

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bakgrunn, utviklingsprosess og formål

Av Fredrik A. Walby, Anine T. Kildahl, Giulia Caruso og Martin Ø. Myhre

NASJONALT SENTER for selvmordsforskning og -forebygging har på oppdrag fra Helsedirektoratet etablert et kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kartleggingssystemet skal sikre en løpende nasjonal oversikt over alle selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inkludert avtalespesialister innenfor disse tjenestene. Gjennom en systematisk innhenting av data om selvmord i denne pasientgruppen skal vi kartlegge typiske karakteristika ved pasientene og omstendigheter rundt hendelsene. Kartleggingssystemet kommer ikke til å undersøke enkelthendelser og vil utelukkende analysere aggregerte data. Hensikten er å etablere en løpende nasjonal oversikt over selvmord under og etter kontakt med tjenestene, med mål om å identifisere potensielle områder for forebygging av selvmord på systemnivå i tjenestene og på sikt kunne evaluere effekten av forebyggende tiltak.

Bakgrunn

Psykiske lidelser er den viktigste risikofaktoren for selvmord, og selvmordsrisikoen hos pasienter som er eller har vært i behandling for psykiske lidelser er dramatisk forhøyet. Registerstudier fra Danmark har vist at over 50 % av selvmordene i den danske

befolkningen har eller har hatt kontakt med psykisk helsevern på et tidspunkt i livet (Qin & Nordentoft, 2005). En nylig publisert meta-analyse rapporterte at selvmordsraten blant pasienter utskrevet fra psykiatrisk sykehus var 484 per 100 000 person-år – dette tilsvarer 44 ganger den globale selvmordsraten i 2012 (Chung et al., 2017). Vi har også gjort en meta-analyse på forekomst av kontakt med psykisk helsevern i normalbefolkningen det siste året før selvmord, og fant da en internasjonal samlet prevalens på 26 % (Walby, Myhre, & Kildahl, Submitted manuscript). Her inngikk en norsk studie hvor data fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister ble sammenstilt for tidsperioden 2009–2011, og som viste at 54,6 % av alle kvinner og 36,8 % av alle menn med selvmord som dødsårsak hadde hatt kontakt med psykiatrisk institusjon i løpet av siste leveår (Bakken et al., 2015). En annen norsk, nylig publisert studie gjennomført i Agder, fant at 46,2 % av de som døde i selvmord mellom 2004 og 2013 hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av det siste leveåret (Haaland, Bjørkhold, Freuchen, Ness, & Walby, 2017).

Den nære sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvmord gjør spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling til sentrale arenaer for selvmordsforebyggende tiltak. I Norge har vi imidlertid



hatt manglende oversikt over selvmord under og etter behandling i disse delene av helsevesenet. Riktignok har både Helsetilsynet, og i de senere årene også *Meldeordningen* (www.melde.no) ført oversikt over selvmord under behandling i psykisk helsevern. Figur 1 viser antall selvmord registrert i disse ordningene fra 2001 til 2016, og som det fremgår av figuren har det vært en dramatisk økning av meldte eller registrerte selvmord

i løpet av denne perioden. Økningen skyldes mest sannsynlig en bedre rapporteringskultur fra helseforetakene, og hvorvidt det har vært en faktisk økning av selvmord i perioden er ukjent. I eksisterende ordninger fremkommer det heller ikke opplysninger om viktige karakteristika slik som kjønn, alder, diagnose, hva slags typer tjenester pasienten mottok, eller om behandlingen av pasienten var avsluttet nylig.

FIGUR 1. Meldte selvmord



Man kan undre seg over at samfunnet har akseptert en så dårlig oversikt på dette feltet gitt det høye antallet personer som årlig dør i selvmord i disse pasientgruppene. Det har videre vært umulig å monitorere endringer i selvmordsproblematikken i denne viktige gruppen i Norge både for myndigheter, forskere, helseforetak, helsepersonell og andre. Den manglende oversikten gjør det svært utfordrende å identifisere særlige sårbare områder både på nasjonalt og regionalt nivå, samt å utprøve og evaluere selvmordsforebyggende tiltak. Dette har medført at effekten av store, nasjonale satsinger på området har vært vanskelig å evaluere, slik som utgivelsen og implementeringen av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (Brudvik, Ness, & Walby, 2015).

Inspirasjonen fra Storbritannia

I Storbritannia har *The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness* (NCISH) ved universitetet i Manchester siden 1994 systematisk kartlagt alle selvmord og drap blant pasienter som i løpet av de siste 12 månedene før dødsfallet hadde vært i kontakt med psykisk helsevern. Målet med kartleggingen er å innhente kunnskap som kan bidra til å skape en tryggere psykisk helsetjeneste. Basert på systematisk datainnsamling over 20 år har NCISH gjort viktige funn, som har ført til organisatoriske endringer i tjenestene og implementering av en rekke forebyggende tiltak.

De nevnte forebyggende tiltakene inkluderer mer bruk av ambulante tjenester, tettere oppfølging av dobbeltdiagnose pasienter, tverrfaglig gjennomgang av dødsfall i samarbeid med pårørende, bedre planlegging av overgang fra barne- og ungdom til voksenpsykiatri, samt implementering av NICE retningslinjer for depresjon. NCISH-gruppen har gjennomført flere studier hvor effekten av de ulike tiltakene er undersøkt og evaluert. Det har for eksempel blitt observert en reduksjon i antall selvmord hos pasienter i døgnbehandling etter å ha fjernet potensielle hengingspunkter på sengeposter (Hunt, Windfuhr, Shaw, Appleby, & Kapur, 2012).

Videre ble det vist en tydelig sammenheng mellom implementering av ulike tiltak på systemnivå og reduksjon i antall selvmord. (Kapur et al., 2016; While et al., 2012).

I en nylig utgitt rapport (*The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*, 2016) oppsummeres funn og erfaringer som er kommet fra 20 års drift av systemet. Rapporten gjør rede for endringer i selvmordsrate og trender, samt effekten av forebyggingsarbeid som har pågått.

Utviklingsprosessen

Med bakgrunn i den manglende oversikten over selvmord relatert til behandling i spesialisthelsetjenestene i Norge, og de meget gode erfaringene med det engelske systemet, har Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) lenge jobbet for å få etablert en bedre oversikt over selvmord blant pasienter som er eller har vært i kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av de siste 12 månedene før dødsfallet.

Herav følger en kort gjennomgang av utviklingsprosessen som førte frem til etableringen av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Kartleggingssystemet).

I 2005 var det gjentatte dramatiske oppslag i media om selvmord under psykiatrisk behandling. Mange av oppslagene bar preg av et sterkt forenklet syn på selvmordsproblematikken knyttet til psykiske lidelser, og flere fagfolk forsøkte å bidra med en mer nyansert fremstilling av dette temaet. Allerede her påpekte NSSF den manglende oversikten over selvmord innen spesialisthelsetjenestene i Norge. Samtidig hadde senteret lenge jobbet for å få etablerte nasjonale retningslinjer på området, og som ledd i dette arbeidet opprettet Helsedirektoratet en ekspertgruppe som foretok en systematisk kunnskapsgjennomgang (Mehlum et al., 2006, 2007). Denne kunnskapsgjennomgangen utgjorde grunnlaget for utarbeidelsen av de Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008). Videre ble det blant annet påpekt at forekomsten av gjennomførte selvmord blant pasienter i Norge var lite kjent, ikke minst under ambulant behandling og i den viktige risikoperioden etter avsluttet behandling (Mehlum et al., 2006). I en senere gjennomgang av tilsynssaker utført av Helsetilsynet, ble også myndighetene gjort oppmerksom på den manglende kunnskapen om omfang og karakteristika ved disse selvmordene (Rønneberg & Walby, 2008).

Etter at retningslinjene ble publisert fortsatte NSSF å fremheve ovenfor myndighetene at selvmord blant pasienter i helsetjenestene er et område som bør prioriteres. I 2009 ble det eksplisitt foreslått for Helsedirektoratet at man burde utrede mulighetene for å etablere et monitorerings- og granskningssystem for de selvmordstilfellene utført av pasienter under behandling i psykisk helsevern i Norge. Samme år fikk NSSF i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et pilotprosjekt basert på NCISH-modellen fra England. Prosjektet ble påbegynt i 2010. Vi gjennomførte et studiebesøk til *The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness* (NCISH) ved universitetet i Manchester (Ness, 2011), for å drøfte erfaringer og praktiske forhold rundt NCISH med tanke på implementering av systemet i Norge. Det ble også gjennomført et pilotprosjekt basert på meto-

Målet med kartleggingen er å innhente kunnskap som kan bidra til å skape en tryggere psykisk helsetjeneste.

dikken til NCISH ved tre ulike norske sykehus, og gjort enkelte justeringer for å tilpasse metoden til norske forhold. Erfaringene var positive, og i 2011 ble en rapport fra pilotprosjektet overlevert til Helsedirektoratet med anbefaling om en nasjonal innføring av systemet (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2011). Deler av NCISH metodikken ble senere også testet gjennom en studie i Agder (Haaland et al., 2017), og i likhet med den tidligere piloten konkluderte studien med at metoden ikke bare var gjennomførbar i Norge, men at den også bidro med klinisk nyttig kunnskap på dette feltet.

På tross av at det nå var gjennomført to vellykkede pilotutprøvinger av et kartleggingssystem etter modell av NCISH, ble det i den nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2014) kun foreslått å fortsette piloteringen av et slikt system. I 2014 publiserte Adresseavisen en omfattende reportasjeserie basert på innsyn i 32 tilsynssaker etter selvmord i psykisk helsevern. Dette førte til en større offentlig debatt. Stortingsrepresentant Kjersti Toppe reiste i denne forbindelse en interpellasjon til

I 2015 ga Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag til Helsedirektoratet å forberede og koordinere innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord etter modellen til NCISH.

Helseminister Bent Høie om den stadig manglende oversikten over omfang og karakteristika ved selvmord i psykisk helsevern (St. ref., 03.06.2014). Interpellasjonen resulterte i at Helseministeren forpliktet seg til å utrede muligheten for et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord på nasjonal basis. På dette grunnlag ga Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2015 i oppdrag

til Helsedirektoratet å forberede og koordinere innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord etter modellen til NCISH.

NSSF fikk i november 2014 i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjøre en nærmere utredning av utfordringene/problemstillingene knyttet til innføringen av et slikt system. Helsedirektoratet vurderte det som mest hensiktsmessig å opprette Kartleggingssystemet som et prøveprosjekt med 5 års varighet i første omgang. Videre konkretisering og utforming av Kartleggingssystemet har skjedd i samarbeid med Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister, Meldeordningen og Helsetilsynet. Som ledd i dette ble det avklart at det norske kartleggingssystemet også skulle omfatte selvmord i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og under behandling hos avtalespesialister innenfor de nevnte tjenestene. Kartleggingssystemet skulle imidlertid ikke inkludere klare overdosedødsfall.

Kartleggingssystemets utforming

Kartleggingssystemet baserer seg på informasjon fra tre datakilder: informasjon registrert av klinikere i spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, data hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og data hentet fra Dødsårsaksregisteret (DÅR).

For å sikre en fullstendig nasjonal oversikt, benytter Kartleggingssystemet en totrinnsmodell for datainnsamling:

1. Virksomhetene (inkludert avtalespesialister) i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling registrerer fortløpende alle kjente selvmord inn til Kartleggingssystemet. Informasjon om den aktuelle pasienten kobles med opplysninger som innhentes fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret.
2. Det blir foretatt en årlig kobling mellom Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister der de resterende selvmordene identifiseres. Koblingen sikrer at også selvmord som virksomhetene ikke er kjent med, eller som av andre grunner ikke er registrert, blir inkludert i Kartleggingssystemet.

Når en pasients dødsfall blir kjent for virksomheten eller avtalespesialisten, som beskrevet i trinn 1 eller 2, skal dødsfallet registreres i Kartleggingssystemet. I trinn 2 vil virksomheten informeres av Kartleggingssystemet om dødsfallet.

Registreringen gjøres ved å fylle ut et elektronisk kartleggingsskjema som er tilgjengelig på Kartleggingssystemets nettsider. Skjemaet skal fylles ut av en behandler som hadde klinisk kjennskap til den avdøde pasienten, og inneholder blant annet spørsmål om demografi, psykososiale forhold, samt spørsmål knyttet til oppfølgingen og behandlingen pasienten fikk ved virksomheten eller hos avtalespesialisten. Det er ønskelig at den behandleren som kjente pasienten best fyller ut skjemaet.

Siden virksomhetene i spesialisthelsetjenestene i Norge allerede rutinemessig rapporterer en rekke opplysninger til NPR, vil Kartleggingssystemet benytte seg av relevant informasjon tilgjengelig i dette registeret. Dette gjelder opplysninger om formaliteter rundt pasientens behandling, antall innleggelses og tidspunkt for disse, antall og tidspunkt for poliklinisk kontakt, pasientens diagnose(r) m.m.

Koblingen av kartleggingsskjemaet med data fra helseregistrene bidrar til å gjøre kartleggingsskjemaet så enkelt og tidsbesparende for behandlere som mulig. Det vil sikre best mulig kvalitet på dataene, samtidig som man unngår dobbelrapportering.

Håndtering av data og datasikkerhet

Kartleggingssystemet benytter et kryptert nettskjema for innsamling av data fra virksomhetene. Alle data – både kartleggingsskjemaet innhentet fra virksomhetene og registerdata – oppbevares, håndteres og

analyseres i *Tjenester for Sensitive Data* (TSD) som driftes av Universitets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO. Pasientens fødselsnummer skal registreres i kartleggingsskjemaet, men innhentes utelukkende for å sikre personentydig kobling mellom registerdata. Kartleggingsskjemaet vil ikke benyttes i analyser eller annen behandling av data, og fødselsnummeret fjernes elektronisk før personalet i Kartleggingssystemet får tilgang til skjemaet. Kartleggingssystemet inneholder med andre ord ingen direkte identifiserbare data.

All formidling vil også foregå med basis i aggregerte data og enkeltpersoner vil ikke på noen måte kunne identifiseres i publikasjoner fra Kartleggingssystemet. Dette gjelder naturligvis for både avdøde pasienter, behandlere samt enheter ved spesifikke virksomheter.

Nærmeste pårørendes innsynsrett

Datatilsynet har bestemt at nærmeste pårørende har innsynsrett i opplysninger om avdøde registrert i Kartleggingssystemet. Nærmeste pårørende skal også bli informert om at dødsfallet registreres i Kartleggingssystemet og om deres rett til å innsyn. Dette ivaretas ved at den ansvarlige virksomheten sender ut et informasjonsskriv til nærmeste pårørende før registrering i Kartleggingssystemet. Innsynsretten gjelder kun helseopplysninger som er registrert om pasienten, og ikke informasjon om rapporterende helsepersonell eller helsepersonellens subjektive vurderinger.

Det er utelukkende nærmeste pårørende som er innsynsberettigede – Kartleggingssystemets data vil ikke utleveres til andre instanser som helsetilsyn, forsikringsselskap eller politiet.

Formidling og videre planer

Vi planlegger å presentere Kartleggingssystemets resultater i form av årlige rapporter. Rapportene vil være tilgjengelige på nett, samt formidles direkte til myndigheter, RHF og andre sentrale aktører. Resultatene vil også bli presentert som publikasjoner i fagtidsskrifter og på kongresser, samt inngå i ulike undervisningstiltak ved universiteter, høyskoler og i helseforetakene.

Kartleggingssystemet har opprettet en egen nettside under NSSF/UiO (www.uio.no/kartleggingssystemet) og en egen Twitter-konto (@NSSFKartlegging). Her blir både de konkrete resultater og annen relevant informasjon formidlet fortløpende og til et bredt publikum. Formidling til massemediene er også en sentral del av kommunikasjonsstrategien.

Kartleggingssystemet har utarbeidet en kommunikasjons- og brukerstrategi for å sikre at aktuelle interessegrupper involveres aktivt i dette arbeidet. Strategien er delt opp i fire faser og forutsetter ulike tiltak, tilpasset den aktuelle interessegruppe og tidspunkt for dens involvering. Brukere og helsepersonell inviteres inn til å utvikle dette systemet videre, i henhold til direktoratets mandat og tilgjengelige ressurser.

Status

Den 6. oktober 2017 mottok Kartleggingssystemet en sammenstilling av dataene fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR) for årene 2008–2015. De første resultatene vil publiseres som en rapport så snart analysene er ferdig. En omfattende presentasjon av Kartleggingssystemet vil foregå på den 9. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging (november 2017). Oppstart av løpende innsamling av data fra helseforetakene vil starte når de siste praktiske og juridiske avtalene er på plass. Dette er et pågående arbeid som skjer i tett dialog med Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene og virksomhetene vil få tydelig beskjed fra Helsedirektoratet om når prosessen med løpende registrering igangsettes.

Avslutning

Hvert år registreres det mellom 500 og 600 selvmord i Norge. En stor andel av disse dødsfallene er pasienter som nylig har vært i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Til tross for en velkjent forhøyet risiko for selvmord i denne pasientgruppen, har omfanget og omstendighetene rundt disse selvmordene i Norge vært lite kjent til nå.

