

NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

ÅRSRAPPORT 2021

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Selvmord etter kontakt med avtalespesialister
innen psykisk helse og rus

FREDRIK A. WALBY • HELENE ASTRUP • EBBA GIL • MARTIN Ø. MYHRE



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, juni 2024.

Tittel:

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2021 – Selvmord etter kontakt med avtalespesialister innen psykisk helse og rus

Forfattere:

Fredrik A. Walby, forsker/psykologspesialist, prosjektleder

Helene Astrup, rådgiver

Ebba Giil, rådgiver

Martin Ø. Myhre, stipendiat/rådgiver

Publikasjonstype: Rapport

ISBN (trykt/heftet): 978-82-94109-00-5

ISBN (PDF): 978-82-94109-01-2

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

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

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

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

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

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

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

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

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

Innhold

Forord	6
Sammendrag	7
Bakgrunn	11
Om denne rapporten	11
Metode	12
Registerdata	13
Kartleggingsskjemaet	13
Formalia, personvern og datasikkerhet.....	13
Analyse av data	14
Resultater	14
Del 1 Implementering av Kartleggingssystemet	15
Resultater.....	16
Del 2 Selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus	21
2.1 Selvmord blant personer i kontakt med én eller flere ulike sektorer det siste året	23
2.2 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V det siste året	28
2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året	59
2.4 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU det siste året	74

Del 3 Selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året	76
Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året.....	78
Selvmordsrate per årsverk i de ulike regionale helseforetakene	80
Type spesialitet hos avtalespesialist.....	80
Kontakt med andre sektorer det siste året	81
Kjønns- og aldersfordeling.....	82
Selvmordsmetoder	84
Hoveddiagnoser ved siste kontakt	85
Antall kontakter og tid fra siste kontakt.....	86
Sektor ved siste kontakt.....	88
Demografiske forhold	90
Sykehistorie og livsbelastninger.....	91
Medikamenter	93
Siste kontakt	94
Begrensninger	97
Oppsummering	97
Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene	98
Anbefalinger for å forebygge flere selvmord i PHV-V.....	98
Anbefalinger for forebygging av selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialister	99
Referanser	100
Oversikt over tabeller og figurer	102
Tabeller	102
Figurer	103

Forord

Dette er Kartleggingssystemets 8. rapport. I denne årsrapporten vil vi først oppdatere tall og figurer frem til og med 2021 fra utvalgte områder innenfor spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, og vi prøver også å løfte frem noen utviklingstrekk. Som vi tidligere har vist, er antallet selvmord høyest i psykisk helsevern for voksne etterfulgt av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det primære fokuset vil ligge på rapporteringen derfra. Vi viser også innledningsvis at Kartleggingssystemet har klart å opprettholde en meget høy dekningsgrad. Vi er veldig fornøyde med og takknemlige for det gode samarbeidet vi har med både tallrike enheter i tjenestene over hele landet, og med klinikere, kontaktpersoner og ledelse. Uten dette samarbeidet hadde vi ikke vært i stand til å få en så dekkende beskrivelse av selvmord under og etter kontakt med tjenestene og datagrunnlaget hadde blitt mer usikkert. Vi mener at en dekningsgrad på 93 % er et uttrykk for at tjenestene og de som jobber der tar selvmordsforebygging på største alvor, og ønsker å bidra til en enda mer effektiv forebygging av fremtidige tragiske hendelser.

Vi har i tidligere rapporter fokusert spesielt på henholdsvis psykisk helsevern for voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge. Disse rapportene ligger fritt tilgjengelige på våre nettsider, og det er også utarbeidet annet informasjonsmateriale, blant annet ferdige presentasjoner til bruk f.eks. ved internundervisning i foretakene og annet.

I denne rapporten har vi fokusert spesielt på selvmord under og i de første 12 månedene etter kontakt med avtalespesialist. Avtalespesialist er i denne sammenheng en privatpraktiserende psykologer og psykiatere som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Avtalespesialistene utgjør et integrert og viktig bidrag til det samlede offentlige spesialisthelsetilbudet i Norge.

Avtalespesialister arbeider som det ligger i navnet i selvstendige praksiser, og behandler pasienter individuelt eller i gruppe. Selv om enkelte avtalespesialister inngår i et kontorfellesskap med kolleger, skiller aktiviteten seg betydelig fra f.eks. et behandlingsteam på en DPS eller ansatte på en døgnavdeling. I relasjon til selvmord under og etter pågående behandling, er det åpenbart at personfokus og sårbarhet kan være annerledes enn ved en tilsvarende hendelse på sykehus. Det er derfor på sin plass å minne om at formålet med Kartleggingssystemet er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord i tjenestene, identifisere sårbare områder og mulige forbedringsområder, utvikle forebyggende tiltak på systemnivå og kunne evaluere effekten av tiltak som iverksettes. Vi er med andre ord ikke opptatt av å identifisere svikt i enkelttilfeller, og vi tror at et systemperspektiv på forebygging er helt nødvendig for å utvikle mer effektive tiltak.

Det finnes svært lite kunnskap om selvmord under og etter kontakt med avtalespesialister, også i en internasjonal sammenheng. Vi håper og tror derfor at denne delen av årsrapporten 2021 vil være et nyttig bidrag til kollegaer i avtalepraksis og til andre interesserte på feltet.

Til slutt, nok en gang tusen takk til alle involverte ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ved UiO for støtte og bidrag rundt driften av Kartleggingssystemet og ikke minst til Helene Astrup, Ebba Giil og Martin Ø. Myhre som alle har vært sentrale bidragsytere i arbeidet med vår 8. rapport.

Fredrik A. Walby
forsker/psykologspesialist
prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn

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

I denne årsrapporten er formålet 1) å beskrive omfang og kjennetegn ved selvmord i psykisk helsevern (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) oppdatert med tall for 2021 og 2) beskrive data på selvmord (i perioden 2010–2021) blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året.

Metode

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

Hovedfunn

Del 1

Kartleggingssystemets dekningsgrad i 2021 var på 93,0 %. Vi ser en økning i andel skjemaer registrert av ansvarlig behandler.

Del 2

Alle sektorer

- I 2021 hadde totalt 301 personer direkte kontakt med én eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord – dette tilsvarer 43,9 % av alle selvmord i 2021. Andelen var 54,1 % for kvinner og 40,3 % for menn. Blant kvinner er dette en betydelig nedgang fra 2020 (63,1 %).

PHV-V

- Antall selvmord blant kvinner i kontakt med PHV-V det siste året gikk ned i 2021 (fra 96 i 2020 til 76 i 2021), mens antall selvmord blant menn økte (fra 163 i 2020 til 171 i 2021).
- Selvmordsraten var på henholdsvis 111,0 og 244,7 per 100 000 pasienter blant kvinner og menn. Blant kvinner har selvmordsraten gått ned i 2021, mens den har økt blant menn.
- Selvmordsraten blant personer med poliklinisk kontakt det siste året var 152,7 per 100 000 pasienter. Blant kvinner har raten gått ned fra 2019 og var på sitt laveste i 2021. Raten har også gått noe ned blant menn de siste årene.
- Selvmordsraten blant pasienter med minst ett døgnopphold var 565,7 per 100 000 pasienter. Blant kvinner gikk raten ned i 2021, mens den økte blant menn.

- Blant de 20,0 % som døde ved forgiftning, var 12,4 % forgiftning med uspesifiserte medikamenter, 12,2 % andre opioider, 11,5 % antipsykotika og 11,0 % uspesifiserte antidepressiva.
- Median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord var 45 dager blant personer som hadde minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord.
- Blant kvinnene var andelen med psykiatrisk sykehistorie på over fem år høyere enn blant menn, henholdsvis 57,9 % og 49,3 %. Det har vært en nedgang i andel med sykehistorie på over fem år, samtidig som det har vært en økning i andel med sykehistorie på under ett år.
- Andelen med villet egenskade var betydelig høyere blant kvinner enn menn, henholdsvis 65,8 % og 48,3 %. Blant menn har det vært en økning fra 2018–2021.
- Henholdsvis 41,5 % og 54,9 % av kvinnene og mennene hadde et kjent problem med bruk av rusmidler.
- Blant kvinner og menn som brukte medikamenter, ble det i henholdsvis 42,9 % og 40,6 % av tilfellene rapportert at medikamentene ble tatt som foreskrevet den siste måneden. I over halvparten av tilfellene var det ikke kjent om medikamenter ble tatt som foreskrevet. I perioden 2018–2021 har det vært en økning i andel som ikke ønsket medikamentene som ble tilbudt.
- Henholdsvis 21,6 % og 26,5 % av kvinnene og mennene uteble fra siste avtale.
- Andelen som hadde fått kriseplan, var 30,6 % blant kvinnene og 26,5 % blant mennene.

TSB

- Antall selvmord blant kvinner i kontakt med TSB det siste året har gått betydelig ned i 2021 (fra 22 i 2020 til 13 i 2021).
- Selvmordsratene var høye, men i motsetning til PHV-V var det små kjønnsforskjeller, henholdsvis 190,0 og 201,7 per 100 000 pasienter for kvinner og menn.
- To av tre som døde i selvmord etter kontakt med TSB det siste året, hadde også hatt kontakt med PHV-V i løpet av det siste året. I 2021 lå andelen på 53,2 % noe som er en nedgang fra tidligere år.
- Av de 63,0 % som hadde fått skadelig bruk og avhengighet som hoveddiagnose ved siste kontakt, utgjorde alkoholbrukslidelser 28,0 %, etterfulgt av opiatbrukslidelser som utgjorde 14,0 %.
- De fleste med døgnopphold hadde siste utskrivelse fra PHV-V. En høyere andel døde i kort tid etter utskrivelse fra PHV-V enn TSB.
- Andelen med psykiatrisk sykehistorie på over fem år var 77,5 % blant kvinnene og 67,6 % blant mennene. I 2021 hadde 91,6 % av kvinnene en sykehistorie på over fem år.
- Henholdsvis 67,6 % og 51,4 % av kvinnene og mennene hadde en historie med villet egenskade.
- Andelen kvinner som hadde uteblitt fra siste avtale var 34,4 %, mens andelen var 35,6 % blant mennene.
- Henholdsvis 38 % og 22,2 % av kvinnene og mennene hadde fått utarbeidet en kriseplan.

Del 3 Avtalespesialister

- Totalt var 346 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2010–2021 og selvmordsraten i samme periode var 0,56 per 1 000 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året.
- Av de som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord var 54,0 % menn og 45,9 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var totalt 43,4 år.
- I tillegg til å være i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord hadde 15,9 % også kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, mens 28,0 % hadde både vært innlagt i døgnetenhet og hatt poliklinisk kontakt i PHV-V i tillegg til avtalespesialist det siste året. Andelen som kun hadde kontakt med avtalespesialist det siste året var 36,4 %.
- Den mest brukte selvmordsmetoden var hengning eller kvelning (41,6 %).
- Affektive lidelser var den vanligste psykiske lidelsen (38,4 %), etterfulgt av angst og belastningslidelser (21,7 %) og uavklarte tilstander (14,5 %).
- De fleste (48,8 %) hadde mellom 1–5 kontakter og kvinner hadde litt flere gjennomsnittlige kontakter enn menn.
- Blant de som kun hadde kontakt med avtalespesialist det siste året, hadde 63,8 % under 10 kontakter.
- Over halvparten (59,8 %) hadde sin siste kontakt med en avtalespesialist.
- Majoriteten (46,2 %) av de som var i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2018–2021 var enslige. De fleste hadde uføretrygd eller AAP som inntektskilde (42,0 %) og flere menn (29,4 %) enn kvinner (11,9 %) var i arbeid.
- De fleste (59,1 %), hadde en psykiatrisk sykehistorie på over fem år og flere kvinner (59,5 %) enn menn (27,5 %) hadde en kjent episode med villet egenskade.
- Totalt hadde 37,6 % et kjent problem med bruk av rusmidler.
- En femtedel hadde opplevd traumer i barndommen – flere kvinner (28,6 %) enn menn (13,7 %).
- Hos 36,6 % var det en kjent negativ livshendelse de siste tre månedene før dødsfallet.
- Langt over halvparten (69 %) hadde fått foreskrevet en eller annen form for psykofarmaka. Benzodiazepiner (37,6 %) og antidepressiva (31,1 %) var hyppigst foreskrevet.
- Én av fem hadde fått en kriseplan (26,2 % av kvinnene og 15,7 % av mennene).
- Det vanligste observerte symptomet ved siste kontakt var depressivt stemningsleie (51,6 %), etterfulgt av angst/uro (41,9 %).
- På kort sikt hadde selvmordsrisikoen en median på 3, mens på lang sikt var medianen på 5.

Anbefalinger

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

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

Spesifikke anbefalinger for avtalespesialister

- Behov for kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging hos avtalespesialister
- Trygge overganger mellom avtalespesialister og psykisk helsevern
- Kollegastøtte og samhandlingsordning mellom avtalespesialister

Bakgrunn

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. Målet med en systematisk kartlegging av alle selvmord i denne pasientgruppen er å identifisere sårbare områder i behandlingsapparatet, identifisere mulige forbedringsområder og forebyggende tiltak på systemnivå og kunne evaluere effekten av tiltak som iverksettes. En løpende nasjonal oversikt gir også mulighet til å monitorere endringer over tid. Viser til den første årsrapporten (Walby, Astrup, et al., 2021) for utdypende beskrivelse av Kartleggingssystemets bakgrunn.

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

Om denne rapporten

Formålet med denne rapporten er først å vise registerdata for 2021 på personer som har vært i kontakt med minst én av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord. Disse vil sammenlignes med tidstrender tilbake til 2010. Deretter vil vi beskrive data fra kartleggingsskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2021. Disse dataene supplerer registerdataene med viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet. Denne rapporten er en videreføring av forrige årsrapport oppdatert med resultater for 2021. Vi har vektlagt å fremstille data på samme måte som i tidligere rapporter for å kunne beskrive utvikling over tid, men også lagt til noen nye figurer. Siden vi ser en del kjønnsforskjeller, har vi valgt å vise data fra kartleggingsskjemaet fordelt på kjønn i denne årsrapporten. I del 2 har vi hovedsakelig fokusert på PHV-V, men har også med utvalgte registerdata og data fra kartleggingsskjemaet for TSB samt noen utvalgte registerdata for PHV-BU. På grunn av et begrenset datamateriale fra kartleggingsskjema for PHV-BU kan vi ikke analysere disse dataene for denne sektoren før vi har data fra flere årganger. I del 3 beskriver vi selvmord blant personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før de døde. Disse funnene er basert på utvalgte registerdata for perioden 2010–2021 samt data fra kartleggingsskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2021. Personen som besvarer kartleggingsskjemaet kan være en behandler fra PHV-V, TSB eller en avtalespesialist – avhengig av hvilken sektor personen hadde kontakt med sist.

Metode

I Kartleggingssystemet registreres opplysninger om alle personer i Norge som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU eller avtalespesialister det siste året før dødsfallet. Datainnsamlingen gjøres med et hybrid register design, noe som betyr at vi kombinerer nasjonale registerdata fra DÅR og NPR med data fra kartleggingsskjemaet. Denne metoden er

beskrevet i tidligere publikasjoner (Myhre et al., 2023; Walby et al., 2017) samt på våre nettsider (www.uio.no/kartleggingssystemet). En kortfattet oversikt over datakilder og oppbygning av systemet er illustrert i figur 1, og fremstillingen her er basert på de foregående årsrapportene (Walby, Astrup, et al., 2021; Walby et al., 2023).

Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design



Registerdata

Som tidligere beskrevet (Walby et al., 2023), benytter Kartleggingssystemet registerdata fra DÅR og NPR. DÅR inneholder informasjon om dødsårsak og opplysninger rundt dødsfallet, mens NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og opplysninger om pasienten, henvisninger, oppholdet og formalia i spesialisthelsetjenestene i Norge. Aktivitetsdata fra NPR er hentet fra datasettene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for barn og unge og avtale-spesialister innen disse tjenestene.

Det ble først foretatt et uttrekk fra DÅR over alle dødsfall i perioden 2010–2021 registrert som selvmord eller følgetilstand etter skade/hendelse med uklar hensikt (X60–X84, Y87.0, Y10–34, Y87.2) som underliggende dødsårsak. Etter at uttrekket er foretatt kobles registerdata fra DÅR med aktivitetsdata fra NPR (for PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister innen psykisk helse og rus). Alle personer som hadde minst én direkte kontakt, dvs. minst ett fysisk oppmøte innenfor en av de overnevnte tjenestene, enten ved poliklinikk eller døgnetenhet, inkluderes i det endelige utvalget. For utdypende beskrivelse av registerkoblingen, variabelutvalg og metode henviser vi til tidligere rapporter (Walby et al., 2018, 2020, 2022).

Kartleggingsskjemaet

Kartleggingssystemet er basert på *The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (NCISH) ved University of Manchester (NCISH, 2023). Som tidligere beskrevet (Walby et al., 2023), er metoden tilpasset norske forhold og modifisert for å kunne inkludere de ulike spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus. Kartleggingsskjemaet inneholder spørsmål om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet – data som ikke kan hentes ut fra

DÅR eller NPR. Skjemaet skal fortrinnsvis fylles ut av den behandleren som sist hadde klinisk kontakt med pasienten. Kartleggingsskjemaet sendes kryptert inn til Kartleggingssystemets database. Den tekniske løsningen og detaljert beskrivelse av innholdet i kartleggingsskjemaet samt nærmere detaljer om datainnsamlingen er beskrevet i Myhre et al. (2023).

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

Formalia, personvern og datasikkerhet

Kartleggingssystemet har dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 b for å kunne innhente og behandle opplysninger. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har utført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som bekrefter at Kartleggingssystemet oppfyller kravene i personvernlovgivningen. Denne er godkjent av personvernombudet ved Universitetet i Oslo. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har også gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider, hvor prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 (ref: 32494).

Kartleggingsskjemaene samles inn gjennom Nettskjematjenesten ved Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2023a). Alle data i Kartleggingssystemet lagres i en tilgangsstyrt database i *Tjenester for Sensitive Data* (TSD) ved Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2023b). TSD er en løsning utviklet for å samle inn, oppbevare og analysere sensitive data. Kun personer ansatt i Kartleggingssystemet har tilgang på data. Data utleveres ikke til andre instanser.

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

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

Analyse av data

Data er analysert med Tidyverse pakkene (Wickham og R Studio, 2017) i R versjon 4.2.3 (Cran-R project, 2022). Resultatene rapporteres hovedsakelig som frekvenser og andeler. Tid fra siste kontakt til selvmord rapporteres som kontinuerlig variabel med dager som enhet og median blir benyttet grunnet skjevfordelte data. Vi har også rapportert noen funn som rater. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i de aktuelle sektorene det siste året fordelt på kjønn, er brukt som populasjon for å estimere ratene. Selvmordsratene i PHV-V og TSB er ujusterte og beregnet per 100 000 pasienter. Selvmordsratene i PHV-BU og blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året er ujusterte og beregnet per 1 000 pasienter. Selvmordsrate fordelt på de regionale helseforetakene er ujustert og regnet per 1 000 årsverk. Konfidensintervaller for rater er utregnet med deltametoden.

Resultater

Resultatdelen er strukturert på følgende måte:

Første del av denne rapporten viser implementeringen av Kartleggingssystemet og utviklingen når det gjelder innsamling av kartleggingsskjemaer fra helseforetakene samt private institusjoner og avtalespesialister med avtale i perioden 2018–2021.

I andre del beskriver vi registerdata for perioden 2010–2021 samt data fra kartleggingsskjemaer for perioden 2018–2021.

I tredje del av rapporten retter vi spesielt fokus mot personer i direkte kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord. Først viser vi registerdata for perioden 2010–2021. Deretter viser vi data fra kartleggingsskjemaer for perioden 2018–2021.



Del 1

Implementering av Kartleggingssystemet

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

Resultater

Tabell 1.1. Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2021

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

Registerkoblingen mellom Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR) for 2021 besto av 315 personer. Dette utvalget inkluderer selvmord blant personer som hadde kontakt med én eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister) det siste året, og inkluderer også åtte personer med kun indirekte kontakt det siste året og seks personer på venteliste. Når disse ekskluderes fra utvalget, blir antall personer med direkte kontakt det siste året 301 personer.

Koblingsnøkkel er alle personer som har en gyldig kobling mellom registerdata fra DÅR og aktivitetsdata fra NPR. Personer vi mottok kartleggingsskjemaer på, men som ikke ble gjenfunnet i registerkoblingen, ble slettet. Dette gjaldt for 20 personer i 2021.

Koblingen mellom registerdata og koblingsnøkkel viste gyldig kobling av 295 skjemaer. I likhet med de foregående årgangene viste det seg at noen skjemaer kun hadde koblingsnøkkel til registerdata, men ikke kartleggingsskjema. I 2021 gjaldt dette fem skjemaer. En mulig forklaring kan være at kartleggingsskjemaet er påbegynt, men ikke fullført, og at den første delen av skjemaet med koblingen har blitt sendt inn, men ikke selve skjemaet. Siden vi ikke har direkte identifiserbar informasjon, er det vanskelig å verifisere årsaken. Totalt antall kartleggingsskjemaer med gyldig kobling til registerdata var derfor 290 for 2021. Vi mottok 10 skjemaer der det viste seg å være indirekte kontakt.

Dekningsgraden for de fire årene var henholdsvis 82,9 %, 93,4 %, 92,1 % og 93,0 %. Tall fra foregående år er justert grunnet noen små endringer i utregningsmåte.

Tabell 1.2 Dekningsgrad per sektor og år, 2018–2021

Sektor	2018	2019	2020	2021	Totalt
PHV-V	82,1 %	97,1 %	95,6 %	95,2 %	92,6 %
TSB	88,0 %	93,9 %	89,1 %	90,2 %	90,3 %
BUP	80,0 %	75,0 %	91,7 %	92,3 %	86,8 %
Avtalespesialister	80,0 %	50,0 %	57,9 %	72,2 %	65,3 %

Totalt var dekningsgraden av registrerte skjemaer høyest i PHV-V (92,6 %) etterfulgt av TSB (90,3 %) (Tabell 1.2). Det var særlig stor variasjon fra år til år i andel registrerte kartleggingsskjemaer

fra avtalespesialister, og i motsetning til de andre sektorene var andelen registrerte kartleggingsskjemaer høyest i 2018.

Tabell 1.3 Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2021 (n=1109)

År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
2018	64	25,4	188	74,6	252
2019	117	39,5	179	60,5	296
2020	111	39,5	170	60,5	281
2021	114	40,7	166	59,3	280
Totalt	406	36,6	703	63,4	1109

I 2021 ble henholdsvis 40,7 % og 59,3 % av skjemaene sendt inn i trinn 1 og trinn 2 (Tabell 1.3). Andelen skjemaer som ble sendt inn i trinn 1 og trinn 2 har holdt seg stabil fra 2019–2021.

Siden 2018-årgangen hovedsakelig var basert på retrospektiv registrering, ser denne noe annerledes ut.

Tabell 1.4 Antall skjema fordelt på trinn per sektor, 2018–2021 (n=1109)

Sektor	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
PHV-V	342	39,8	517	60,2	859
TSB	47	28,0	121	72,0	168
PHV-BU	9	27,3	24	72,7	33
Avtalespesialister	8	16,3	41	83,7	49
Totalt	406	36,6	703	63,4	1109

PHV-V sendte inn flest skjemaer (77,5 % av totalt antall skjemaer). PHV-V sendte inn en noe høyere andel skjemaer i trinn 1 sammenlignet med de andre sektorene (tabell 1.4).

Tabell 1.5 Antall skjema fordelt på trinn per regionalt helseforetak, 2018–2021 (1109)

Regionalt helseforetak	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
Helse Sør-Øst RHF	260	40,3	385	59,7	645
Helse Vest RHF	55	25,2	163	74,8	218
Helse Midt-Norge RHF	50	42,7	67	57,3	117
Helse Nord RHF	41	31,8	88	68,2	129
Totalt	406	36,6	703	63,4	1109

Som det desidert største regionale helseforetaket, ble det naturlig nok sendt inn flest skjemaer fra Helse Sør-Øst RHF (58 % av totalt antall skjemaer). Andelen skjemaer som ble levert i trinn 1 og

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

Tabell 1.6 Rollen personen som registrerte kartleggingskjema hadde overfor pasienten, 2018–2021 (n=1061)

	År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
		n	%	n	%	n	%
Ansvarlig behandler	2018	22	34,9	54	31,0	76	32,1
	2019	51	44,0	51	30,0	102	35,7
	2020	58	53,2	54	33,5	112	41,5
	2021	65	57,0	50	32,5	115	42,9
	Totalt	196	48,8	209	31,7	405	38,2
Direkte kontakt	2018	26	41,3	63	36,2	89	37,6
	2019	58	50,0	54	31,8	112	39,2
	2020	64	58,7	56	34,8	120	44,4
	2021	70	61,4	66	42,9	136	50,7
	Totalt	218	54,2	239	36,3	457	43,1

Andelen som var ansvarlig behandler for pasienten de registrerte var høyere for trinn 1 (48,8 %) enn trinn 2 (31,7 %), og andelen ansvarlige behandlere i trinn 1 har økt i løpet av perioden (Tabell 1.6). I perioden 2018–2021 var totalt 38,2 % av de som registrerte skjemaer ansvarlig behandler for pasienten. Totalt hadde 43,1 % direkte kontakt

med pasienten, andelen var 54,2 % i trinn 1 og 36,3 % i trinn 2. Andelen som hadde direkte kontakt med pasienten de registrerte har også økt i løpet av perioden. Avtalespesialister er ikke inkludert i disse tallene siden dette ikke er relevant i denne delen av tjenesten.

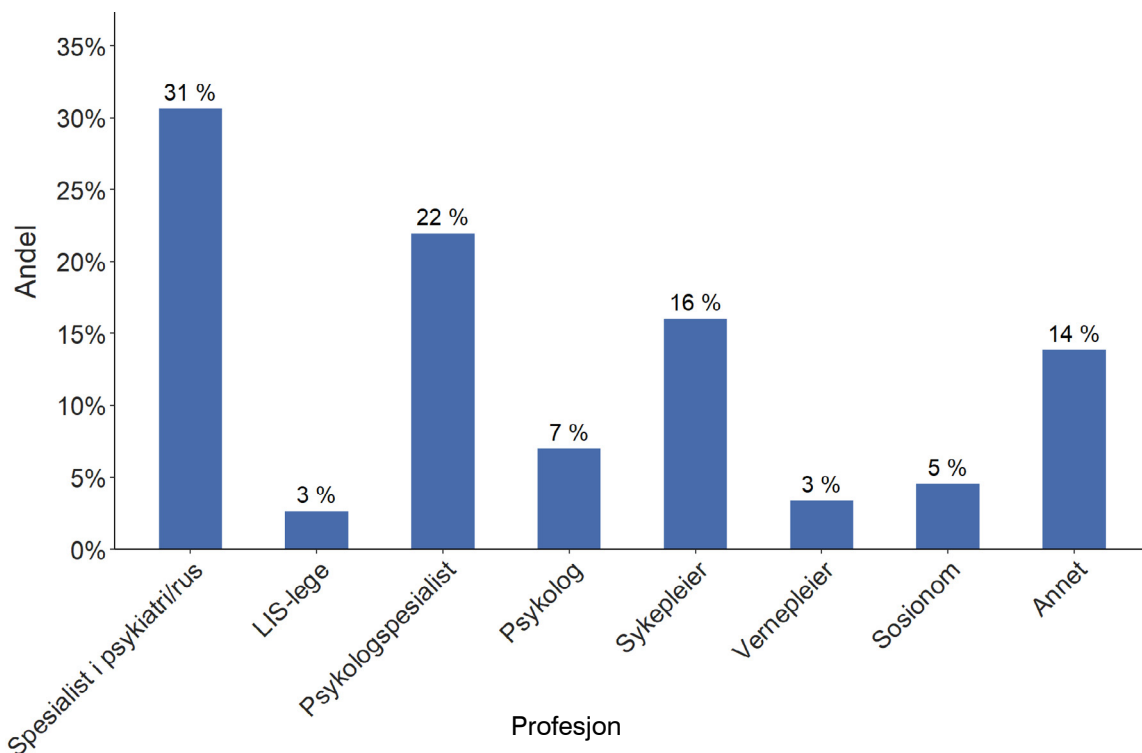
Tabell 1.7 Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet, 2018–2021 (n=1109)

År	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
2018	46	71,9	64	34,0	110	43,7
2019	82	70,1	59	33,0	141	47,6
2020	87	78,4	61	35,9	148	52,7
2021	94	82,5	63	38,0	157	56,1
Totalt	309	76,1	247	35,1	556	50,1
Informasjon ikke gitt	97	23,9	456	64,9	553	50,8
Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet	74	76,3	408	89,5	482	87,2
Pårørende er ikke kjent med dødsårsak og/eller kontakt med tjenestene	23	23,7	48	10,5	71	12,8

Totalt informerte halvparten om registrering i Kartleggingssystemet til de pårørende, og det har vært en økning i andelen som informerte pårørende om registreringen (Tabell 1.7).

I tilfellene der ikke informasjon ble gitt var *Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet* grunnen i 87,2 % av tilfellene.

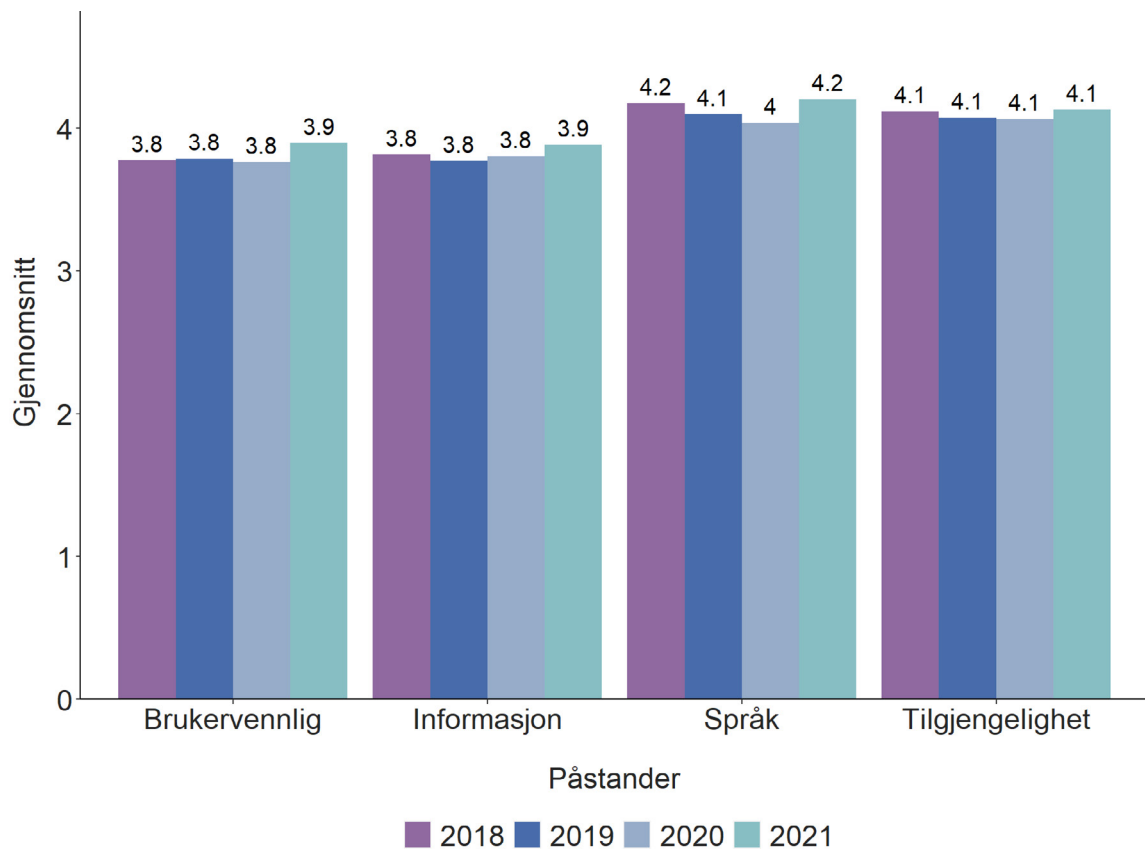
Figur 1.1 Profesjoner som har registrert kartleggingsskjemaer for selvmord i perioden 2018–2021 (n=1061)



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

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

Figur 1.2 Tilbakemeldinger på kartleggingsskjemaet, 2018–2021 (n=957)



På slutten av kartleggingsskjemaet er det mulighet for å besvare et evalueringsskjema. Skalaen går fra 1-5, og de fleste spørsmålene ble rangert til

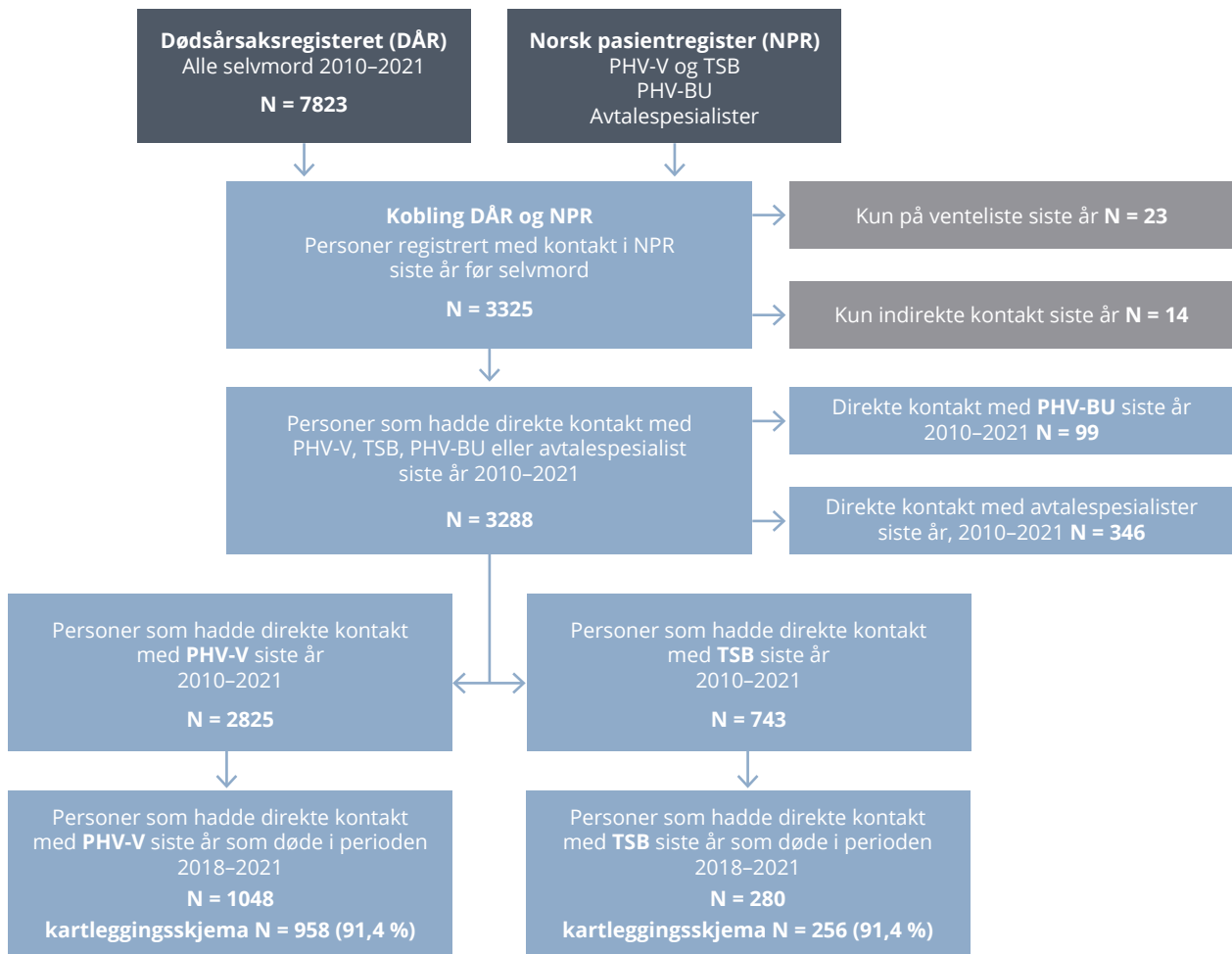
rundt 4. Rangeringen har holdt seg stabil i løpet av perioden (Figur 1.2). Median tid brukt på å fylle ut et kartleggingsskjema var 32 minutter.

Del 2

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

I denne delen beskriver vi registerdata for perioden 2010–2021 samt data fra kartleggings skjemaet for perioden 2018–2021. Først viser vi registerdata på personer i kontakt med én eller flere av tjenestene (PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister) det siste året før selvmord. Deretter viser vi registerdata og data fra kartleggings skjemaet på henholdsvis personer som hadde kontakt med PHV-V og TSB det siste året før selvmord. Til slutt presenterer vi noen utvalgte registerdata på personer som hadde kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord.

Figur 2.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2021 samt data fra kartleggingskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2021



Figur 2.1 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2010–2021. Figuren viser antall personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister det siste året før selvmord i perioden 2010–2021, samt antall personer som var i direkte kontakt med PHV-V og TSB det siste året før selvmord i perioden 2018–2021 og antall personer med kartleggingskjemaer innenfor disse to sektorene i denne perioden.

Personer kan ha vært i kontakt med flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord. I perioden 2010–2021 hadde 471 personer direkte kontakt i både PHV-V og TSB det siste året. I perioden 2018–2021 hadde

179 personer direkte kontakt i begge sektorer, og 164 kartleggingskjemaer gjelder personer med kontakt i både PHV-V og TSB det siste året – noe som fører til at disse personene både inkluderes i del 2.2 og del 2.3.

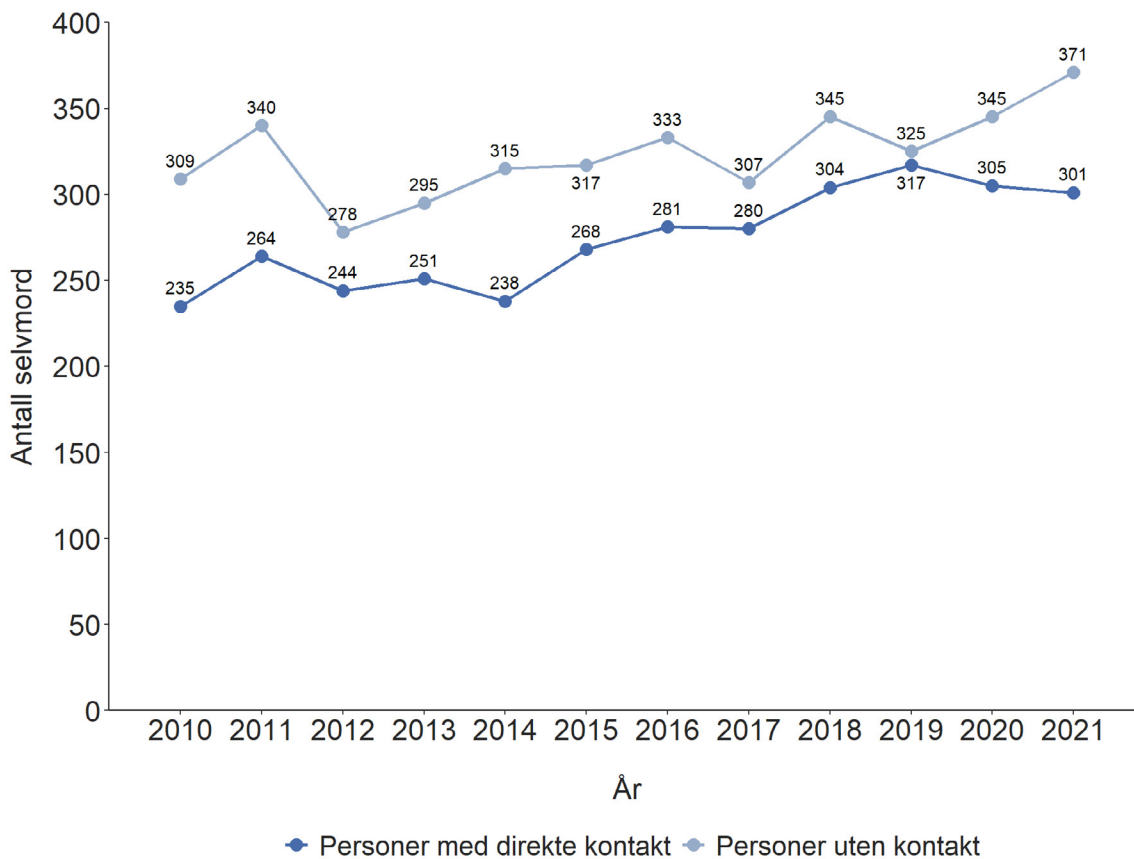
Data på personer med direkte kontakt i PHV-BU det siste året før selvmord beskrives i del 2.4, men her beskrives kun antall selvmord og selvmordsrate. For utfyllende beskrivelse av selvmord i PHV-BU viser vi til rapporten *Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008–2018* (Walby et al., 2022). Beskrivelse av selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialister vil bli presentert i del 3.

