt registrert selvmord kontinuerlig tilbake til 2018. Vi er nå i gang med etterregistrering av selvmord i 2019 og vil så raskt som mulig gå i gang med selvmord i 2020. Vi planlegger å publisere disse årgangene samlet, noe som i større grad vil gjøre det mulig å se på forskjeller mellom ulike undergrupper, samt fokusere mer detaljert på viktige spesifikke områder, som for eksempel selvmord under døgnopphold.

Referanser

- Agerbo, E. (2007). High income, employment, postgraduate education, and marriage: A suicidal cocktail among psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1377–1384. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1377>
- Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., Evatt, D. P., Tucker, J., & Skopp, N. A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 642–651. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 31. mai). Dødsårsaksregisterets statistikkbank. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gray, D., Coon, H., McGlade, E., Callor, W. B., Byrd, J., Viskochil, J., Bakian, A., Yurgelun-Todd, D., Grey, T., & McMahon, W. M. (2014). Comparative Analysis of Suicide, Accidental, and Undetermined Cause of Death Classification. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/sltb.12079>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. Helsedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/>

- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLOS ONE*, 11(6), e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., & Walby, F. A. (2020). Suicide after contact with substance misuse services: A national registry study. *BJPsych Open*, 6(3), 1–6. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.23>
- National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH). (2016). National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Making Mental Health Care Safer: Annual Report and 20-year Review. University of Manchester.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2021, 31. mai). Overdosedødsfall. <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/overdosedodsfall>
- Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Datakvaliteten i Dødsårsaksregisteret. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 135, 768–770. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1065>
- Rockett, I. R. H., Caine, E. D., Connery, H. S., D’Onofrio, G., Gunnell, D. J., Miller, T. R., Nolte, K. B., Kaplan, M. S., Kapusta, N. D., Lilly, C. L., Nelson, L. S., Putnam, S. L., Stack, S., Värnik, P., Webster, L. R., & Jia, H. (2018). Discerning suicide in drug intoxication deaths: Paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history. *PLOS ONE*, 13(1), e0190200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190200>
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492–501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60009-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X)
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1570–1572. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>
- Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L., & Brown, G. K. (2016). An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatric Services*, 67(6), 680–683. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500082>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 31. mai). Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/>

Stiftelsen Dam. (2021, 23. mars). Selvmord i rusbehandling. Stiftelsen Dam. <https://dam.no/prosjekter/selvmord-i-rusbehandling/>

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

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Kildahl, A. T. (2021). Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet

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. www.uio.no/kartleggingssystemet

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

Oversikt over figurer og tabeller

Tabeller

- 1.1. Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, 2009–2018
- 1.2. Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018
- 1.3. Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018
- 1.4. Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2009–2018
- 1.5. Antall selvmord fordelt på sektor, omsorgsnivå og behandlingsstatus ved siste kontakt, 2009–2018
- 1.6. Pågående og avsluttet kontakt på dødstidspunktet, 2009–2018
- 1.7. Omsorgsnivå siste år og siste 90 dager, fordelt på sektor, 2009–2018
- 1.8. Hoveddiagnoser ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, fordelt på kjønn, 2009–2018

- 2.1.1 Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år
- 2.1.2 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018
- 2.1.3 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018
- 2.1.4 Hoveddiagnoser ved siste kontakt blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018
- 2.1.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (%), 2009-2017 vs. 2018, blant personer i kontakt med PHV-V siste år
- 2.1.6 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018
- 2.1.7 Median dager fra siste kontakt til selvmord blant personer med avsluttet poliklinisk kontakt og blant personer utskrevet fra døgnopphold, med kontakt i PHV-V siste år, 2009–2018

- 2.2.1 Totalt antall selvmord registrert i DÅR med kontakt i PHV-V siste år og antall mottatte kartleggings skjemaer for disse personene
- 2.2.2 Sivilstatus blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.3 Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.4 Type bolig blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.5 Bosituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.6 Ansvar for mindreårig blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn

- 2.2.7 Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.8 Historikk med villet egenskade, problemer med bruk av rusmidler (n=220) og somatisk lidelse (n=161) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.9 Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018, fordelt på kjønn
- 2.2.10 Foreskrivelse av medikamenter til personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018
- 2.2.11 Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018
- 2.2.12 Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018

- 3.1.1 Antall selvmord per år og kjønnsfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år
- 3.1.2 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018
- 3.1.3 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018
- 3.1.4 Hoveddiagnoser ved siste kontakt blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018
- 3.1.5 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer med kontakt i TSB siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018

- 3.2.1 Totalt antall selvmord registrert i DÅR med kontakt i TSB siste år og antall mottatte kartleggingsskjemaer for disse personene
- 3.2.2 Sivilstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.3 Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.4 Type bolig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.5 Bosituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.6 Ansvar for mindreårig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.7 Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.8 Historikk med villet egenskade, problemer med bruk av rusmidler og somatisk lidelse blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.9 Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.10 Foreskrivelse av medikamenter til personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.11 Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.12 Kriseplan til personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018

Figurer

- 1 Oversikt over Kartleggingssystemets design
- 2 Kobling og uttrekk av registerdata for 2009–2018, samt data fra kartleggingsskjemaer på personer som døde i 2018
 - 1.1a Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenesten siste år, 2009–2018
 - 1.1b Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i tjenestene siste år, fordelt på kjønn, 2009–2018
 - 1.2 Andel i kontakt med tjenestene siste år før selvmord, 2009–2018
 - 1.3 Selvmordsrate blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2010–2018
 - 1.4 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018
 - 1.5 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2009–2018
 - 1.6 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2009–2018
 - 1.7 Omsorgsnivå ved siste kontakt fordelt på sektor, 2009–2018
 - 1.8 Pågående og avsluttet kontakt på dødstidspunktet, fordelt på sektor, 2009–2018
 - 1.9 Omsorgsnivå fordelt på sektor siste år og siste 90 dager, 2009–2018
 - 1.10 Hoveddiagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektoren, 2009–2018
- 2.1.1 Selvmordsrate blant personer i kontakt med PHV-V siste år, fordelt på kjønn, 2010–2018
- 2.1.2 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018
- 2.1.3 Hoveddiagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018
- 2.1.4 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2009–2018
- 2.2.1 Sivilstatus blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.2 Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.3 Type bolig blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.4 Bosituasjon blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.5 Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.6 Historikk med villet egenskade (n=220), problemer med bruk av rusmidler (n=220) og somatisk lidelse (n=161) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018
- 2.2.7 Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=220)
- 2.2.8 Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018
- 2.2.9 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord i 2018 (n=158)

- 3.1.1 Selvmordsrate blant personer i kontakt med TSB siste år, fordelt på kjønn, 2010–2018
- 3.1.2 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018
- 3.1.3 Hoveddiagnose ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018
- 3.1.4 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år, 2009–2018

- 3.2.1 Sivilstatus blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.2 Inntekt- og arbeidssituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.3 Type bolig blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.4 Bosituasjon blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.5 Varighet sykehistorie blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.6 Historikk med villet egenskade (n=64), problemer med bruk av rusmidler (n=64) og somatisk lidelse (n=48) blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.7 Traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer siste 3 mnd. før selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=64)
- 3.2.8 Symptomer ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018
- 3.2.9 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord i 2018 (n=47)



Nettside: www.uio.no/kartleggingssystemet

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

Twitter: @NSSFKartlegging

Layout: Fete Tjper • Foto: Harald Aker

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging**

Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygg 12,
0372 OSLO



**UNIVERSITETET
I OSLO**

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging