

NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og forebygging

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

Tittel:

Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Forfattere:

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

Publikasjonstype: Rapport
ISBN (PDF): 978-82-995816-7-7

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

Emneord: selvmord, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling, kartleggingssystemet, implementering, kvalitetsforbedring i helsetjenestene

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

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

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

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

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

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

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

Innhold

Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	6
Resultater.....	8
Oversikt over registrering	8
Registrering over tid	9
Registrerte kartleggingsskjemaer fordelt på sektor	10
Registrering fordelt på regionale helseforetak	10
Informasjon til pårørende	11
Tidsbruk	12
Utfylling av kartleggingsskjema	13
Tilbakemeldinger	15
Prioriterte områder for å sikre videre implementering.....	16
Samlet evaluering	16
Referanser	17

Sammendrag

- Kartleggingssystemet startet opp 28. mars 2019.
- I 2018 var det totalt 334 selvmord blant personer som hadde hatt kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU eller avtalespesialister siste år, men 30 av disse hadde kun indirekte kontakt eller sto på venteliste siste år.
- Vi mottok kartleggingsskjemaer på 86,5 % av alle personer som hadde hatt direkte kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før selvmord i 2018.
- Alle helseforetakene har registrert data til Kartleggingssystemet. 19 helseforetak (inkludert private institusjoner med driftsavtale) registrerte komplette data for 2018.
- PHV-V var den sektoren som registrerte størst andel kartleggingsskjemaer i trinn 1 for 2018, etterfulgt av TSB.
- Nærmeste pårørende ble informert om registrering i Kartleggingssystemet i 42,4 % av tilfellene som ble registrert for 2018. Årsaken til at pårørende ikke ble informert skyldtes i hovedsak at det ikke hadde vært kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet.
- I gjennomsnitt tok det respondentene rundt en halvtime å fylle ut kartleggingsskjemaet.
- De fleste kartleggingsskjemaene på selvmord i 2018 er registrert av personer med klinisk bakgrunn, noe som er viktig for dataintegriteten. Psykologspesialister registrerte flest kartleggingsskjemaer etterfulgt av spesialister i psykiatri/rus og avhengighetsmedisin samt sykepleiere.
- I overkant av en tredjedel av de som registrerte dødsfall for 2018 hadde hatt direkte kontakt med pasienten før dødsfallet og nesten like mange hadde vært ansvarlig behandler for pasienten.
- Kartleggingssystemet har fått gode tilbakemeldinger på evalueringsskjemaet angående brukervennlighet, informasjon, språk og tilgjengelighet. På en skala fra 1-5 rangeres vi på rundt 4 på alle punktene.
- Prioriteringsområder for den videre implementeringen av Kartleggingssystemet vil være å ytterligere øke den totale dekningsgraden. Vi ønsker videre å øke andelen registreringer i trinn 1 og øke andelen kartleggingsskjemaer utfylt av behandler som hadde direkte kontakt med avdøde eller som var ansvarlig behandler. I de fremtidige årgangene vil vi ekskludere pasienter på venteliste eller med indirekte kontakt fra trinn 2.

Innledning

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har på oppdrag fra Helse direktoratet etablert et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus, heretter kalt Kartleggingssystemet. Kartleggingssystemet dekker tjenestene psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og avtalespesialister innen psykisk helse og rus.

Personer som mottar hjelp for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er en velkjent høyrisikogruppe for selvmord. I Norge har vi lenge manglet systematisk oversikt over selvmord i spesialisthelsetjenesten, noe som har vært en hindring i arbeidet med å utvikle selvmordsforebyggende tiltak rettet mot personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus. Ved å gjennomføre en systematisk kartlegging av alle selvmord i denne pasientgruppen er målet å identifisere behov for forebyggende tiltak på systemnivå, utvikle slike tiltak og på sikt kunne evaluere effekten av disse. En løpende nasjonal oversikt vil også gi mulighet til å monitorere eventuelle endringer over tid.