2.1 Selvmord blant personer i kontakt med én eller flere ulike sektorer det siste året

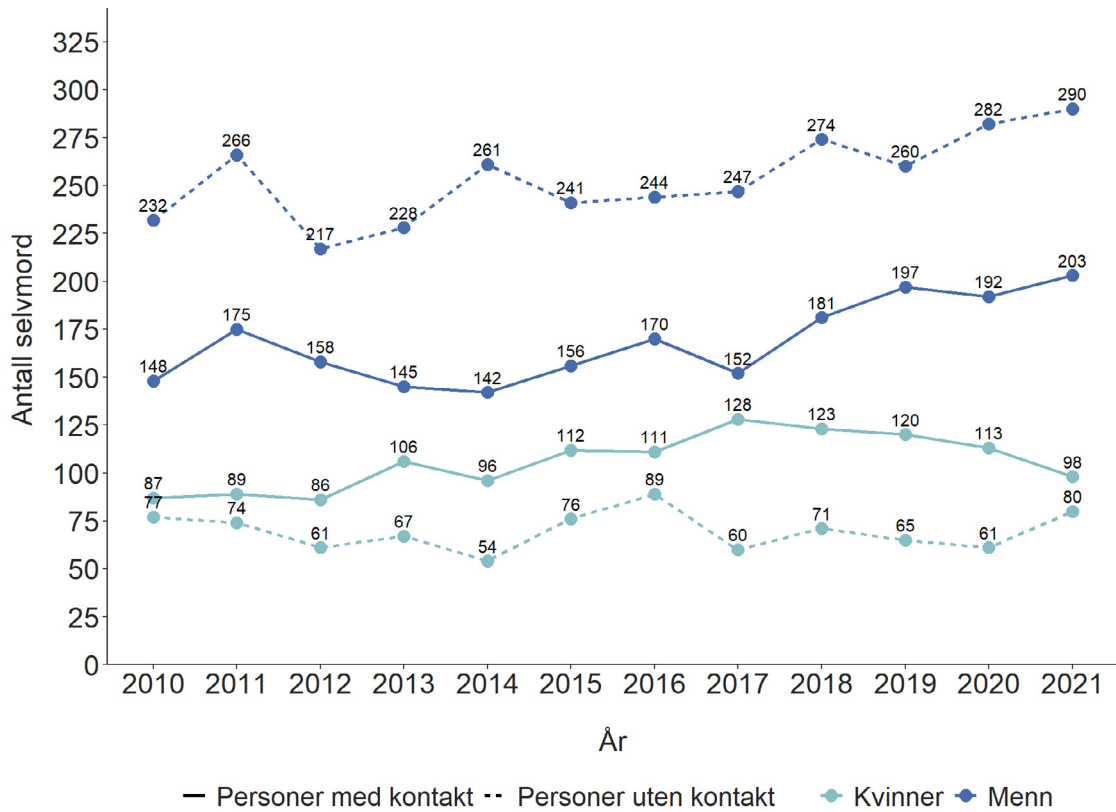
I del 2.1 beskriver vi registerdata for perioden 2010–2021 på alle personer som hadde direkte kontakt med én eller flere av sektorene innenfor spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (PHV-V, PHV-BU, TSB og avtalespesialister) det siste året før selvmord.

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

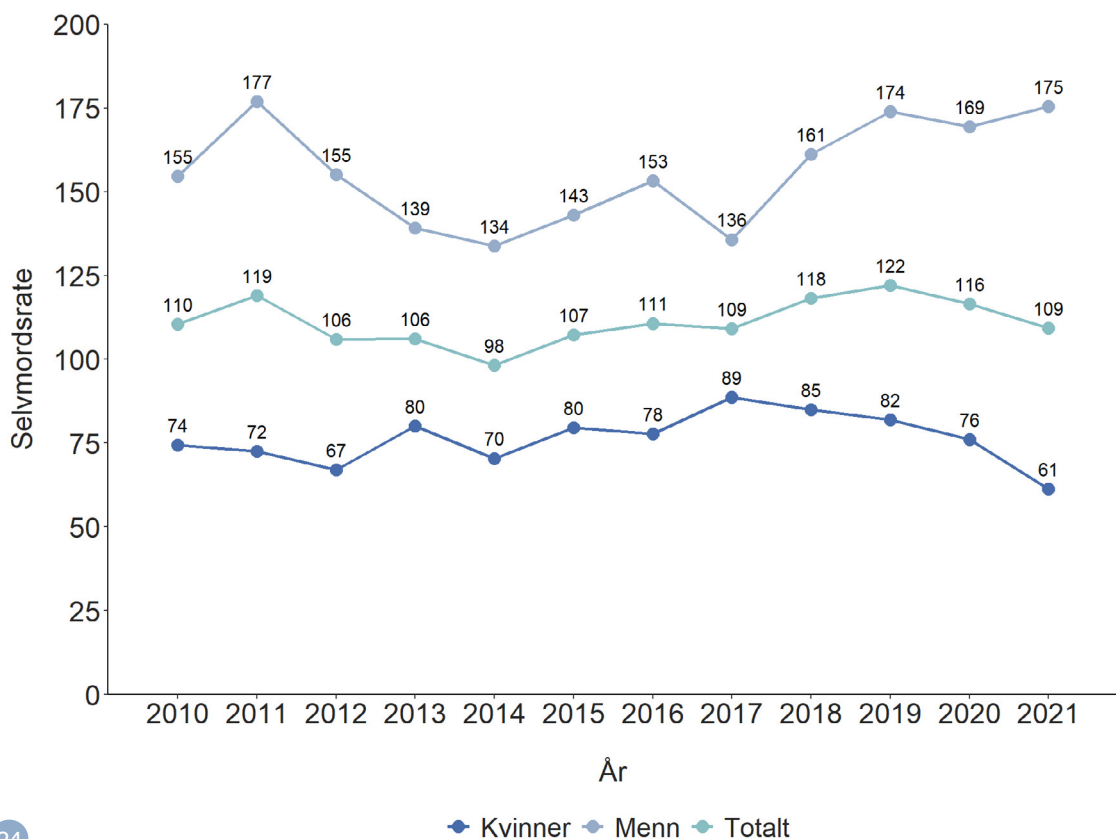
Figur 2.1.1 Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2021 (n=7168)



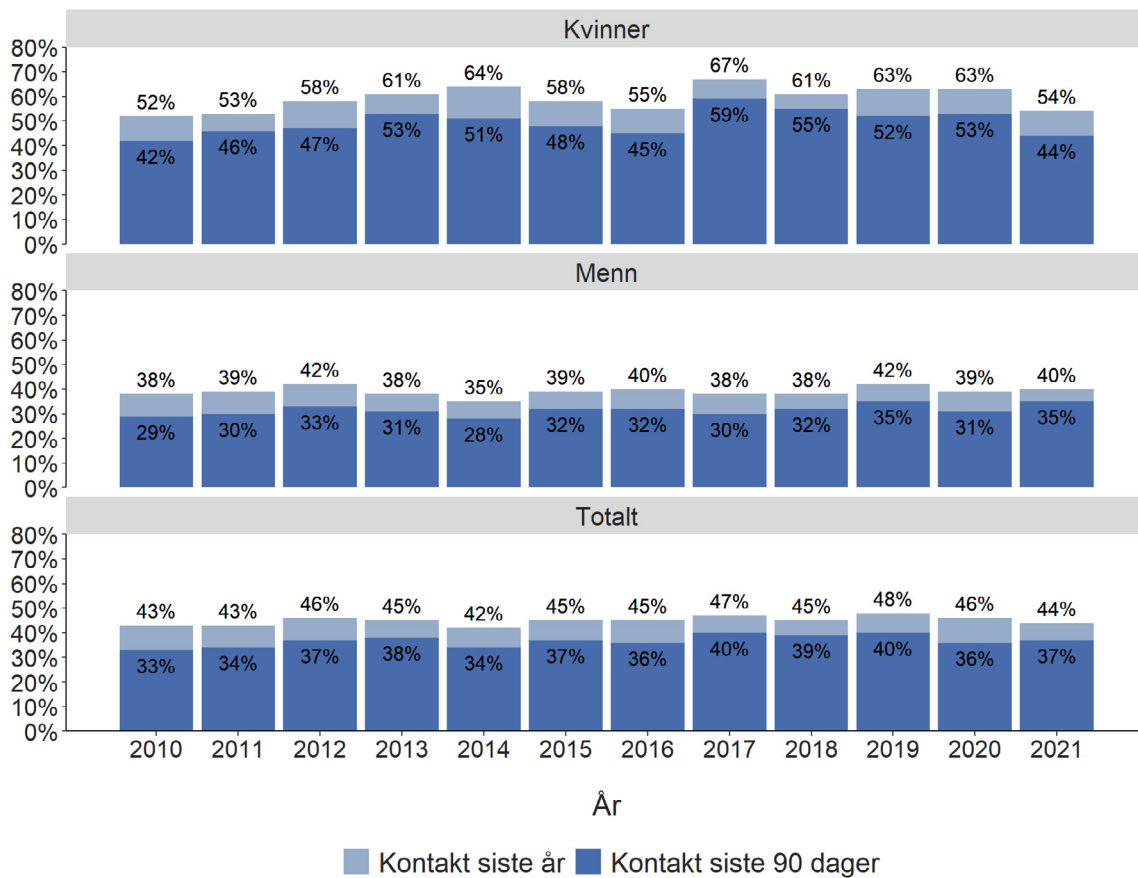
Figur 2.1.2 Antall selvmord blant personer med og uten kontakt det siste året, fordelt på kjønn, 2010–2021 (n=7168)



Figur 2.1.3 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2021



Figur 2.1.4 Andel i kontakt med tjenestene det siste året og de siste 90 dagene før selvmord, 2010–2021



Totalt hadde 3 288 personer direkte kontakt med én eller flere av sektorene innenfor spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2010–2021, mens 3 880 personer ikke hadde vært i kontakt med tjenestene det siste året før selvmord. Totalt var 91 personer på venteliste, mens 57 personer hadde indirekte kontakt med tjenestene det siste året før selvmord. Det har vært en jevn økning i antall selvmord blant personer i kontakt med tjenestene i perioden 2010–2021 (Figur 2.1.1), noe som samsvarer med at det har vært en økning i totalt antall selvmord over perioden. Som figur 2.1.2 viser er kurvene for kvinner og menn ulike. Fra 2017 gikk antall selvmord blant kvinner i kontakt med tjenestene nedover mens antall selvmord blant menn i kontakt gikk oppover. Selvmord blant personer som har hatt kontakt med fastlege, kommunehelsetjenesten og psykologer/psykiatere uten driftsavtale, er ikke

inkludert i vårt datamateriale. Totalt sett vil antall personer som har hatt kontakt med tjenester for psykisk helse og rus være høyere.

Til tross for økning i antall selvmord har den totale selvmordsraten holdt seg forholdsvis stabil over perioden. Blant menn er det en tendens til økning de siste årene, mens det blant kvinner er en tendens til reduksjon (Figur 2.1.3). Raten var totalt 111,2 per 100 000 pasienter (KI 107,4–115,0), henholdsvis 76,2 per 100 000 (KI 72,0–80,4) for kvinner og 156,1 per 100 000 (KI 149,3–162,9) for menn. Det har vært en jevn økning i antall pasienter i tjenestene over perioden, og fra 2020 til 2021 var det en økning i antall kvinnelige pasienter (fra 148 621 pasienter i 2020 til 159 874 pasienter i 2021). En nedgang i antall selvmord blant kvinner i kontakt med tjenestene og en samtidig økning i antall pasienter gjør at vi ser en nedgang i selvmordsrate det siste året.

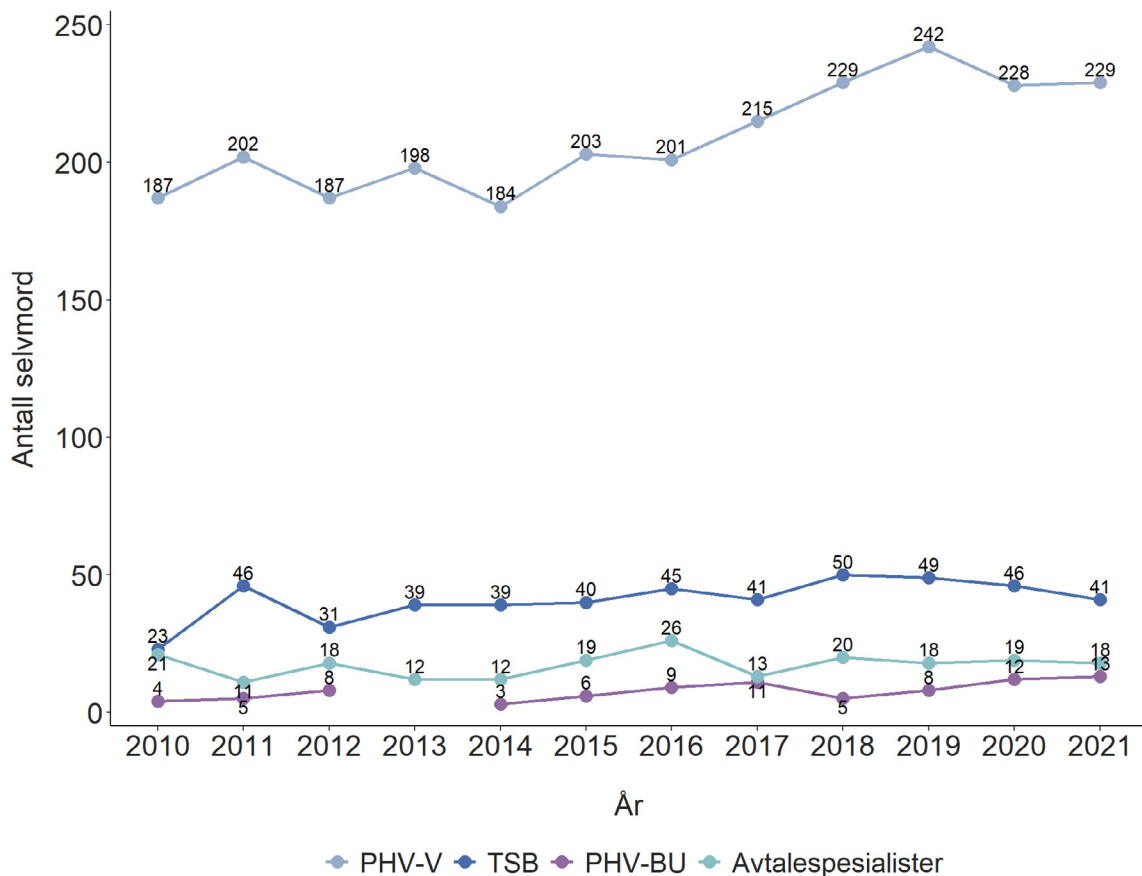
Totalt var 45,9 % i kontakt med én eller flere spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2010–2021. Andelen som var i kontakt med tjenestene de siste 90 dagene var 37,6 %. Andelen kvinner i kontakt før selvmord var betydelig høyere enn andelen menn i kontakt. Totalt var 60,3 % av kvinnene i kontakt i løpet av det siste året og 50,5 % de siste 90 dagene, mens 39,9 % av mennene var i kontakt i løpet av det siste året og 32,3 % de siste 90 dagene. I 2021 var 54,1 % av kvinnene og 40,3 %

av mennene i kontakt i løpet av det siste året. For kvinner er dette en betydelig nedgang fra 2020, og ligger også godt under gjennomsnittet i tidsperioden (Figur 2.1.4).

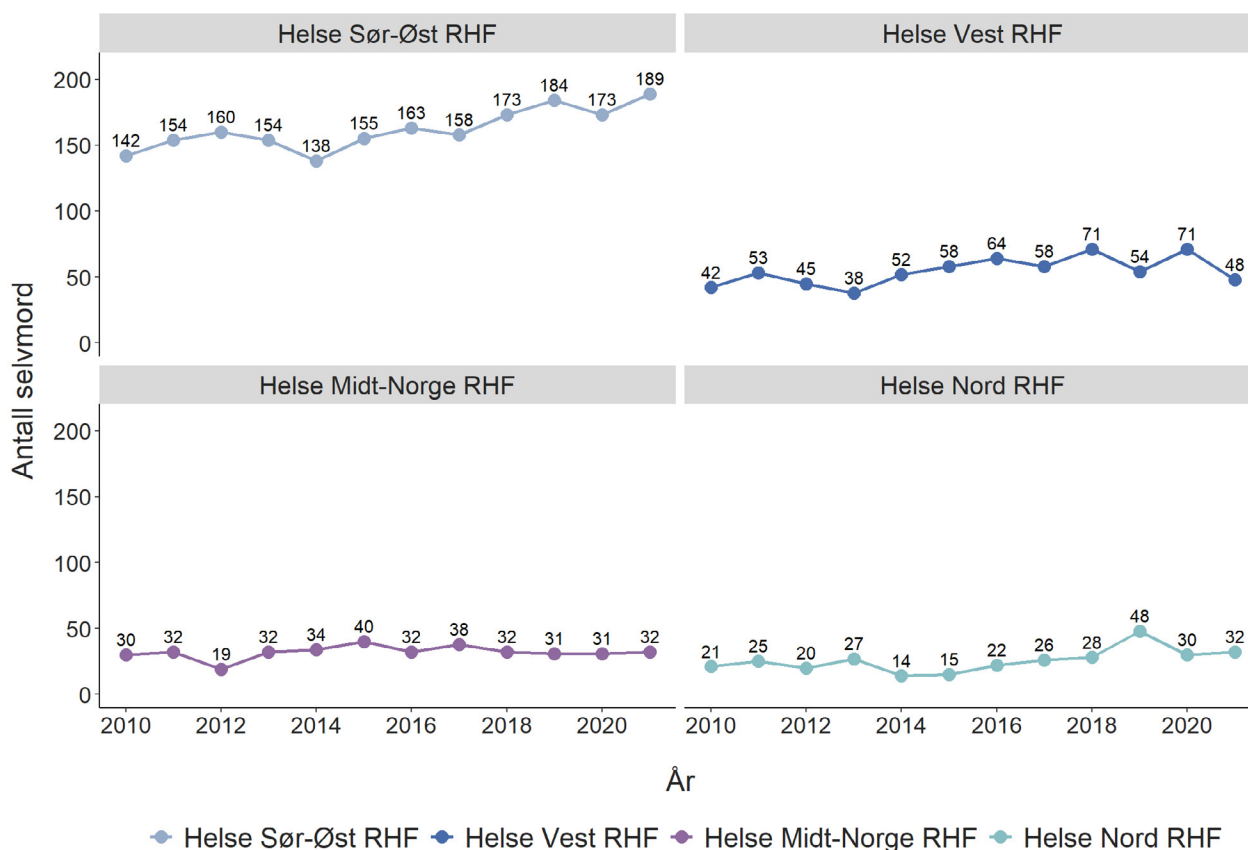
Perioden med de mest uttalte endringene sammenfaller med COVID-19-pandemien, der vi ser en del endringer for kvinner, både når det gjelder antall selvmord, selvmordsrate og andel i kontakt. Hva som forklarer endringen bør undersøkes nærmere og monitoreres videre.

Sektor og helseregion ved siste kontakt

Figur 2.1.5 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2021 (n=3288)



Figur 2.1.6 Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt, blant personer i kontakt med tjenestene det siste året, 2010–2021 (n=3288)



Antall selvmord blant personer med siste kontakt i PHV-V har økt noe fra 2017, men flatet ut de to siste årene (Figur 2.1.5). For de andre sektorene er antallet stabilt. Antall selvmord i PHV-BU vises ikke i grafen der antallet selvmord er mindre enn tre.

Det er kun i Helse Sør-Øst RHF man ser en tydelig økning i antall selvmord (Figur 2.1.6). For de andre regionale helseforetakene har antallet holdt seg

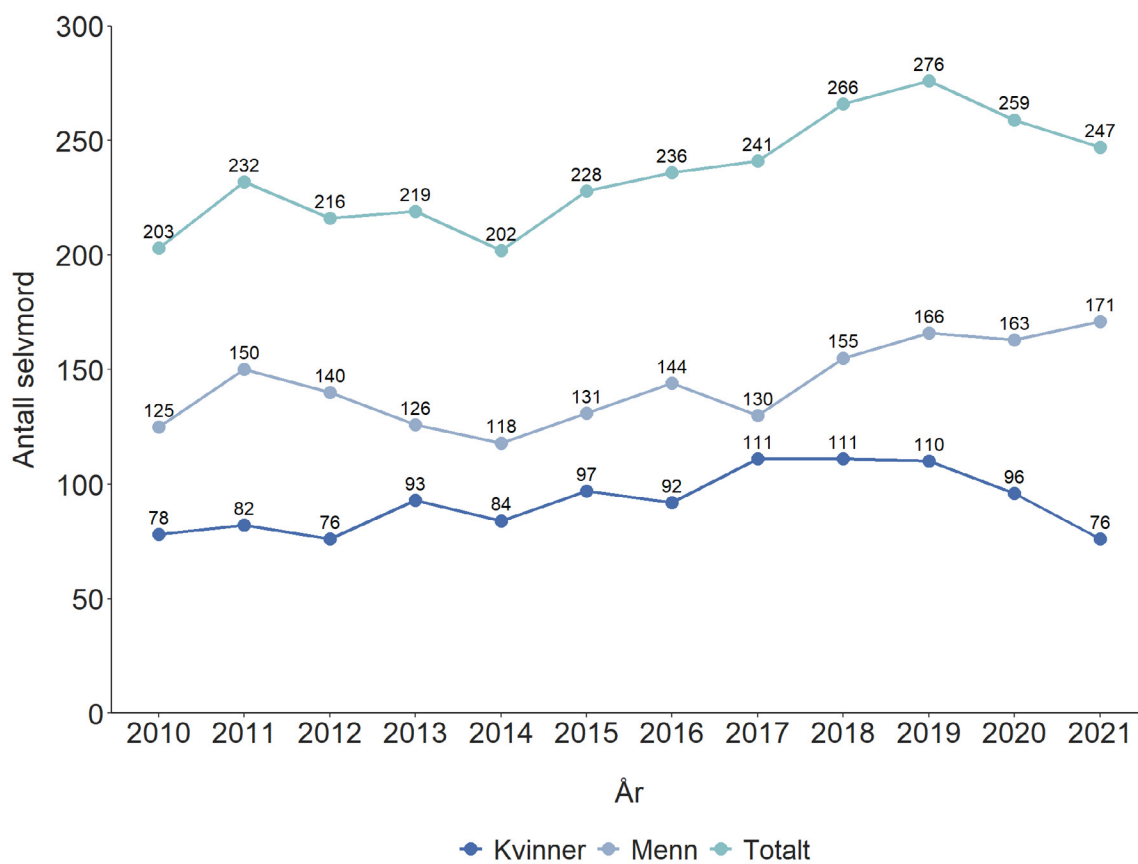
mer stabilt, men med noen svingninger. Det er store forskjeller i pasientgrunnlag i de regionale helseforetakene Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Norge RHF (Helsedirektoratet, 2022), noe som innebærer at alle sammenligninger på tvers av regionale helseforetak må ses i forhold til dette.

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

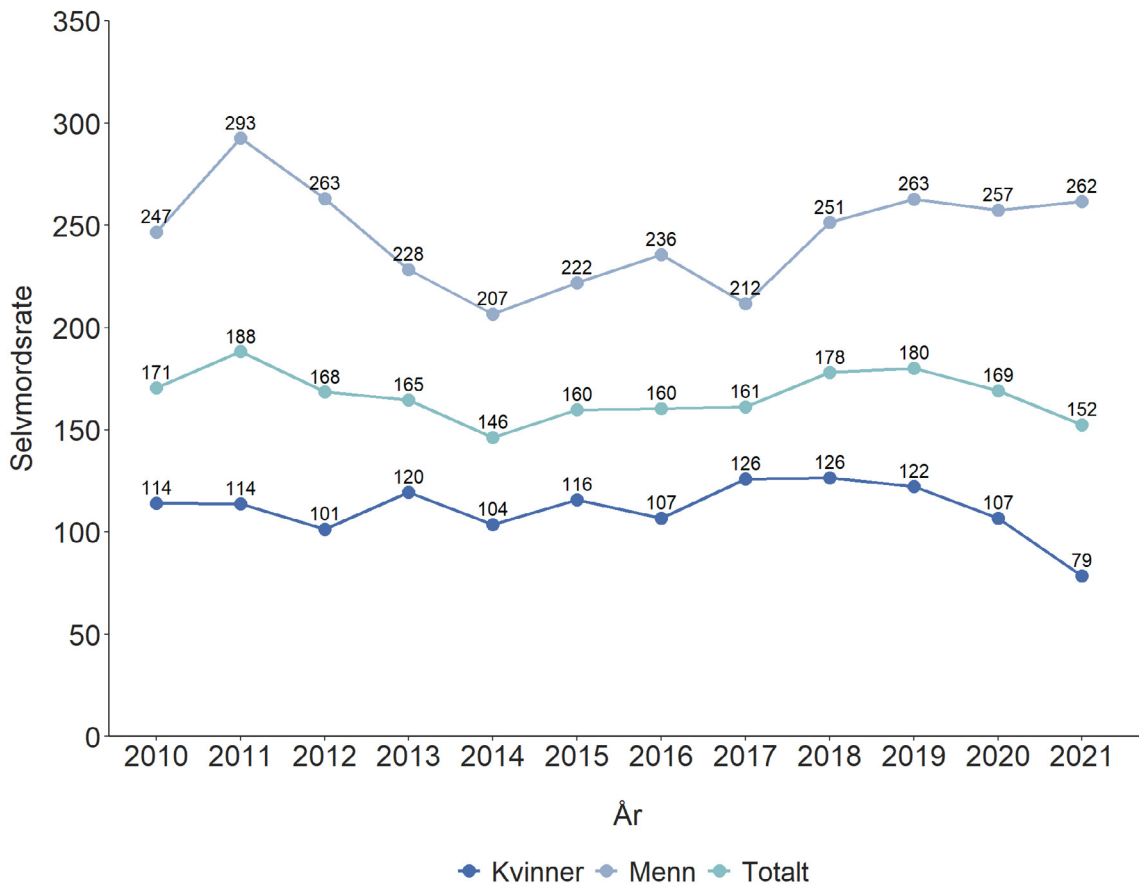
I det følgende beskrives data på selvmord blant personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV-V) det siste året. Dette er sektoren med klart flest selvmord (som vist i Figur 2.1.5). Vi vil først vise utvalgte registerdata for perioden 2010–2021 og deretter utvalgte data fra kartleggingskjemaet for årene 2018–2021.

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

Figur 2.2.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=2825)



Figur 2.2.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021



I perioden 2010–2021 hadde 2 825 personer kontakt med PHV-V det siste året før de døde i selvmord. Totalt har det vært en tendens til økning i antall selvmord i PHV-V i perioden, men antallet har gått noe ned de siste årene (Figur 2.2.1). Denne reduksjon skyldes kun en nedgang i antall selvmord blant kvinner.

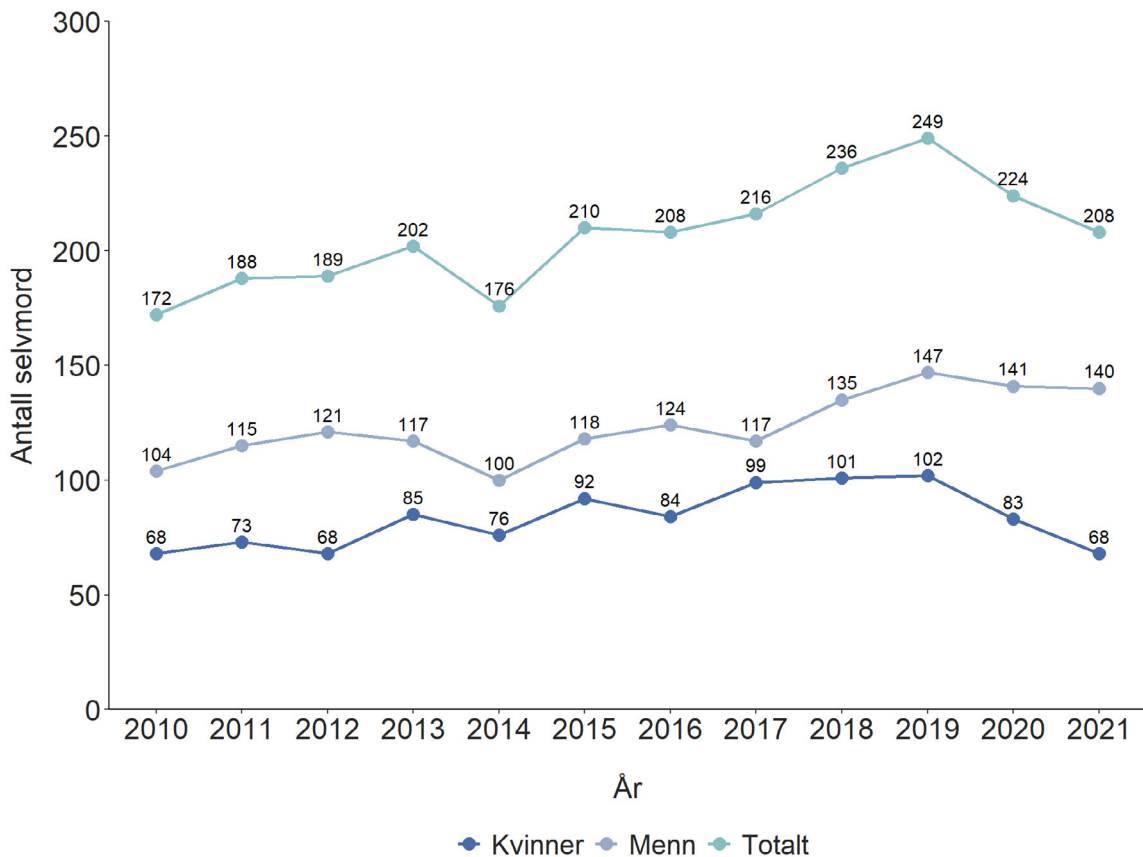
Selvmondsraten blant pasienter i PHV-V var totalt 166,3 per 100 000 pasienter (95 % KI 160,2–172,4) i perioden 2010–2021. Blant kvinner var raten 111,0 per 100 000 (95 % KI 104,5–117,5) og blant menn var raten 244,7 per 100 000 (95 %

KI 233,2–256,3). Selvmordsraten blant kvinner i kontakt har gått ned de siste årene med en markant reduksjon i 2021, noe som også fører til at den totale selvmordsraten har gått noe ned (Figur 2.2.2). Blant menn har selvmordsraten holdt seg stabil de siste årene. Som tidligere beskrevet er det kombinasjonen av færre selvmord blant kvinner i kontakt og den samtidige økningen av kvinnelige pasienter fra 2020 til 2021 som fører til reduksjonen i selvmordsraten blant kvinner – dette er spesielt tydelig i 2021.

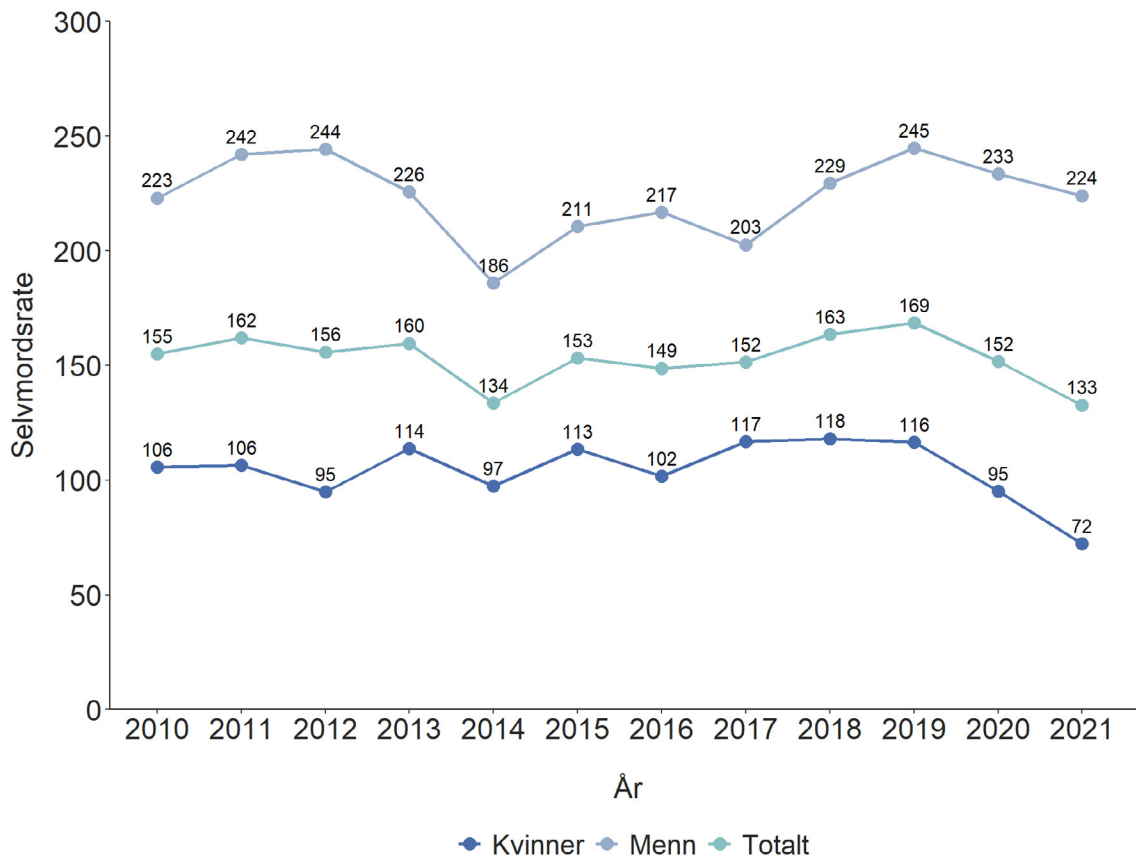
Antall selvmord og selvmordsrate fordelt på omsorgsnivå

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

Figur 2.2.3 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2021 (n=2478)



Figur 2.2.4 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2021

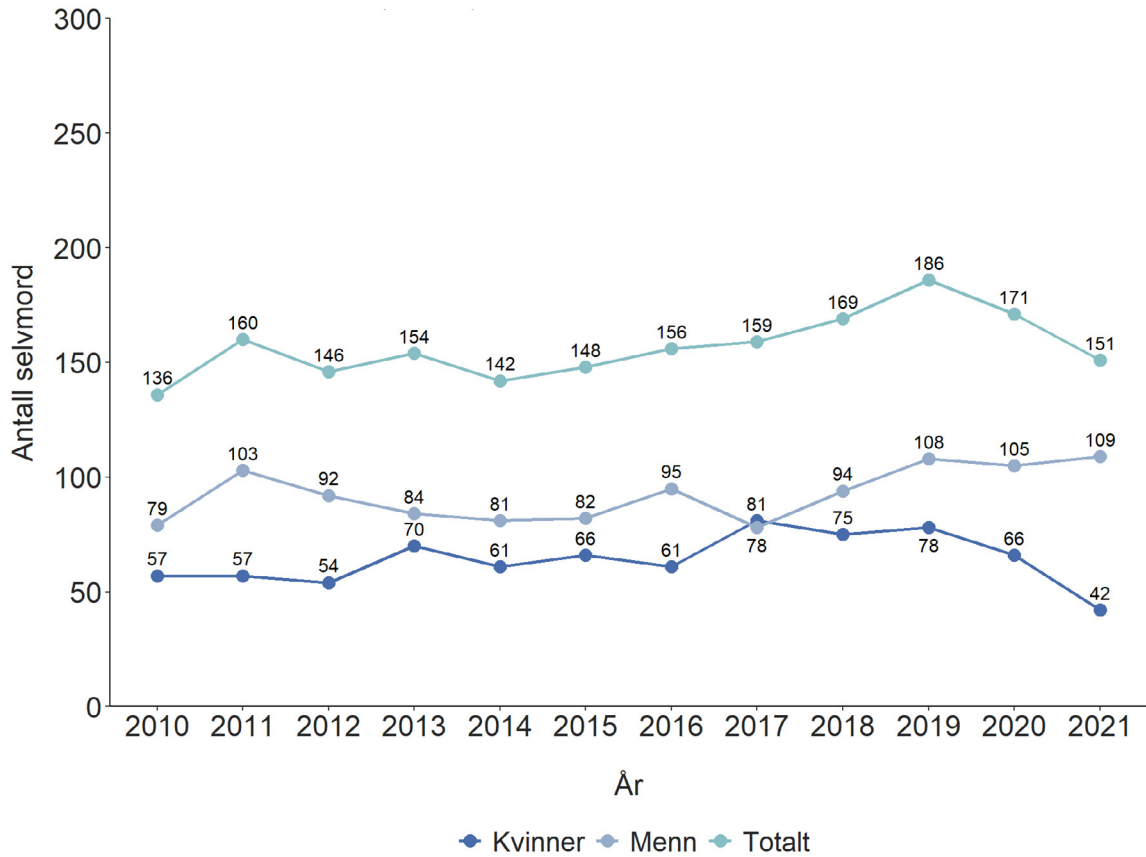


I likhet med figur 2.2.1 har det totalt sett over tidsperioden vært en tendens til økning i antall selvmord blant personer som hadde kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, men en nedgang de siste årene (Figur 2.2.3). Det at disse figurene viser den samme trenden er naturlig da majoriteten hadde kontakt med PHV-V poliklinikk i løpet av det siste året. Nedgangen de siste årene var blant kvinner, mens antallet har holdt seg stabilt de siste årene blant menn.

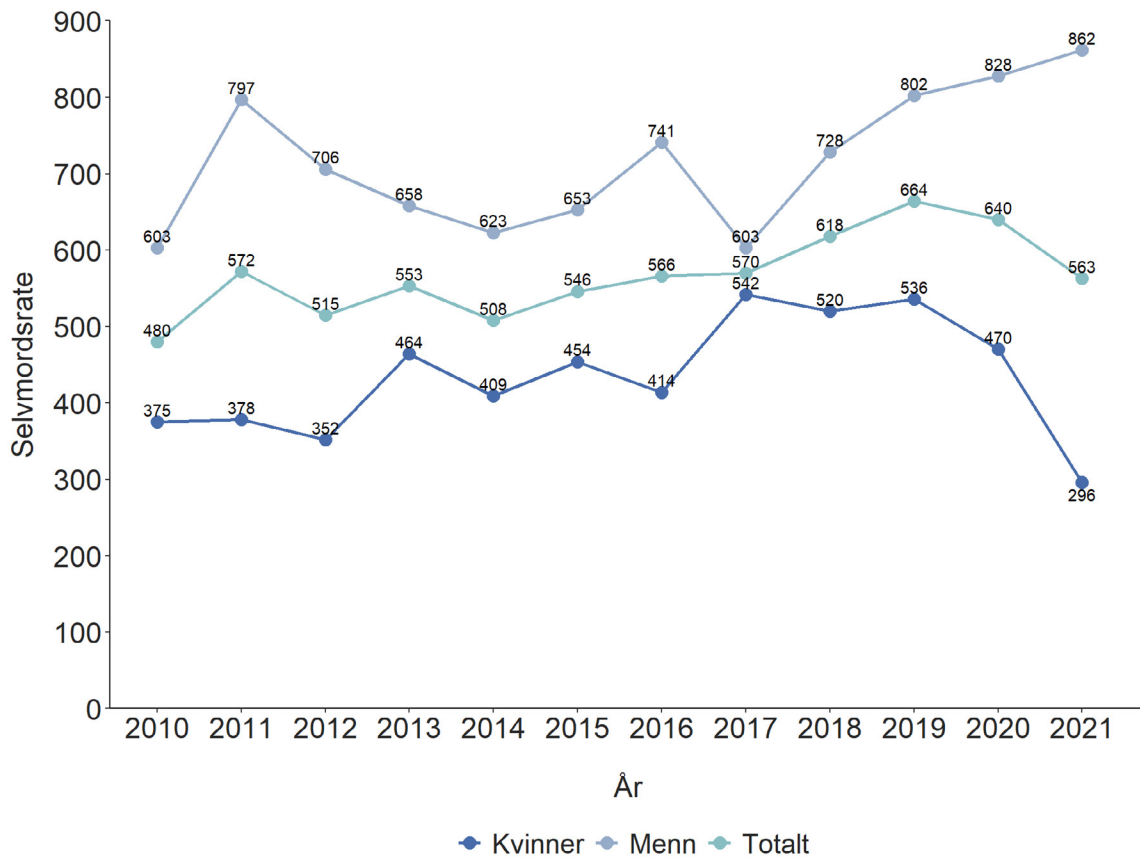
I perioden 2010–2021 var selvmordsraten i PHV-V poliklinikk 152,7 per 100 000 pasienter (95 % KI 146,7–158,7), henholdsvis 104,0 per 100 000 (95 % KI 97,6–110,4) for kvinner og 223,4 per 100 000 (95 % KI 212,0–234,7) for menn. Selvmordsraten i PHV-V poliklinikk har holdt seg forholdsvis stabil over perioden, men de siste årene og særlig i 2021 ser man en tendens til reduksjon, spesielt blant kvinner (Figur 2.2.4). Det har vært en vesentlig økning i antall pasienter i PHV-V poliklinikk, spesielt blant kvinner og økningen var særlig stor fra 2020 til 2021, noe som også fører til en nedgang i selvmordsraten.

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

Figur 2.2.5 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer med døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=1878)



Figur 2.2.6 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021



Når det gjelder antall selvmord blant personer som hadde døgnopphold i løpet av det siste året, er trenden den samme som vi ser i PHV-V poliklinikk og totalt i PHV-V, men nedgangen blant kvinner fra 2020–2021 var enda tydeligere (Figur 2.2.5).

Den totale selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året var 565,7 per 100 000 pasienter (95 % KI 540,3–591,2) i perioden 2010–2021, henholdsvis 433,6 per 100 000 (95 % KI 403,1–464,2) for kvinner og 716,8 per 100 000 (95 % KI 674,9–758,7) for menn. Som figur 2.2.6 viser, har selvmordsraten blant menn med døgnopphold i PHV-V økt de siste årene. For kvinner har det derimot vært en kraftig reduksjon i 2021 grunnet en prosentvis stor nedgang i antall selvmord blant personer med døgnopphold det siste året, noe som vil være viktig å monitorere videre. Pasientgrunnetaget for døgnopphold i PHV-V har totalt sett gått ned i løpet av tidsperioden, særlig blant kvinner. Det har vært en del

svingninger fra år til år og det var ingen tydelig endring i antall pasienter fra 2020–2021. Som vi også skrev i forrige årsrapport (Walby et al., 2023) har selvmordsraten blant menn med minst ett døgnopphold i PHV-V økt, særlig de siste årene på tross av et stabilt antall pasienter. Vi kan ikke vite årsaken til dette, men det kan ha med endringer i pasientutvalget å gjøre. Uansett er dette viktig å undersøke nærmere og fortsette å monitorere.

Selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året var 3,7 ganger så høy som blant pasienter med poliklinisk kontakt i PHV-V det siste året. Blant kvinner var raten 4,1 ganger så høy, mens den var 3,2 ganger så høy for menn med døgnopphold. Sammenlignet med i befolkningen generelt var selvmordsraten nesten 50 ganger høyere (12,4 per 100 000 personer i 2021) (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette er tilsvarende tall som vi presenterte i forrige årsrapport (Walby et al., 2023).