Mangelen på en nasjonal og systematisk kartlegging av selvmord i de norske spesialisthelsetjenestene har gjort det svært vanskelig å identifisere potensielle områder for forebygging og iverksette effektive tiltak. Videre har det også vært utfordrende, om ikke umulig, å evaluere systemendringer og tiltak som tidligere har blitt implementert.

Vi antar at Kartleggingssystemet vil være en viktig bidragsyter i utviklingen av fremtidige forebyggingstrategier med det mål å redusere antall selvmord under og etter behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge. Kartleggingssystemet vil også være en viktig samarbeidspartner for andre aktører på dette feltet, ikke minst helseforetakene og myndighetene.

REFERANSELISTE

- Bakken, I. J., Ellingsen, C. L., Pedersen, A. G., Leistad, L., Kinge, J. M., Ebbing, M., & Vollset, S. E. (2015). *Sammenlikning av data fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister*. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 135(21), 1949-1953. doi:10.4045/tidsskr.14.0847
- Brudvik, M., Ness, E., & Walby, F. (2015). *Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger-erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk*. *Suicidologi*, 19(2).
- Chung, D., Ryan, C., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S., Stanton, C., & Large, M. (2017). *Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
- Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften), 1476 C.F.R. (2001).

Haaland, V. Ø., Bjørkhold, M., Freuchen, A., Ness, E., & Walby, F. A. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 137(18). doi:10.4045/tidsskr.16.0503

Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Retrieved from Oslo, NO:

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Retrieved from Oslo, NO:

Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). *Ligature Points and Ligature Types Used by Psychiatric Inpatients Who Die by Hanging*. *Crisis*, 33(2), 87-94. doi:10.1027/0227-5910/a000117

Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, C., Hunt, I. M., . . . Appleby, L. (2016). *Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study*. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 526-534. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00063-8

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F., & Myhre, K. (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. Retrieved from <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forebygging-av-selvmord-del-1-psykoterapi-medikamentelle-intervensjoner-og-elektrokonvulsiv-terapi>

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F., & Myhre, K. (2007). *Forebygging av selvmord, del 2*. Retrieved from Kunnskapssenteret: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forebygging-av-selvmord-del-2>

Nasjonalt Senter for Selvmordsforskning og Forebygging. (2011). *Gransking av selvmord i det psykiske helsevernet - Pilotprosjekt*. Retrieved from <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf>

Ness, E. (2011). *Studietur til Manchester april 2010*. *Suicidologi*, 16(1), 28-29.

Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). *Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers*. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432.

Rønneberg, U., & Walby, F. A. (2008). *Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern*. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 128(2), 180.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no>

St. ref. (03.06.2014). *Sak nr 15 - Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren*. Retrieved from www.stortinget.no.

The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. (2016). *Making Mental Health Safer: Annual Report and 20-year review*. Retrieved from Manchester, UK: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/nci>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (Submitted manuscript). *Contact with Mental Health Services prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis*.

While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (2012). *Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study*. *The Lancet*, 379(9820), 1005-1012



FREDRIK A. WALBY er psykologspesialist, forsker og prosjektleder for Kartleggingssystemet. Walby har lang erfaring fra ulike deler av psykisk helsevern, og vært engasjert i selvmordsforskning og -forebygging særlig rettet mot kliniske populasjoner i en årrekke. Han har vært en av initiativtagerne for å få etablert et bedre system for kartlegging av selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og har stått for utredningen av Kartleggingssystemet slik det nå foreligger.



ANINE T. KILDAHL har en mastergrad i sosialpsykologi fra University of Kent i England, og er prosjektmedarbeider for Kartleggingssystemet. Hun har tidligere erfaring fra offentlig forvaltning som saksbehandler og veileder i NAV.



GIULIA CARUSO er utdannet helseøkonom ved Universitet i Oslo. Hun har tidligere erfaring fra administrasjon- og prosjektarbeid både som prosjektleder og koordinator og har også bred erfaring fra brukerorganisasjoner, undervisning og internasjonalt arbeid.



MARTIN Ø. MYHRE er vernepleier med en mastergrad i læring i komplekse systemer med spesialisering i atferdsanalyse og er prosjektmedarbeider for Kartleggingssystemet. Han har lang erfaring fra akuttpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.