Kartleggingssystemet er basert på The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH) ved University of Manchester (National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health, 2021). Metoden er tilpasset norske forhold og modifi-

sert for å kunne inkludere andre sektorer enn psykisk helsevern – slik som TSB og avtalespesialister. Alle personer som dør i selvmord under og innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus skal registreres av en behandler som kjente til pasienten. Registreringen gjøres ved å fylle ut et elektronisk kartleggingsskjema. Den største endringen fra NCISH er at man i tillegg til en slik registrering innhenter registerdata fra Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR). Ved å benytte registerdata sikrer man en komplett nasjonal oversikt, bedre datakvalitet, mer informasjon, og gjør registreringen av selvmord mindre tidkrevende. Nærmere beskrivelse av Kartleggingssystemet er tidligere publisert i tidsskriftet *Suicidologi* (Walby et al., 2017) og vi henviser for øvrig til omfattende informasjon om bakgrunn, oppbygging og formalia på våre nettsider www.uio.no/kartleggingssystemet. På nettsidene vil man også kunne laste ned rapporter og andre publikasjoner basert på data fra Kartleggingssystemet.

Kartleggingssystemet benytter en totrinnsmodell for datainnsamling:

Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design



Trinn 1: Helseforetakene (inkludert private institusjoner med driftsavtale) og avtalespesialister innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter tjenestene) registrerer fortløpende kjente selvmord og dødsfall med usikker årsak inn til Kartleggingssystemet. Informasjonen suppleres med opplysninger fra NPR og DÅR.

Trinn 2: Det blir årlig gjennomført en kobling mellom DÅR og NPR der dødsfall som ikke er registrert i trinn 1 identifiseres. Koblingen sikrer at også dødsfall som tjenestene ikke er kjent med blir registrert i systemet. Kartleggingssystemet formidler informasjon om disse dødsfallene til tjenestene, slik at de kan registreres på samme måte som i trinn 1.

Kartleggingssystemet har dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 b, og benytter Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved UiO for innsamling og håndtering av data. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har utført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som er godkjent av Universitetet i Oslo. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har også godkjent pro-

sjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10. For mer detaljert informasjon om personvern og datasikkerhet – se våre nettsider www.uio.no/kartleggingssystemet.

Vi har som ledd i arbeidet med implementeringen av Kartleggingssystemet publisert to rapporter basert på registerdata (Walby et al., 2018, 2020). Arbeidet med den første rapporten basert på hele Kartleggingssystemet publiseres høsten 2021. Datainnsamlingen skal foregå i hele prøvedrift-perioden for Kartleggingssystemet, frem til 2023.

Formålet med denne rapporten er å beskrive implementeringen av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kartleggingssystemet startet datainnsamlingen 28. mars 2019. Rapporten er basert på data fra 2018 årgangen som ble samlet inn retrospektivt.

Resultater

Oversikt over registrering

Tabell 1. Oversikt over registrerte kartleggingsskjemaer for selvmord i 2018 og årsaker til manglende registrering

Trinn	n	%
Trinn 1	68	20,4
Trinn 2	195	58,4
Ikke registrert	71	21,3
Feil helseforetak ved siste kontakt	6	1,8
Feil i NPR-ID	2	0,6
NPR-ID ikke gjenfunnet	18	5,4
Ikke rapportert	45	13,5
N	334	100,0

Registerkoblingen vi mottok fra Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR) for 2018 besto av 334 personer. Dette inkluderer selvmord blant personer som hadde hatt kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU eller avtalespesialister siste år, og inkluderer også personer på venteliste eller med kun indirekte kontakt siste år. Totalt er informasjon om 78,7 % av disse personene registrert i Kartleggingssystemet. Den største andelen av kartleggingsskjemaer for 2018 ble registrert i trinn 2 (n = 195). Dette er forventet ettersom Kartleggingssystemet startet opp i mars 2019, med retrospektiv registrering tilbake til 1.1.2018. Flere helseforetak kom ikke i gang med registreringen for 2018 før de fikk listen fra Kartleggingssystemet med tidligere pasienter som skulle registreres.

Som vist i tabell 1 var det i noen tilfeller vanskelig for tjenestene å identifisere enkelte pasienter. Det er likevel verdt å merke seg at dette

utgjør en liten andel av det totale utvalget for 2018. De to feilene i NPR-ID var begge hos avtalespesialister der formatet på NPR-IDen skilte seg fra de resterende. Vi har samarbeidet med gjeldende avtalespesialister og NPR for å identifisere feilen, men har ikke lyktes med å finne årsaken eller identifisere de aktuelle pasientene. I seks tilfeller fikk vi opplyst om at et annet helseforetak enn det helseforetaket som hadde mottatt NPR-IDen hadde hatt den siste kontakten med pasienten. Dette skyldes blant annet endrede geografiske opptaksområder mellom foretakene. I disse tilfellene videreførte vi NPR-ID/sørget for kontakt mellom de aktuelle helseforetakene.