Kjønns- og aldersfordeling

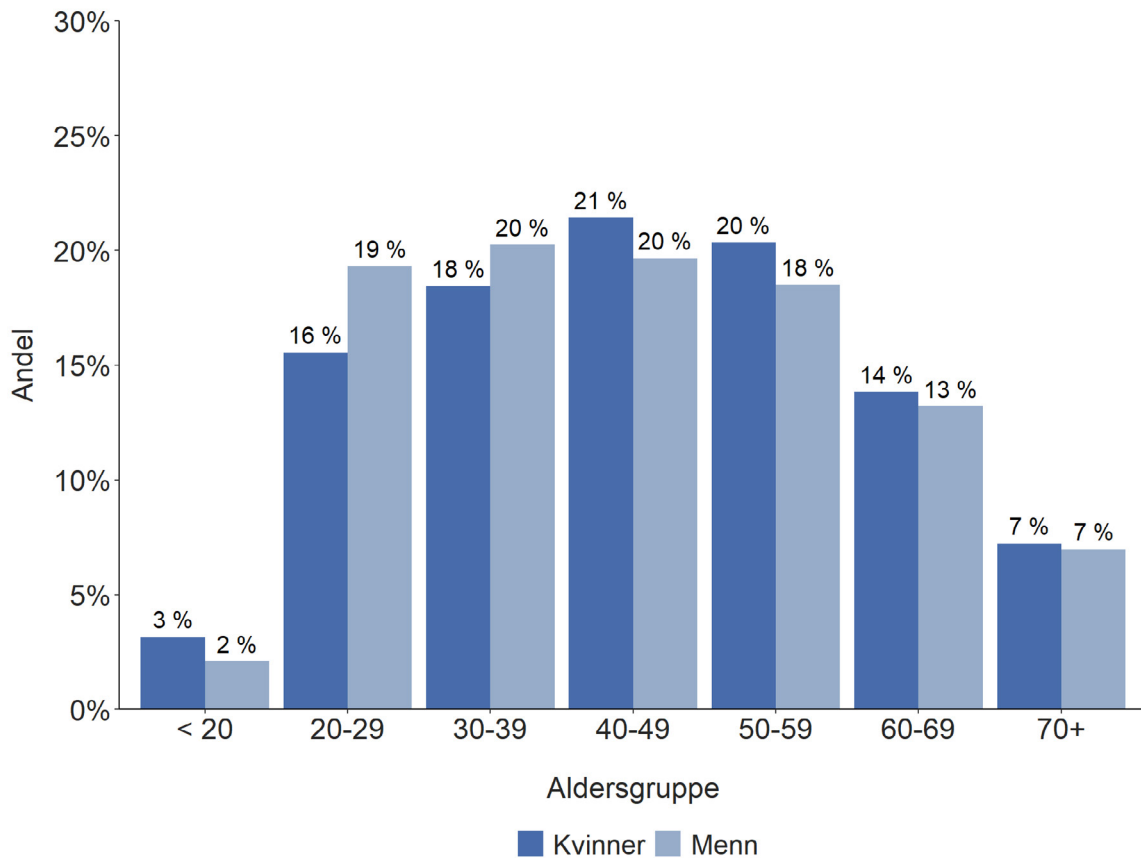
Tabell 2.1.1 Kjønnsfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)

År	Kvinner		Menn		Ratio
	n	%	n	%	
2010	78	38,4	125	61,6	1,6
2011	82	35,3	150	64,7	1,8
2012	76	35,2	140	64,8	1,8
2013	93	42,5	126	57,5	1,4
2014	84	41,6	118	58,4	1,4
2015	97	42,5	131	57,5	1,4
2016	92	39,0	144	61,0	1,6
2017	111	46,1	130	53,9	1,2
2018	111	41,7	155	58,3	1,4
2019	110	39,9	166	60,1	1,5
2020	96	37,1	163	62,9	1,7
2021	76	30,8	171	69,2	2,2
Totalt	1106	39,0	1719	60,8	1,6

Totalt hadde 1 106 kvinner (39,2 %) og 1 719 menn (60,8 %) kontakt med PHV-V i løpet av det siste året før selvmord i perioden 2010–2021 (Tabell 2.1.1). Den totale menn/kvinner-ratioen lå på 1,6. Det er

en del svingninger fra år til år så det er ikke mulig å se en tydelig trend over perioden, men i 2021 var ratioen på det høyeste som følge av færre kvinner i kontakt før selvmord.

Figur 2.2.7 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)

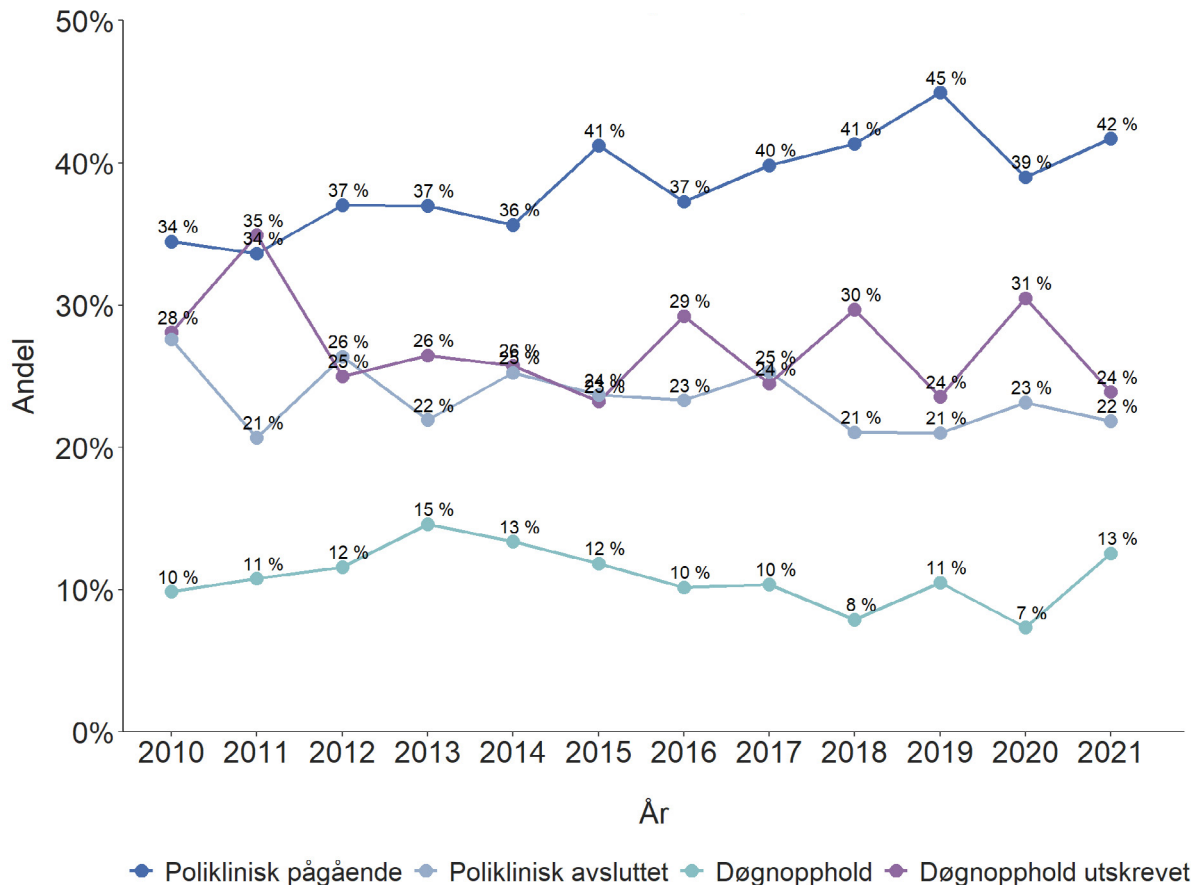


I perioden 2010–2021 var gjennomsnittsalderen blant personer som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V det siste året 45,0 år, henholdsvis 45,7 år og 44,6 år for kvinner og menn. Det var ingen vesentlige forskjeller i andelen selvmord i aldersgruppene fra 20–29 år til 50–59 år, men en tydelig utflating blant de yngste og de eldste (Figur 2.2.7). Det var ingen store kjønnsforskjeller i aldersgruppene, men det var en noe høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppene 20–29 år og 30–39 år og en noe høyere andel menn enn kvinner i aldersgruppene 40–49 år og 50–59 år.

Som vi også beskrev i forrige årsrapport (Walby et al., 2023), viser funnene at selvmordsforebygging i PHV-V er like relevant i alle aldersgrupper som er i kontakt med tjenesten, bortsett fra de yngste. De som er under 18 år skal i all hovedsak behandles i PHV-BU, og det er derfor få i den yngste aldergruppen i dette utvalget.

Behandlingsstatus ved siste kontakt

Figur 2.2.8 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2019–2021 (n=2825)



Totalt hadde 1 097 (38,8 %) pågående poliklinisk kontakt og 658 (23,3 %) avsluttet poliklinisk kontakt som behandlingsstatus ved siste kontakt i perioden 2010–2021. Antall personer som døde under døgnopphold var 305 (10,8 %) og 765 (27,1 %) hadde utskrivelse fra døgnopphold som siste kontakt. Det var en liten økning i antall som hadde pågående poliklinisk kontakt som siste behandlingsstatus, ellers var det ingen tydelige endringer i løpet av hele perioden, men det var en del svingninger fra år til år (Figur 2.2.8).

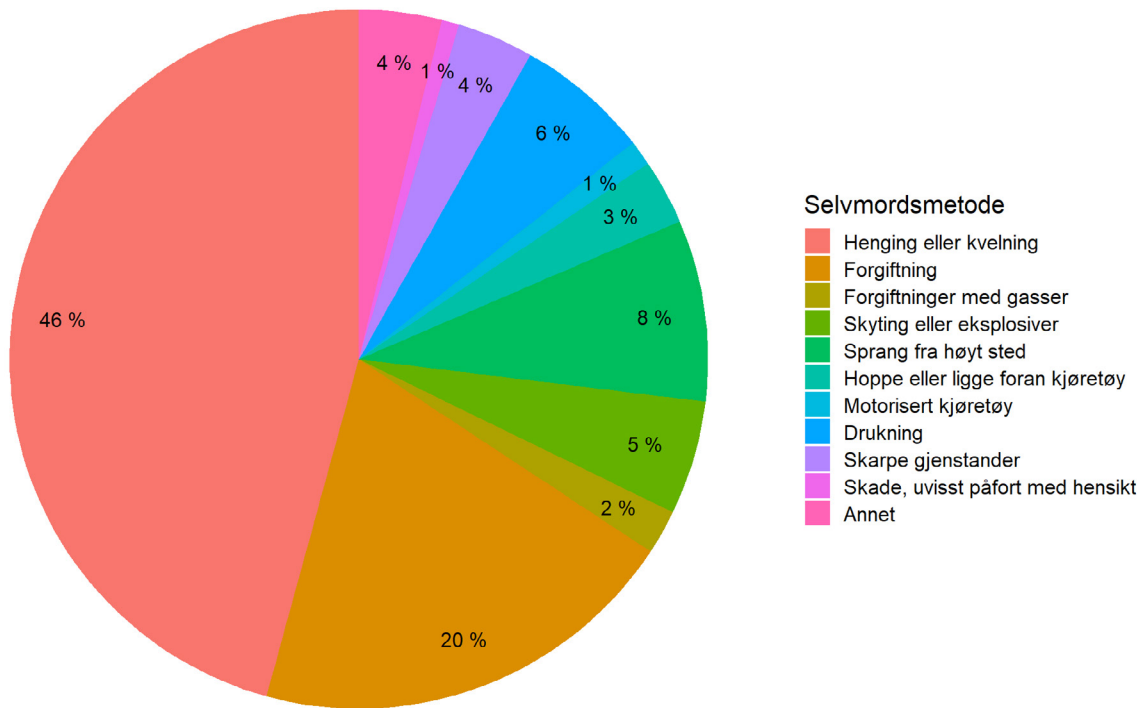
Totalt hadde 2 505 personer (88,7 %) siste kontakt i PHV-V og 97,7 % av de som døde under døgnopphold hadde oppholdet i PHV-V, mens

andelen var 94,1 % for de som hadde utskrivelse fra døgnopphold som siste kontakt. Blant de med pågående poliklinisk kontakt hadde 81,4 % siste kontakt i PHV-V og 90,3 % av personene med avsluttet poliklinisk kontakt hadde siste kontakt i PHV-V.

Når det gjelder tid fra siste kontakt til selvmord fordelt på behandlingsstatus, var median antall dager fra utskrivelse fra døgnopphold til selvmord 14 dager, mens den var 7 dager for pågående poliklinisk kontakt og 108 dager for avsluttet poliklinisk kontakt.

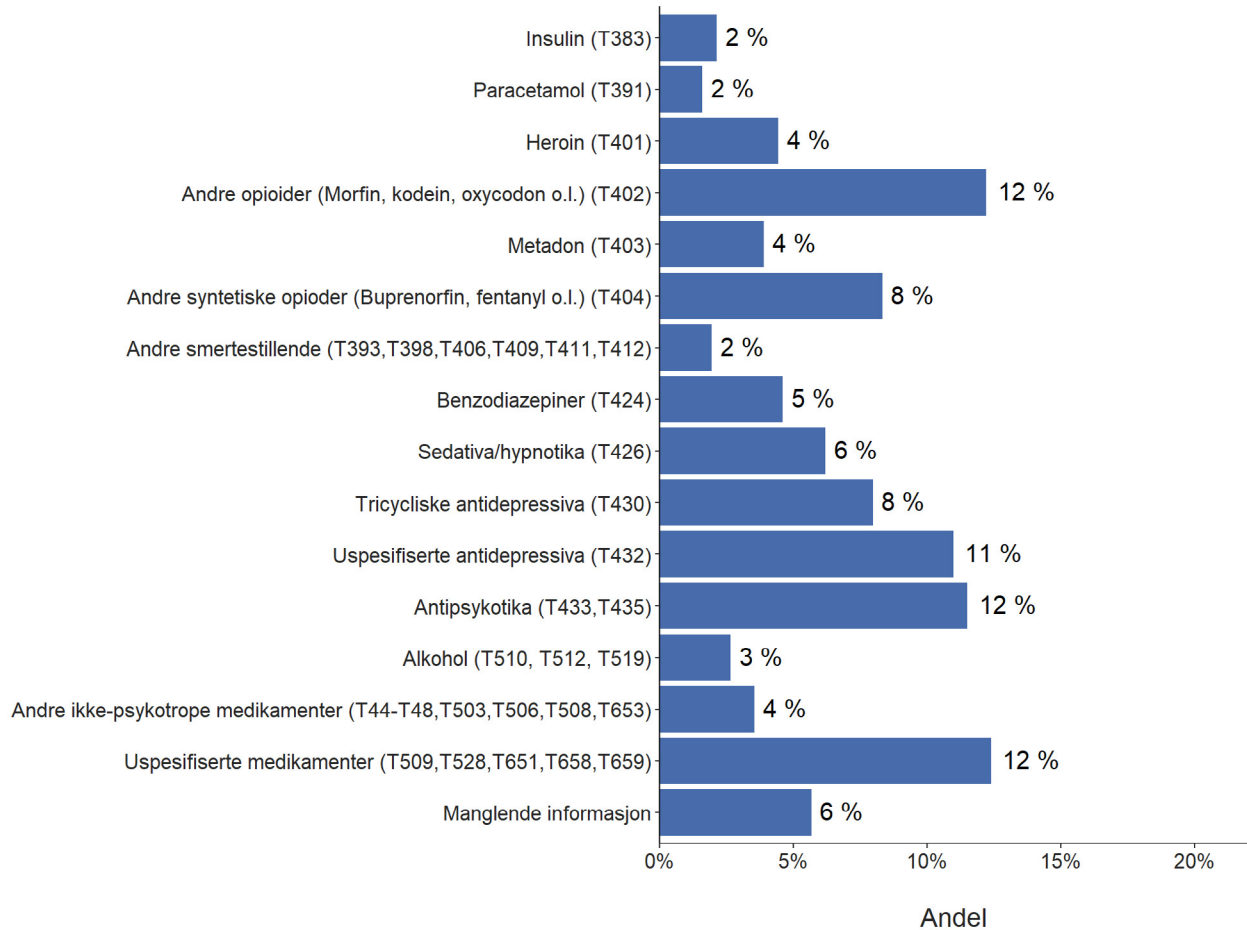
Selvordsmetode

Figur 2.2.9 Selvordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=2825)



Substanser brukt ved forgiftning

Figur 2.2.10 Substanser brukt ved forgiftning, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=565)

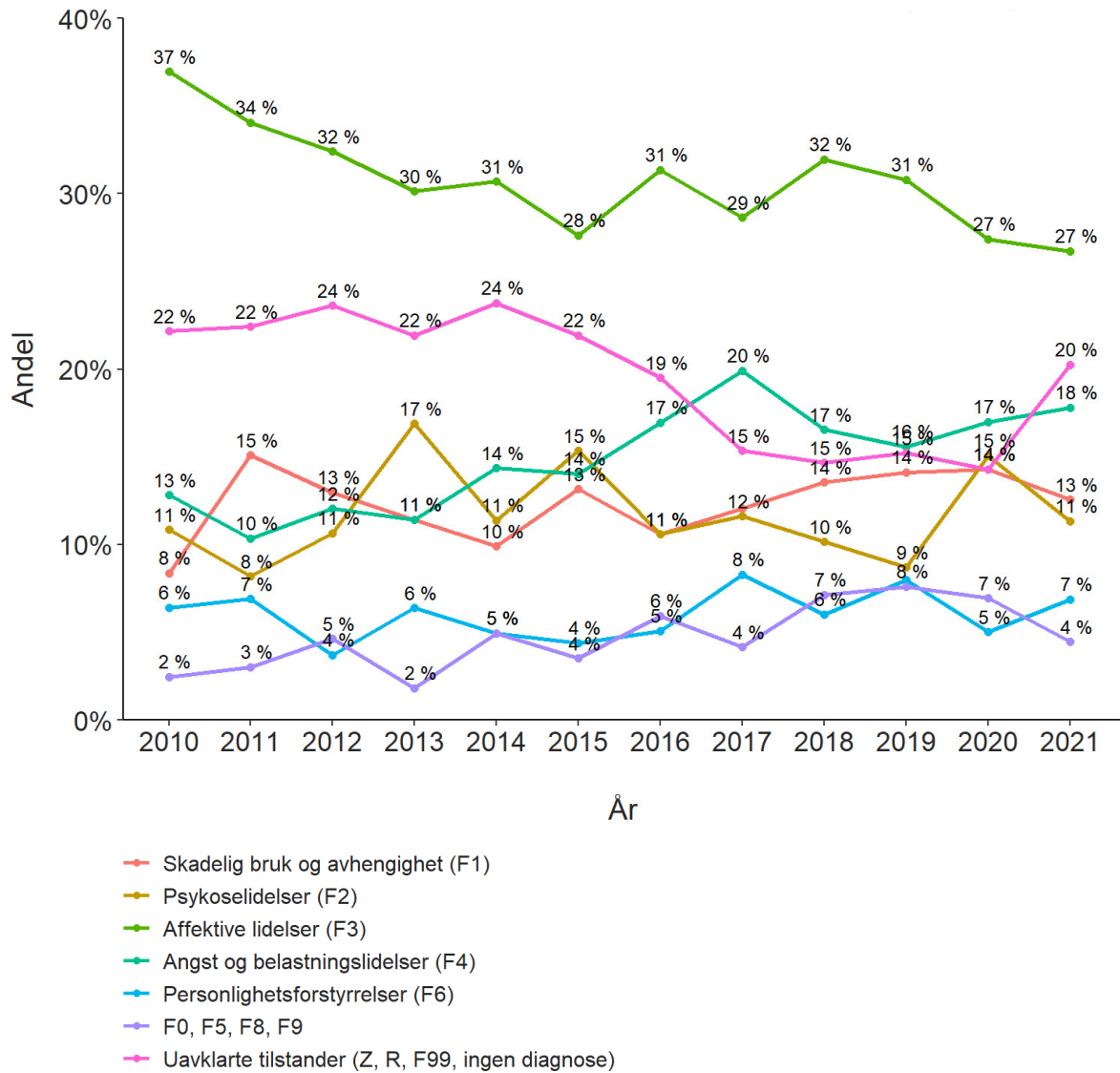


Henging eller kvelning var den mest brukte selvmordsmetoden (45,7 %) etterfulgt av forgiftning (20,0 %) (Figur 2.2.9). Blant de som brukte forgiftning som selvmordsmetode, var

uspesifiserte medikamenter mest brukt (12,4 %) etterfulgt av andre opioider (Morfin, kodein, oxycodon o.l.) (12,2 %), antipsykotika (11,5 %) og uspesifiserte antidepressiva (11,0 %) (Figur 2.2.10).

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.2.11 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)



Det var en nedgang i andel personer diagnostisert med affektive lidelser i perioden 2010–2021, mens andelen med angst og belastningslidelser derimot økte noe i løpet av perioden (Figur 2.2.11).

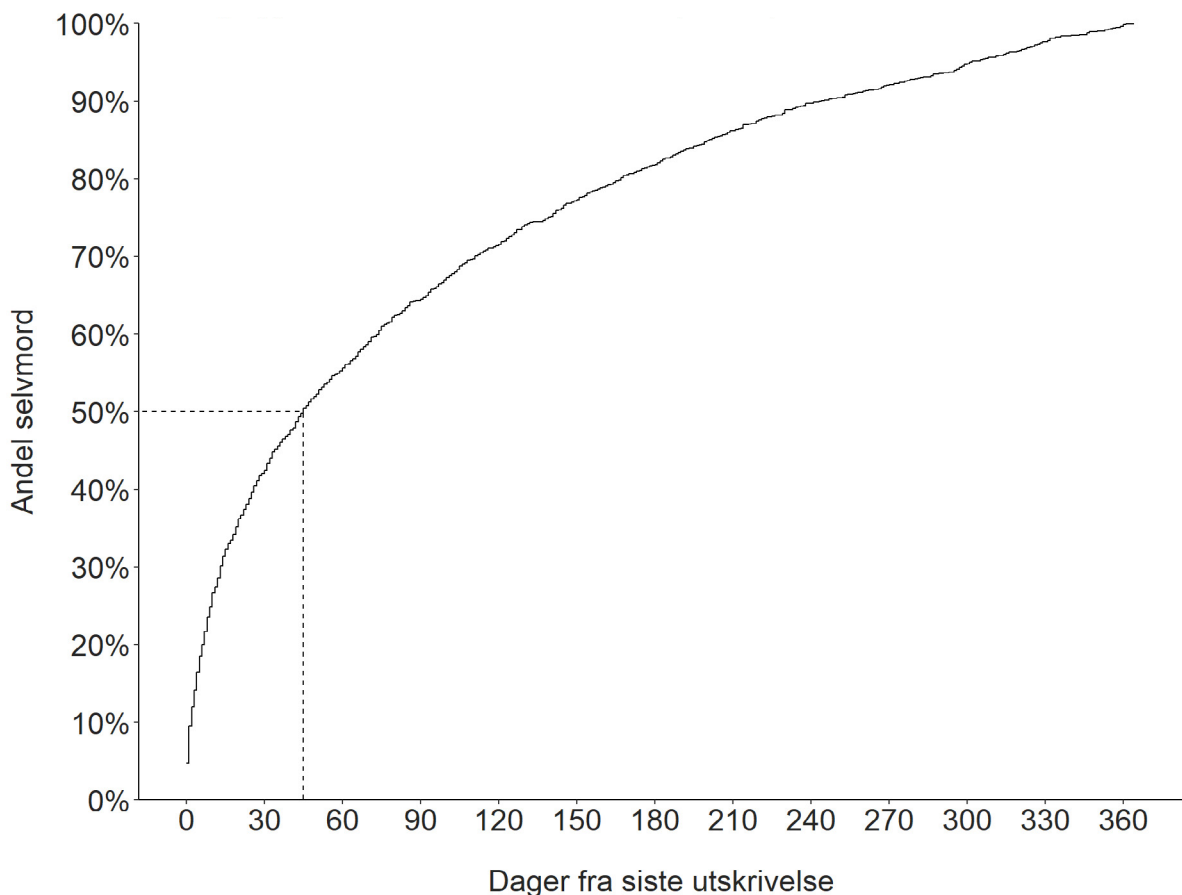
Andelen med uavklarte tilstander har hatt en nedgang, men økt vesentlig igjen fra 2020 (14,3 %) til 2021 (20,2 %). Dette er viktig å monitorere videre. Totalt var 43,5 % av de uavklarte

diagnosene Z-diagnoser, 32,7 % var R-diagnoser, 17,4 % var ikke registrert med noen diagnose og 6,4 % hadde en uspesifisert psykisk lidelse. I 2017 var det en brå endring fra bruk av Z-diagnoser til R-diagnoser, noe som sammenfaller med innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) som tidligere diskutert i årsrapporten for 2018 (Walby, Astrup, et al., 2021).

Tid fra siste utskrivelse i PHV-V til selvmord

Dette utvalget inkluderer alle personer som hadde minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord, i perioden 2010–2021. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste innleggelse. Personer som døde under døgnopphold er ikke inkludert i analysene. Viser til forrige årsrapport for detaljert beskrivelse av denne gruppen (Walby et al., 2023).

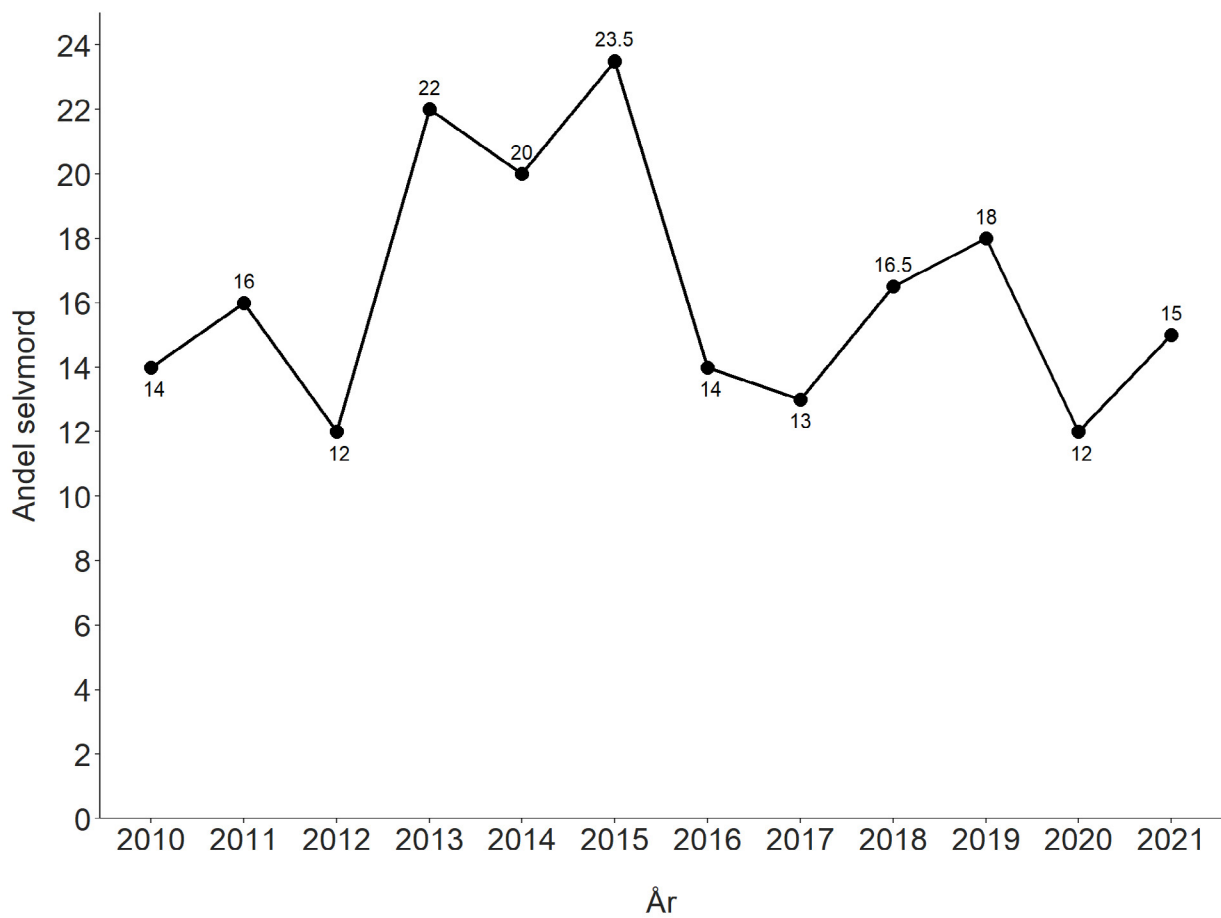
Figur 2.2.12 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=1509)



Figur 2.2.12 viser at de fleste dør i forholdsvis kort tid etter utskrivelse fra døgnopphold og kurven jevner seg gradvis ut ved økende antall dager. Som den stiplete linjen viser, var median antall

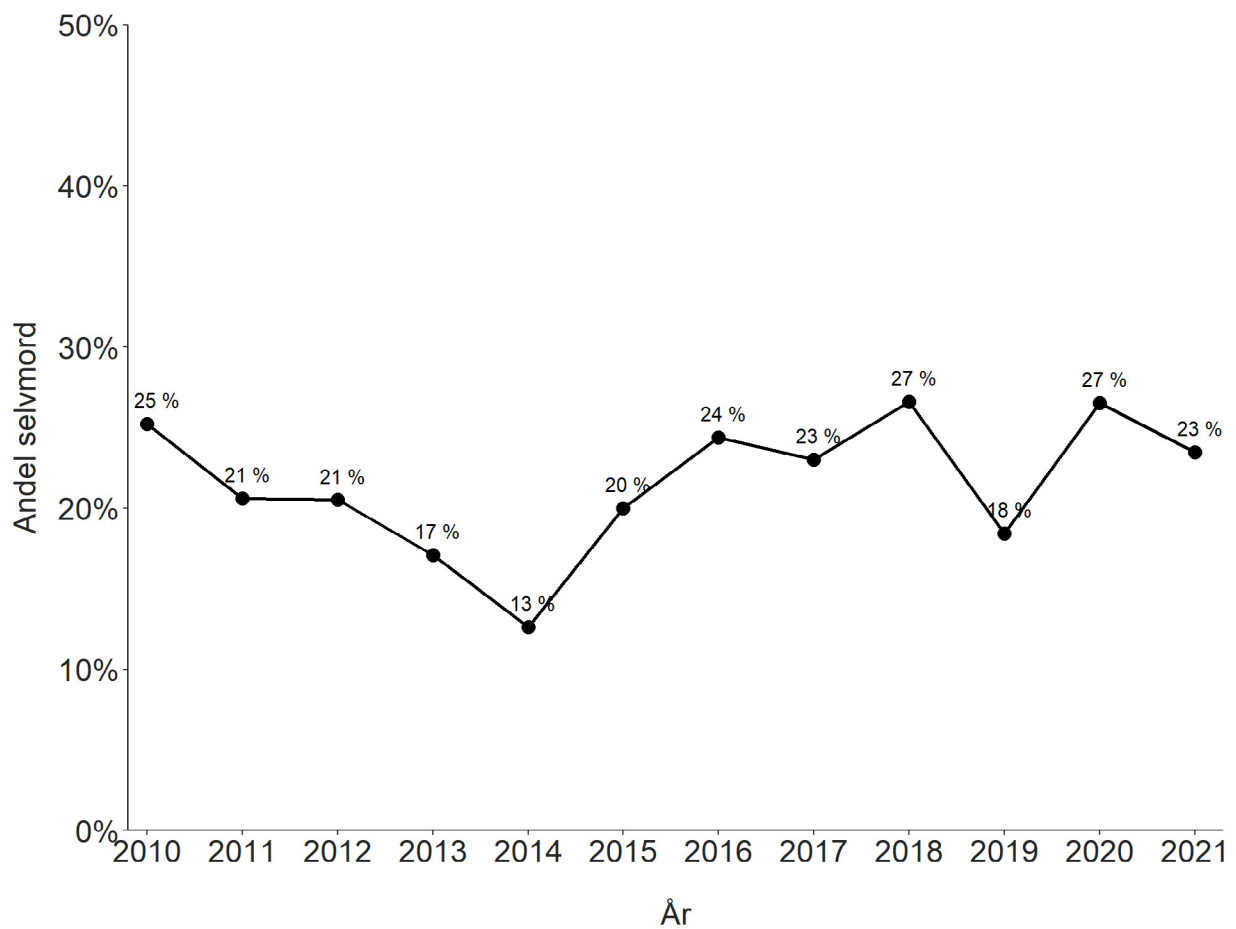
dager 45 fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året.

Figur 2.2.13 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter utskrivelse og med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=973)



Figur 2.2.13 viser median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter siste utskrivelse. Den gjennomsnittlige medianen over hele tidsperioden lå på 15 dager.

Figur 2.2.14 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V, blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=1455)

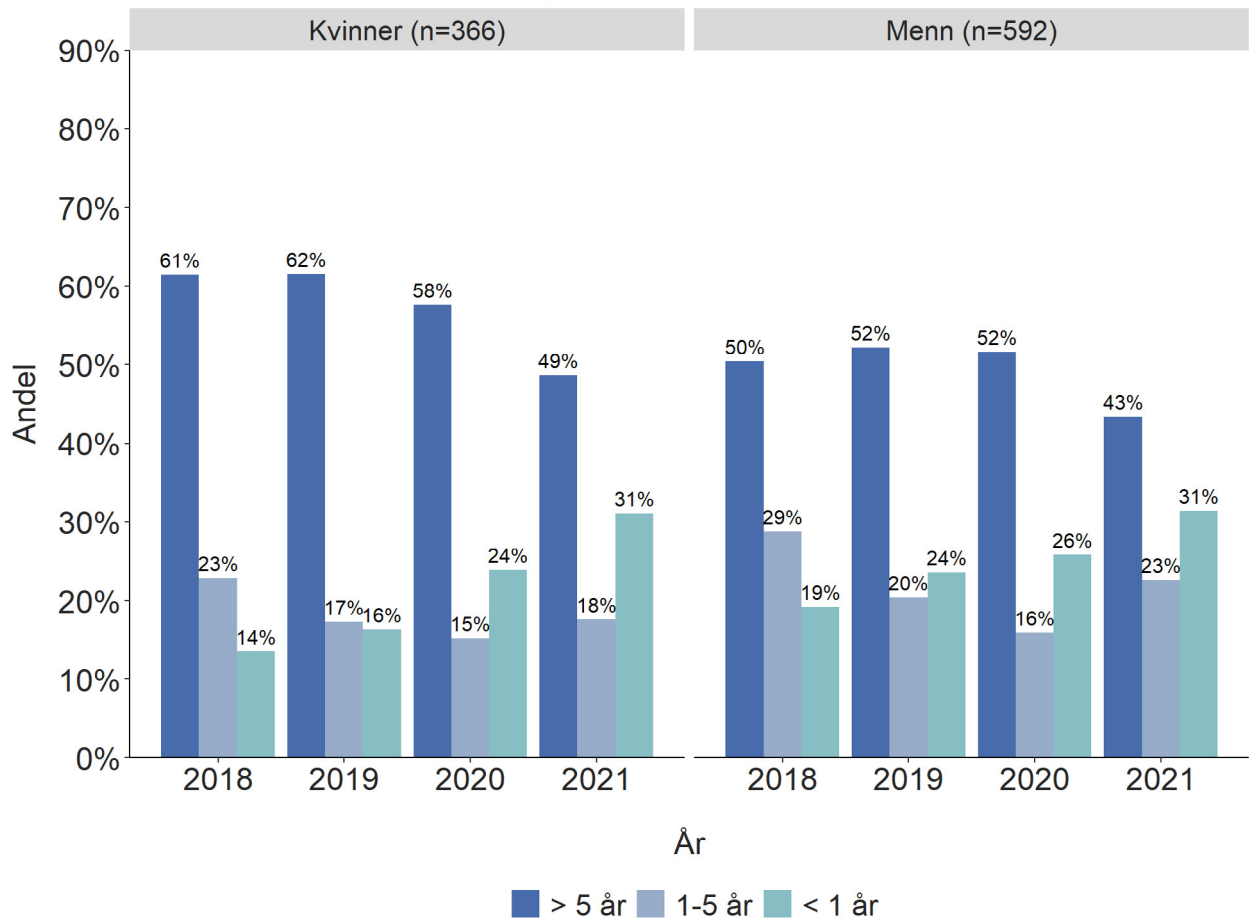


Andelen som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V var 21,7 % i perioden 2010–2021, men med noen svingninger fra år til år (Figur 2.2.14).

I følgende avsnitt viser vi data fra kartleggingsskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2021. Skjemaene fylles ut av behandler og bidrar til viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet.

Sykehistorie og livsbelastninger

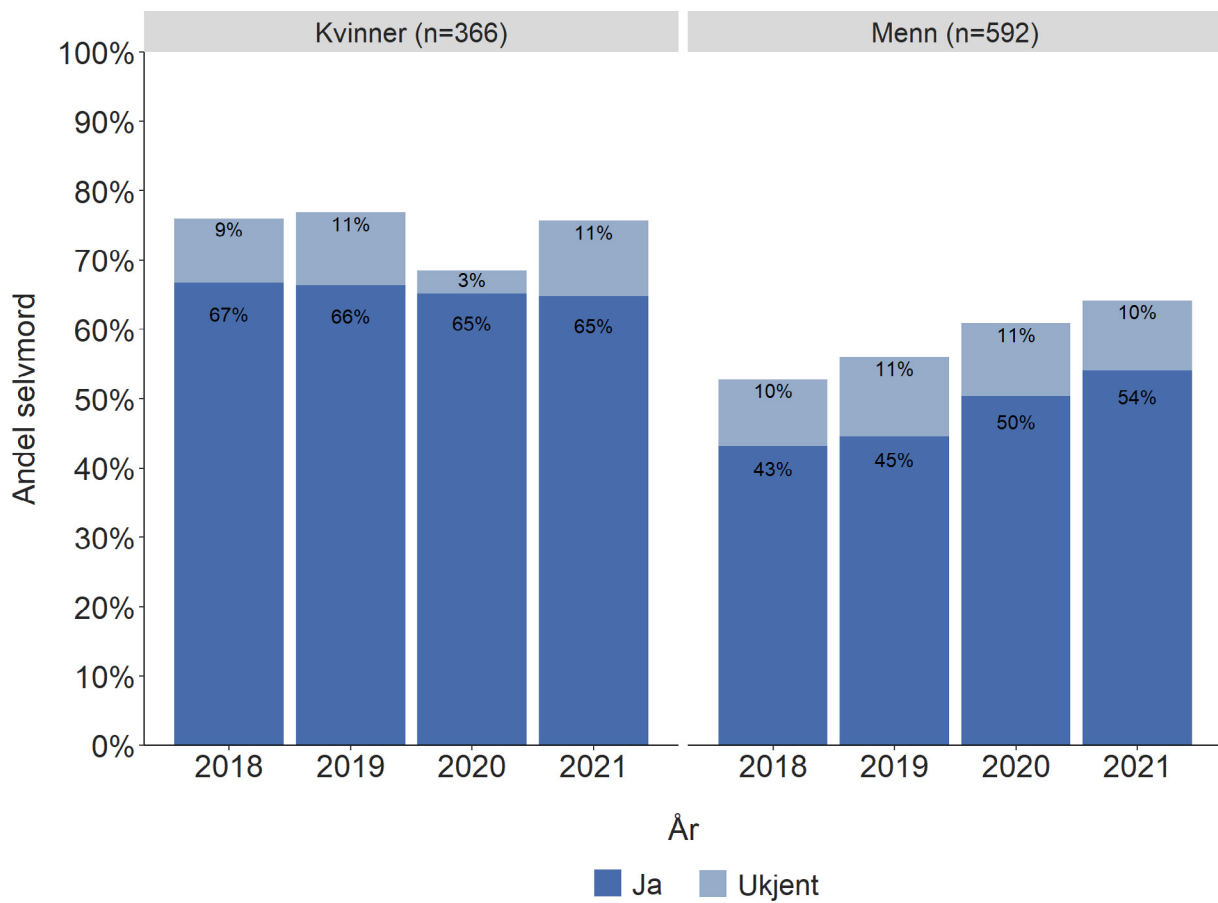
Figur 2.2.15 Varighet av psykiatrisk sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Blant kvinner var det en noe høyere andel som hadde en psykiatrisk sykehistorie med varighet på over fem år, sammenlignet med menn (Figur 2.2.15). Over hele tidsperioden 2018–2021 var andelen henholdsvis 57,9 % og 49,3 %. Blant både kvinner og menn var det i 2021 en nedgang i andel med sykehistorie på over fem år, samtidig som

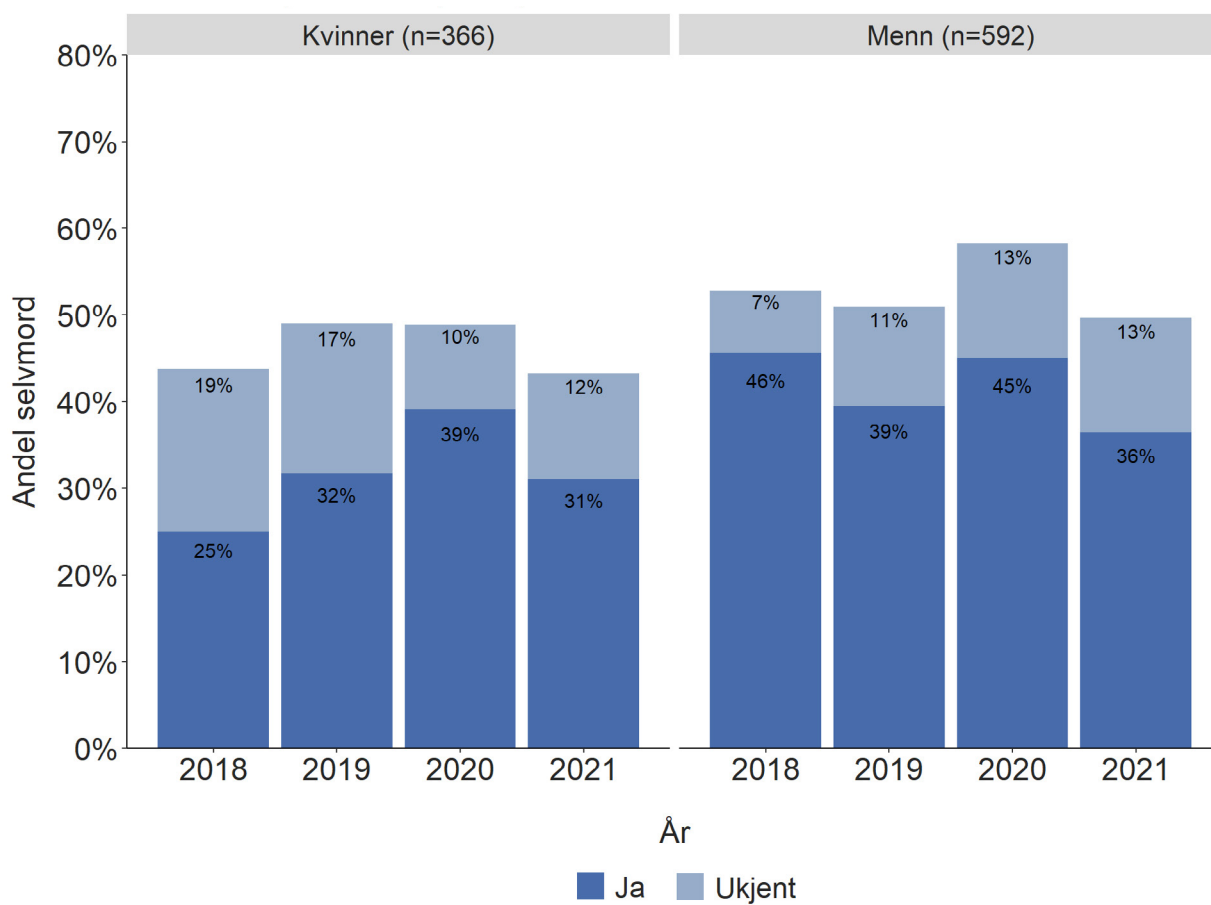
det var en økning i andel med sykehistorie på under ett år (består av de tre kategoriene *ingen psykisk lidelse, mindre enn 1 mnd. og 1–12 mnd.* i kartleggingsskjemaet). Andelen ukjent er liten for varighet av sykehistorie og er derfor tatt ut av figuren.