Av de totalt 334 personene var 12 registrert på venteliste uten kontakt siste år, og 18 personer hadde kun indirekte kontakt siste år. Vi fikk tilbakemelding fra helseforetakene om at de ikke kunne finne NPR-ID til 18 personer i trinn 2. Vi antar at disse personene er blant de som har vært på venteliste eller som kun hadde indirekte kontakt. Hvis man ekskluderer de 30 personene som var registrert på venteliste eller som kun hadde indirekte kontakt siste år fra det totale antallet selvmord, blir dekningsgraden på 86,5 %. Dette på tross av implementering av systemet samme år, og stor grad av retrospektiv registrering. For de kommende årgangene kommer vi til å fjerne personer som var på venteliste eller kun hadde indirekte kontakt siste år fra henvendelsene i trinn 2. Dette vil redusere administrativ tidsbruk i foretakene. For å kunne sammenligne med fremtidige årganger vil vi derfor bruke 86,5 % som vårt måltall på dekningsgraden for registrerte selvmord i 2018.

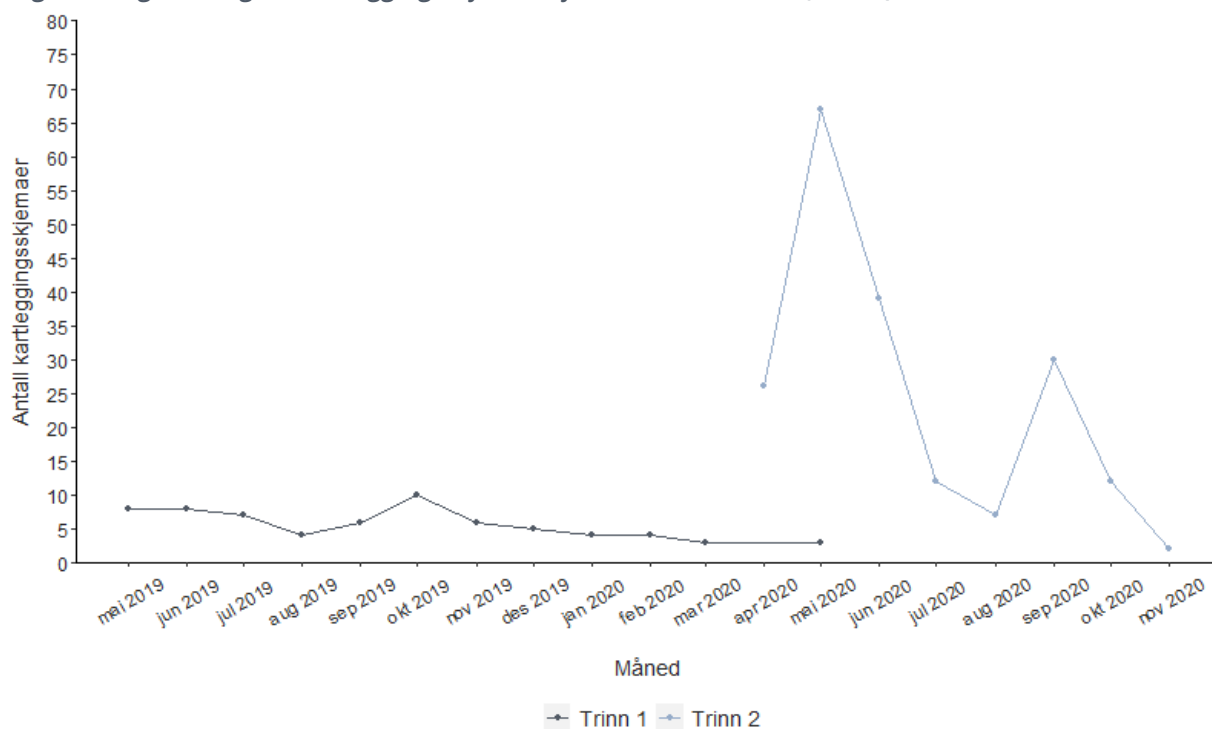
Vi mottok 15 kartleggingsskjemaer i trinn 1 som ikke var inkludert i koblingen mellom DÅR og NPR. Det skyldes at den som har registrert har vært usikker på dødsårsak, og som etter overnevnte kobling viser seg å ha en annen dødsårsak enn selvmord. Skjemaene er slet-

tet. Det kan i en del tilfeller være uklart på registreringstidspunktet om pasienten døde av selvmord eller andre årsaker, spesielt er dette en aktuell problemstilling ved overdose-dødsfall. Vi har oppfordret til at usikre tilfeller

skal registreres i Kartleggingssystemet, men endrer nå praksis og oppfordrer heller til å vente til trinn 2 for å se om usikre tilfeller skal registreres i Kartleggingssystemet. Dette reduserer i noen grad unødvendig registrering.

Registrering over tid

Figur 2. Registrering av kartleggingsskjemaer for selvmord i 2018 (n=263)



Registrering av selvmord for 2018 startet kort tid etter oppstart av Kartleggingssystemet. Det første kartleggingsskjemaet for selvmord i 2018 kom i mai 2019 (som vist i figur 2). Registreringen i trinn 1 fortsatte frem til mai 2020. Etter at vi henvendte oss til helseforetakene i trinn 2 i april 2020 så vi en markant og umiddelbar økning i registrering i trinn 2. Flere av helseforetakene hadde på dette tidspunktet

ikke kommet i gang med registreringen i trinn 1, og startet dermed med registrering av kartleggingsskjemaer i trinn 2. Antall skjemaer i trinn 2 var mye lavere i juli og august, før den økte igjen i september. Økningen i september korresponderer med at Kartleggingssystemet purret helseforetakene på de utestående kartleggingsskjemaene. Datainnsamlingen for 2018 ble avsluttet i november 2020.

Registrerte kartleggings skjemaer fordelt på sektor

Tabell 2. Registrering av kartleggings skjemaer for selvmord i 2018, fordelt på sektor

Sektor	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
PHV-V	57	28,9	140	71,1	197
TSB	9	20,5	35	79,5	44
Avtalespesialister	1	6,2	15	93,8	16
PHV-BU	1	16,7	5	83,3	6
N	68	25,9	195	74,1	263

PHV-V var den sektoren som registrerte flest kartleggings skjemaer i trinn 1 (28,9 %), etterfulgt av TSB som registrerte 20,5 % av kartleggings skjemaene i trinn 1. Registreringen for

trinn 1 var i liten grad aktiv for 2018, og både i PHV-BU og blant avtalespesialistene ble kun ett kartleggings skjema registrert i trinn 1.

Registrering fordelt på regionale helseforetak

Tabell 3. Registrering av kartleggings skjemaer for selvmord i 2018, fordelt på regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
Helse Sør-Øst	47	34,3	90	65,7	137
Helse Vest	3	5,4	53	94,6	56
Helse Midt-Norge	10	38,5	16	61,5	26
Helse Nord	5	22,7	17	77,3	22
Avtalespesialister	1	6,2	15	93,8	16
Private institusjoner med driftsavtale	2	33,3	4	66,7	6
N	68	25,9	195	74,1	263

Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge kom godt i gang med registreringen i trinn 1, og registrerte henholdsvis 34,3 % og 38,5 % av selvmordene i trinn 1. Helse Nord (22,7 %) og private institusjoner med driftsavtale (33,3 %) kom også i gang med trinn 1 registreringen. Helse Vest registrerte kun 3 kartleggingsskjemaer i trinn 1, men leverte 53 skjemaer (94,6 %) i trinn 2.

Alle helseforetakene og de private institusjonene med driftsavtale som hadde selvmord i 2018 registrerte kartleggingsskjemaer. Totalt 19 helseforetak (inkludert private institusjoner med driftsavtale) registrerte skjemaer på

samtlig selvmord i 2018. Alle de private institusjonene med driftsavtale registrerte samtlige selvmord. De fleste helseforetakene som ikke fullførte registreringen mangler ett eller to skjemaer. Ett helseforetak manglet å registrere 4 skjemaer. Vi mottok kartleggingsskjemaer fra 16 av de totalt 23 avtalespesialistene med selvmord i 2018. Ettersom registreringen for dette året var retrospektiv ble det klart at noen avtalespesialister hadde avsluttet sin praksis, for eksempel som følge av å ha gått av med pensjon. Det ble ikke sendt purringer til disse. Dette problemet vil bli mindre med mer løpende registrering.

Informasjon til pårørende

I henhold til dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsedirektoratet skal nærmeste pårørende informeres om registrering i Kartleggingssystemet dersom det er i samsvar med helsepersonelloven § 23 nr 1. Dette anses

som særlig utfordrende for 2018 årgangen der registreringen ikke startet før i april 2019, og det i mange tilfeller vil ha vært lenge siden en eventuell kontakt mellom helseforetaket og pårørende.

Tabell 4. Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet (selvmord i 2018)

	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Er pårørende informert?						
Ja	46	67,6	65	33,3	111	42,2
Nei	22	32,4	130	66,7	152	57,8
N	68	100,0	195	100,0	263	100,0

Samlet sett har nærmeste pårørende blitt informert om registrering i Kartleggingssystemet i 42,4 % av tilfellene som ble registrert for 2018. Omtrent dobbelt så mange pårørende ble informert i trinn 1 som i trinn 2 av datainnsamlingen. Dette er naturlig ettersom trinn 2 registreringen vil finne sted opp til 2 år

etter dødsfallet. Det er rimelig å anta at flere pårørende vil bli informert om registreringen etter hvert som registreringen i Kartleggingssystemet blir tettere integrert i tjenestene og registreringen i hovedsak blir gjennomført kort tid etter hendelsen og ikke 1-2 år etter – hvilket var tilfellet for hele 2018 årgangen.

Tabell 5. Begrunnelse for å ikke informere pårørende (selvmord i 2018)

Begrunnelse for å ikke informere pårørende	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet	19	86,4	116	89,2	135	88,8
Pårørende er ikke kjent med dødsårsak og/eller kontakt med spesialisthelsetjenesten	3	13,6	14	10,8	17	11,2
N	22	100,0	130	100,0	152	100,0

I de fleste tilfellene der pårørende ikke var informert om registrering i Kartleggingssystemet, skyldtes dette at det ikke hadde vært kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet. Det er ingen betydelig forskjell i begrunnelse avhengig av om registreringen

skjedde i trinn 1 eller trinn 2. Begrunnelsen som oppgis er helt i tråd med vilkårene satt i Kartleggingssystemets formelle grunnlag. Det er også verdt å merke seg at mange har kontaktet Kartleggingssystemet angående tolkningen av informasjonsplikten.

Tidsbruk

Tabell 6. Minutter brukt på registrering (selvmord i 2018)

Trinn	Gjennomsnitt	SD	Median
Trinn 1	41,7	29,2	31,4
Trinn 2	41,1	27,6	31,9

Median tid brukt på registreringen var i overkant av 30 minutter, både i trinn 1 og trinn 2. Vi antar at både kjennskapen utfyller har til pasienten og erfaring med tidligere registrering av kartleggingsskjema kan påvirke hvor lang tid registreringen tar.

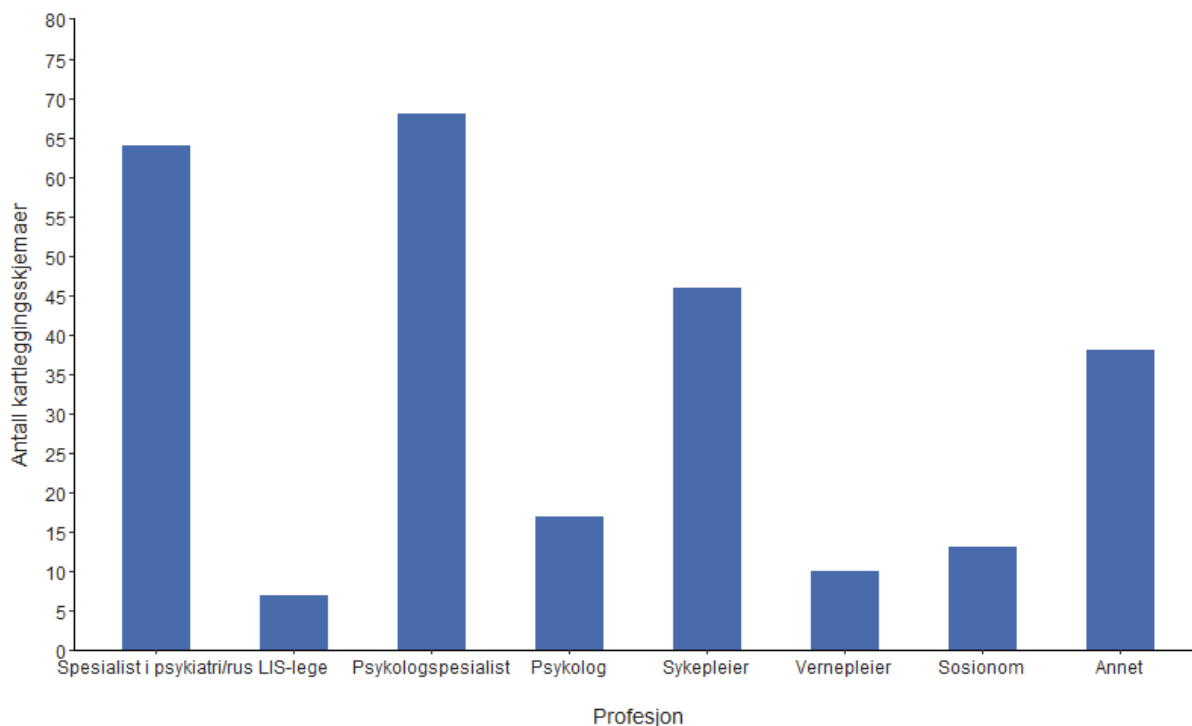
Vi har i fremstillingen ekskludert 20 skjemaer der det er brukt over 3 timer på registrering. Vi antar at majoriteten av disse registreringene har tatt så lang tid fordi nettleseren med

Nettskjema har blitt stående åpen – kanskje som resultat av at det ikke er mulig å mellomlagre skjemaet. Vi har mottatt en del kommentarer med ønske om mulighet for mellomlagring av nettskjemaet, men dette vil kreve at respondentene må logge inn med MinID noe som vil gjøre innloggingsprosessen mer krevende. Det vil for respondenten også kunne oppleves som mindre anonymt, og vi ønsker ikke denne koblingen mellom selvmord i tjenestene og hvem som registrerer.

Selvmord oppleves av alle involverte som alvorlige hendelser både faglig og emosjonelt, og tjenestene bruker uansett betydelig tid og ressurser på disse hendelsene når de inntreffer. Med bakgrunn i at selvmord er en sjelden hendelse, mener vi at den ekstra tidsbruken som kreves for å registrere i Kartleggingssystemet er svært beskjeden – særlig når registreringsbyrden fordeles på enkeltbehandler og foretaksnivå.

Utfylling av kartleggingsskjema

Figur 3. Profesjoner som har registrert kartleggingsskjemaer for selvmord i 2018 (n=263)



Psykologspesialister registrerte flest kartleggingsskjemaer (n = 68; % = 25,9), etterfulgt av spesialister i psykiatri/rus og avhengighetsmedisin (n = 64; % = 24,3) og sykepleiere (n = 46; % = 17,5). I Annet-kategorien (n = 36; % = 14,4) var majoriteten ledere og fagrådgivere. Vi ber om at kartleggingsskjemaet skal fylles ut av en person med klinisk kjennskap til avdøde for å

sikre best mulige data. Ettersom første årgang i systemet i stor grad er basert på registrering tilbake i tid vil dette ikke alltid være mulig. Majoriteten av selvmordene er registrert av personer med klinisk bakgrunn, og ikke av administrativt personale. Vi vurderer dette som viktig for dataintegriteten i Kartleggingssystemet.

Tabell 7. Rollen personen som registrerte selvmord fra 2018 hadde ovenfor pasienten (n=248)