Figur 2.2.16 Villet egenskade blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)

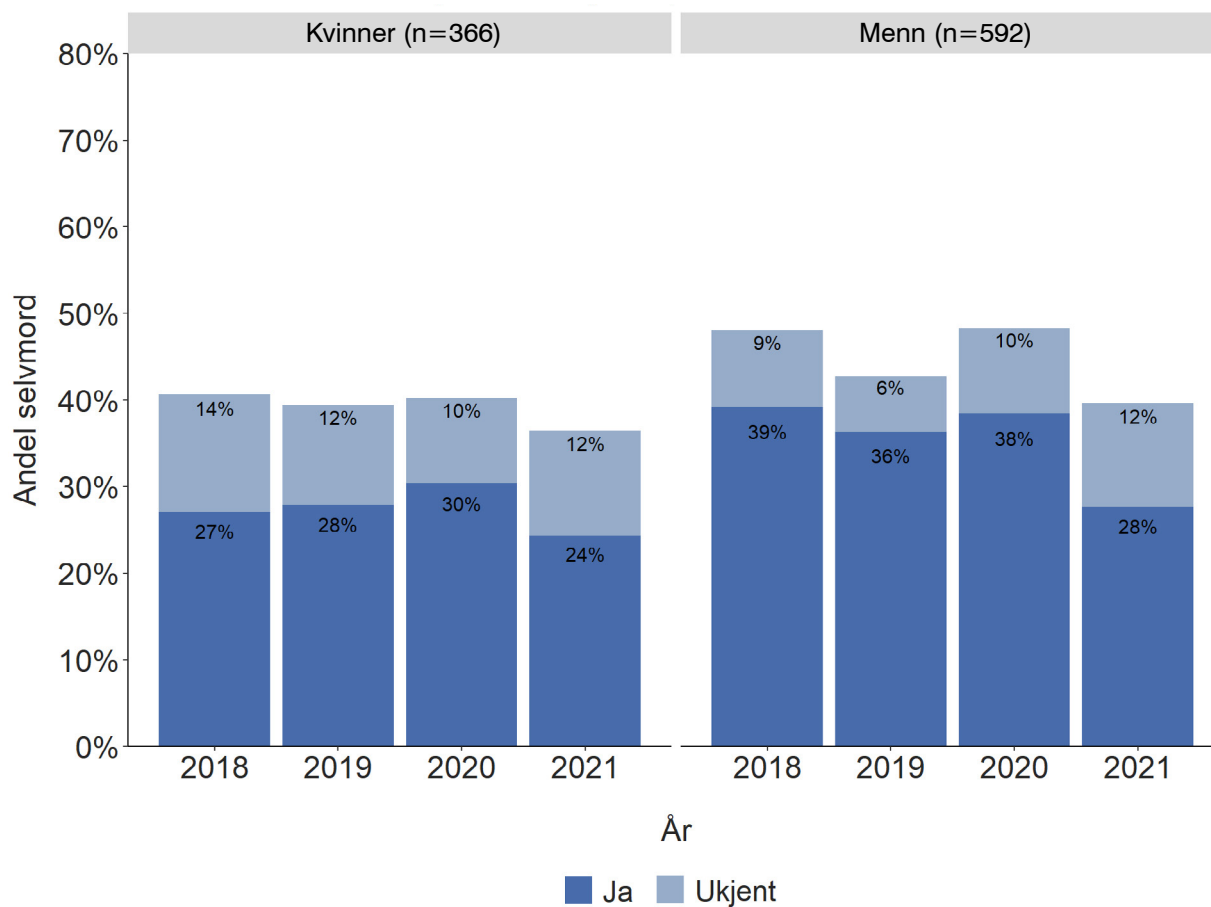


Villet egenskade var betydelig høyere blant kvinner enn menn, henholdsvis 65,8 % og 48,3 % i løpet av tidsperioden, men andelen menn med villet egenskade har økt gradvis i løpet av perioden (Figur 2.2.16).

Figur 2.2.17 Problematisk bruk av alkohol blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Figur 2.2.18 Problematisk bruk av andre rusmidler blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)

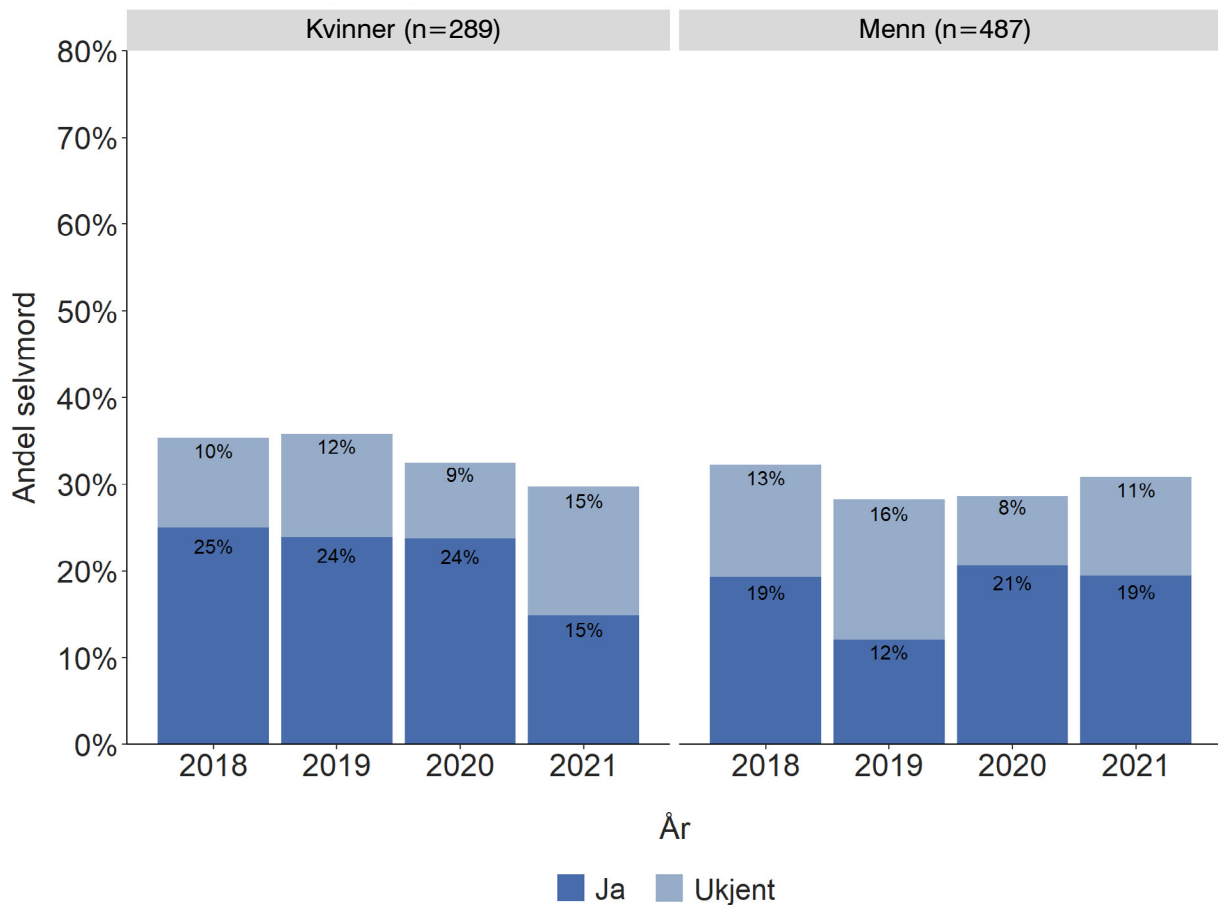


Som vist i figurene 2.2.17 og 2.2.18, var både problematisk bruk av alkohol og andre rusmidler høyere blant menn enn kvinner. I løpet av tidsperioden hadde 31,7 % av kvinnene og 41,4 % av mennene et kjent problematisk alkoholbruk, mens henholdsvis 27,6 % og 35,1 % av kvinnene og mennene hadde et kjent problematisk bruk av

andre rusmidler. Som figur 2.2.18 viser var det en nedgang i problematisk bruk av andre rusmidler i 2021, særlig blant menn.

Totalt hadde 41,5 % av kvinnene og 54,9 % av mennene et problematisk bruk av alkohol og/eller andre rusmidler.

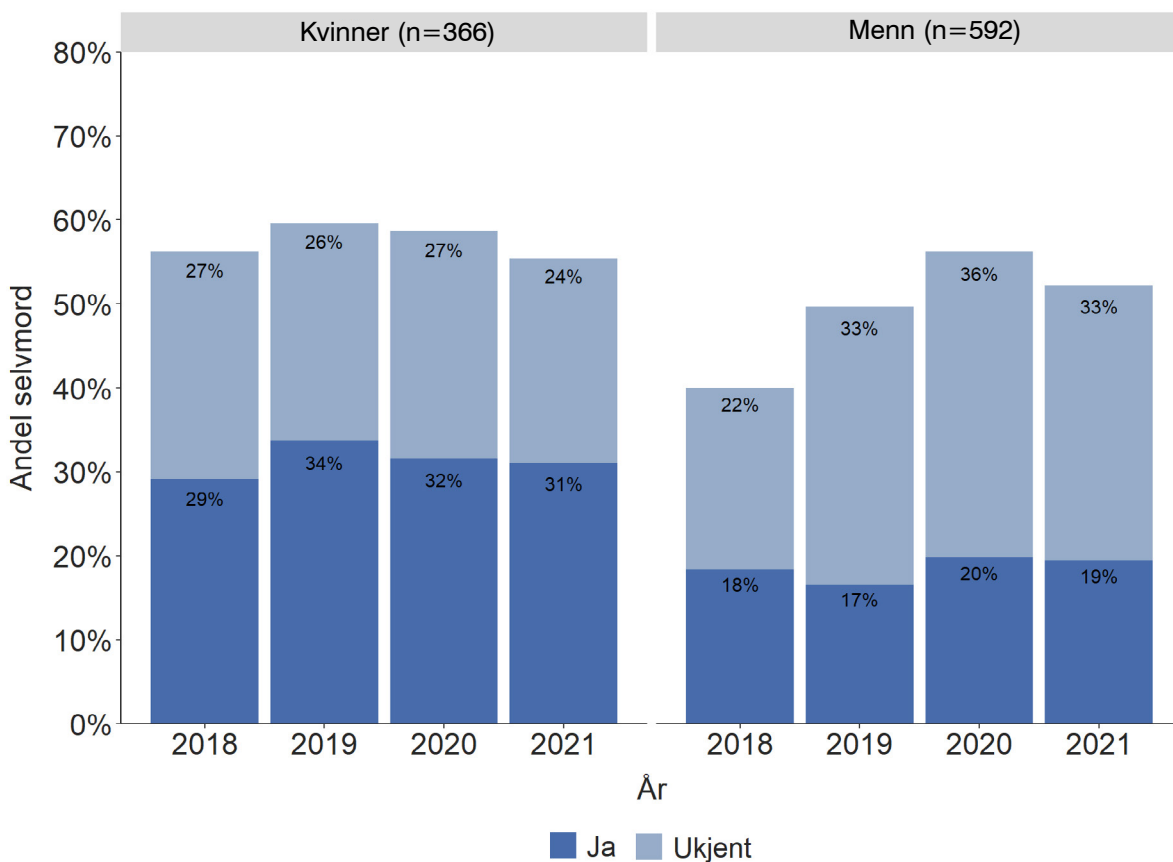
Figur 2.2.19 Somatisk sykdom blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=776)



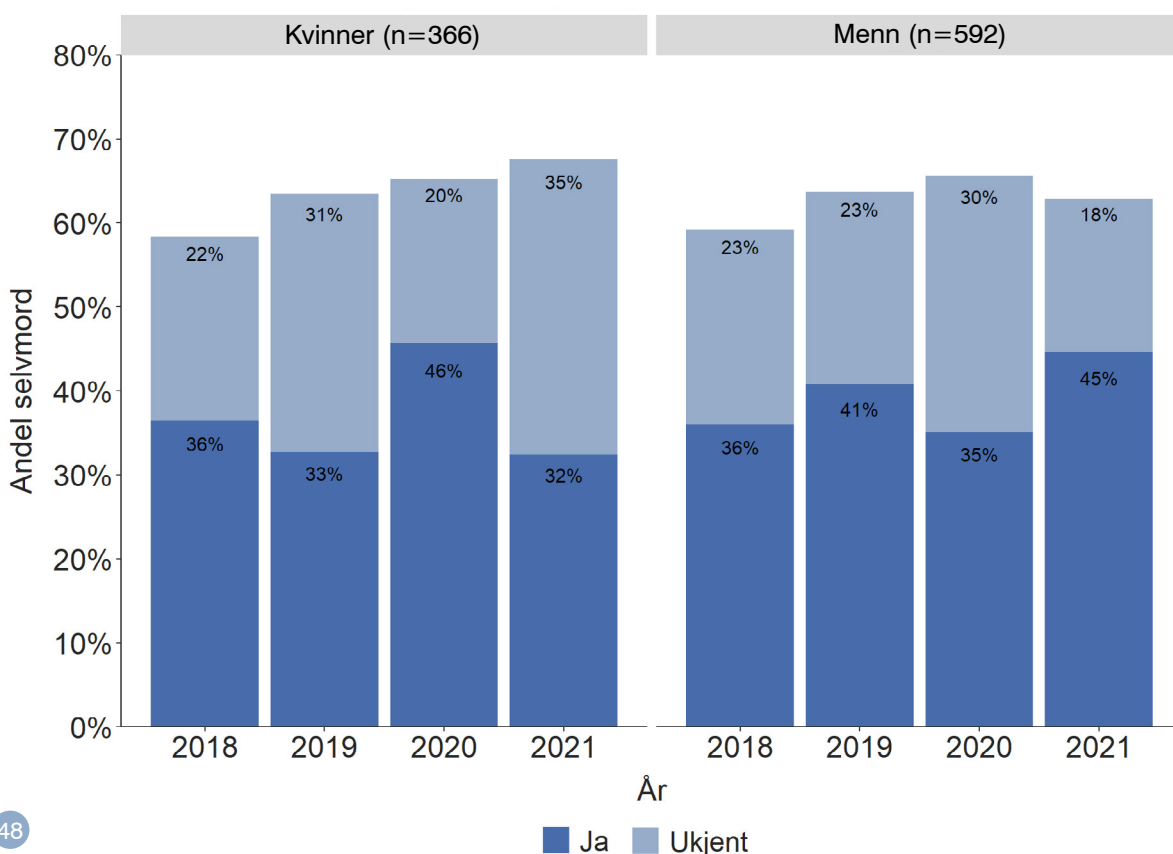
Andelen med somatisk sykdom var totalt 21,8 % blant kvinner og 18,3 % blant menn i løpet av tidsperioden. Som figur 2.2.19 viser, er andelen ukjent høy for denne variabelen. Spørsmål om

somatisk lidelse ble lagt til etter revisjon av skjemaet, og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene.

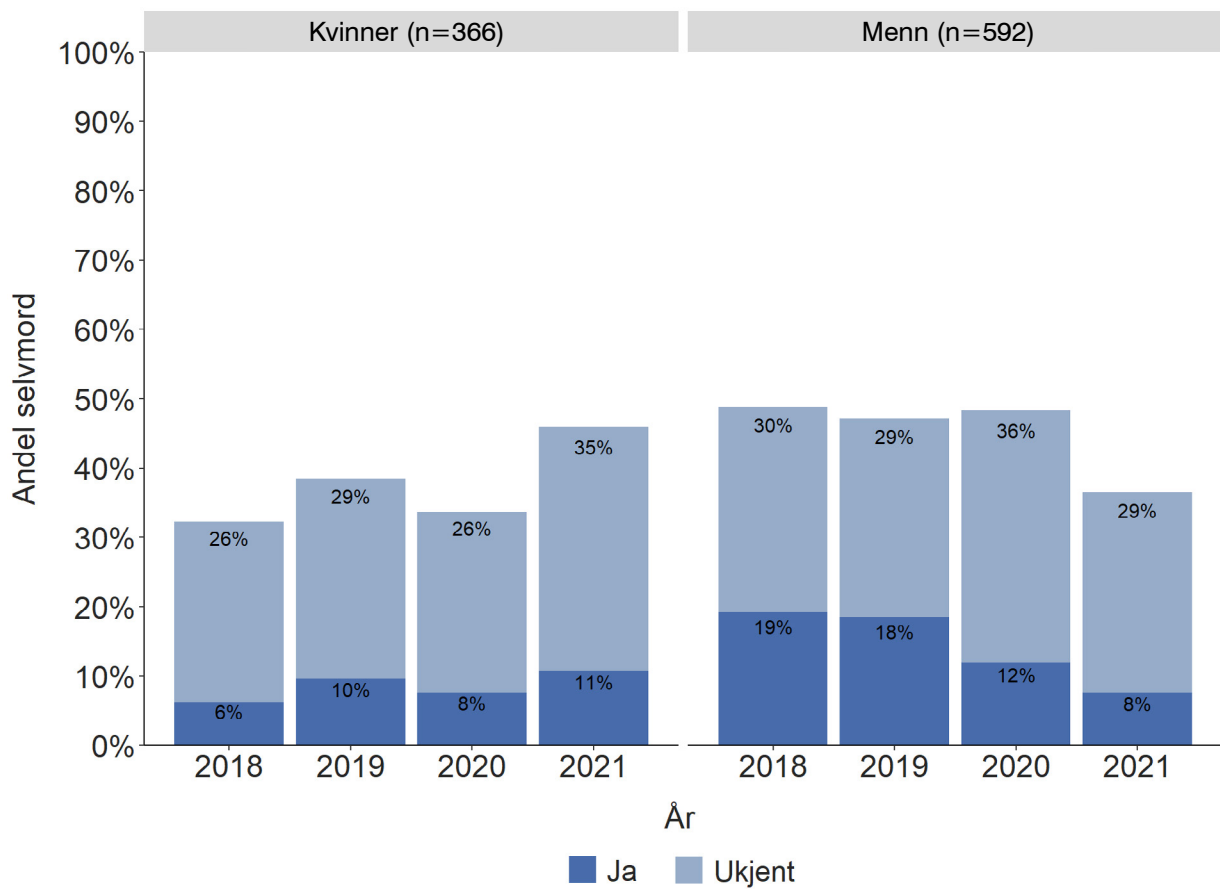
Figur 2.2.20 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Figur 2.2.21 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Figur 2.2.22 Økonomiske problemer de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)

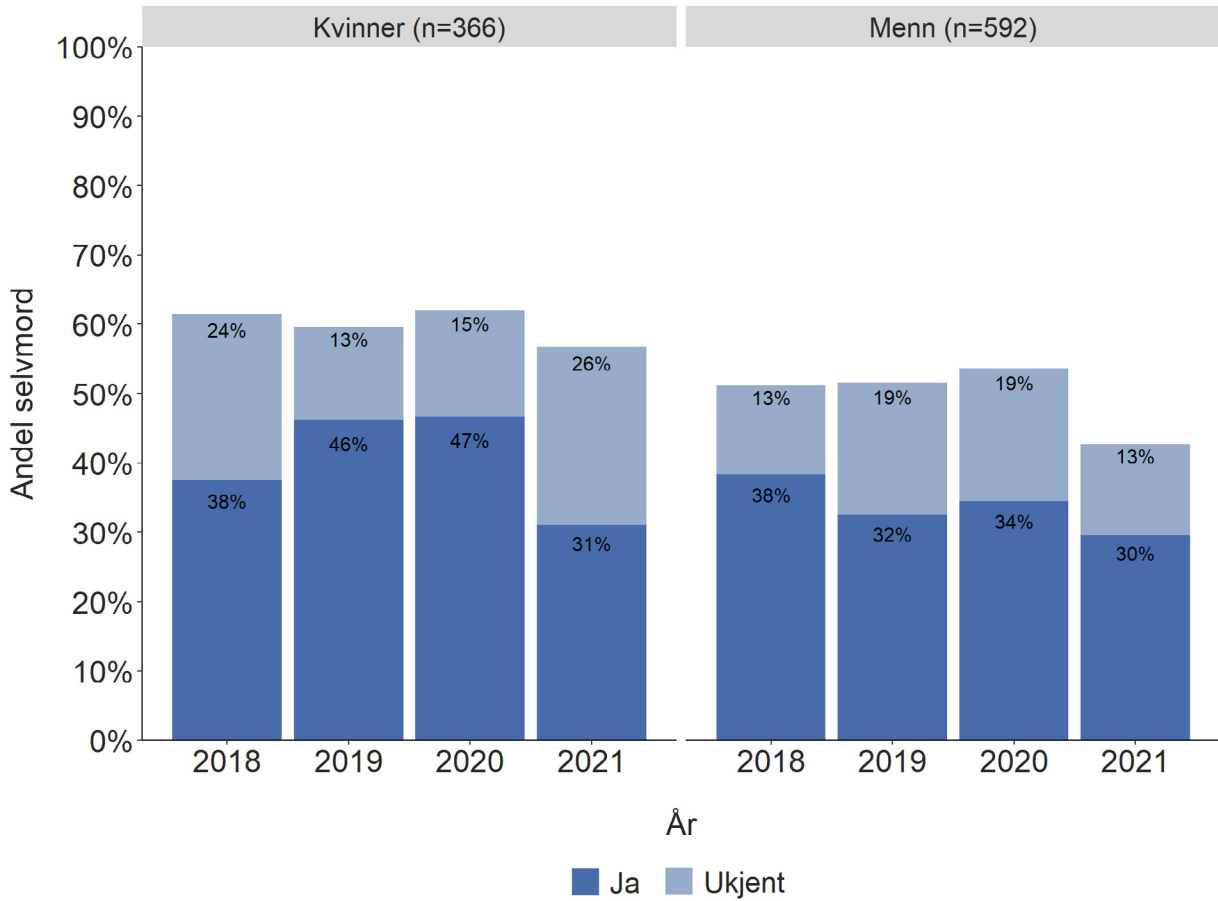


Andelen med kjente traumer i barndommen var totalt 31,4 % blant kvinner og 18,6 % blant menn i løpet av tidsperioden, og det var ingen store endringer i løpet av perioden (Figur 2.2.20). Andelen med kjente negative livshendelser de siste tre månedene før selvmordet var henholdsvis 36,7 % og 39,4 % for kvinner og menn, og her var det heller ingen store endringer i løpet av perioden (Figur 2.2.21). Andelen med kjente økonomiske problemer de siste tre månedene før selvmordet var 8,5 % blant kvinner og 14,0 % blant menn, og andelen har gått ned de siste årene (Figur 2.2.22).

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

Medikamenter og øvrige tiltak

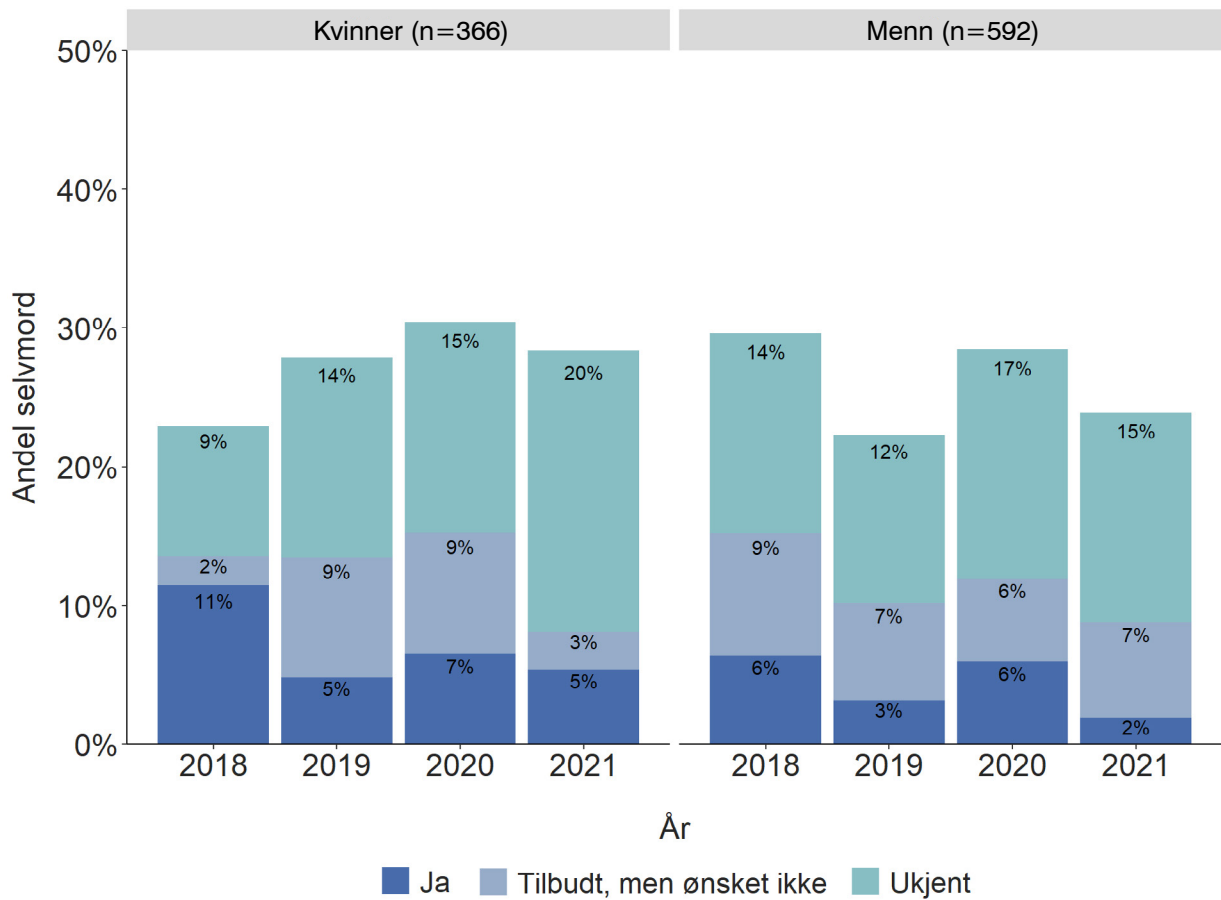
Figur 2.2.23 Bruk av kommunale tjenester blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Totalt for perioden 2018–2021 hadde 41,0 % av kvinnene mottatt kommunale tjenester (inkluderer ikke fastlege og statlige ytelser fra NAV), mens andelen var 33,4 % blant mennene.

I 2021 gikk andelen ned for begge kjønn, men andelen ukjent er svært høy blant kvinnene – noe som sannsynligvis medfører underestimering (Figur 2.2.23).

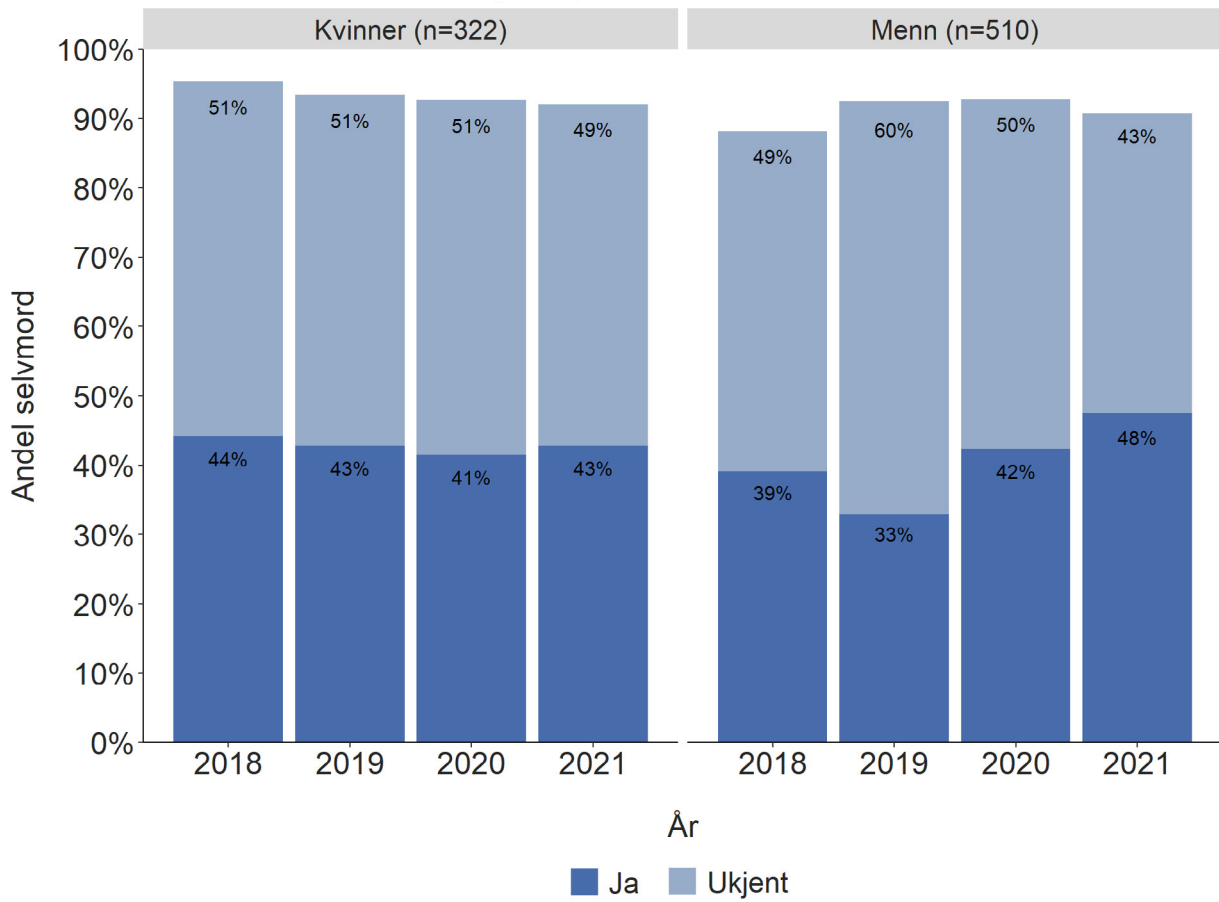
Figur 2.2.24 Individuell plan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



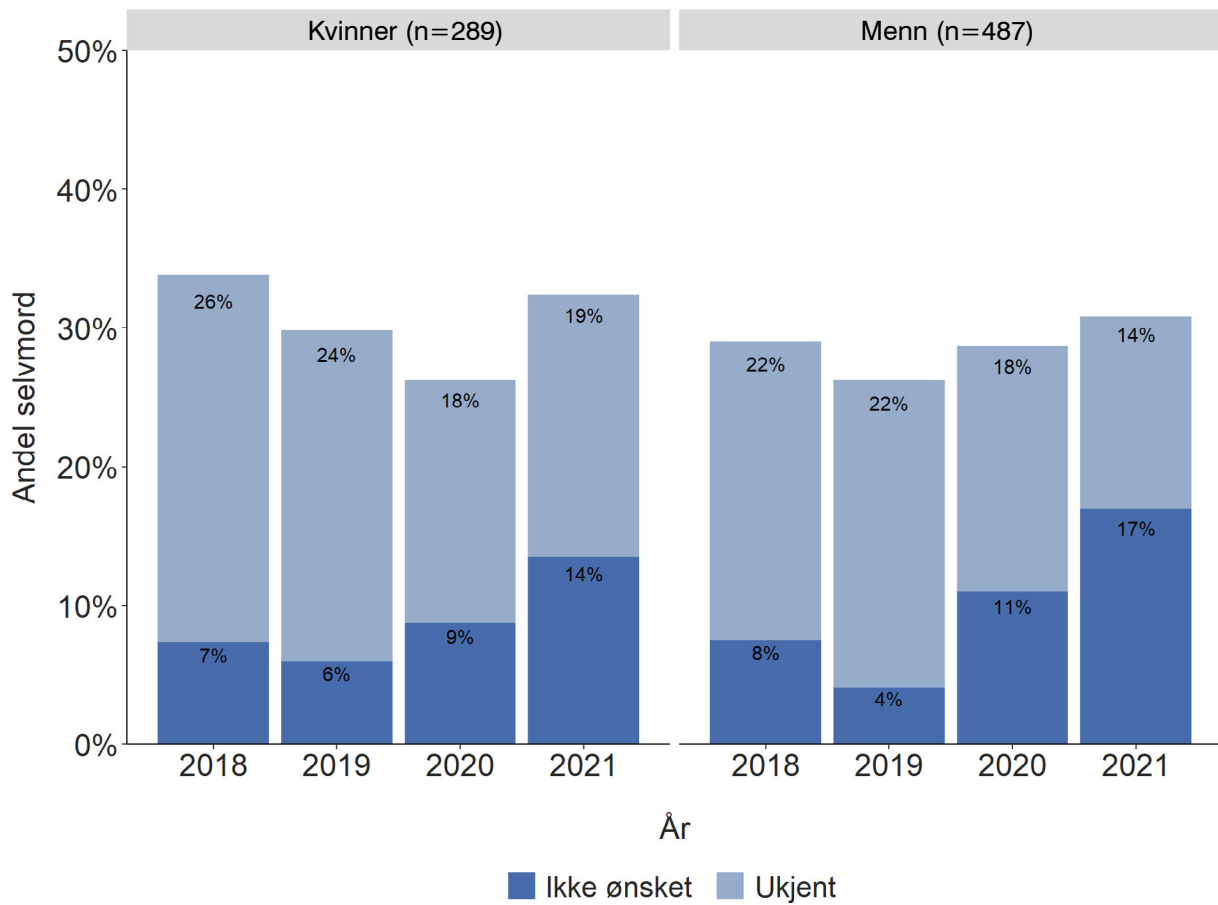
Totalt (2018–2021) hadde 7,1 % av kvinnene takket ja til individuell plan, mens 5,7 % hadde fått tilbudet, men ikke ønsket en slik plan. Blant mennene var andelen henholdsvis 4,2 % og 7,1 %. Andelen som ikke hadde fått tilbud om individuell plan var henholdsvis 72,7 % og 74,2 % blant kvinnene og mennene. Andelen som hadde fått tilbud om individuell plan gikk særlig ned i 2021, spesielt blant kvinner (Figur 2.2.24).

Men igjen, andelen ukjent er svært høy og dette vil sannsynligvis medføre underestimering. Det at så få av personene som døde i selvmord under eller etter kontakt med PHV-V hadde en individuell plan, viser at nytten som et selvmordsforebyggende tiltak i denne gruppa er begrenset. Som vi også påpekte i forrige årsrapport (Walby et al., 2023), vil det trolig være mer effektivt å prioritere arbeidet med sikkerhetsplaner.

Figur 2.2.25 Etterlevelse av medikamenter blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=832)



Figur 2.2.26 Ikke ønske om psykofarmaka som ble tilbudt, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=776)

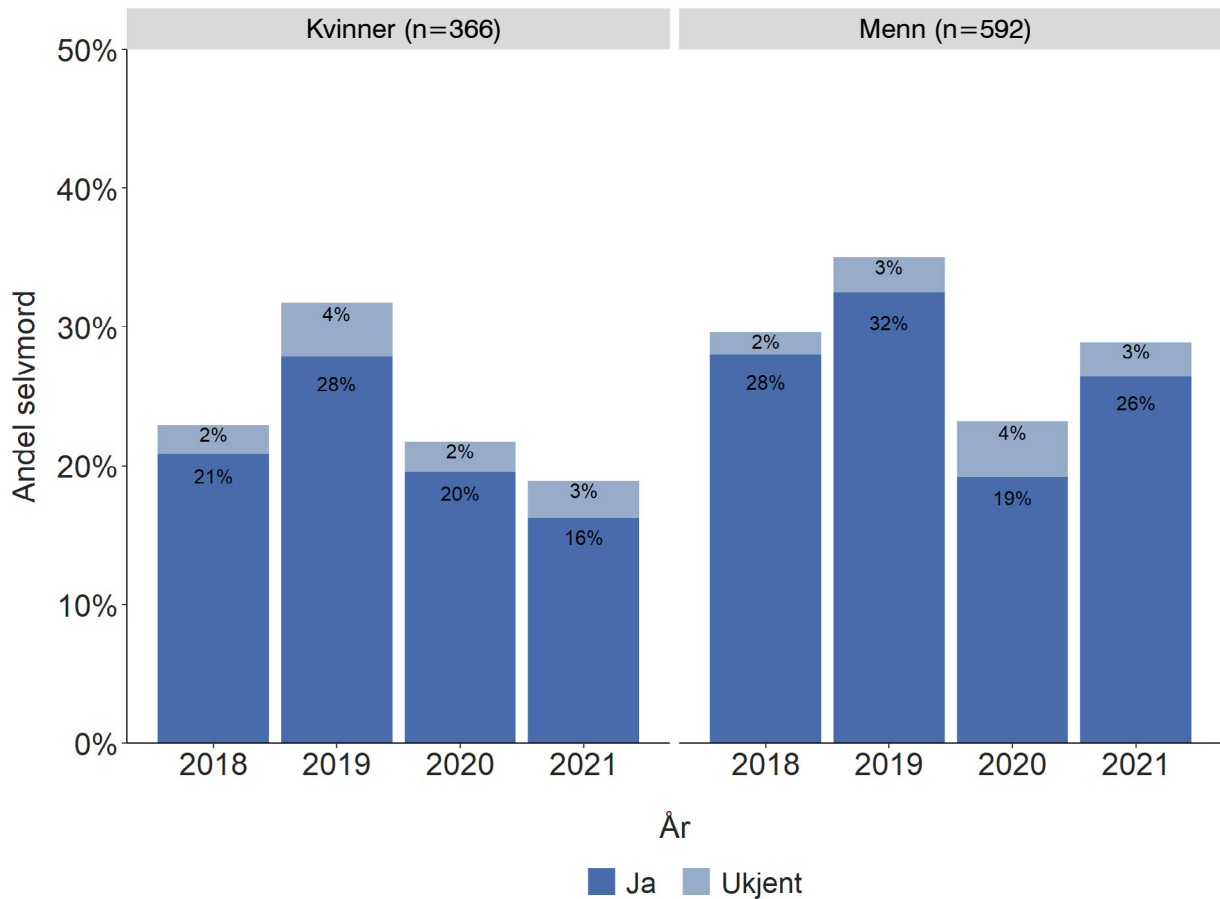


Majoriteten (76,4 %) hadde blitt foreskrevet medikamenter, og totalt i løpet av tidsperioden ble det for henholdsvis 42,9 % og 40,6 % av kvinnene og mennene rapportert at medikamentene ble tatt som foreskrevet. Blant begge kjønn var det i 50,6 % av tilfellene ikke kjent om medikamentene ble tatt som foreskrevet. Kjent etterlevelse av medikamenter har økt noe blant menn de siste årene, men på grunn av den svært høye andelen ukjent er det vanskelig å si noe om utviklingen (Figur 2.2.25).

Blant kvinnene var det totalt 9,0 % som ikke ønsket å ta psykofarmaka som ble tilbudt i løpet av tidsperioden, mens andelen var 10,9 % blant mennene. Andelene som ikke ønsket psykofarmaka har gått tydelig opp i løpet av perioden (Figur 2.2.26). Dette spørsmålet ble lagt til etter revisjon av skjemaet, og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene.

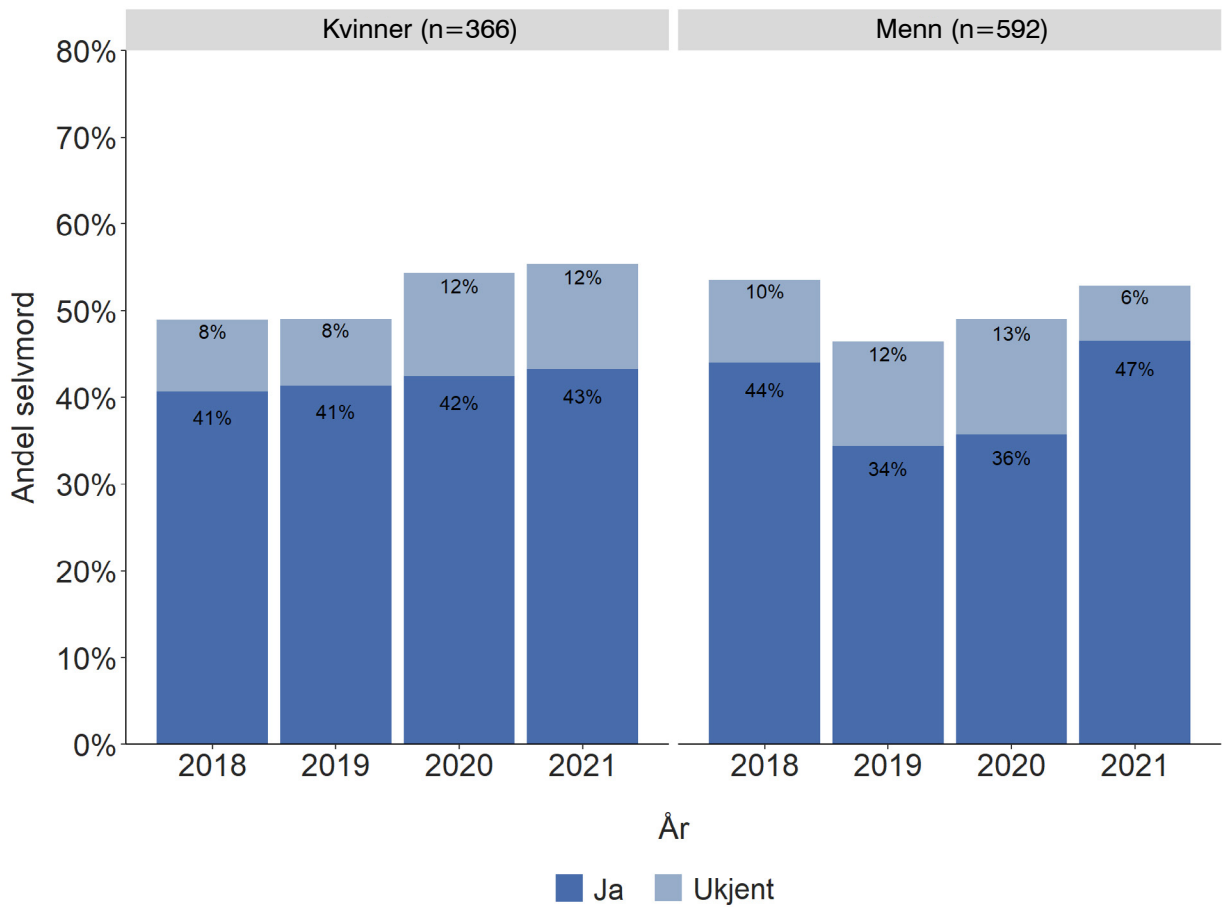
Siste kontakt

Figur 2.2.27 Siste avtale uteblitt blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



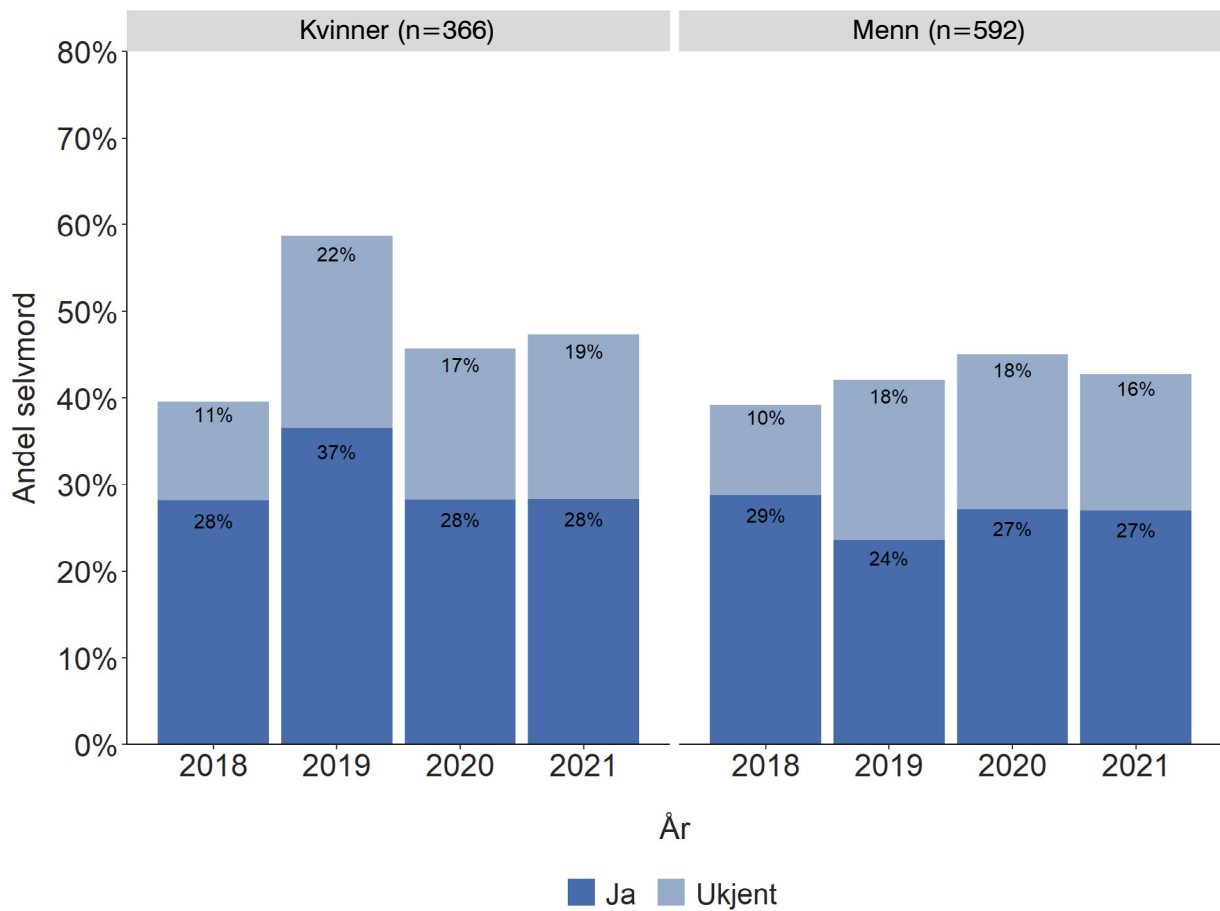
Totalt (2018–2021) uteble henholdsvis 21,6 % og 26,5 % av kvinnene og mennene fra siste avtale. Det er variasjon fra år til år og ingen tydelige endringer over perioden (Figur 2.2.27).

Figur 2.2.28 Kontakt med pårørende den siste mnd. før selvmord, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



I løpet av tidsperioden hadde tjenestene kontakt med kvinnes pårørende den siste måneden før selvmordet i totalt 41,8 % av tilfellene. Andelen var totalt 40,0 % for mennene. (Figur 2.2.28).

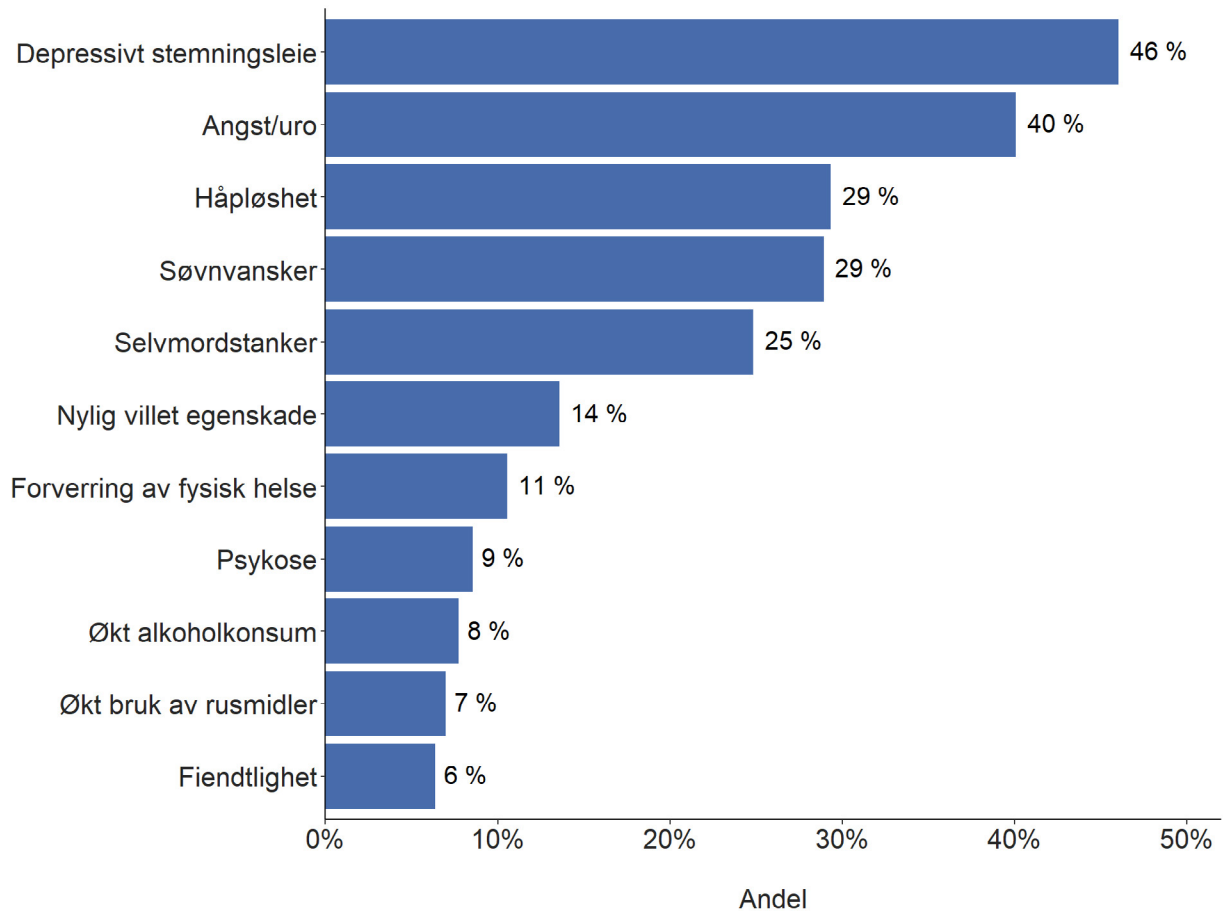
Figur 2.2.29 Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Den totale andelen av kvinnene som hadde fått kriseplan i løpet av perioden var 30,6 %, mens andelen var 26,5 % blant mennene. Det er ingen tydelig endring i løpet av perioden (Figur 2.2.29). I den nye reviderte nasjonale retningslinjen (Helsedirektoratet, 2024) er

kriseplaner/sikkerhetsplaner blant anbefalingene for selvmordsforebygging i tjenestene (Kapittel 4 klinisk vurdering og behandling av suicidalitet). Det blir derfor relevant å se om andel med kriseplan øker i årene fremover som følge av revisjonen av den nasjonale faglige retningslinjen.

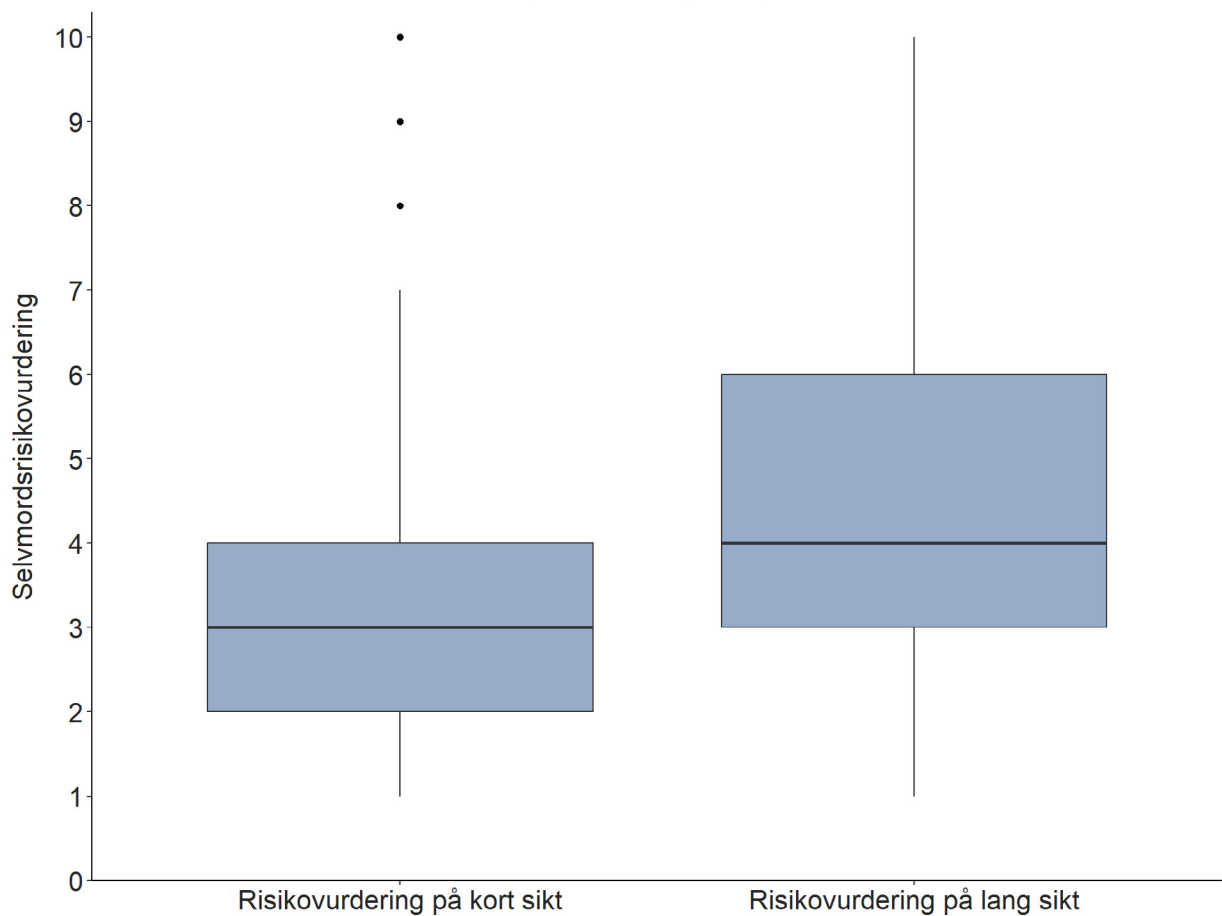
Figur 2.2.30 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)



Symptomer ved siste kontakt er basert på behandlers vurdering og observasjon av tegn til symptomer ved siste kontakt i de aktuelle sektorene. Det vanligste observerte symptomet ved siste kontakt var depressivt stemningsleie (46,0 %), etterfulgt av angst/uro (40,1 %) (Figur 2.2.30). Kun én av fire hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt.

For de fleste symptomene var det få kjønnsforskjeller, men symptomer på angst/uro var høyere blant kvinner og andelen var 43,7 %, sammenlignet med 37,8 % blant mennene. Symptomer på håpløshet var også noe høyere blant kvinner, og andelen var henholdsvis 31,7 % og 27,9 % blant kvinner og menn. Symptomer på psykose var derimot litt høyere blant menn og andelen var 9,6 % sammenlignet med 6,8 % blant kvinnene.

Figur 2.2.31 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=776)



Selvmondsrisiko ble vurdert på en Likert-skala fra 1–10. Selvmordsrisiko på kort sikt ble vurdert som lav med en median på 3 og på lang sikt var medianen 4 (Figur 2.2.31). Det var ingen kjønnsforskjeller når det gjelder risikovurdering. På grunn av revisjon av variabelen er det 776 personer (81 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

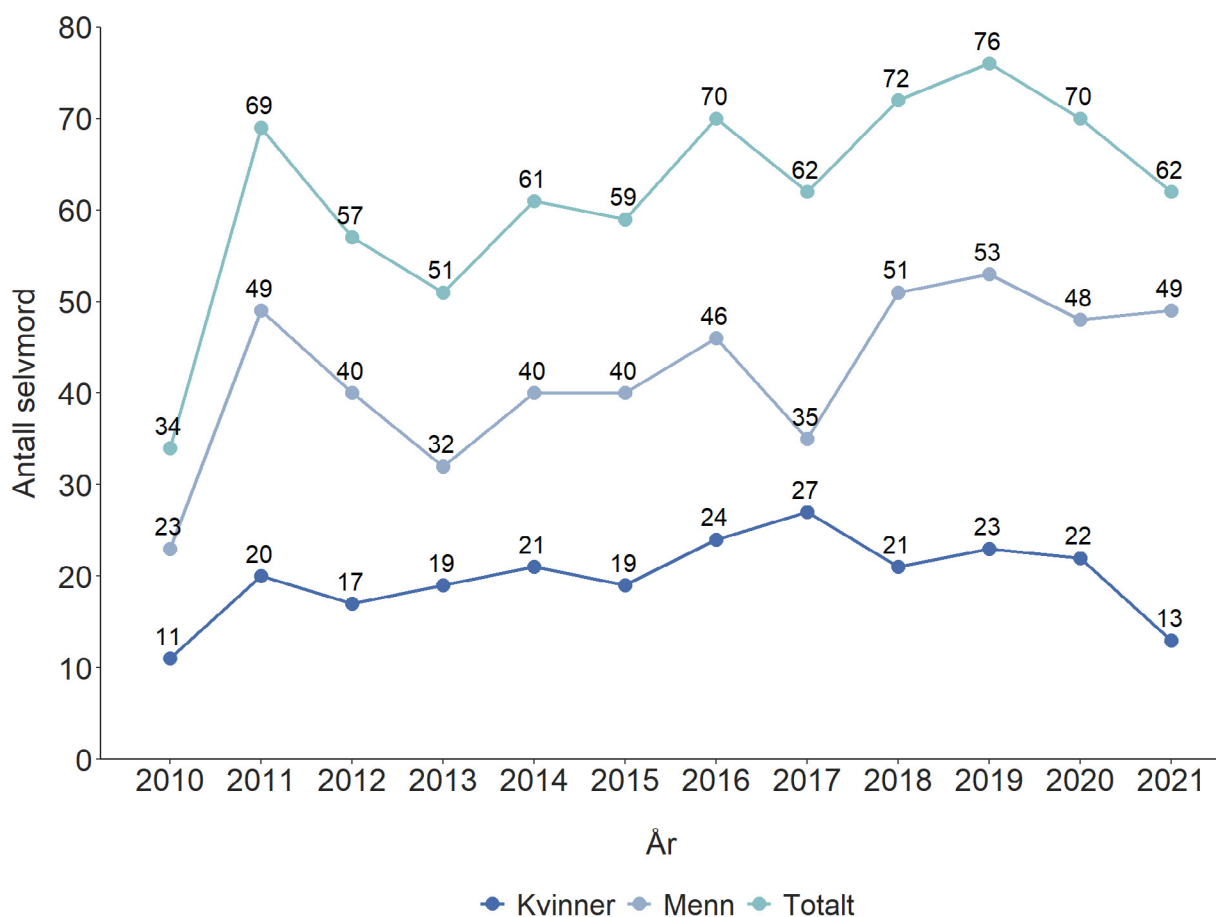
Det er viktig å påpeke at disse risikovurderingene har blitt gjort retrospektivt, og den som fyller ut skjemaet er kjent med at personen er død i selvmord. Funnene viser tydelig at det å skulle vurdere eller predikere faren for selvmord selv i en klinisk høyriskogruppe som regel er veldig vanskelig.

2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året

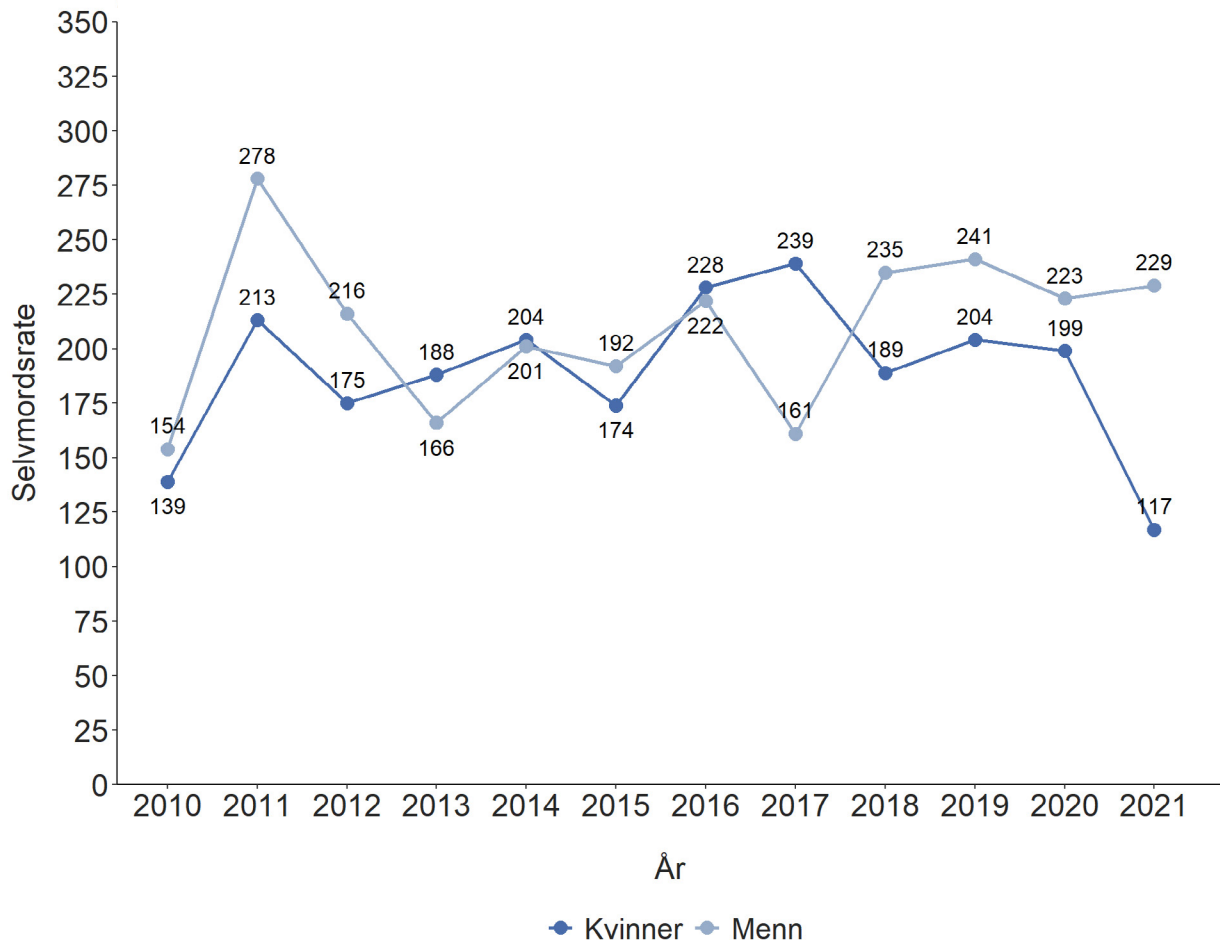
Del 2.3 av resultatene omhandler personer som hadde kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) det siste året før selvmord. Først presenteres utvalgte registerdata for perioden 2010–2021, deretter utvalgte data fra kartleggings skjemaet for årene 2018–2021.

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

Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB det siste året, 2010–2021 (n=743)



Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB det siste året, 2010–2021



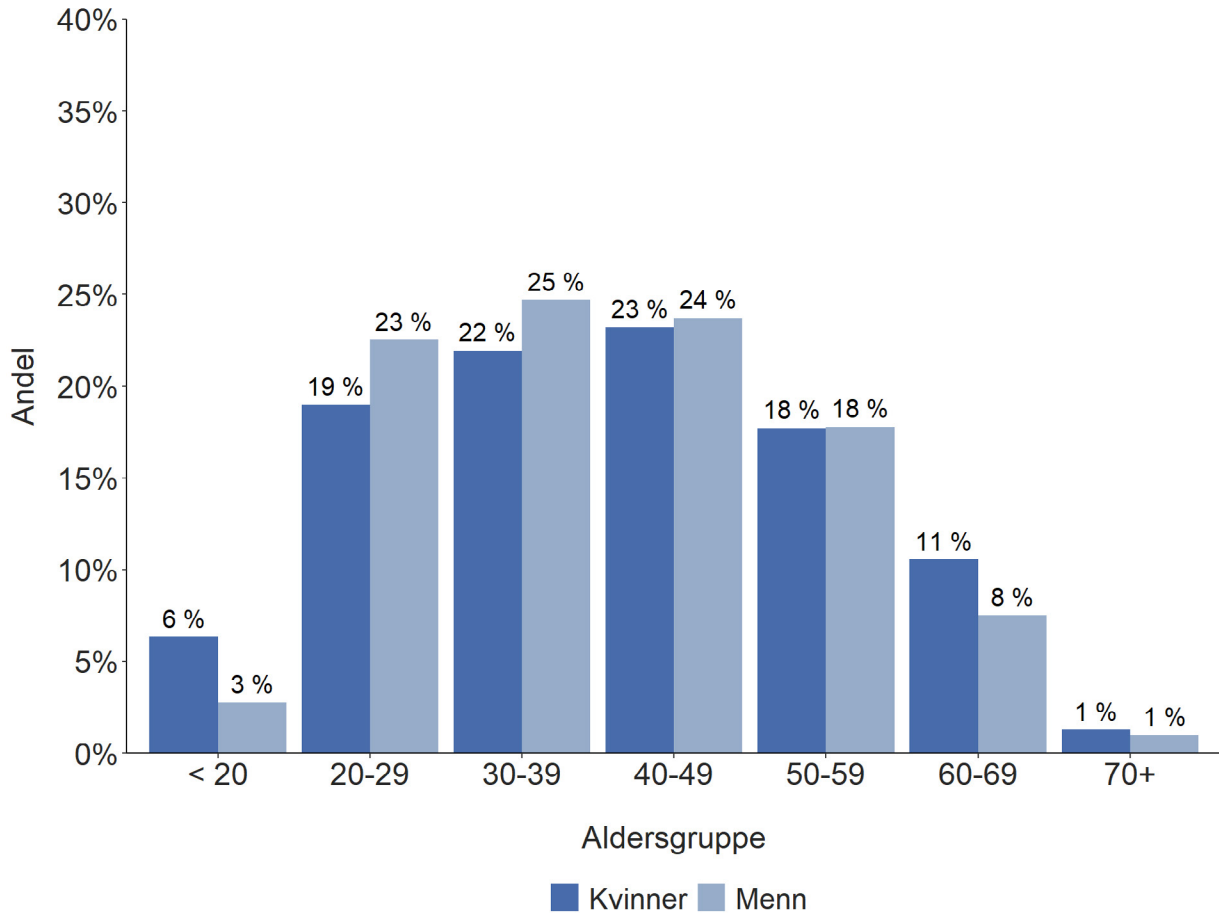
I perioden 2010–2021 hadde 743 personer, 237 (31,9 %) kvinner og 506 (68,1 %) menn kontakt med TSB det siste året før selvmord.

På grunn av et begrenset antall og store svingninger fra år til år er det vanskelig å se en tydelig trend når det gjelder utviklingen i antall selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året, men i 2021 var det en tydelig nedgang i antall selvmord og denne reduksjonen skyldes kun en nedgang i antall selvmord blant kvinner (Figur 2.3.1).

I perioden 2010–2021 var total selvmordsrate 203,6 per 100 000 pasienter (95 % KI 189,0–218,3). Selvmordsraten var 190,0 per 100 000 (95 % KI 165,9–214,2) for kvinner og 201,7 per 100 000 (95 % KI 192,4–229,0) for menn. Selvmordsraten er tilnærmet lik for begge kjønn i TSB, noe som skiller seg fra det vi ser i PHV-V. Fra 2020–2021 var det en kraftig nedgang i selvmordsraten blant kvinner, noe som henger sammen med en reduksjon i antall selvmord blant kvinner som hadde kontakt med TSB det siste året. Antall pasienter i TSB har holdt seg forholdsvis stabilt siden 2017, før dette har det vært en jevn økning i antall pasienter.

Kjønns- og aldersfordeling

Figur 2.3.3 Kjønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)



I likhet med i PHV-V, var det en forholdsvis jevn fordeling av selvmord fordelt på aldersgruppene fra 20–29 år til 50–59 år, men en tydelig utflating blant de yngste og de eldste (Figur 2.3.3).

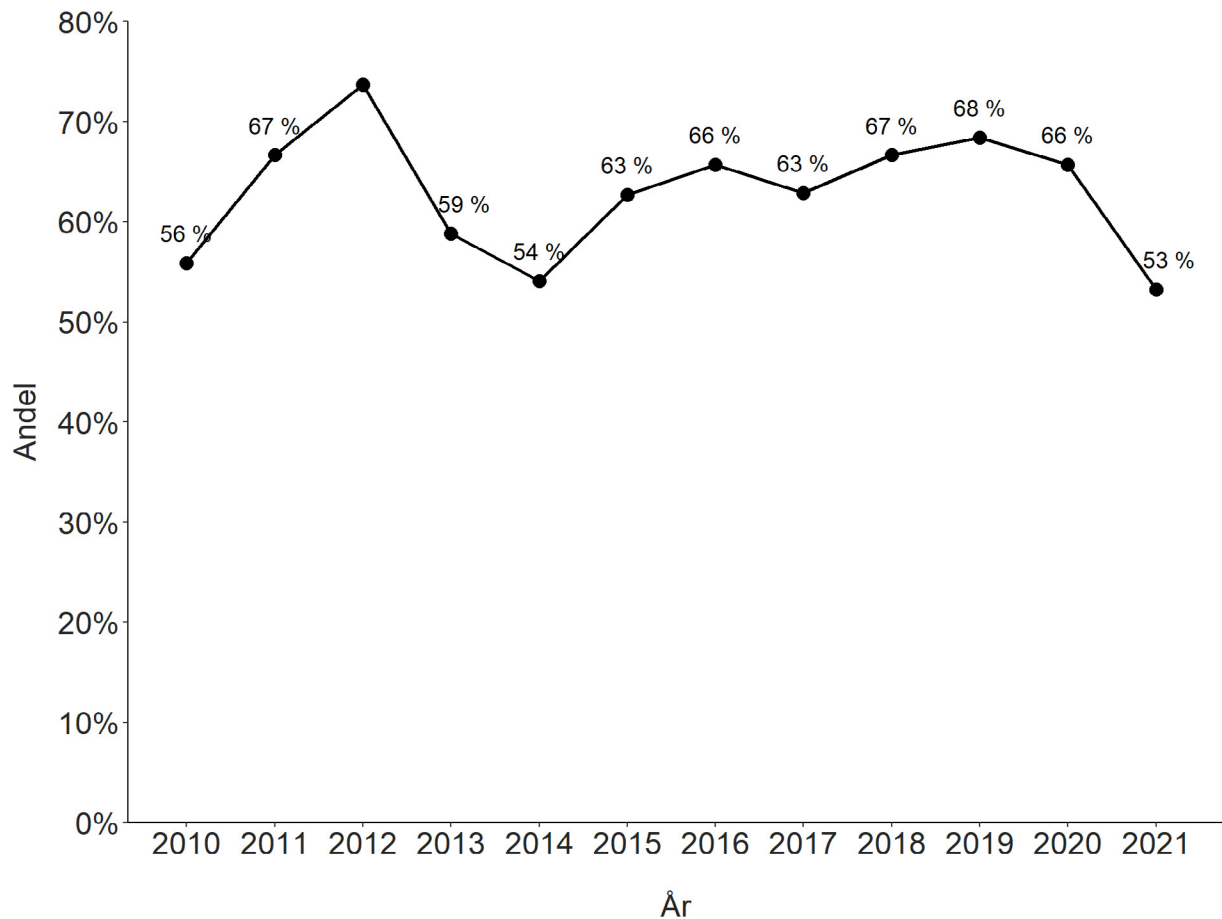
Sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, var det flere personer i de yngre aldersgruppene blant personer i kontakt med TSB det siste året.

Gjennomsnittsalderen i perioden 2010–2021 var 40,5 år, henholdsvis 40,8 år og 40,3 år for kvinner og menn.

I aldersgruppene 20–29 år og 30–39 år var det en noe høyere andel menn enn kvinner. I aldersgruppene under 20 år og 60–69 år var derimot andelen kvinner høyere.

Andel i kontakt med PHV-V det siste året

Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V det siste året, blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)

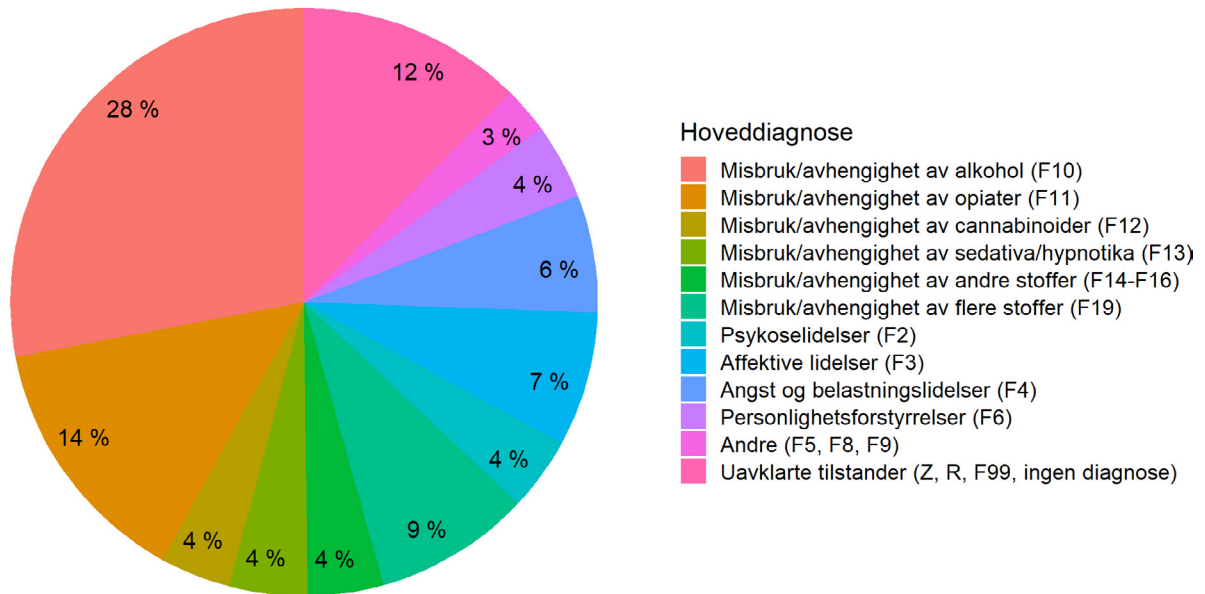


Figur 2.3.4 viser andelen som var i kontakt med én eller flere tjenester i PHV-V det siste året før selvmord, i tillegg til TSB. Kurven viser at andelen svinger en del fra år til år, og er på det laveste i

2021 (53,2 %). Totalt sett har andelen holdt seg forholdsvis stabil over perioden, og ligger samlet på 63,4 %.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)



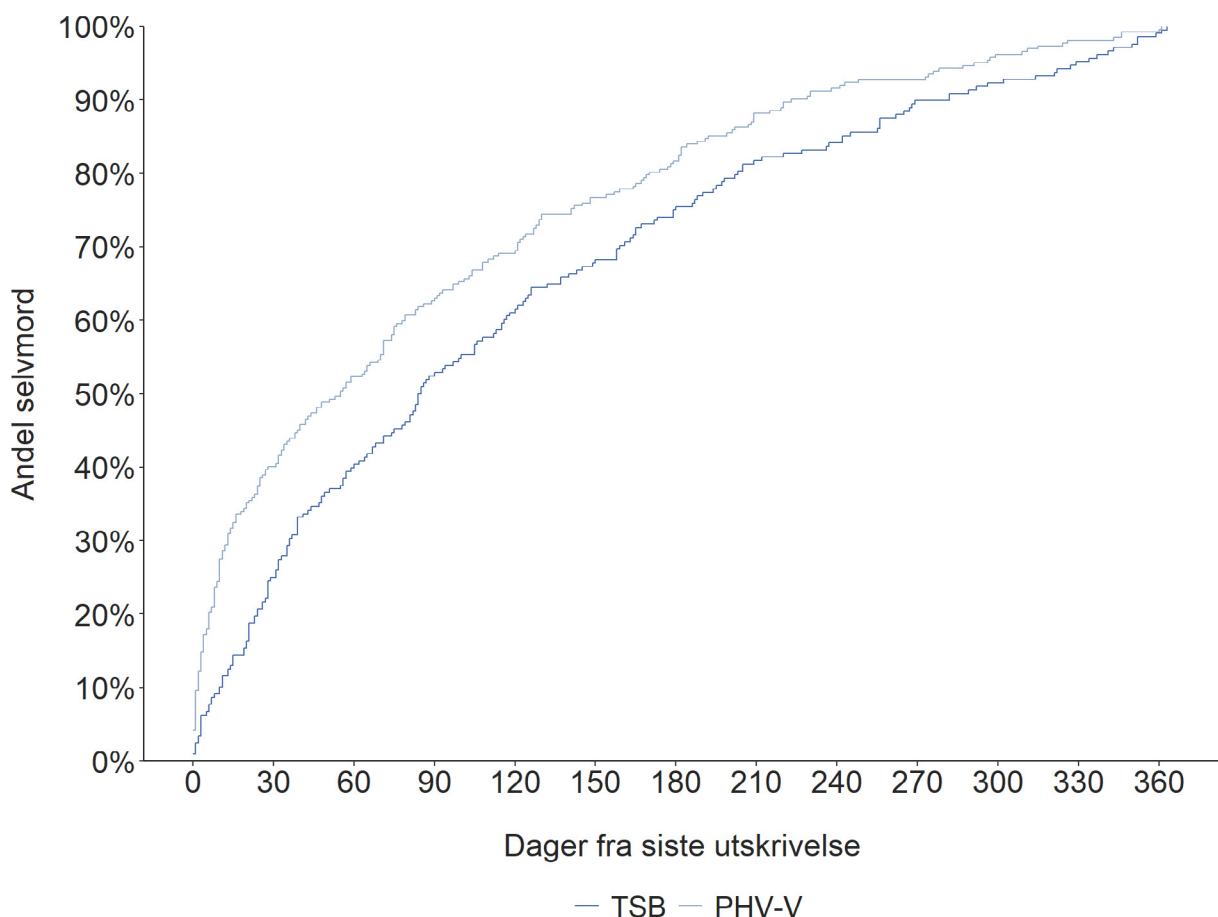
Majoriteten (63,0 %) var diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet (F10-F19) ved siste kontakt. Andelen som hadde de ulike underdiagnosene innenfor denne diagnosegruppen, samt andel diagnostisert med de andre kategoriene av hoveddiagnoser (F2-F9) ved siste kontakt i de aktuelle sektorene, vises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

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

Tid fra siste utskrivelse i TSB og PHV-V til selvmord

Dette utvalget inkluderer alle personer med minst ett døgnopphold (i TSB eller PHV-V) i løpet av det siste året før selvmord (i tidsperioden 2010-2021) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste innleggelse. Personer som døde under døgnopphold er ikke inkludert i analysene. Selvmord under døgnopphold ble beskrevet i forrige årsrapport (Walby et al., 2023).

Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse til selvmord i TSB og PHV-V, blant personer i kontakt med TSB det siste året og med minst ett døgnopphold, 2010-2021 (n=470)



Blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, ble 470 (63,3 %) skrevet ut fra døgnopphold i løpet av det siste året – 208 personer hadde siste utskrivelse fra TSB og 262 siste utskrivelse fra PHV-V.

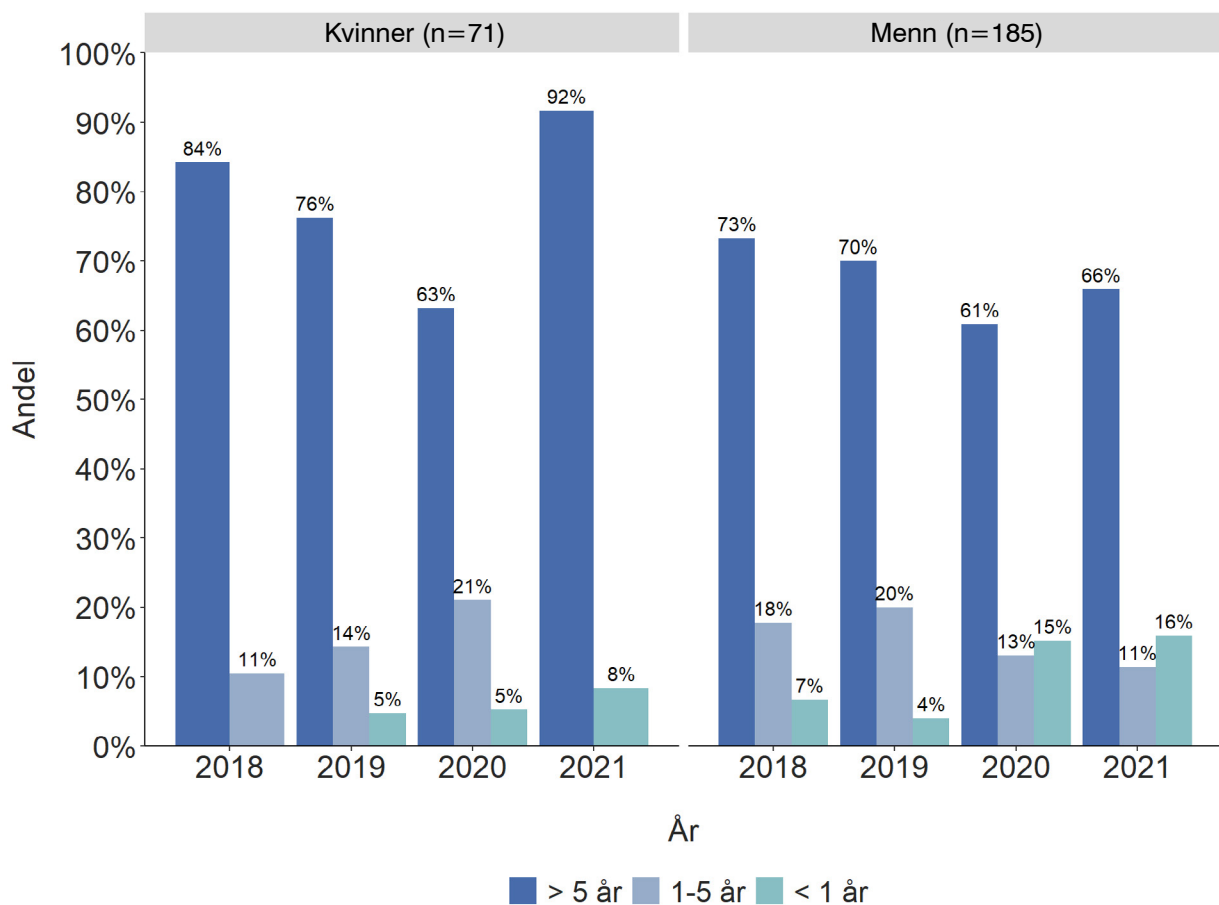
Median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord var henholdsvis 84,5 dager ved siste innleggelse i TSB og 55 dager ved siste innleggelse i PHV-V. Igjen er det viktig å presisere at disse personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste utskrivelse fra døgnopphold.

Figur 2.3.6 viser at flere personer døde i kortere tid etter utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V enn ved utskrivelse fra døgnopphold i TSB.

I følgende avsnitt viser vi data fra kartleggings skjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2021. Skjemaene fylles ut av behandler og bidrar til viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendighetene rundt dødsfallet.

Sykehistorie og livsbelastninger

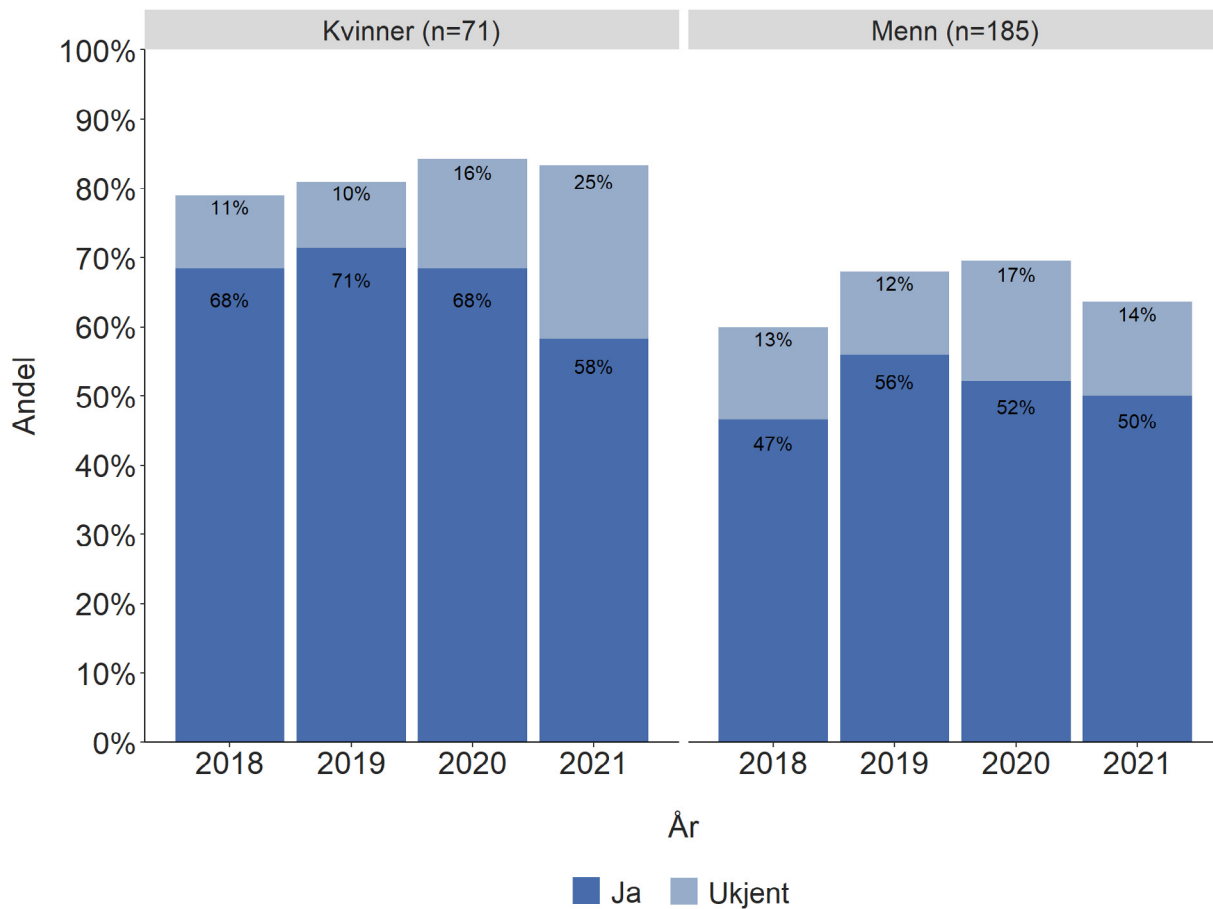
Figur 2.3.7 Varighet av psykiatrisk sykehistorie blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



Totalt i løpet av tidsperioden hadde 77,5 % av kvinnene og 67,6 % av mennene en psykiatrisk sykehistorie på over fem år. I 2021 hadde 91,6 % av kvinnene en sykehistorie på over fem år

(Figur 2.3.7). Det er en tendens til økning i andelen med sykehistorie på under ett år i løpet av perioden.

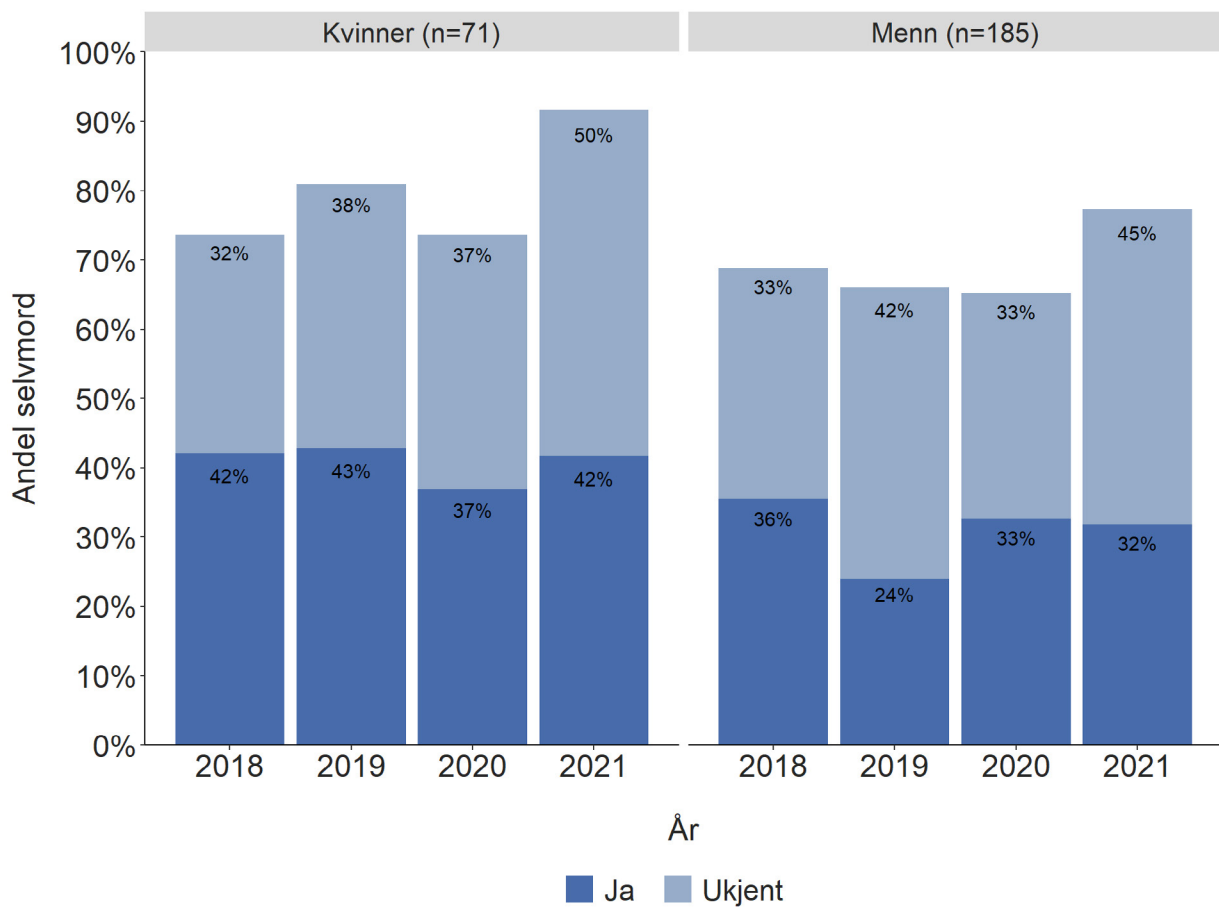
Figur 2.3.8 Villet egenskade blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



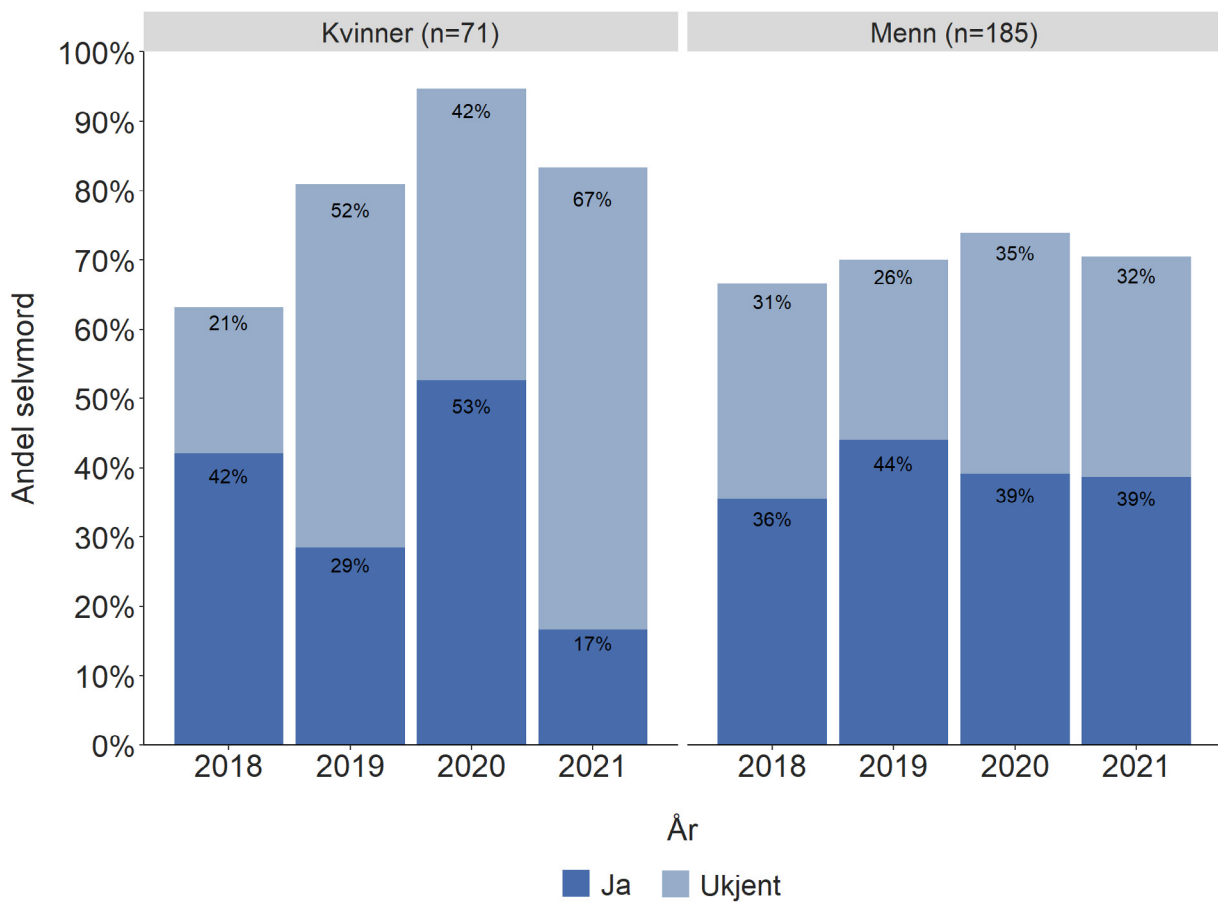
Andelen som hadde en historie med villet egenskade var henholdsvis 67,6 % og 51,4 % blant kvinnene og mennene i løpet av tidsperioden.

Andelen gikk noe ned blant kvinner i 2021, men andelen ukjent er betydelig og dette vil sannsynligvis føre til underestimering (Figur 2.3.8).

Figur 2.3.9 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018-2021 (n=256)



Figur 2.3.10 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



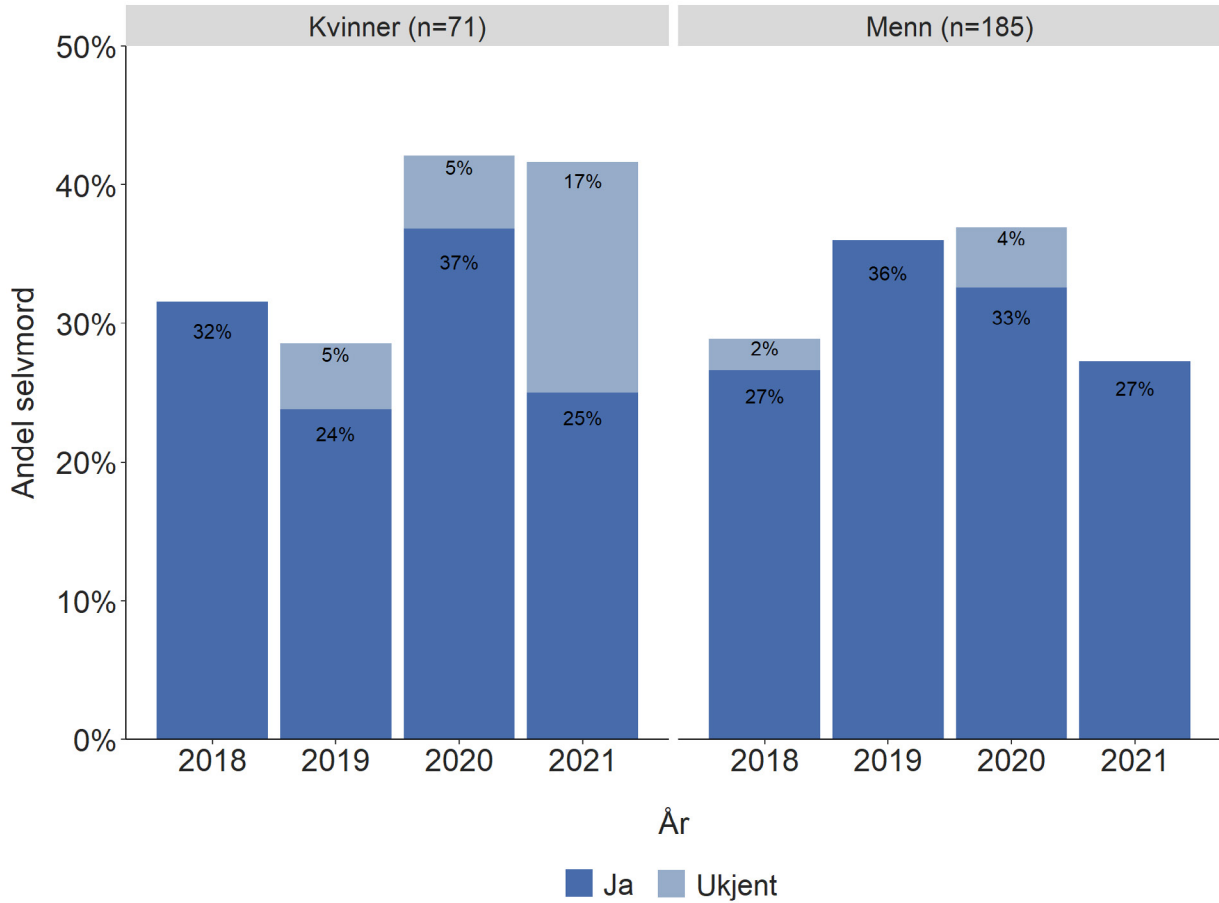
I løpet av tidsperioden var andelen som hadde opplevd traumer i barndommen (omfatter både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk) totalt 40,8 % blant kvinnene og 30,8 % blant mennene. Andelen har holdt seg forholdsvis stabil over perioden (Figur 2.3.9).

Andelen som hadde opplevd negative livshendelser de siste tre månedene før selvmordet, var henholdsvis 36,6 % og 39,5 % blant kvinnene og mennene i løpet av tidsperioden.

Andelen gikk kraftig ned blant kvinner i 2021 (Figur 2.3.10), men andelen ukjent er svært høy og dette vil sannsynligvis føre til underestimert. Dette er tilfellet for både traumer i barndommen og negative livshendelser. Som vi også skrev i del 2.2 viser dette at man bør ha et større fokus på å identifisere disse belastningene, slik at relevante tiltak kan igangsettes – både i og utenfor tjenestene.

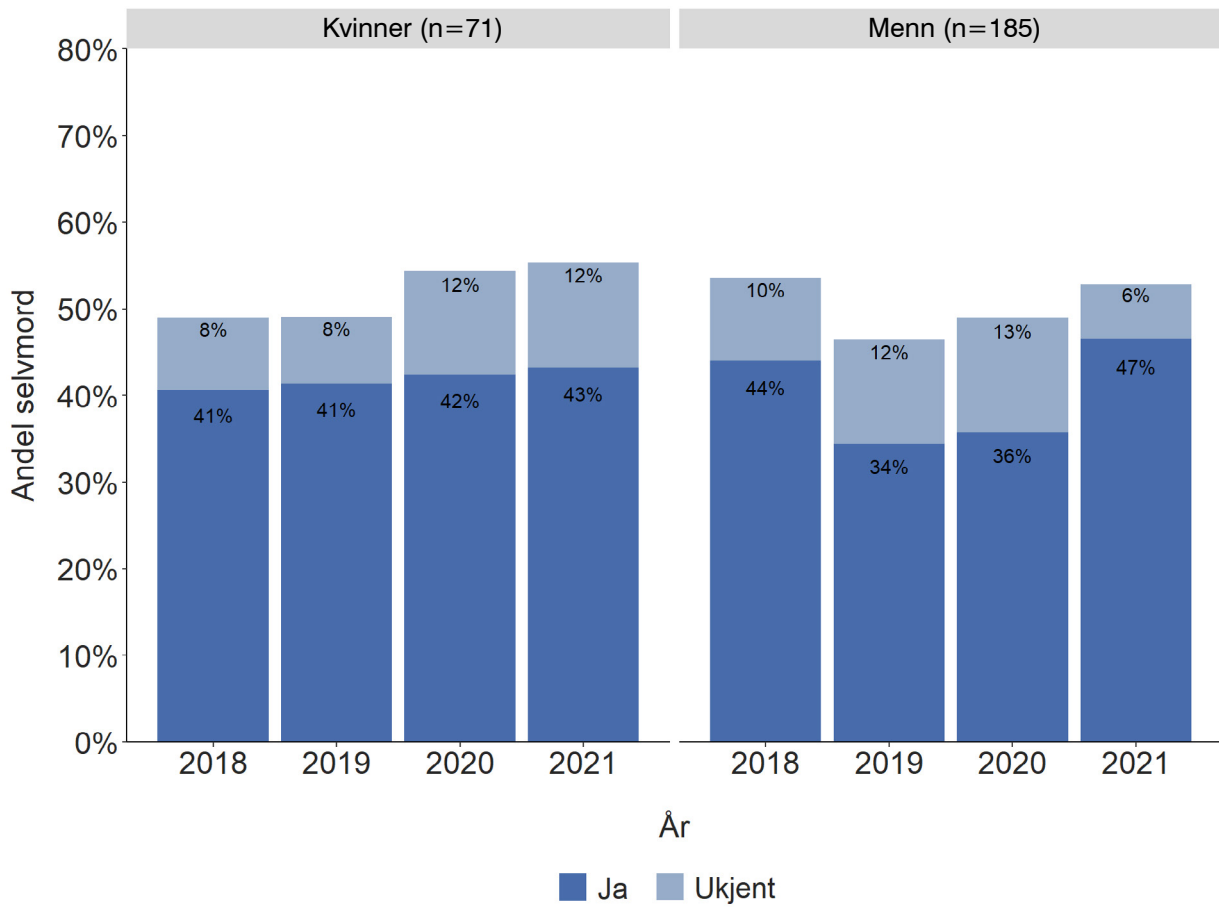
Siste kontakt

Figur 2.3.11 Siste avtale uteblitt blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



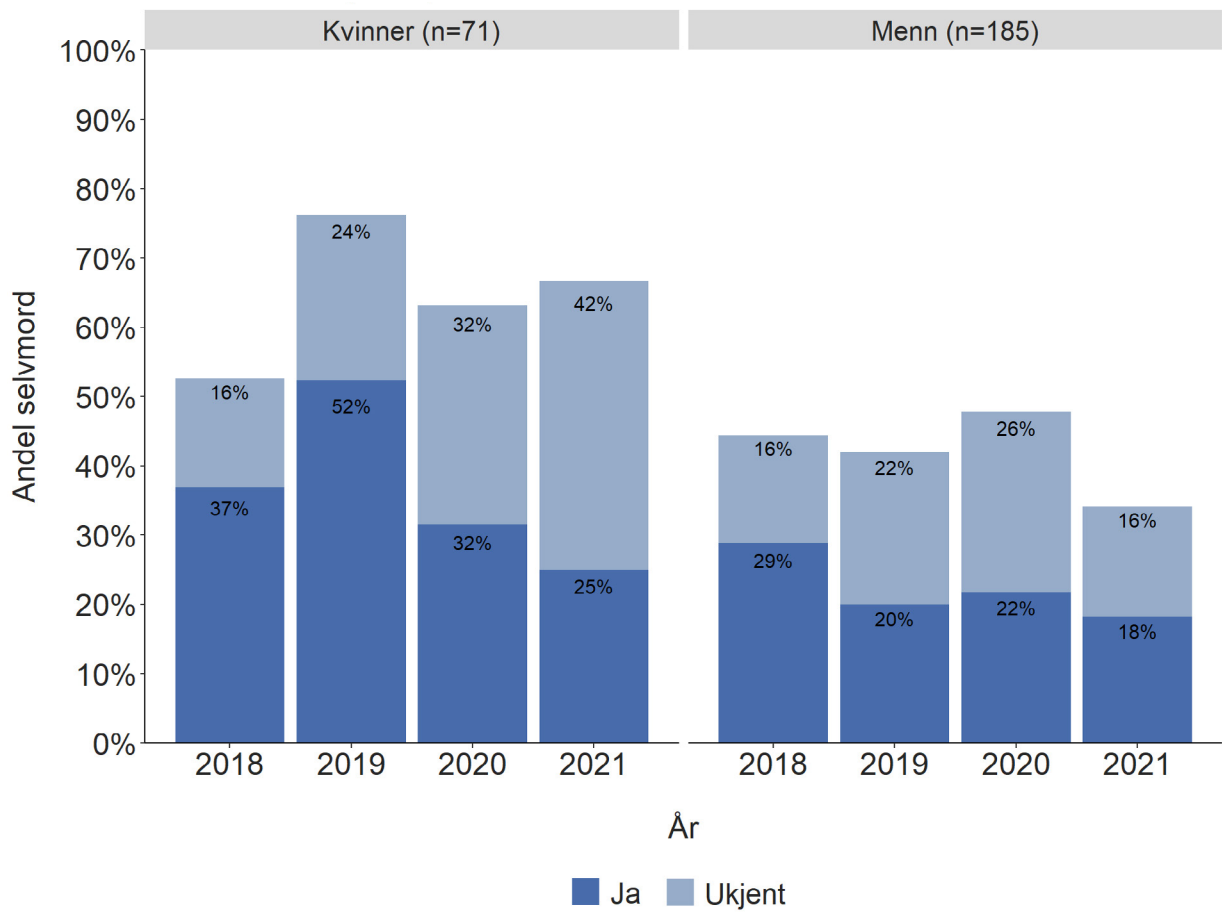
Andelen av kvinnene som uteble fra siste avtale var totalt 34,4 % i løpet av tidsperioden, blant mennene var andelen 35,6 %. Det var en del variasjon fra år til år (Figur 2.3.11).

Figur 2.3.12 Kontakt med pårørende den siste mnd. før selvmord, blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



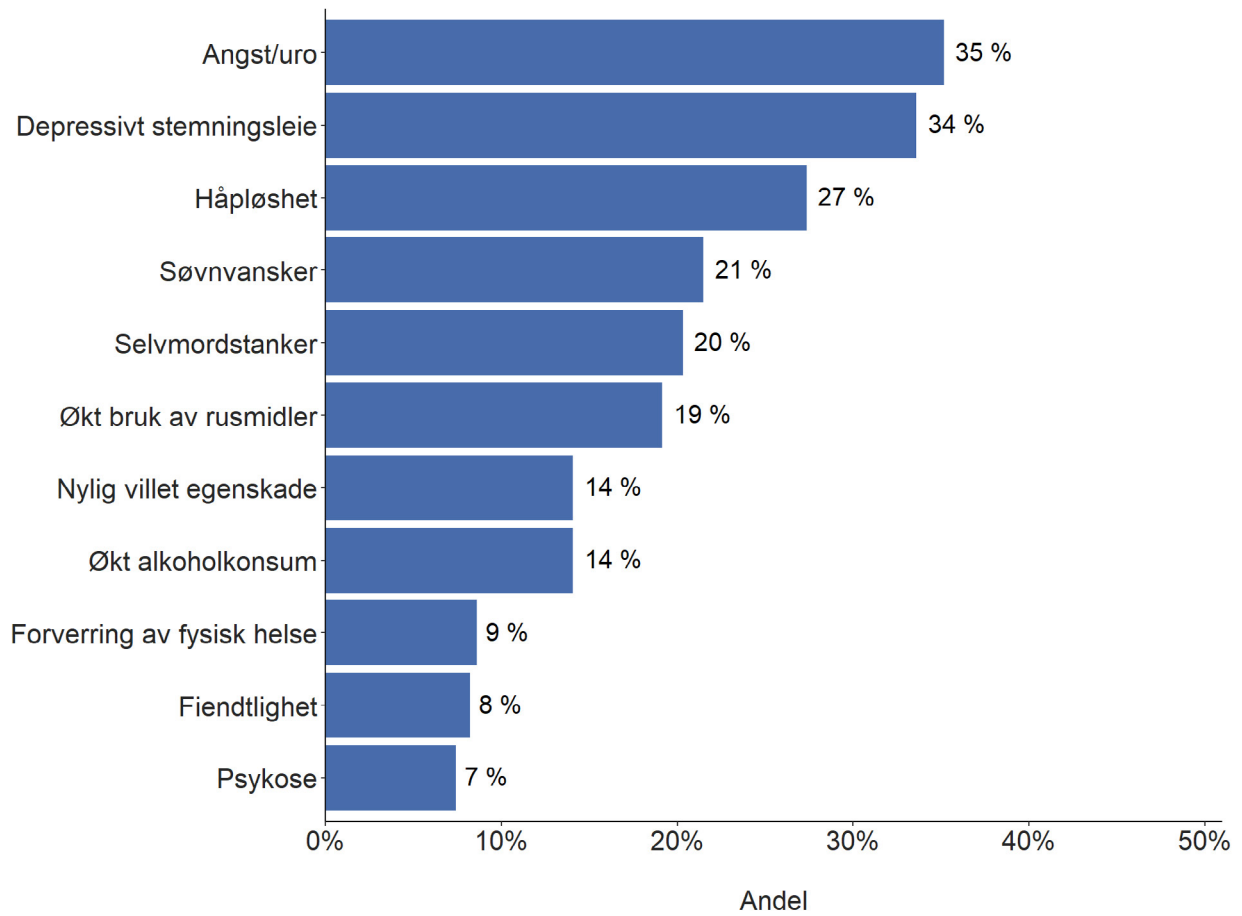
Tjenestene hadde totalt (2018–2021) kontakt med kvinnenes pårørende i løpet av den siste måneden før selvmordet i 41,8 % av tilfellene, mens andelen var 40,0 % for mennene. Andelen har holdt seg forholdsvis stabil over perioden (Figur 2.3.12).

Figur 2.3.13 Kriseplan til personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



Totalt (2018–2021) hadde 38,0 % av kvinnene og 22,2 % av mennene fått en kriseplan. Det er en nedgang i løpet av perioden, spesielt blant kvinnene, men andelen ukjent er svært høy så dette kan tyde på underestimering (Figur 2.3.13).

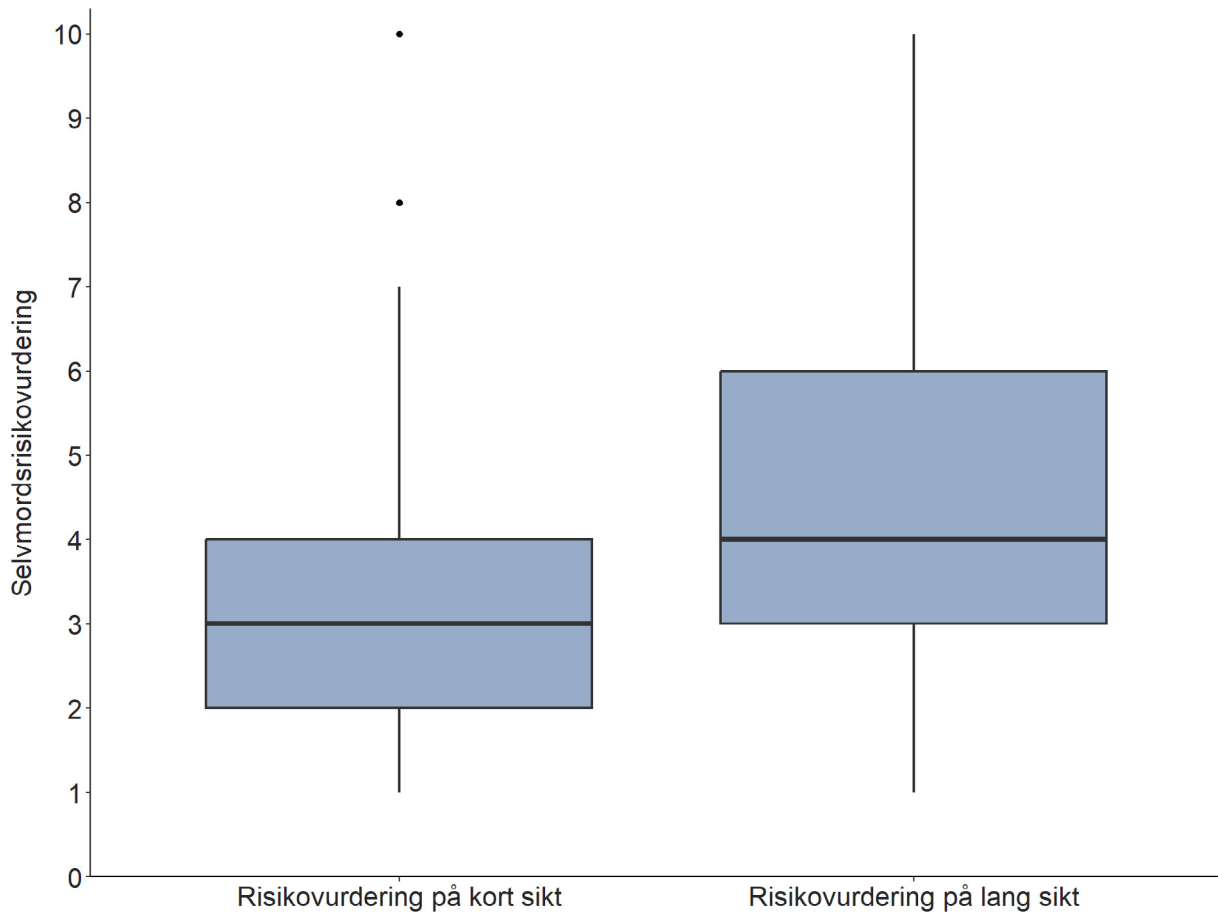
Figur 2.3.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)



Angst og uro var de vanligste observerte symptomene ved siste kontakt (35,2 %), etterfulgt av depressivt stemningsleie (33,6 %) og håpløshet (27,3 %) (Figur 2.3.14). Kun én av fem hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt. For de fleste

symptomene var andelen høyere blant kvinner enn menn. Det var kun økt bruk av rusmidler, fiendtlighet og forverring av fysisk helse som var noe høyere blant menn.

Figur 2.3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=213)



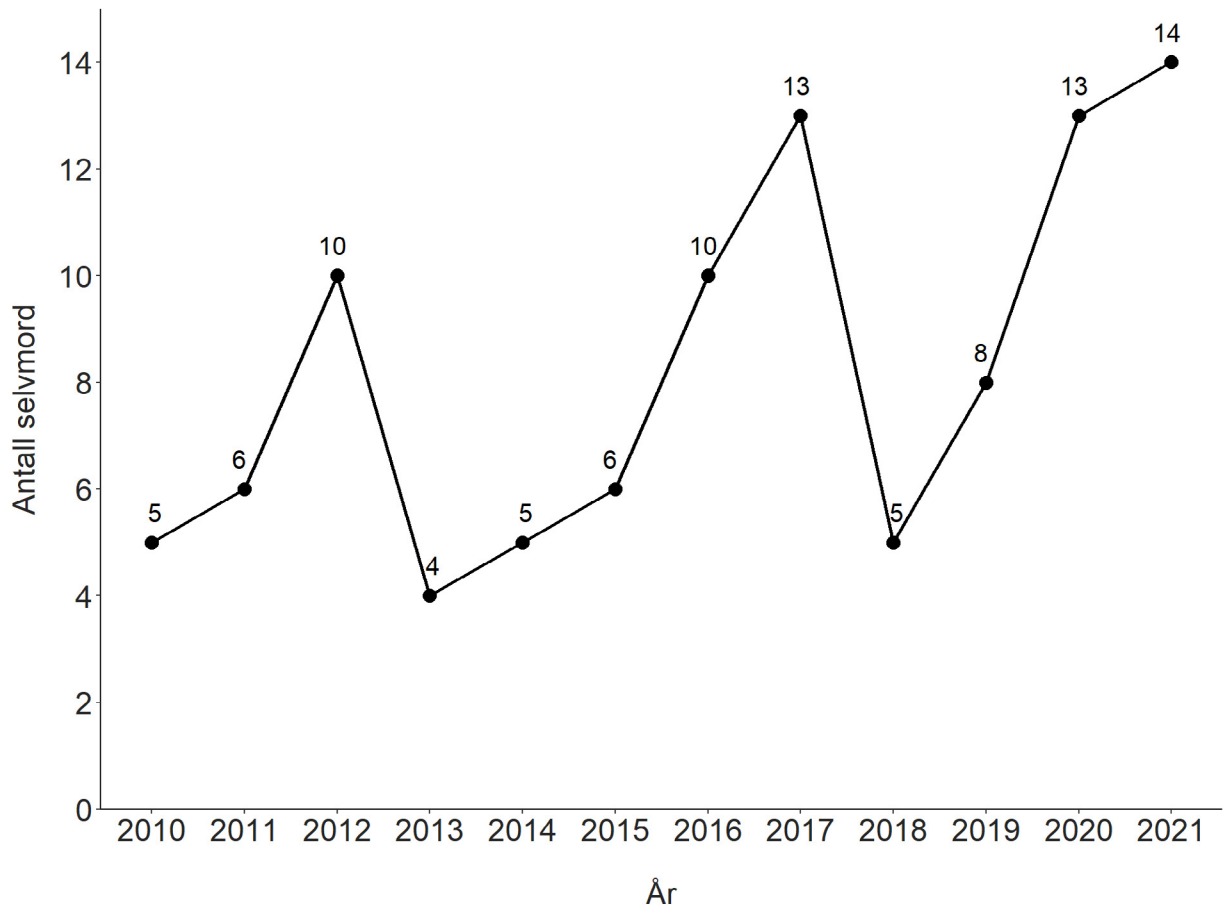
Selvmondsrisiko på kort sikt ble vurdert til lav med en median på 3 på Likert-skalaen, på lang sikt var medianen 4 (Figur 2.3.15). På grunn av revisjon av variabelen er det 213 personer (83 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

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

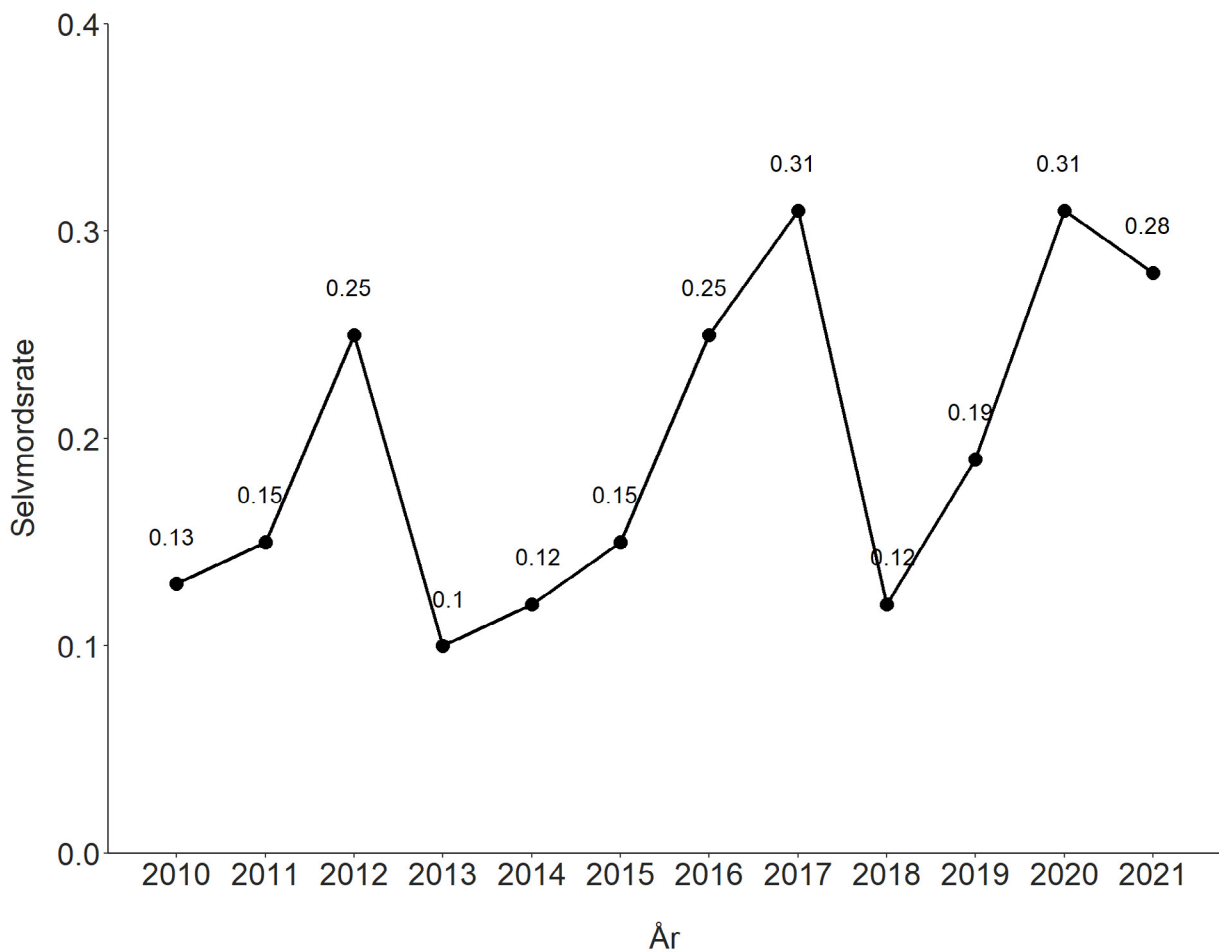
I del 2.4 beskriver vi registerdata på antall selvmord og selvmordsrate blant barn og unge som hadde kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord i perioden 2010–2021. Vi viser til tidligere publikasjoner (Astrup et al., 2022; Walby et al., 2022) som omhandler selvmord i PHV-BU og beskriver denne gruppen nærmere.

Antall selvmord og selvmordsrate i PHV-BU

Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=99)



Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med PHV-BU det siste året, 2010–2021



Som figur 2.4.1 viser varierte antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året i perioden 2010–2021, med et gjennomsnitt på åtte selvmord årlig. Høyeste antall var i 2021 med 14 selvmord og totalt har det vært en økning i antall selvmord over perioden.

Totalt hadde 67 jenter og 32 gutter kontakt med PHV-BU det siste året før de døde i selvmord i perioden 2010–2021.

Selvmordsraten blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord var totalt 0,20 per 1 000 pasienter (95 % KI 0,16–0,24) i perioden 2010–2020, med svingninger fra år til år med en variasjon fra 0,10–0,31 per 1 000 (Figur 2.4.2). Utviklingen blir interessant å følge med på videre da det ser ut til å være en viss utflating i 2021. Selvmordsraten var totalt 0,27 per 1 000 (95 % KI 0,20–0,33) blant jenter og 0,13 per 1 000 (95 % KI 0,09–0,18) blant gutter.

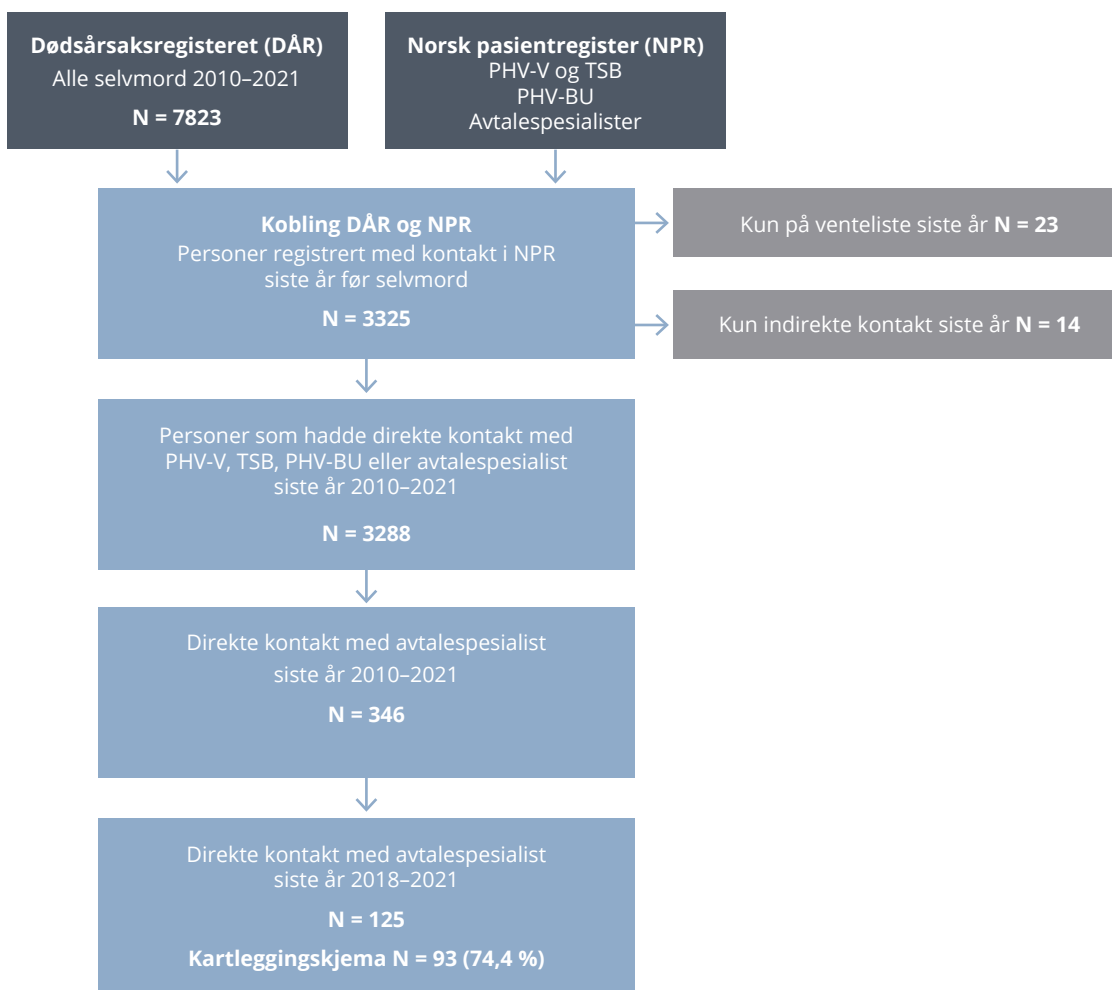
Del 3

Selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året

I denne delen av rapporten beskriver vi registerdata for perioden 2010–2021. Deretter viser vi data fra kartleggingsskjemaer for perioden 2018–2021. All data i denne delen er basert på personer som har vært i minst én direkte kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord.

Avtalespesialister i PHV-V er privatpraktiserende psykiatere eller psykologspesialister som får driftstilskudd av staten. De utfører konsultasjoner på oppdrag fra et regionalt helseforetak.

Figur 3.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2021 samt data fra kartleggingskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2021, og som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året

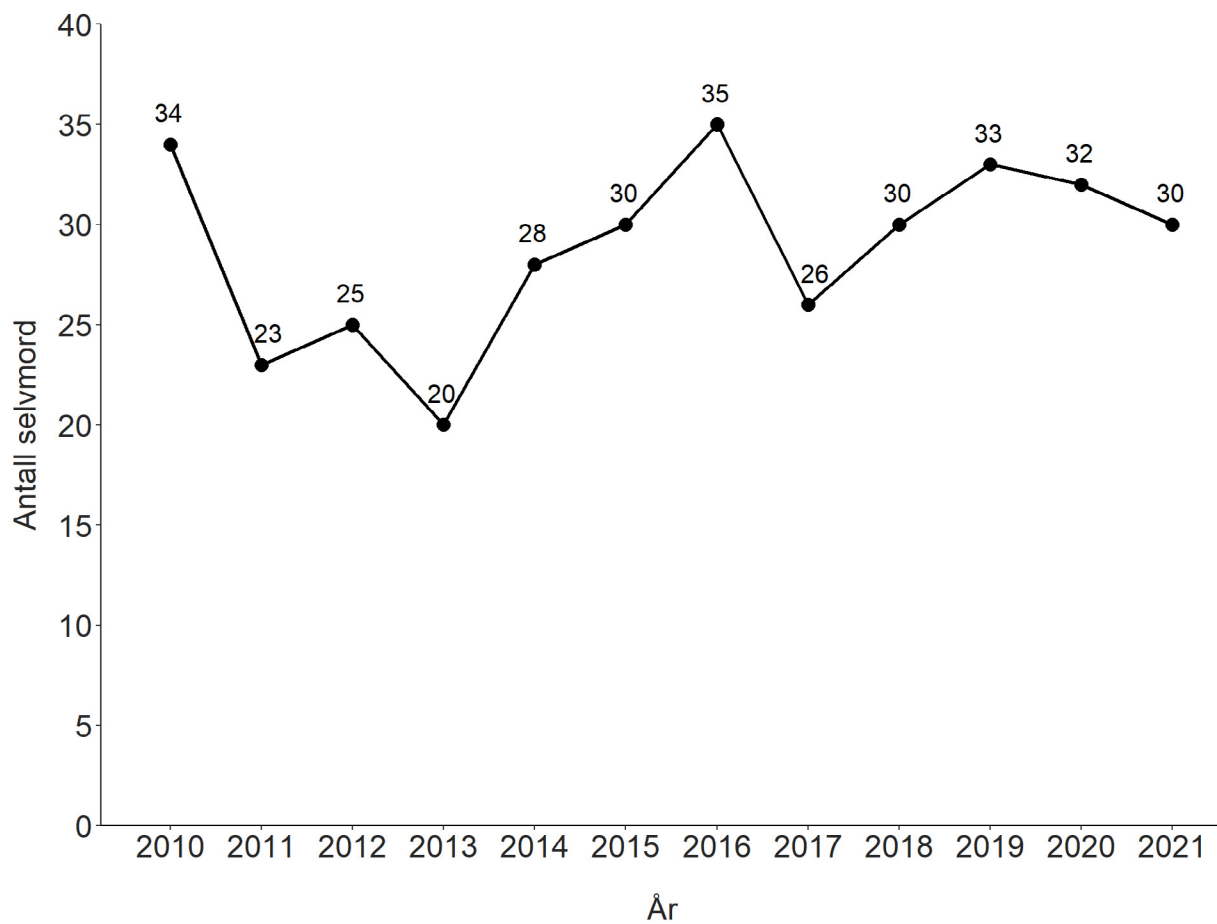


Figur 3.1 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2010–2021. Figuren viser antall personer som hadde direkte kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2010–2021, samt antall personer med direkte kontakt med avtalespesialist det

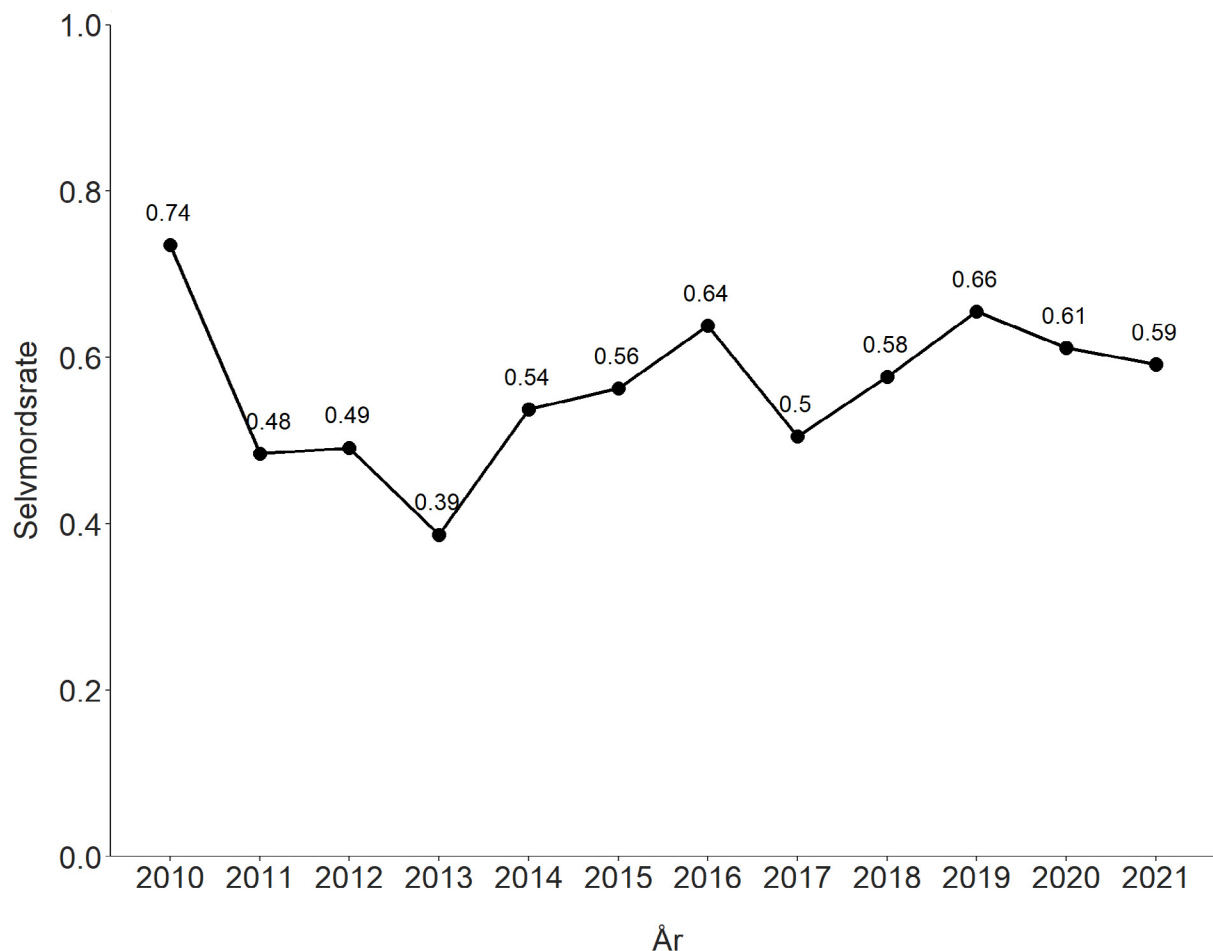
siste året før selvmord i perioden 2018–2021 og antall personer med kartleggingskjemaer i dette utvalget. Som tidligere nevnt kan den som besvarer skjemaet være en avtalespesialist eller en behandler i PHV-V, TSB eller PHV-BU, avhengig av sektor ved siste kontakt.

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

Figur 3.2 Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)



Figur 3.3 Selvmordsrate per 1 000 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021



Totalt var 346 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2010–2021, dette tilsvarer gjennomsnittlig 31 selvmord årlig. I perioden som helhet er det svingninger som følge av et begrenset antall selvmord per år, og det er heller ingen tydelig trend (Figur 3.2).

Selvmordsraten i perioden 2010–2021 var 0,56 per 1 000 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året (95 % KI 0,51-0,62). Den totale selvmordsraten hos menn var høyere enn hos kvinner, henholdsvis 0,9 per 1 000 (95 % KI 0,8-1,0) og 0,4 per 1 000 (95 % KI 0,3-0,5). Selvmordsraten er betydelig lavere enn i PHV-V, men samtidig høyere enn i befolkningen generelt (Folkehelseinstituttet, 2023).

Selvmondsrate per årsverk i de ulike regionale helseforetakene

Tabell 3.1 Selvmordsrate per 1 000 årsverk blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, fordelt på regionalt helseforetak, 2010–2021 (n=346)

Regionalt helseforetak	Rate (95% KI)
Helse Sør-Øst RHF	48,1 (42,2–54,0)
Helse Vest RHF	60,0 (47,6–72,3)
Helse Midt-Norge RHF	47,3 (28,9–65,8)
Helse Nord RHF	30,4 (12,1–48,7)

Per 2021 hadde Helse Sør-Øst RHF 421 avtalespesialist årsverk, Helse Vest RHF hadde 117, Helse Midt-Norge RHF 48 og Helse Nord RHF 37 årsverk (Statistisk sentralbyrå, 2024). Generelt sett har antall årsverk holdt seg relativt stabilt, mens antall driftsavtaler har hatt en gradvis nedgang i alle helseforetakene i løpet av perioden 2010–2021.

I tabell 3.1 viser vi data på selvmordsratene per antall årsverk med avtalespesialister fordelt på de regionale helseforetakene i perioden 2010–2021. Den gjennomsnittlige selvmordsraten over perioden 2010–2021 var høyest i Helse Vest RHF med 60,0 per 1 000 pasienter (95 % KI 47,6–72,3), etterfulgt av Helse Sør-Øst RHF med 48,1 per 1 000 (95 % KI 42,2–54,0), Helse Midt-Norge RHF med 47,3 per 1 000 (95 % KI 28,9–65,8) og Helse Nord RHF med 30,4 per 1 000 (95 % KI 12,1–48,7).

Type spesialitet hos avtalespesialist

Tabell 3.2 Type spesialitet hos avtalespesialist ved siste kontakt blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)

Type spesialitet	n	%
Psykiatri	118	34,1
Psykologi	143	41,3
Manglende informasjon	85	24,6
<i>N</i>	346	100

Som tabell 3.2 viser, var det ingen store forskjeller i antall personer som hadde kontakt med spesialister i psykiatri (34,1 %) og psykologi (41,3 %), men vi bemerker at dette tallet ikke tar høyde for den underliggende fordelingen av årsverk (avtalespesialist) i henholdsvis psykiatri

og psykologi. Omtrent en fjerdedel manglet informasjon ved at profesjonen ikke var rapportert til NPR. Fra 2018 og fremover var rapporteringen av profesjon komplett. Tilfeller med manglende informasjon om type spesialitet ligger dermed fra 2017 og bakover i tid.

Kontakt med andre sektorer det siste året

Tabell 3.3 Antall i kontakt med tjenester i PHV-V og/eller TSB i tillegg til kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)

Kontakt siste år	n	%
Kun avtalespesialist	126	36,4
Avtalespesialist + PHV-V poliklinikk	55	15,9
Avtalespesialist + PHV-V døgnerhet	26	7,5
Avtalespesialist + PHV-V poliklinikk og døgnerhet	97	28,0
Avtalespesialist + TSB	6	1,7
Avtalespesialist + PHV-V og TSB	34	9,8

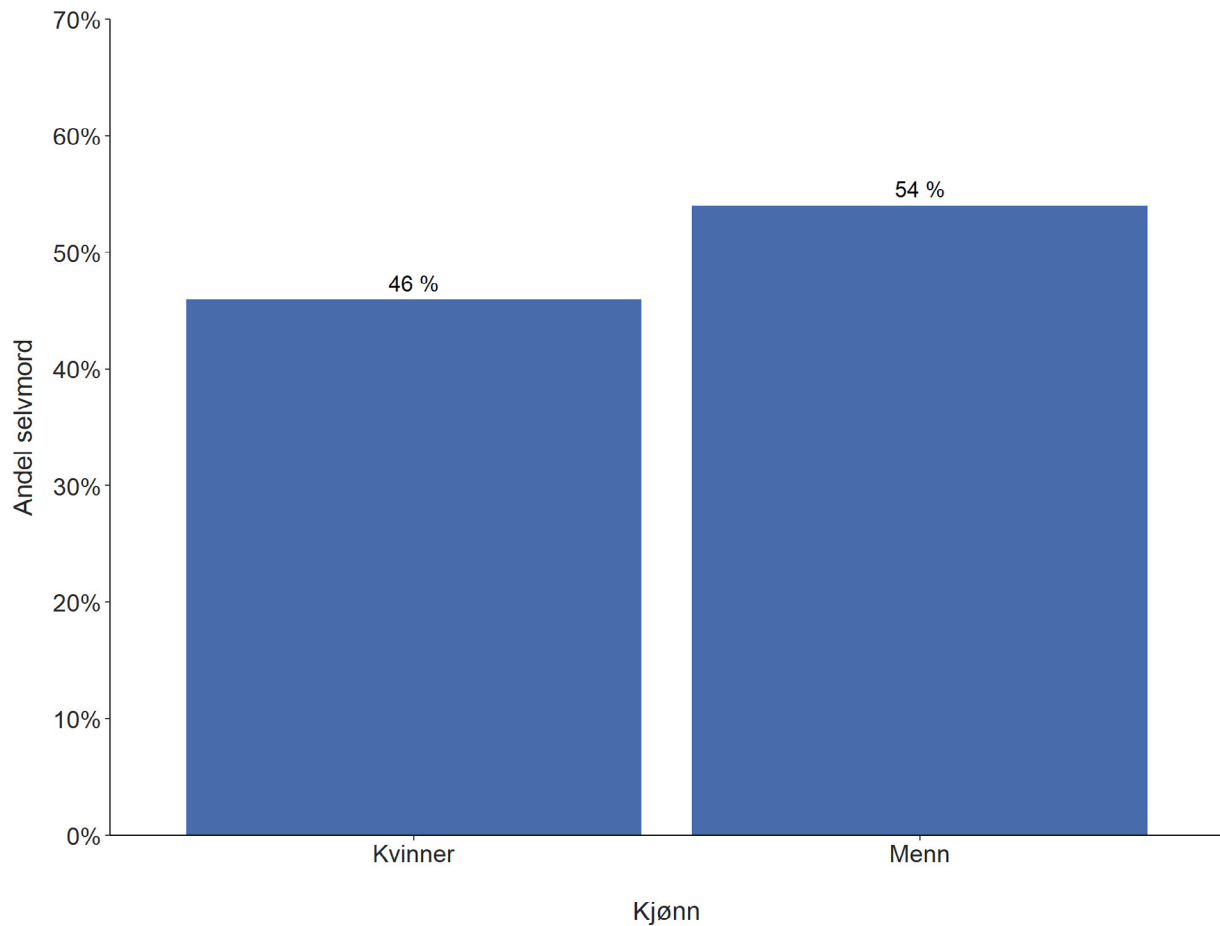
I tabell 3.3 viser vi antall personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i tillegg til å ha vært i kontakt med PHV-V poliklinikk, PHV-V døgnerhet, TSB eller en kombinasjon av disse i perioden 2010–2021.

Det var 126 personer (36,4 %) som kun hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2010–2021. Videre hadde 15,9 % kontakt med PHV-V poliklinikk i tillegg til avtalespesialist det siste året, og 7,5 % hadde døgnerhold i PHV-V i tillegg til kontakt med

avtalespesialist det siste året. Andelen som både hadde døgnerhold og poliklinisk kontakt i PHV-V det siste året, i tillegg til kontakt med avtalespesialist det siste året, var 28,0 %. Kun 1,7 % hadde kun kontakt med TSB i tillegg til avtalespesialist det siste året, og 9,8 % hadde kontakt med tjenester i både PHV-V og TSB i tillegg til avtalespesialist det siste året. Det var under tre personer som kun hadde kontakt med PHV-BU i tillegg til avtalespesialist det siste året og er derfor tatt ut av utvalget i tabellen.

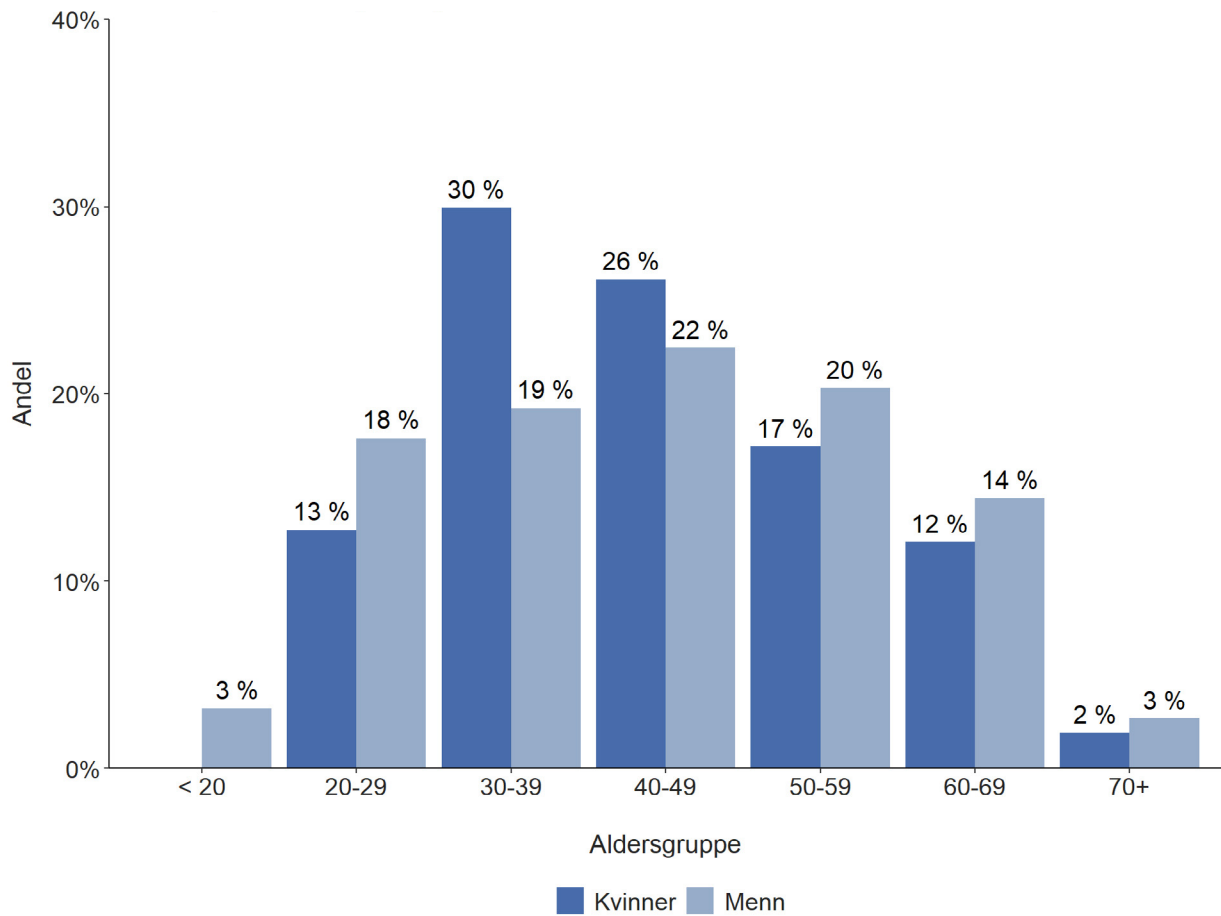
Kjønns- og aldersfordeling

Figur 3.4 Kjønnsfordeling blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)



Av de totalt 346 personene som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord i perioden 2010–2021, var det litt flere menn (187, 54,0 %) enn kvinner (159, 45,9 %).

Figur 3.5 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)

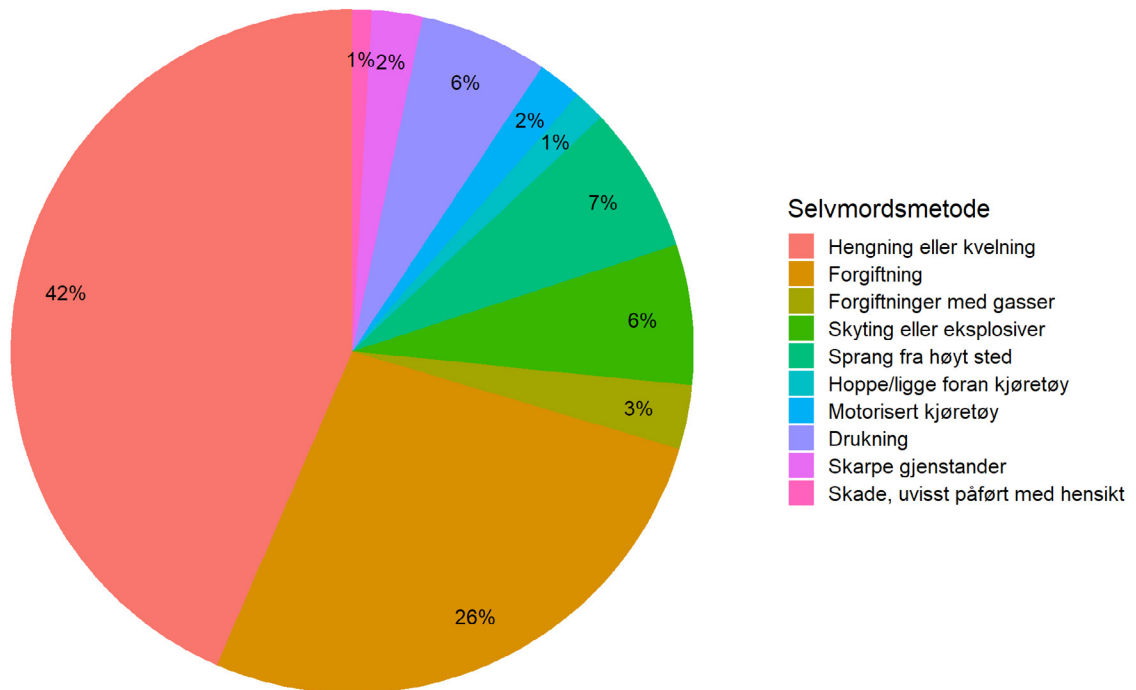


Gjennomsnittsalderen var 43,5 år, henholdsvis 43,2 år for kvinner og 43,9 år for menn. Den eldste var over 80 år og den yngste under 18 år. Det var færre enn tre kvinner under 20 år og søylen vises derfor ikke i figur 3.5. Figuren viser at det var flest menn i aldersgruppen 40–49 år (22,5 %) og flest kvinner

i aldersgruppen 30–39 år (29,9 %). I likhet med de andre tjenestene og som tidligere beskrevet, viser disse funnene at selvmordsforebygging er like relevant i alle aldersgrupper som er i kontakt med avtalespesialister.

Selvmordsmetoder

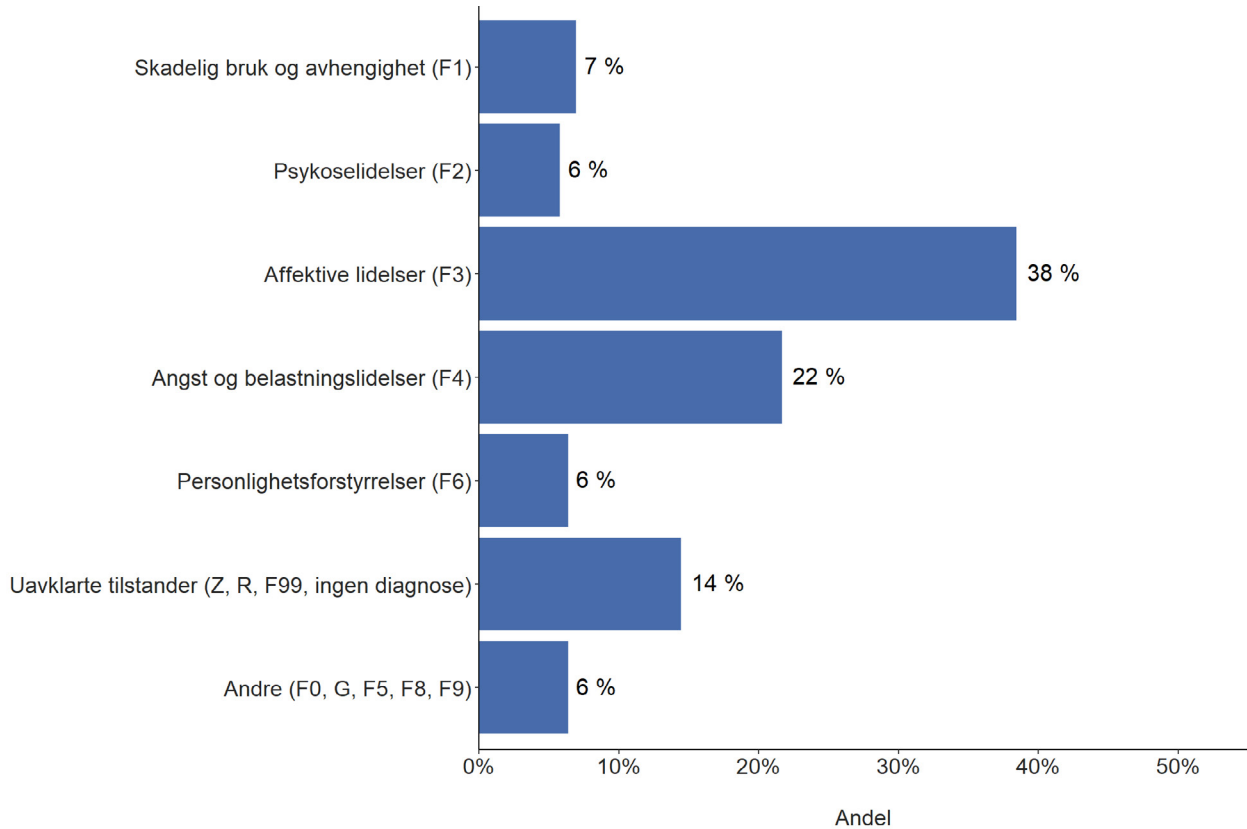
Figur 3.6 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)



Blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, ble det oftest brukt voldsomme selvmordsmetoder (Figur 3.6). Hengning eller kvelning var den mest brukte metoden (41,6 %) etterfulgt av forgiftning (25,7 %) og sprang fra høyt sted (6,6 %).

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 3.7 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=246)



Affektive lidelser var den vanligste psykiske lidelsen (38,4 %), etterfulgt av angst og belastningslidelser (21,7 %) og uavklarte tilstander (14,5 %). Av de uavklarte tilstander utgjorde Z-diagnoser 40 % og R-diagnoser 16 %. Færre enn tre personer hadde en uspesifisert psykisk lidelse, og 40 % var ikke registrert med noen diagnose. Kategorien *Andre* består av organiske tilstander (F0, G), atferdsforstyrrelser (F5), utviklingsforstyrrelser (F8) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F9).

Innenfor diagnosegruppen affektive lidelser var flest diagnostisert med tilbakevendende depressiv lidelse (n=62), etterfulgt av depressiv episode (n=31), andre affektive lidelser (n=13) og bipolar lidelse med aktuell episode av depresjon (n=12). Innenfor angst og belastningslidelsene var det flest angstlidelser (n=26) og tilpasningsforstyrrelser (n=24), etterfulgt av PTSD (n=8).

Antall kontakter og tid fra siste kontakt

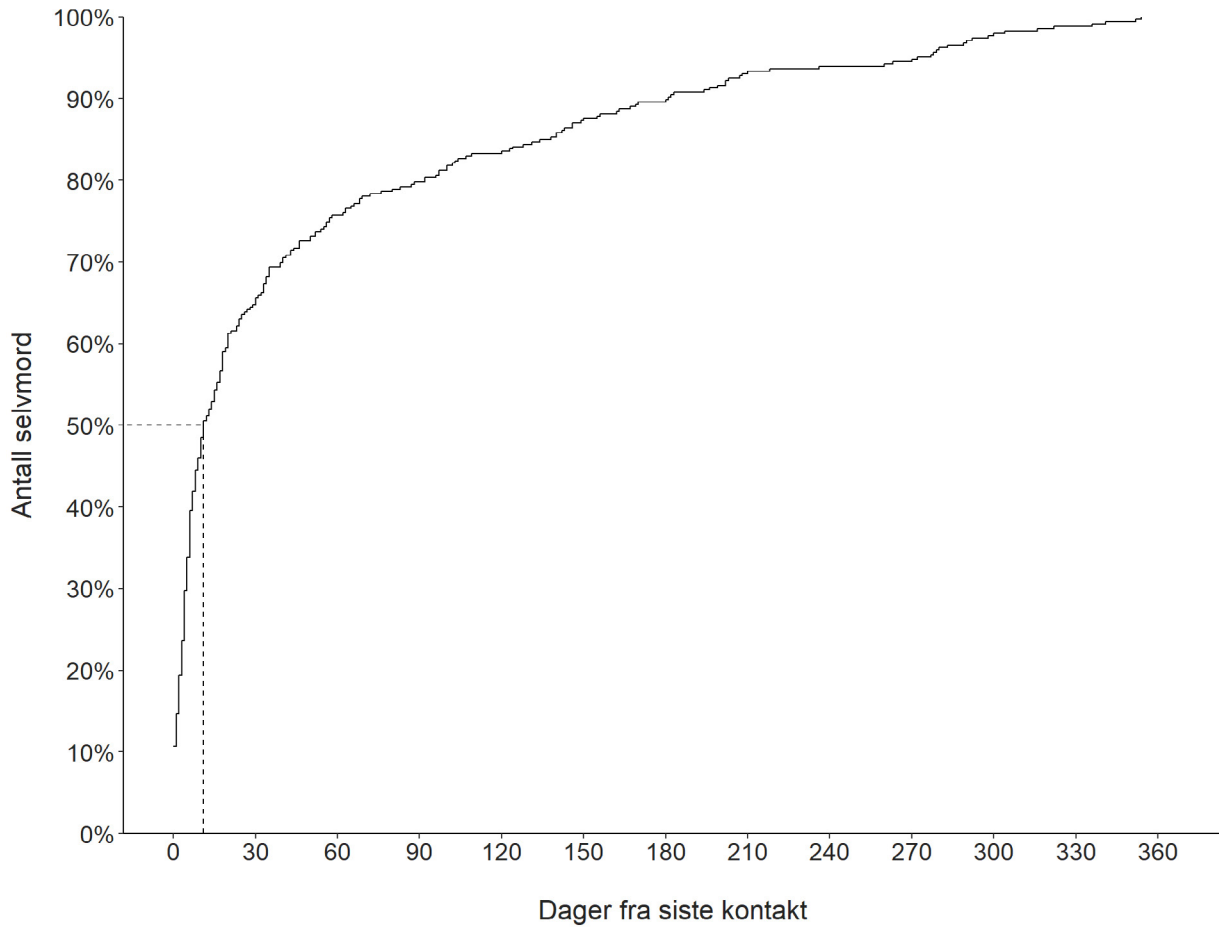
Tabell 3.4 Antall kontakter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)

Antall kontakter	Kontakt med avtalespesialist det siste året (n=346)			Kun kontakt med avtalespesialist det siste året (n=127)		
	n	%	Kumulativ %	n	%	Kumulativ %
1-5 kontakter	169	48,8	48,8	55	43,3	43,3
6-10 kontakter	59	17,1	65,9	26	20,5	63,8
11-20 kontakter	64	18,5	84,4	24	18,9	82,7
> 20 kontakter	54	15,6	100,0	22	17,3	100,0

Flesteparten av personene i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord hadde 1–5 kontakter med avtalespesialist (48,8 %), mens 54 personer hadde 20 kontakter eller mer (15,6 %) (Tabell 3.4). Kvinner hadde litt flere gjennomsnittlige kontakter enn menn, henholdsvis

12,2 og 10. Når det kommer til personer som kun hadde kontakt med avtalespesialist og ingen av de andre tjenestene det siste året før selvmord, var det i likhet med resten av utvalget vanligst med 10 kontakter eller færre (63,8 %).

Figur 3.8 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)



Figur 3.8 viser kumulativ fordeling over antall dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året i perioden 2010–2021. Ut ifra figuren kan man se

at de fleste døde kort tid etter siste kontakt. Den stiplede linjen viser medianen som er på 11 dager. Det var ingen store kjønnsforskjeller i antall dager fra siste kontakt til selvmord.

Sektor ved siste kontakt

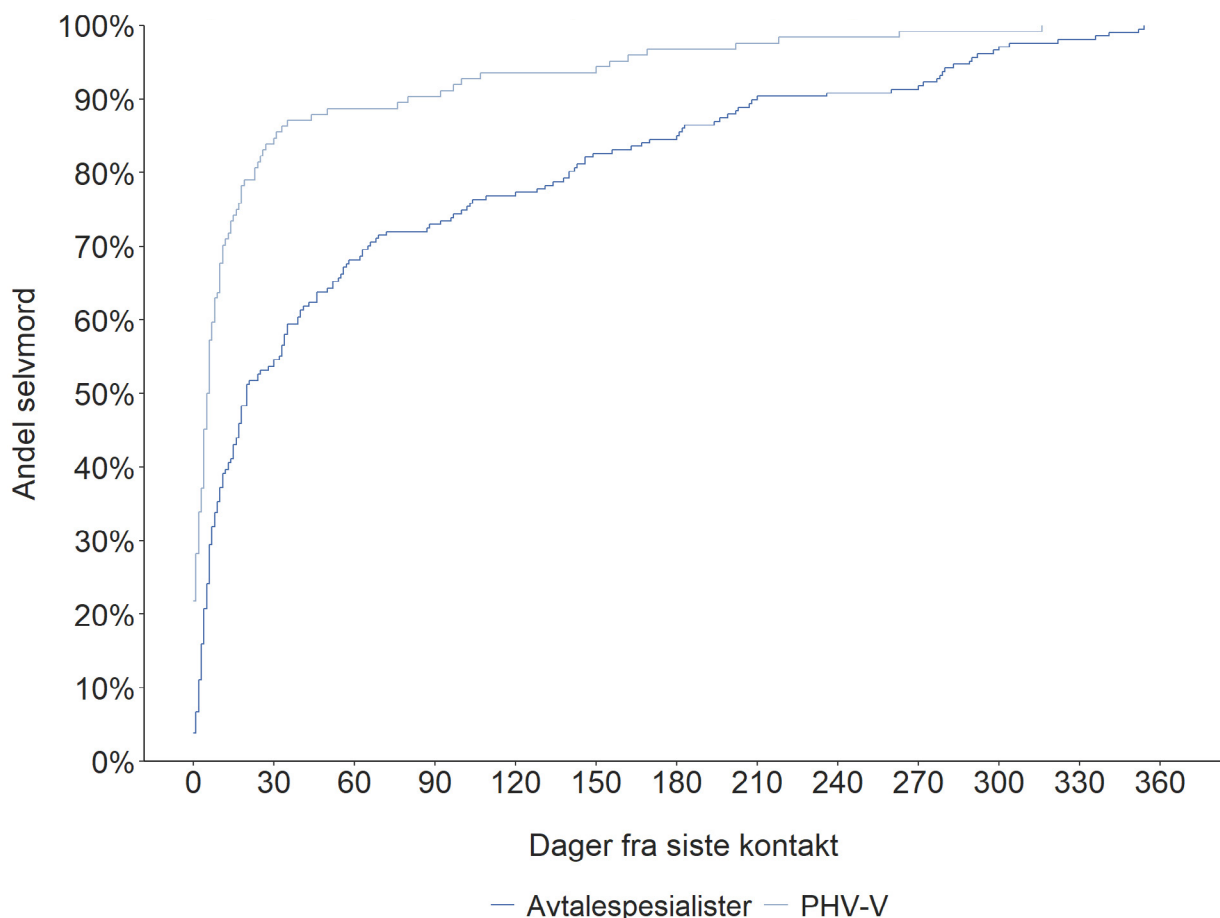
Tabell 3.5 Sektor for siste kontakt og gjennomsnittlig antall kontakter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)

Sektor	n	%	Gj. Snitt	SD	Median	Min	Max
Avtalespesialister	207	59,8	13,6	16,4	10,0	1	158
PHV-V	124	35,8	7,6	11,2	3,0	0	61
TSB	14	4,1	2,9	2,4	2,5	0	8

Blant personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord hadde 59,8 % siste kontakt med en avtalespesialist, 35,8 % hadde siste kontakt med PHV-V og 4,1 % hadde siste kontakt med TSB (Tabell 3.5). Personer som hadde siste kontakt med en avtalespesialist

hadde gjennomsnittlig 13,6 kontakter, personer med siste kontakt i PHV-V hadde gjennomsnittlig 8 kontakter og de som hadde siste kontakt i TSB hadde gjennomsnittlig tre kontakter. Under tre personer hadde kontakt med PHV-BU og er derfor ikke inkludert i tabell 3.5.

Figur 3.9 Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)



Tabell 3.6 Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)

Dager fra siste kontakt	Avtalespesialister		PHV-V	
	n	%	n	%
0-7 dager	66	31,9	74	59,7
8-30 dager	47	22,7	31	25,0
31-90 dager	38	18,4	7	5,6
91-180 dager	25	12,1	8	6,5
181-365 dager	31	14,9	4	3,2
<i>N</i>	207	100	124	100

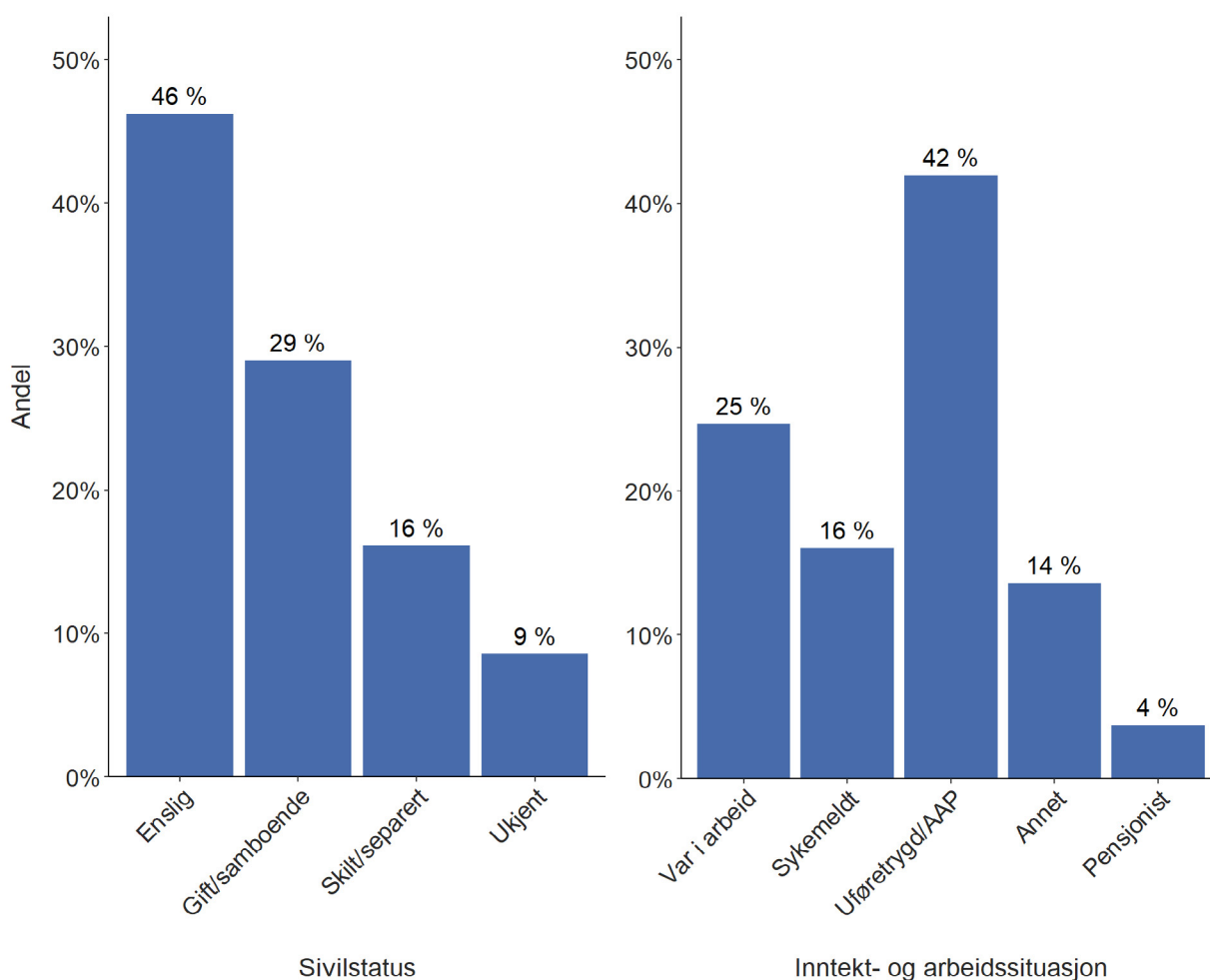
Figur 3.9 viser antall dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor. Median antall dager fra siste kontakt til selvmord var 20 ved siste kontakt hos avtalespesialist og 6 dager ved siste kontakt i PHV-V. I tabell 3.6 har vi stratifisert antall dager i ulike perioder og fordelt på sektor ved siste kontakt for personer som hadde kontakt

med avtalespesialist det siste året før selvmord. Tabellen viser tydelig at de fleste dør i forholdsvis kort tid etter siste kontakt. Under tre personer hadde kontakt med PHV-BU og for TSB var antallet under tre i noen av tilfellene, verken PHV-BU eller TSB er derfor inkludert i figur 3.9 og tabell 3.6.

I følgende avsnitt beskriver vi data fra kartleggings skjemaer fra årene 2018–2021. Den som fyller ut kartleggings skjemaet kan være en behandler fra PHV-V, TSB eller en avtalespesialist, avhengig av hvilken sektor personen hadde ved siste kontakt. Det påpekes her at kartleggings skjemaet er besvart av behandleren som hadde siste kontakt med avdøde, som ikke nødvendigvis var en avtalespesialist.

Demografiske forhold

Figur 3.10 Demografiske forhold blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)

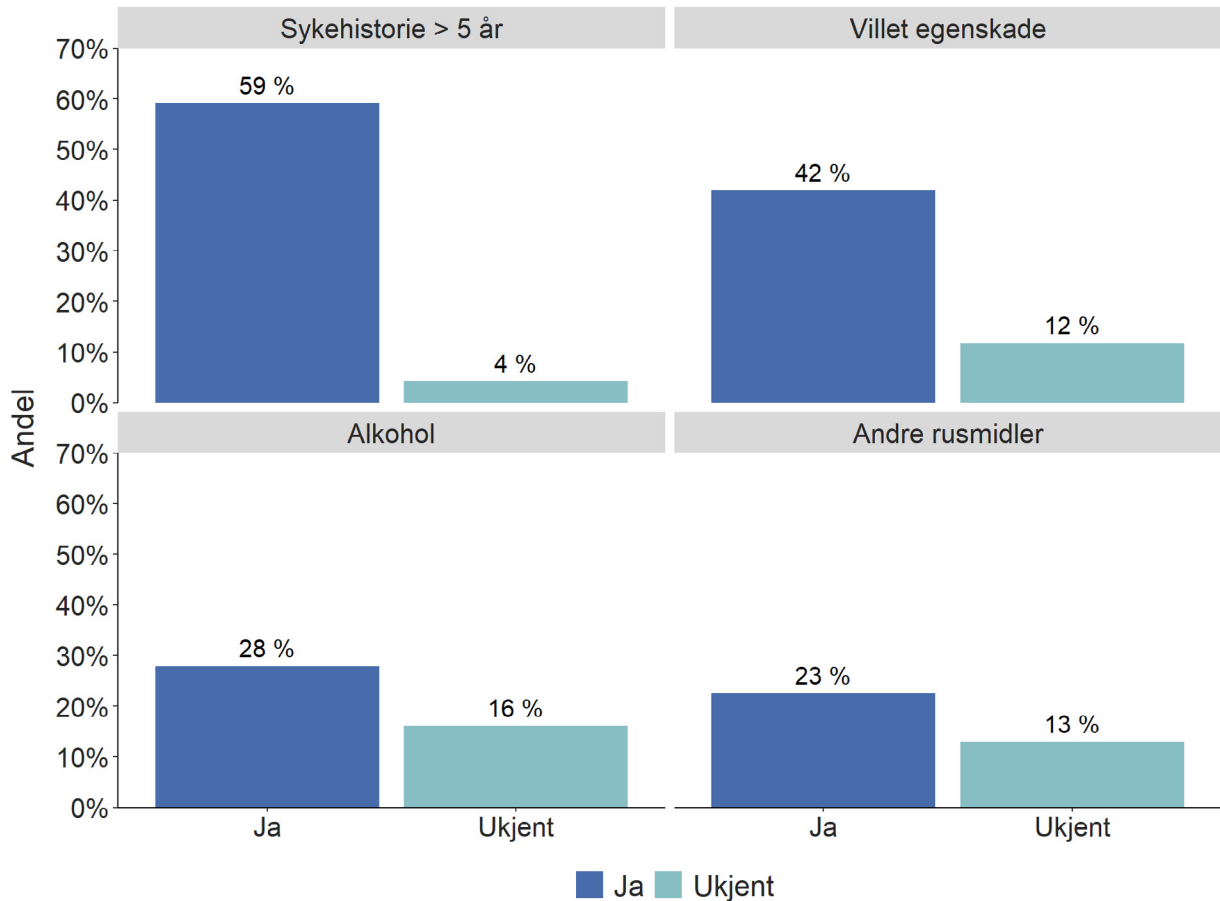


Totalt var andelen enslige 46,2 %, mens 29,0 % var gift eller samboende (Figur 3.10). Det var flere enslige menn (49,0 %) enn kvinner (42,9 %). Majoriteten hadde uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) som inntektskilde (42,0 %). Andelen som var i arbeid var 24,7 %, 16,0 % var sykemeldt og 3,7 % var pensjonert.

Kategorien *Annet* består av studenter og arbeidsledige. Det var flere menn enn kvinner som var i arbeid, henholdsvis 29,4 % og 11,9 %. Færre menn (31,4 %) enn kvinner (42,9 %) mottok uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger. Ingen av kvinnene var pensjonerte sammenlignet med 5,8 % av mennene.

Sykehistorie og livsbelastninger

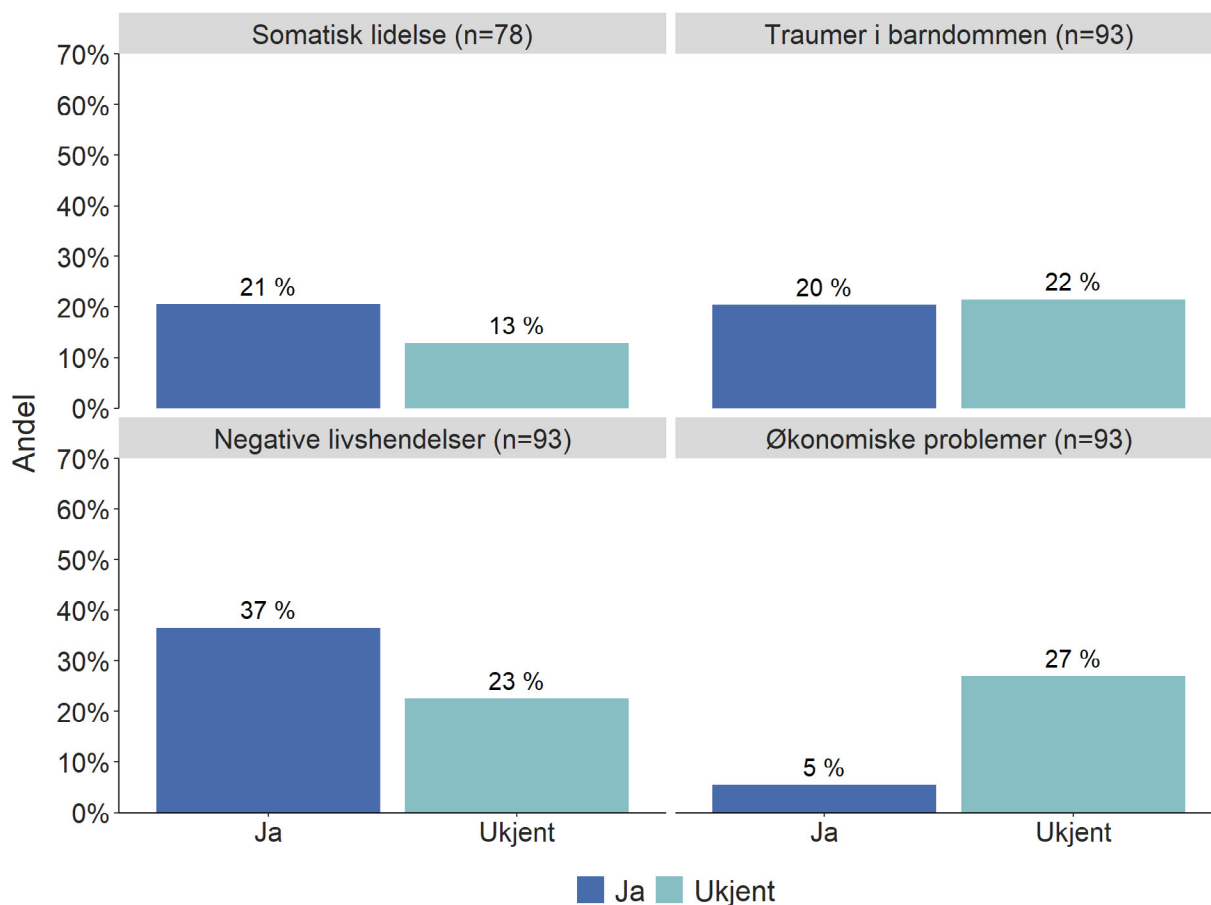
Figur 3.11 Sykehistorie blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)



Av de som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, hadde 59,1 % en psykiatrisk sykehistorie på over fem år (Figur 3.11). Svært få hadde en sykehistorie på under én måned eller hadde ingen psykisk lidelse. Andelen som hadde en kjent episode med villet egenskade var 41,9 %. Det var som forventet flere kvinner enn menn som hadde en historie med villet egenskade, henholdsvis 59,5 % og 27,5 %. Denne forskjellen

er veldig stor og sammenlignet med PHV-V er det en mye lavere andel menn som hadde en historie med villet egenskade. Hos 28,0 % var det en kjent historie med problematisk alkoholbruk, og hos 22,6 % var det en kjent historie med bruk av andre rusmidler, det var ingen store kjønnsforskjeller. Totalt hadde 37,6 % et kjent problem med bruk av rusmidler, enten i form av alkohol eller andre rusmidler eller en kombinasjon av disse.

Figur 3.12 Livsbelastninger blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021

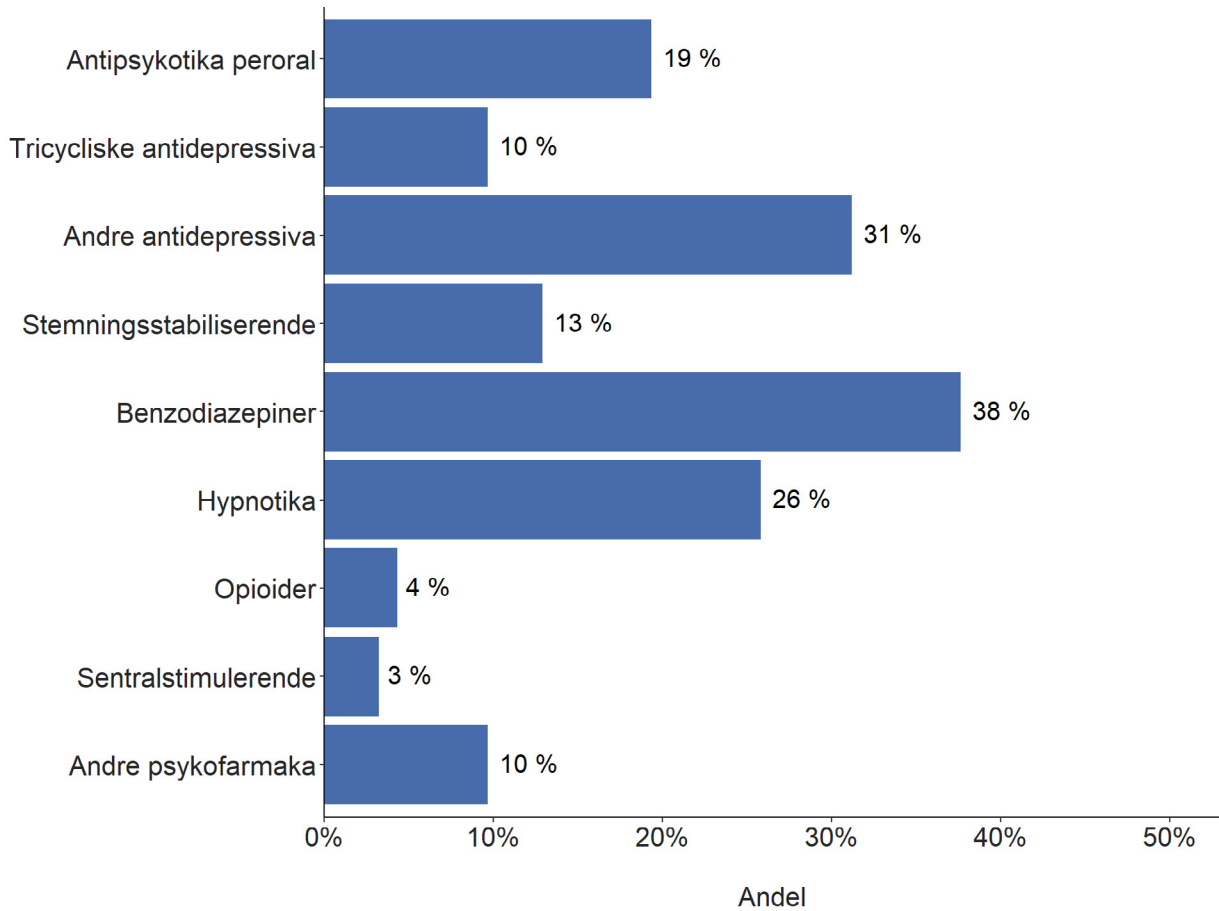


Blant personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, hadde 20,5 % en alvorlig somatisk lidelse (Figur 3.12). Andelen var høyere for kvinner enn for menn, henholdsvis 23,8 % og 11,8 %. Spørsmålet om somatisk lidelse ble lagt til etter revisjon av skjemaet, og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene. Andelen som hadde opplevd traumer i barndommen var 20,4 %, men i 21,5 % av tilfellene var dette ukjent. Traumer i barndommen inkluderer både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk. Det ble rapportert flere

kvinner (28,6 %) enn menn (13,7 %) som hadde opplevd traumer i barndommen. Hos 36,6 % var det en kjent negativ livshendelse de siste tre månedene før dødsfallet. Andelen med økonomiske problemer de siste tre månedene før selvmordet lå på 5,4 % og det var ukjent for 26,9 %. Det var ingen store kjønnsforskjeller når det kommer til negative livshendelser og økonomiske problemer. Sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord var det en noe lavere andel med økonomiske problemer og traumer i barndommen.

Medikamenter

Figur 3.13 Foreskrevne medikamenter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)

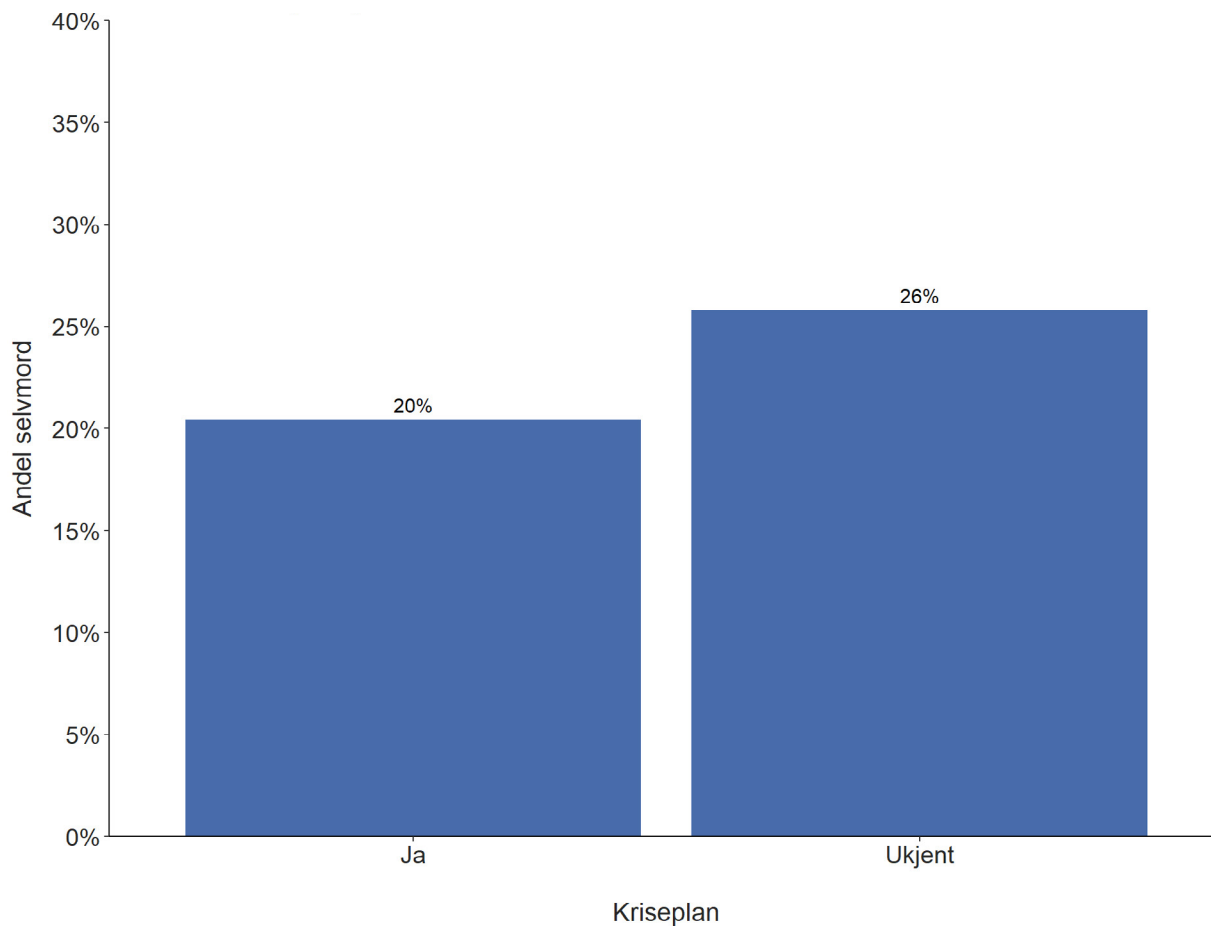


Majoriteten (69 %) hadde blitt foreskrevet en eller annen form for psykofarmaka. Som vist i figur 3.13 var benzodiazepiner (37,6 %), antidepressiva (andre enn tricycliske) (31,1 %) og hypnotika

(25,8 %) de hyppigst foreskrevne medikamentene. Totalt hadde 19,4 % fått antipsykotika, uten at vi har data på indikasjonen, og 12,9 % hadde fått stemningsstabiliserende.

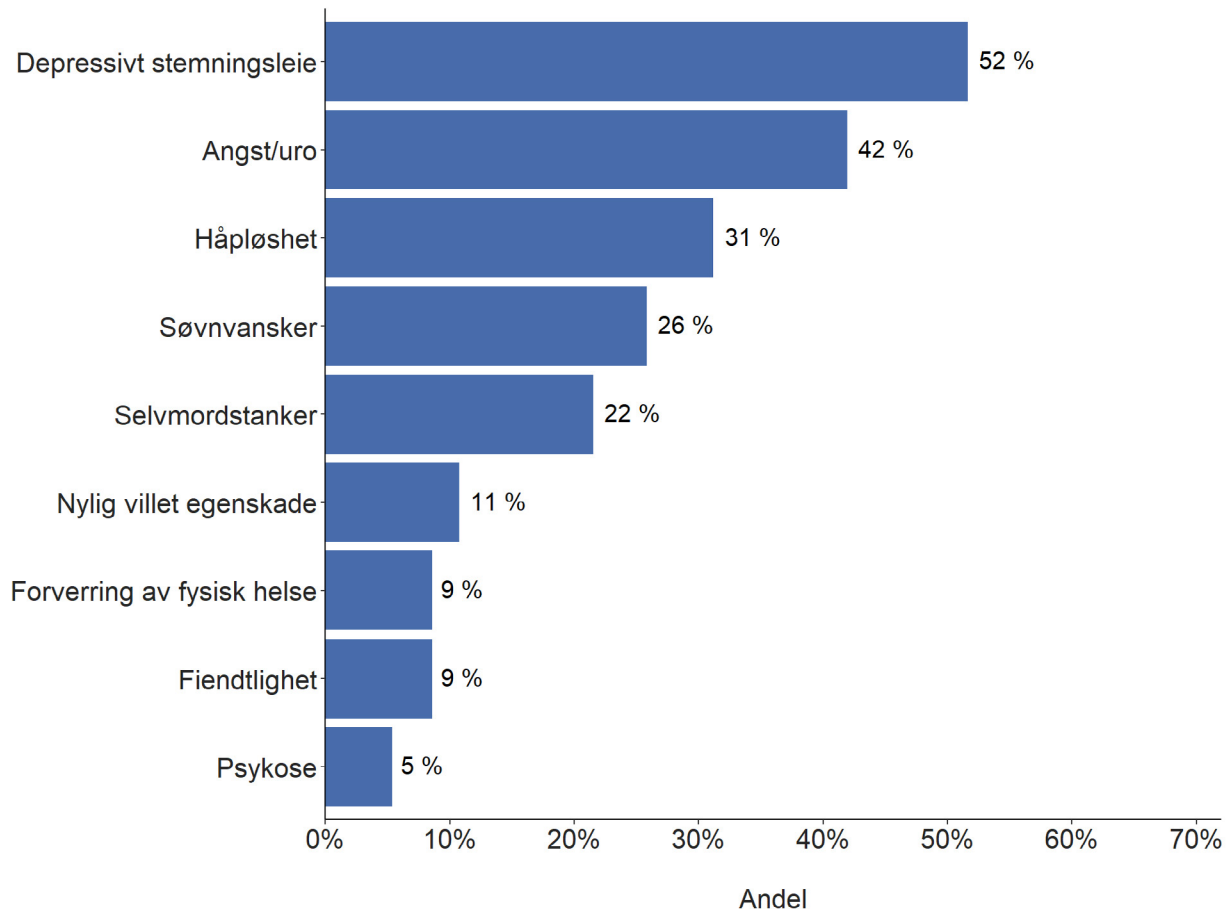
Siste kontakt

Figur 3.14 Kriseplan til personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)



Én av fem hadde fått en kriseplan (Figur 3.14). Andelen var høyere for kvinner enn menn, henholdsvis 26,2 % og 15,7 %. Andelen er lavere sammenlignet med hva vi ser i PHV-V og TSB, særlig blant mennene.

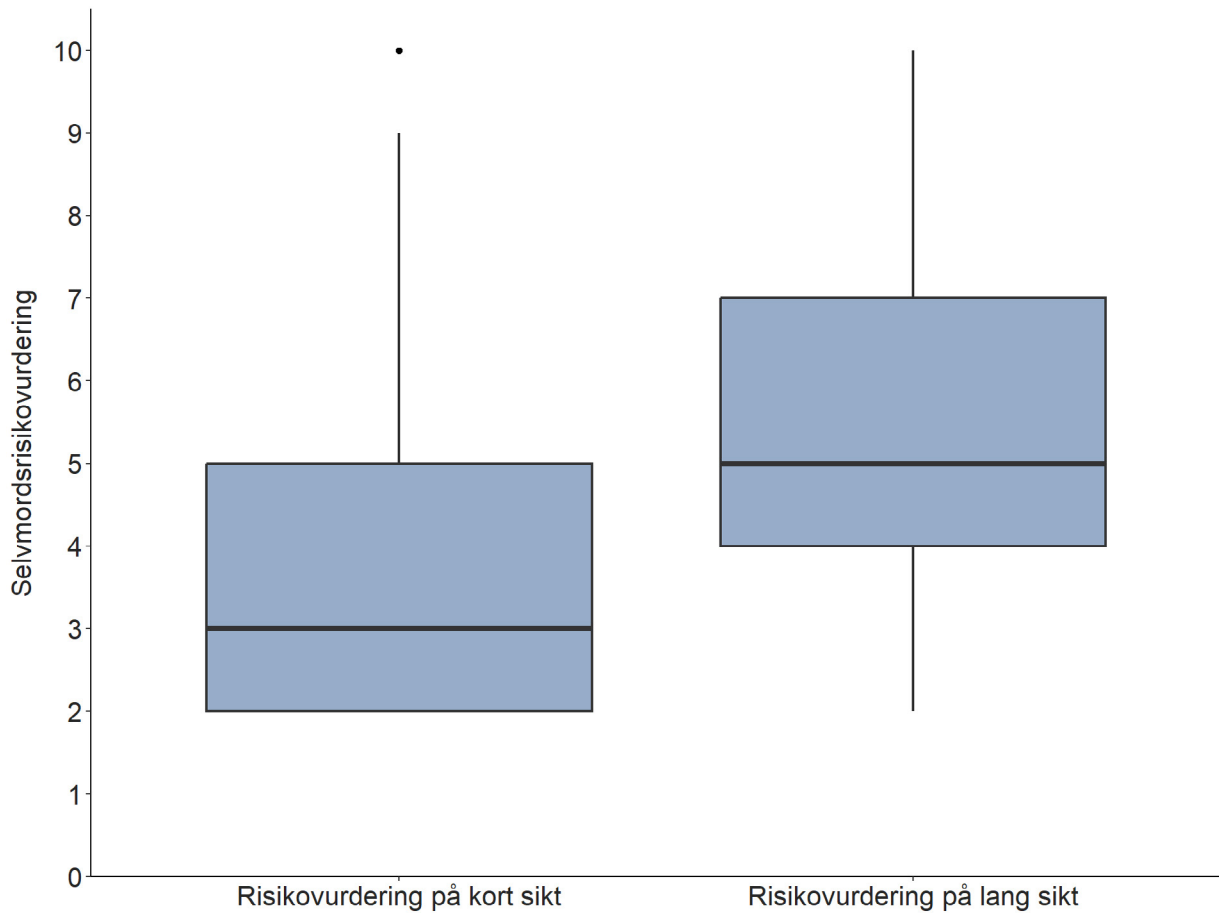
Figur 3.15 Symptomer ved siste kontakt blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)



Symptomer er ikke basert på diagnoser, men på behandlers vurdering og observasjoner ved siste kontakt. Symptomer som depressivt stemningsleie (51,6 %) og angst/uro (41,9 %) var de vanligste observerte symptomene ved siste kontakt (Figur 3.15). Håpløshet og søvnvansker var også vanlige

symptomer. Kun én av fire personer hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt, noe som kan være verdt å merke seg. Pasienten kan ha flere ulike symptomer ved siste kontakt så den totale andelen vil overstige 100 %.

Figur 3.16 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=57)



Risiko for selvmord ble vurdert på en Likert-skala fra 1–10. På grunn av revisjon av variabelen er det her 57 personer (61 %) som har en gyldig respons på denne variabelen. Selvmordsrisikoen ble vurdert som relativt lav i de fleste tilfellene. På kort sikt hadde selvmordsrisikoen en median på 3, mens på lang sikt var medianen høyere

og lå på 5 (Figur 3.16). Sammenlignet med personer som hadde kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, ble personer i kontakt med avtalespesialist det siste året vurdert med høyere selvmordsrisiko på lang sikt, risikovurderingen på kort sikt var vurdert som lik.

Begrensninger

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

Kartleggingssystemet bruker data fra både de nasjonale helseregistrene og et kartleggingskjema utfyllt av klinikere, som er to datakilder med ulike begrensninger. Til tross for at kvaliteten på de norske helseregistrene er god, kan det for enkelte variabler være begrensninger. Dette gjelder blant annet for tvangsdata der registrering av en del frivillige innleggelser mangler og for registrering av komorbide tilstander utover hoveddiagnose. Alle diagnosene er kliniske diagnoser registrert i NPR som i varierende grad vil være basert på strukturert diagnostikk. Informasjonen i kartleggingskjemaet registreres av klinikere som har kjennskap til at pasienten døde i selvmord. Både kjennskapet til pasientens dødsfall og det at registreringen skjer i etterkant av kontakten, kan medføre bias.

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

Oppsummering

I perioden 2020–2021 har det skjedd en del endringer både når det gjelder andel i kontakt med tjenestene før selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt. Disse endringene ser vi hovedsakelig blant kvinner og vi ser det både i PHV-V og TSB. Vi ser også endringer i diagnoser, der uavklarte tilstander har økt kraftig fra 2020–2021. I tillegg hadde en lavere andel av de som døde i selvmord i 2021 kontakt med PHV-V i tillegg til TSB året før, sammenlignet med de som døde i 2020. Disse årene sammenfaller med COVID-19-pandemien, og er noe vi må undersøke og monitorere videre.

Denne rapporten gir også den første beskrivelsen av selvmord under og etter kontakt med avtalespesialister i Norge. Gjennom perioden 2010–2021 var 346 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord – disse har vi beskrevet kjennetegn ved. Selvmord, også hos avtalespesialister, utgjør et betydelig problem og medfører store konsekvenser både for etterlatte og helsepersonell i tillegg til konsekvensen tapte leveår.

Selvmordsraten blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året er betydelig høyere sammenlignet med i befolkningen generelt, men samtidig lavere sammenlignet med pasienter i PHV-V og TSB. I tillegg hadde flere av de som døde i selvmord kontakt med både PHV-V og TSB, i tillegg til avtalespesialist det siste året.

Avtalespesialistordningen er i endring, blant annet som følge av etablering av et felles henvisningsmottak. Det er derfor viktig og fortsatt monitorere selvmord under og etter kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene

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

Anbefalinger som videreføres basert på tidligere implikasjoner:

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

Anbefalinger for å forebygge flere selvmord i PHV-V:

Styrke systembaserte tilnærminger til forebygging i psykisk helsevern

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

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

Individualiserte kliniske vurderinger av selvmordsrisiko

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

Rutiner og tiltak for å forebygge at pasienter ikke møter

Hele 25 % uteble fra siste avtale før selvmordet. Arbeidet med å begrense drop-out er derfor viktig og kan omfatte tiltak på mange ulike plan. Dette omfatter alt fra å tilby effektive og ønskede tjenester, øke fokus på utviklingen av samarbeid og terapeutisk allianse til bruk av ambulante tjenester og sikre rutiner for å vurdere hva man gjør når pasienter ikke møter til avtale.

Mer systematisk monitorering av medikamentell behandling

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

Rutiner for kontakt med og involvering av pårørende

Pårørende er en viktig ressurs for mange pasienter, og våre funn viser at det er et klart potensiale for å få til mer systematisk involvering av disse, ikke minst rundt særlige sårbare perioder som utskrivning fra døgnopphold og avslutning av behandlingen for øvrig.

Anbefalinger for forebygging av selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialister

Å tilby effektiv behandling for pasientens psykiske lidelser er kjerneoppgaven for avtalespesialister. Dette er helt sentralt for å redusere selvmordsrisikoen. I tillegg er det viktig å fokusere spesifikt på suicidalitet når dette er en del av pasientens problemer. Vi viser til Kartleggingssystemets øvrige anbefalinger som også er relevante for avtalespesialister, der anbefalingene om å sikre tilgjengelighet og tilstrekkelig kontakt, behandle suicidalitet direkte, og integrere selvmordsforebyggende tiltak i forløpet, er særlig viktige.

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bygger på et systemperspektiv på selvmordsforebygging. Siden hver avtalespesialist har sin egen praksis, vil anbefalingene som følger ligge på et overordnet nivå fremfor å være råd til hvordan den enkelte spesialist behandler pasientene. Anbefalingene vil derfor rette seg mot avtalespesialister som gruppe, men også til henviser og andre sektorer i tjenestene – særlig psykisk helsevern for voksne, der samhandling med avtalespesialister er viktig.

Behov for kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging hos avtalespesialister

Selvmord under eller etter kontakt med avtalespesialister skjer omtrent for hver 2 000. pasient som behandles. Det er en sjelden hendelse, men likevel noe mange avtalespesialister vil oppleve. De behandler mange pasienter som har en forhøyet selvmordsrisiko, blant annet i stor grad pasienter med depresjon eller angst og belastningslidelser. Dette må gjenspeiles i avtalespesialistenes kunnskap og kompetanse, og det er viktig å ha på plass rutiner for ivaretagelse av pasienter med selvmordsrisiko og samhandling med andre deler av spesialisthelsetjenestene.

Trygge overganger mellom avtalespesialister og psykisk helsevern

Psykisk helsevern utgjør den sektoren der de fleste selvmordene hos pasienter skjer, og mange pasienter som hadde kontakt med avtalespesialist hadde også kontakt med psykisk helsevern. Disse overgangene mellom tjenestene er sårbare, og det kan være vanskelig å balansere behovet for kontinuitet og stabilitet i oppfølgingen og ivaretagelse av pasientens sikkerhet med for eksempel behov for døgnbehandling.

Kollegastøtte og samhandlingsordning mellom avtalespesialister

Sammenlignet med en døgnavdeling eller poliklinikk har avtalespesialistene færre kolleger å støtte seg på siden mange praksiser drives alene. Et selvmord oppleves som regel som en stor belastning for behandlerne. Det kan derfor være nyttig å etablere ordninger for kollegastøtte og samhandling, for eksempel gjennom profesjonsforeninger, fagmiljøer eller andre.

Referanser

- Astrup, H., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., & Walby, F. A. (2022). Suicide After Contact With Child and Adolescent Mental Health Services-A National Registry Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 886070. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.886070>
- Folkehelseinstituttet. (2023a). Dødsårsaksregisteret. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>
- Folkehelseinstituttet. (2023b). Årsaker til død [Statistikkbank]. Dødsårsaksregisteret. <https://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Helsedirektoratet. (2022). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021. <https://www.fhi.no/he/npr/statistikk-og-rapporter/>
- Helsedirektoratet. (2023). Norsk pasientregister (NPR). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>
- Helsedirektoratet. (2024). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
- Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Walby, F. A. (2022). *Selvmond med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus*. Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., Astrup, H., Bergsager, D., & Walby, F. A. (2023). Suicide in Services for Mental Health and Substance Use –A National Hybrid Registry Surveillance System. *Health Informatics Journal*. <https://doi.org/10.1177/14604582231167439>
- NCISH. (2023). *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health*. The University of Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>
- Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Data quality in the Cause of Death Register. *Tidsskr Nor Lægeforen*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1065>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). Statistikkbanken. 14045: Avtalespesialister. Årsverk og avtaler, etter spesialitet og helseregion (avslutta serie) 2002–2022. <https://www.ssb.no>
- Universitetet i Oslo. (2023a). *Nettskjema*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Universitetet i Oslo. (2023b). *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- Walby, F. A., Astrup, H., Giiil, E., & Myhre, M. Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2021). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet

- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2022). *Selvord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- 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), Artikkel 3. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5880>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Kildahl, A. T. (2021). *Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. 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, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). *Selvord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet

Oversikt over tabeller og figurer

Tabeller

- Tabell 1.1. Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2021
- Tabell 1.2. Dekningsgrad per sektor og år, 2018–2021
- Tabell 1.3. Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2021 (n=1109)
- Tabell 1.4. Antall skjema fordelt på trinn per sektor, 2018–2021 (n=1109)
- Tabell 1.5. Antall skjema fordelt på trinn per regionalt helseforetak, 2018–2021 (1109)
- Tabell 1.6. Rollen personen som registrerte kartleggingsskjema hadde overfor pasienten, 2018–2021 (n=1061)
- Tabell 1.7. Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet, 2018–2021 (n=1109)
- Tabell 2.1.1. Kjønnfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)
- Tabell 3.1. Selvmordsrate per 1 000 årsverk blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, fordelt på regionalt helseforetak, 2010–2021 (n=346)
- Tabell 3.2. Type spesialitet hos avtalespesialist ved siste kontakt blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)
- Tabell 3.3. Antall i kontakt med tjenester i PHV-V og/eller TSB i tillegg til kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)
- Tabell 3.4. Antall kontakter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)
- Tabell 3.5. Sektor for siste kontakt og gjennomsnittlig antall kontakter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)
- Tabell 3.6. Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)

Figurer

- Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design
- Figur 1.1 Profesjoner som har registrert kartleggingsskjemaer for selvmord i perioden 2018–2021 (n=1061)
- Figur 1.2 Tilbakemeldinger på kartleggingsskjemaet, 2018–2021 (n=957)
- Figur 2.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2021 samt data fra kartleggingsskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2021
- Figur 2.1.1 Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2021 (n=7168)
- Figur 2.1.2 Antall selvmord blant personer med og uten kontakt det siste året, fordelt på kjønn, 2010–2021 (n=7168)
- Figur 2.1.3 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året, 2010–2021
- Figur 2.1.4 Andel i kontakt med tjenestene det siste året og de siste 90 dagene før selvmord, 2010–2021
- Figur 2.1.5 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2021 (n=3288)
- Figur 2.1.6 Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt, blant personer i kontakt med tjenestene det siste året, 2010–2021 (n=3288)
- Figur 2.2.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=2825)
- Figur 2.2.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021
- Figur 2.2.3 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2021 (n=2478)
- Figur 2.2.4 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk det siste året, 2010–2021
- Figur 2.2.5 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer med døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=1878)

- Figur 2.2.6 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021
- Figur 2.2.7 Kønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)
- Figur 2.2.8 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2019–2021 (n=2825)
- Figur 2.2.9 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=2825)
- Figur 2.2.10 Substanser brukt ved forgiftning, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=565)
- Figur 2.2.11 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=2825)
- Figur 2.2.12 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=1509)
- Figur 2.2.13 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer som døde i løpet av de første 90 dagene etter utskrivelse og med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året, 2010–2021 (n=973)
- Figur 2.2.14 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V, blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=1455)
- Figur 2.2.15 Varighet av psykiatrisk sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.16 Villet egenskade blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.17 Problematisk bruk av alkohol blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.18 Problematisk bruk av andre rusmidler blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.19 Somatisk sykdom blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=776)
- Figur 2.2.20 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)

- Figur 2.2.21 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.22 Økonomiske problemer de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.23 Bruk av kommunale tjenester blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.24 Individuell plan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.25 Etterlevelse av medikamenter blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021(n=832)
- Figur 2.2.26 Ikke ønske om psykofarmaka som ble tilbudt, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021(n=832)
- Figur 2.2.27 Siste avtale uteblitt blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.28 Kontakt med pårørende den siste mnd. før selvmord, blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.29 Kriseplan til personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.30 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=958)
- Figur 2.2.31 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V det siste året før selvmord, 2018-2021 (n=776)
- Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB det siste året, 2010–2021 (n=743)
- Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB det siste året, 2010–2021
- Figur 2.3.3 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)
- Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V det siste året, blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)
- Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=743)

- Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse til selvmord i TSB og PHV-V, blant personer i kontakt med TSB det siste året og med minst ett døgnopphold, 2010–2021 (n=470)
- Figur 2.3.7 Varighet av psykiatrisk sykehistorie blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.8 Villet egenskade blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.9 Traumer i barndommen blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.10 Negative livshendelser de siste 3 mnd. blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.11 Siste avtale uteblitt blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.12 Kontakt med pårørende den siste mnd. før selvmord, blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.13 Kriseplan til personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=256)
- Figur 2.3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=213)
- Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=99)
- Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med PHV-BU det siste året, 2010–2021
- Figur 3.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2021, samt data fra kartleggingskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2021 og som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året
- Figur 3.2 Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)
- Figur 3.3 Selvmordsrate per 1 000 personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021
- Figur 3.4 Kjønnfordeling blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)

- Figur 3.5 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)
- Figur 3.6 Selvmordsmetoder blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=346)
- Figur 3.7 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2010–2021 (n=246)
- Figur 3.8 Dager fra siste kontakt til selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)
- Figur 3.9 Dager fra siste kontakt til selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året, 2010–2021 (n=346)
- Figur 3.10 Demografiske forhold blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)
- Figur 3.11 Sykehistorie blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)
- Figur 3.12 Livsbelastninger blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021
- Figur 3.13 Foreskrevne medikamenter blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)
- Figur 3.14 Kriseplan til personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)
- Figur 3.15 Symptomer ved siste kontakt blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=93)
- Figur 3.16 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord, 2018–2021 (n=57)

Nettside: www.uio.no/kartleggingssystemet

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

Twitter: [@NSSFKartlegging](https://twitter.com/NSSFKartlegging)

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tværfaglig
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