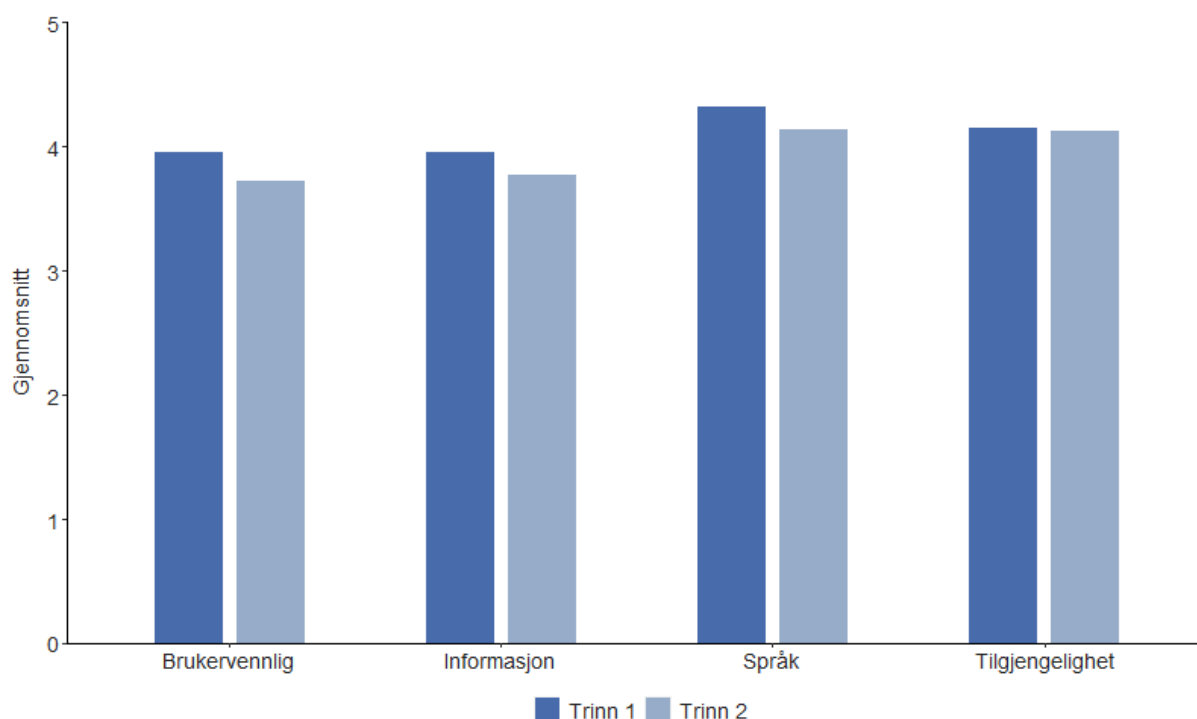
Variabel	Trinn 1		Trinn 2		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Ansvarlig behandler						
Ja	23	34,3	55	30,4	78	31,5
Nei	44	65,7	126	69,6	170	68,5
Direkte kontakt						
Ja	26	38,8	65	35,9	91	36,7
Nei	41	61,2	116	64,1	157	63,3
Vedtaksansvarlig						
Ja	6	9,0	11	6,1	17	6,9
Nei	48	71,6	140	77,3	188	75,8
Ikke aktuelt	13	19,4	30	16,6	43	17,3

I overkant av 1 av 3 (36,7 %) som registrerte et selvmord i Kartleggingssystemet hadde hatt direkte kontakt med pasienten før dødsfallet. Nesten like mange hadde vært ansvarlig behandler for pasienten (31,5 %). Kun et fåtall (6,9 %) var vedtaksansvarlig for pasienten de registrerte et selvmord for. Det var ingen forskjeller mellom trinn 1 og trinn 2 for disse

variablene. Totalt var 40,3 % av personene som registrerte ansvarlig behandler og/eller hadde hatt direkte kontakt med pasienten. Det er et mål å øke denne andelen ytterligere. Vi antar at økt grad av registrering i trinn 1 vil øke andelen kartleggingsskjemaer registrert av ansvarlig behandler eller behandler som hadde direkte kontakt med pasienten.

Tilbakemeldinger

Figur 4. Tilbakemeldinger på kartleggings skjemaet ved registrering av selvmord for 2018 (n=263)



På slutten av kartleggings skjemaet er det mulighet for å gi en kort og frivillig evaluering. For selvmord som skjedde i 2018 fylte 253 av 263 (96,2 %) ut evalueringsskjemaet. Skalaen går fra 1-5 og de fleste spørsmålene rangeres rundt 4 med relativt liten spredning.

Det er ingen store forskjeller mellom rangering avhengig av trinn, men trinn 2 rangeres margi-

nalt lavere enn trinn 1. Vi vurderer dette som meget gode tilbakemeldinger.

Det har kommet en rekke tilbakemeldinger med forslag om mindre endringer i kartleggings skjemaet – både hva gjelder formuleringer og svaralternativer. Vi har derfor justert kartleggings skjemaet på enkelte områder der dette har vært hensiktsmessig og mulig.

Prioriterte områder for å sikre videre implementering

Basert på data fra den første komplette årgangen i Kartleggingssystemet er det følgende prioriteringsområder som peker seg ut som viktige for implementeringen av Kartleggingssystemet:

- Øke dekningsgraden av registrerte kartleggingsskjemaer.
- Øke andel registrerte kartleggingsskjemaer i trinn 1. Særlig blant helseforetakene som har levert få skjemaer, og blant avtalespesialister.
- Øke andelen kartleggingsskjemaer utfylt av behandler som hadde direkte kontakt med avdøde eller som var ansvarlig behandler.
- Hvis behandler er usikker på om dødsfallet er et selvmord og således skal registreres i Kartleggingssystemet oppfordrer vi de nå til å vente på henvendelse i trinn 2.
- Det var utfordrende for helseforetakene å identifisere pasienter på venteliste eller som kun hadde indirekte kontakt siste år. Vi vil ekskludere disse fra trinn 2 fremover og kun rapportere registerdata på denne undergruppen.

Samlet evaluering

Med tanke på at registreringen for 2018 startet i april 2019, og er den første årgangen for Kartleggingssystemet, er en dekningsgrad på 86,5 % et meget godt resultat som viser at systemet er implementert både teknisk og praktisk.

Det har vært lagt ned et omfattende arbeid for å etablere kontakt med helseforetakene i Norge, og vi opplever en god dialog og samarbeid med dem.

Den høye dekningsgraden allerede i første driftsår tolkes som at både helseforetakene og den enkelte behandler opplever Kartleggingssystemet som relevant og at utformingen til Kartleggingssystemet er gjennomførbar. Det viser også en vilje til å bidra til bedre data om selvmord under og etter kontakt med tjenestene, noe som er viktig for å kunne utvikle selvmordsforebyggingen i disse gruppene i befolkningen med sterkt forhøyet selvmordsrisiko. I utformingen av selve systemet er det da også lagt stor vekt på at det skal være brukervennlig for tjenestenes del, og at registreringen skal ta så lite av behandlernes tid som mulig. Basert på systematiske tilbakemeldinger vurderer vi at dette i stor grad har lyktes. Vi har også brukt

tilbakemeldingene til å gjøre mindre justeringer i kartleggingsskjemaet for å ytterligere øke brukervennligheten.

Hovedprioriteringene for videre implementering og etablering av Kartleggingssystemet vil være å øke dekningsgraden i årene fremover, samt å få til en økende andel registreringer i trinn 1. Med de justeringene som er foretatt, samt at Kartleggingssystemet nå er kjent i tjenestene etter at alle foretakene har vært gjennom en runde med registrering både i trinn 1 og trinn 2, har vi stor tro på at dette er mulig. Det at tjenestene har etablert interne rutiner som følge av implementeringen vil også bidra til mindre ressursbruk i årene fremover både for Kartleggingssystemet og for tjenestene.

Kartleggingssystemet har over flere år vært aktive med å spre resultater fra datainnsamlingen til en lang rekke foretak og i andre faglige sammenhenger. Dette har blitt møtt med stor interesse, og peker igjen på en felles forpliktelse til å styrke de forebyggende innsatser på dette området. Oversikt over formidlingsaktiviteter og publikasjoner ligger på våre nettsider. Dette arbeidet vil også bli høyt prioritert i fremtiden.

Referanser

- National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. (2021). *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health*. The University of Manchester. NCISH. <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>
- Walby, F. A., Kildahl, A. T., Caruso, G., & Myhre, M. Ø. (2017). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Bakgrunn, utviklingsprosess og formål. *Suicidologi*, 22(3), Article 3. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5880>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). *Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet

NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

Implementering av Nasjonalt kartleggingsystem for selvmord
i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

86,5%
Dekningsgrad

Vi mottok kartleggings skjema fra
ALLE helseforetak og
private institusjoner
med avtale som hadde selvmord i 2018

Nærmeste pårørende
informert i



42,4%

av tilfellene registrert for 2018

Tidsbruk på
utfylling ca.

**30
MIN.**

Majoriteten
av skjemaene ble
registrert av klinikere

Prioriteringsområder

Øke dekningsgrad

Øke registrering i trinn 1

Flere skjemaer registrert av behandler med direkte kontakt

Rangeres høyt på:

- Brukervennlighet
- Informasjon
- Språk
- Tilgjengelighet

Første
årsrapport
publiseres høsten
2021

Nettside: www.uio.no/kartleggingsystemet

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

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

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging**

Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygg 12,
0372 OSLO



UiO : **Universitetet i Oslo**

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging