

NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

ÅRSRAPPORT 2019-2020

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling Selvmord under døgnoophold

FREDRIK A. WALBY • HELENE ASTRUP • EBBA GIIL • 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, mai 2023

Tittel:

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold.

Forfattere:

Fredrik A. Walby, forsker/psykologspesialist, prosjektleder.
Helene Astrup, rådgiver
Ebba Giil, rådgiver
Martin Ø. Myhre, rådgiver

Publikasjonstype: Rapport
ISBN (trykt/heftet): 978-82-692827-8-8
ISBN (PDF): 978-82-692827-9-5

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

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

Vennligst referer til rapporten på følgende måte:

Walby, F.A., Astrup, H., Giil, 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. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet

Finansiering, datakilder og roller i utarbeidelse av rapporten

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

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

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

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



Innhold

Forord	6
Sammendrag	7
Bakgrunn	9
Om denne rapporten	9
Metode	10
Registerdata	10
Kartleggingsskjemaet	10
Formalia, personvern og datasikkerhet	11
Analyse av data	11
Resultater	11
Del 1 – Implementering av Kartleggingssystemet	12
Resultater	13
Diskusjon	17
Del 2 – Selvmord blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus	18
2.1 Selvmord blant personer i kontakt med en eller flere ulike sektorer siste år før selvmord	20
2.2 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år	25
2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år	40
2.4 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU siste år	50
2.5 Selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist siste år	52

Del 3 – Selvmord under døgnopphold i PHV-V	54
3.1 Selvmord under døgnopphold blant pasienter som døde inne på avdelingen	80
Begrensninger	85
Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene	86
Referanser	88
Oversikt over figurer og tabeller	90
Tabeller	90
Figurer	90

Forord

Denne rapporten er Kartleggingssystemets syvende rapport siden oppstarten i 2019. Samlet sett viser denne rapporten, sammen med de tidligere, hvilket omfattende og alvorlig problem selvmord er hos mennesker som i en periode av livet har så alvorlige problemer med enten psykiske lidelser, rus eller begge deler at de har behov for spesialiserte tjenester. Det er bra at vi i Norge har så utbygde og omfattende tjenester, men det er likevel et presserende behov for å utvikle og implementere bedre og mer effektive selvmordsforebyggende tiltak rettet mot disse pasientgruppene. Kartleggingssystemet har registerdata tilbake til 2008. I perioden 2008 til 2020 har totalt 3395 personer dødd i selvmord under eller inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. Dette utgjør nesten halvparten av alle selvmord i Norge, og utgjør et svært høyt antall tapte leveår og ufattelig lidelse for den enkelte, for etterlatte og for samfunnet rundt. Både denne og tidligere rapporter peker på ulike områder for forbedring av pasientsikkerheten og selv en beskjeden effekt vil kunne redde mange flere liv.

I denne rapporten beskriver vi først implementeringen av Kartleggingssystemet i form av utviklingen når det gjelder innsamling av kartleggingsskjemaer fra helseforetakene i perioden 2018–2020. I 2019 og 2020 var dekningsgraden på om lag 95 %, noe vi er svært fornøyd med. Uten velvilje fra og et meget godt samarbeid med behandlere og kontaktpersoner i helseforetakene ville ikke dette vært mulig. Vi vil derfor rette en stor takk til alle som enten har registrert data i systemet eller bidratt til at data har blitt registrert. Vi vil også rette en takk til Helsedirektoratet ved Karin Irene Gravbrøt i avdeling spesialisthelsetjenester og til Norsk Pasientregister for et langt og godt samarbeid og all støtte i arbeidet med utvikling og implementering av Kartleggingssystemet.

Dernest beskriver vi både utviklingstrekk for selvmord i perioden 2010–2020 blant personer i kontakt med tjenestene, med spesielt fokus på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har nå data fra registrene og fra kartleggingsskjemaet for perioden 2018–2020, totalt 926 selvmord. Denne rapporten inkluderer dermed to nye

år siden forrige årsrapport (Walby, Astrup, et al., 2021) og har gjort det mulig å analysere flere undergrupper, et arbeid som vil fortsette i kommende rapporter. Til slutt i denne rapporten har vi fokusert spesielt på selvmord under døgnopphold i psykisk helsevern, med hjelp av både registerdata og data fra kartleggingsskjemaet. Vi kan for første gang vise en systematisk nasjonal oversikt over selvmord under døgnopphold i psykisk helsevern. Det er mange funn her som burde være interessante for alle som er opptatt av døgnbehandling, både ansatte, ledere, brukere og andre involverte.

Kartleggingssystemet var i utgangspunktet etablert som et prøveprosjekt frem til utgangen av 2023. På bakgrunn av oppnådde resultater og behov for å sikre mer data, og en fortsatt løpende oversikt over selvmord i tjenestene, har Helsedirektoratet nå bestemt at driften forsetter under samme rammer og formalia ut 2027. Det er vi svært fornøyd og takknemlige for.

Kartleggingssystemet er ett oppdrag til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitet i Oslo og hadde ikke blitt realisert uten langvarig initiativ og engasjement fra hele miljøet ved NSSF med professor Lars Mehlum i spissen. Sist, men ikke minst, uten mine svært kompetente og engasjerte medarbeidere Helene Astrup, Ebba Giil og Martin Ø. Myhre, hadde ikke denne rapporten vært en realitet. Vi håper at denne rapporten, sammen med både tidligere og fremtidige publikasjoner fra Kartleggingssystemet, vil danne et viktig grunnlag for utvikling av bedre forebyggende tiltak mot selvmord i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Fredrik A. Walby
Forsker / psykologspesialist
Prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med Kartleggingssystemet er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus. Målet er å identifisere kjennetegn ved selvmordene og behov for forebyggende tiltak på systemnivå. Kartleggingssystemet har tidligere publisert seks ulike rapporter som finnes her: www.uio.no/kartleggingssystemet.

Denne årsrapporten har som formål å beskrive omfang og kjennetegn ved selvmord i psykisk helsevern (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for årene 2019 og 2020, samt oppdatere tidstrender for årene 2010–2020. I tillegg har vi i denne rapporten sett spesielt på selvmord under døgnopphold i PHV-V.

Metode

Kartleggingssystemet kombinerer registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk Pasientregister (NPR) med data innsamlet ved hjelp av et elektronisk kartleggingsskjema. Registerdata og data fra kartleggingsskjemaet kobles deretter sammen og analyseres på aggregert nivå.

Hovedfunn

Del 1

Kartleggingssystemets dekningsgrad i 2019 og 2020 var på rundt 95 % noe som er svært høyt. En økning i antall skjemaer i trinn 1 (løpende registrering) og at ansvarlig behandler i større grad registrerer skjemaene er mulige forbedringsområder.

Del 2

Alle sektorer

- Av alle i Norge som døde i selvmord i perioden 2010–2020 var 45 % i kontakt med en eller flere av spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord, og 36,8 % var i kontakt siste 90 dager. Andelen i kontakt var høyere for kvinner enn menn.

- Totalt hadde 2276 personer siste kontakt i PHV-V, 449 hadde siste kontakt i TSB, 189 hadde siste kontakt hos avtalespesialist og 73 hadde siste kontakt i PHV-BU i perioden 2010–2020.

PHV-V

- Selvmordsraten var på henholdsvis 114,5 og 234,0 per 100 000 pasienter blant kvinner og menn.
- Selvmordsraten blant pasienter med minst ett døgnopphold siste år var 3,7 ganger høyere enn blant pasienter med poliklinisk kontakt siste år, henholdsvis 566,0 og 154,8 per 100 000 pasienter.
- 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.
- Andelen med psykiatrisk sykehistorie over 5 år var 55 % og svært få hadde korte sykehistorier.
- Over halvparten (54 %) hadde en kjent episode med villet egenskade.
- Totalt hadde 52 % et kjent problem med bruk av rusmidler.
- Blant personene som brukte medikamenter ble det i 40 % 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.
- Det var 25 % som hadde uteblitt fra siste avtale.
- Andelen som hadde fått utarbeidet en kriseplan lå på 28 %.
- Ved siste kontakt hadde 46 % symptomer på depressivt stemningsleie, og 40 % hadde symptomer på angst/uro. Andelen med kjente selvmordstanker lå på 24 %.
- Risiko for selvmord ved siste kontakt ble vurdert som lav både på kort sikt og lang sikt.

TSB

- Selvmordsratene var høye, men i motsetning til PHV-V var det små kjønnsforskjeller, henholdsvis 197,1 og 209,0 per 100 000 pasienter for kvinner og menn.
- Majoriteten (64,3 %) av personene som hadde kontakt med TSB siste året før selvmord hadde også hatt kontakt med PHV-V i løpet av det siste året.

- De fleste med døgnopphold hadde siste utskrivelse fra PHV-V, og en høyere andel døde i kort tid etter utskrivelse fra PHV-V enn TSB.
- Majoriteten (70 %) hadde en sykehistorie med varighet over 5 år og 57 % hadde en kjent episode med villet egenskade.
- Andelen som hadde uteblitt fra siste avtale lå på 32 %.
- Det var 28 % som hadde fått utarbeidet en kriseplan.

Del 3

Selvmord under døgnopphold

- Totalt døde 268 pasienter i selvmord under døgnopphold i PHV-V i perioden 2010–2020.
- Selvmordsraten i perioden 2010–2020 var 0,87 per 1 000 pasienter innlagt under døgnopphold.
- Det var flere menn (58 %) enn kvinner (42 %) som døde under døgnopphold i PHV-V i perioden 2010–2020 og gjennomsnittsalderen var 46,5 år totalt.
- Det ble hovedsakelig brukt voldsomme selvmordsmetoder, hvor hengning eller kvelning var den mest brukte metoden (56 %).
- Affektive lidelser var den vanligste psykiske lidelsen (41 %), etterfulgt av psykoselidelser (21 %), og uavklarte tilstander (18 %).
- I løpet av den første uken av innleggelsen døde 32 %, mens over halvparten døde i løpet av de første 30 dagene.
- Av de 81 pasientene som døde i perioden 2018–2020 var 7,4 % innlagt på tvungen psykisk helsevern eller tvungen observasjon.
- Det var 58 % som hadde en psykiatrisk sykehistorie over 5 år og svært få hadde en sykehistorie på under en måned.
- Andelen med en kjent episode med villet egenskade var på 59 %.
- Hos 47 % var det en kjent negativ livshendelse de siste tre månedene før dødsfallet.
- Nesten alle (96 %) hadde fått foreskrevet en eller annen form for psykofarmaka, hvor hypnotika (60 %) og Benzodiazepiner (59 %) var de hyppigst forskrevde medikamentene.
- Det vanligste observerte symptomet ved siste innleggelse var depressivt stemningsleie (59 %), etterfulgt av angst/uro (47 %).
- Selvmordsrisikoen ble vurdert som lav blant de fleste pasientene som døde i selvmord, både på kort og lang sikt.
- Nesten halvparten (47 %) døde på et distriktspsykiatrisk senter.
- Av de pasientene som døde under døgnopphold i perioden 2018–2020 døde 63 %

- utenfor avdelingen og de fleste som døde utenfor avdelingen var på permisjon (47 %).
- Blant pasientene som døde inne på avdelingen var 40 % under intervall eller kontinuerlig observasjon, 79 % døde på enerom og det var ingen store forskjeller med tanke på når på døgnet dødsfallene skjedde.

Anbefalinger

Basert på denne og tidligere rapporter viderefører vi disse anbefalingene, med hovedfokus på forebygging av selvmord i PHV-V.

- 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
- Styrke systembaserte tilnærminger til forebygging i psykisk helsevern
- Individualiserte vurderinger av selvmordsrisiko basert på pasientens kliniske tilstand og behov
- 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 å forebygge selvmord under døgnopphold

- Sørg for døgnbehandling på rett nivå
- Fjerning av hengningspunkter og begrense tilgang på selvmordsmetoder
- Ved akutt overhengende selvmordsfare bør kontinuerlig observasjon benyttes
- Aktivere og engasjere pasientene i avdelingens fellesmiljø
- Vurdere risiko og nytte av utgang og permisjon

Bakgrunn

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Kartleggingssystemet) drives på oppdrag fra Helsedirektoratet og startet med full drift fra mars 2019. 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 forrige årsrapport (Walby, Astrup, et al., 2021) for utdypende beskrivelse av Kartleggingssystemets bakgrunn.

Som et ledd i utviklingen og etableringen av Kartleggingssystemet har vi tidligere publisert tre nasjonale rapporter (Walby et al., 2018, 2020, 2022) på omfanget av selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge, henholdsvis en rapport på alle spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, en rapport for TSB og en rapport for PHV-BU. Rapportene er basert på registerdata fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) (Folkehelseinstituttet, 2023b) og Norsk pasientregister (NPR) (Helsedirektoratet, 2023b). I 2021 publiserte vi den første årsrapporten som inkluderte kartleggingsdata i tillegg til registerdata (Walby, Astrup, et al., 2021). 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, Astrup, et al., 2022).

Om denne rapporten

Formålet med denne rapporten er først å beskrive funn basert på registerdata for 2019 og 2020. Disse vil sammenlignes med tidstrender tilbake til 2010. Deretter vil vi presentere data fra kartleggingsskjemaet som er utfyllt av behandlere som har vært i kontakt med personer som døde i selvmord i 2018, 2019 og 2020 og som hadde vært i kontakt med minst en av tjenestene det siste året før dødsfallet. Disse dataene supplerer registerdataene med viktig informasjon om pasienten, behandlingen og omstendigheter rundt dødsfallet. Vi har valgt å fokusere på data der vi ser endring over tid eller som vi mener er spesielt interessante å monitorere. Vi har hovedsakelig fokusert på PHV-V i denne rapporten, men har også med utvalgte registerdata og kartleggingsdata for TSB, samt noen utvalgte registerdata for PHV-BU og avtalespesialister. På grunn av et begrenset datamateriale fra kartleggingsskjemaet for PHV-BU og for avtalespesialister kan vi ikke analysere disse dataene for disse sektorene før vi har et større datamateriale.

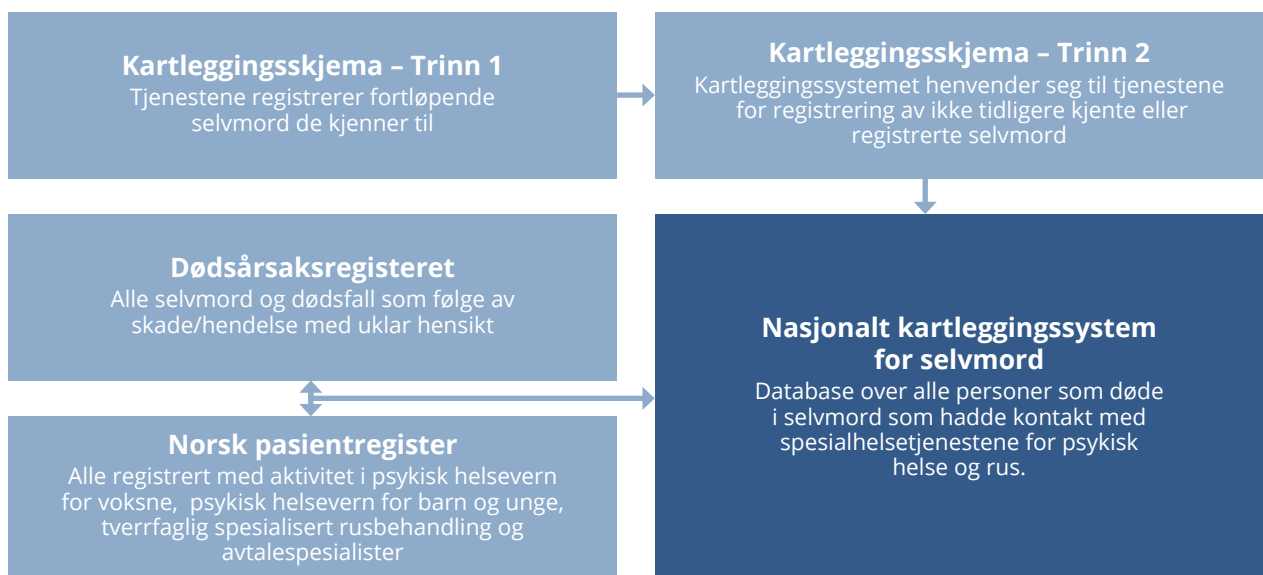
I denne rapporten har vi for første gang rettet et spesielt fokus på selvmord under døgnopphold. Vi har tidligere vist at døgnopphold er en viktig arena for selvmordsforebygging og rundt 13 % av alle selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år skjer under døgnopphold (Walby et al., 2018; Walby, Astrup, et al., 2021). Selvmord under døgnopphold skjer under begrensede og spesielle omstendigheter. Kontakten med tjenestene er per definisjon svært nært i tid og døgnopphold er det mest intensive behandlingsnivået i tjenestene og angår en pasientgruppe og en tidsperiode der risikoen er høy og forebyggingspotensialet stort (Large et al., 2011). Det er også mange forhold under døgnopphold som ikke er aktuelle ved for eksempel poliklinisk eller ambulant behandling, slik som mulighetene for spesielle beskyttelsestiltak, som gjør at det er viktig å se mer detaljert på disse dødsfallene.

Metode

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

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

Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design



Registerdata

Kartleggingssystemet benytter registerdata fra DÅR og NPR. DÅR inneholder blant annet informasjon om dødsårsak og opplysninger rundt dødsfallet. NPR inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og opplysninger om pasienten, henvisninger, oppholdet og formalia i spesialisthelsetjenestene i Norge. Aktivitetsdata fra NPR er hentet fra datasettene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for barn og unge og avtalespesialister innen disse tjenestene.

Det ble først foretatt et uttrekk av alle dødsfall fra DÅR, i perioden 2010–2020, registrert med

de underliggende dødsårsakene selvmord eller følgetilstand etter skade/hendelse med uklar hensikt (X60-X84, Y87.0, Y10-34, Y87.2). Etter uttrekk kobles registerdata fra DÅR med aktivitetsdata fra NPR i PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister. 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). Metoden er

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

Vi har gjort noen mindre revideringer i kartleggingsskjemaet siden det først ble tatt i bruk i april 2019. Viser til forrige årsrapport (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. Kartleggingssystemet

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

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 4.2.2 (Cran-R project, 2020). Resultatene rapporteres hovedsakelig som frekvenser og andeler. Tid fra siste kontakt til selvmord rapporteres som en kontinuerlig variabel med dager som enhet og median blir benyttet som sentralmål grunnet skjevfordelte data. Vi har også rapportert noen funn som rater. Aktivitetsdata fra NPR på antall personer som har mottatt tjenester i de aktuelle sektorene siste år, fordelt på kjønn, er brukt som populasjon for å estimere ratene. 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 regnet per 1 000 pasienter.

Resultater

Første del av denne rapporten viser implementeringen av Kartleggingssystemet og utviklingen når det gjelder innsamling av kartleggingsskjemaer fra helseforetakene og private institusjoner med driftsavtale, samt avtalespesialister, i perioden 2018–2020.

I andre del presenterer vi registerdata for perioden 2010–2020, samt data fra kartleggingsskjemaer for perioden 2018–2020.

I tredje del retter vi et spesielt fokus mot pasienter som døde under døgnopphold i psykisk helsevern. Først presenterer vi registerdata for perioden 2010–2020, deretter data fra kartleggingsskjemaer for perioden 2018–2020.

Del 1

Implementering av Kartleggingssystemet

Kartleggingssystemet baserer seg på et samarbeid med alle helseforetakene og private med driftsavtaler i Norge, og er et nasjonalt system som skal implementeres lokalt i helseforetakene. Følgelig er det av betydning å monitorere og beskrive hvordan Kartleggingssystemet har blitt implementert rundt om i helseforetakene.

Vi har tidligere beskrevet implementeringen av 2018 årgangen, som var det første året hvor Kartleggingsskjema ble samlet inn (Walby, Myhre, et al., 2021). I tabellene og figurene som følger har vi inkludert data for 2018 for å kunne sammenligne de tre årgangene.

Resultater

Tabell 1.1 Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2020

Årgang	2018	2019	2020
Kartleggingsskjema (n)	264	318	301
Koblingsnøkkel (n)	263	306	290
Registerdata (n)	304	317	305
Slettede kartleggingsskjema (n)	15	15	15
Gyldig kobling registerdata-koblingsnøkkel (n)	255	303	287
Til stede i koblingsnøkkel, men uten kartleggingsskjema (n)	3	7	6
Gyldig kobling registerdata-kartleggingsskjema	252	296	281
Kartleggingsskjema med feil	0	2	4
Indirekte kontakt	8	5	3
Totalt	260	303	288
Dekningsgrad (%)	85,5 %	95,6 %	94,4 %

Registerkoblingen mellom Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR) for 2019 og 2020 besto av henholdsvis 317 og 305 personer. Dette inkluderer selvmord blant personer som hadde kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister siste år, og inkluderer også personer med kun indirekte kontakt siste år.

Fødselsnummer krypteres og fjernes fra kartleggingsskjemaet under innsending grunnet personvern hensyn. Koblingen som gjøres basert på løpenummer viste gyldig kobling av henholdsvis 303 og 287 skjemaer for 2019 og 2020. Det viste seg at 7 skjemaer i 2019 og 6 skjemaer i 2020 kun hadde koblingsnøkkel til registerdata, men ikke kartleggingsskjema. Vi antar her at kartleggingsskjemaet er påbegynt, men ikke fullført, og at dermed første delen av skjemaet (inkludasjonsskjemaet) med koblingen har blitt sendt inn, men ikke selve registreringsskjemaet. For fremtidige årganger vil dette bli kontrollert. Totalt antall kartleggingsskjemaer med gyldig kobling med registerdata er derfor 296 og 281 for 2019 og 2020.

Vi mottok henholdsvis 5 og 3 skjemaer i 2019 og 2020 der det viste seg å være indirekte kontakt. På grunn av en teknisk feil i Nettskjema ble det for henholdsvis 2 og 4 skjemaer i 2019 og 2020 ikke etablert koblingsnøkkel for prosjektet, noe som gjør disse skjemaene umulig å koble. Skjemaene med feil i koblingsnøkkelen ekskluderes fra videre analyser, men inngår i utregningen av dekningsgrad.

Dekningsgraden for 2019 og 2020 var henholdsvis 95,6 % og 94,4 %. Dette er en klar økning fra 2018, der dekningsgraden var 85,5 %. En høy dekningsgrad er sentralt for at data i Kartleggingssystemet er representative, og med en dekningsgrad på rundt 95 % i 2019 og 2020 inkluderer Kartleggingssystemet de aller fleste selvmord som skjedde i Norge under og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Tabell 1.2 Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2020 (n=829)

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
Totalt	292	35,2	537	64,8	829

I 2019 og 2020 var andelen skjemaer som ble innsendt i trinn 1 og trinn 2 like, henholdsvis 39,5 % og 60,5 % (Tabell 1.2). Andelen skjemaer som ble registrert fortløpende i trinn 1 har økt siden 2018, noe som er naturlig da 2018-årgangen hovedsakelig var basert på retrospektiv registrering.

PHV-V er den desidert største sektoren, og den største andelen av skjemaer (77 %) ble sendt inn fra PHV-V, etterfulgt av TSB (16 %). Henholdsvis 2,5 % og 4,3 % av skjemaene ble sendt inn fra PHV-BU og avtalespesialister.

Tabell 1.3 Antall skjema fordelt på RHF per trinn, 2018–2020 (n=829)

RHF	Trinn 1		Trinn 2		Totalt
	n	%	n	%	n
Helse Sør-Øst	185	39,4	285	60,6	470
Helse Vest	37	21,4	136	78,6	173
Helse Nord	31	31,0	69	69,0	100
Helse Midt-Norge	39	45,3	47	54,7	86
Totalt	292	35,2	537	64,8	829

Helse Sør-Øst som er det desidert største helseforetaket leverte 39,4 % av skjemaene i trinn 1 og 60,6 % i trinn 2 (Tabell 1.3). Helse Vest leverte 21,4 % av skjemaene i trinn 1 og 78,6 % av skjemaene i trinn 2. Helse Nord leverte 31 % av skjemaene i trinn 1 og 69 % av skjemaene i trinn 2 og Helse Midt-Norge leverte 45,3 % av

skjemaene i trinn 1 og 54,7 % av skjemaene i trinn 2. Innad i de regionale helseforetakene har alle helseforetak i Norge levert data til Kartleggingssystemet. De fleste regionale helseforetakene har hatt en liten økning i rapportering i trinn 1 i løpet av tidsperioden 2018–2020.

Tabell 1.4 Rollen personen som registrerte kartleggingskjema hadde ovenfor pasienten, 2018–2020 (n=793)

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
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

Totalt var 36,6 % av de som registrerte ansvarlig behandler for pasienten. Andelen var høyere for trinn 1 (45,5 %) enn trinn 2 (31,5 %). Andelen som hadde hatt direkte kontakt med pasienten var totalt 40,5 %, og andelen var høyere for trinn 1 enn trinn 2, henholdsvis 51,4 % og 34,3 %. Vi ser en tydelig økning fra 2018–2020 for både

andelen ansvarlige behandlere og andelen med direkte kontakt med pasienten. Det er et mål å øke andelen registreringer gjort av ansvarlig behandler ytterligere. Avtalespesialister er ikke inkludert i disse tallene siden dette ikke er relevant i denne delen av tjenesten.

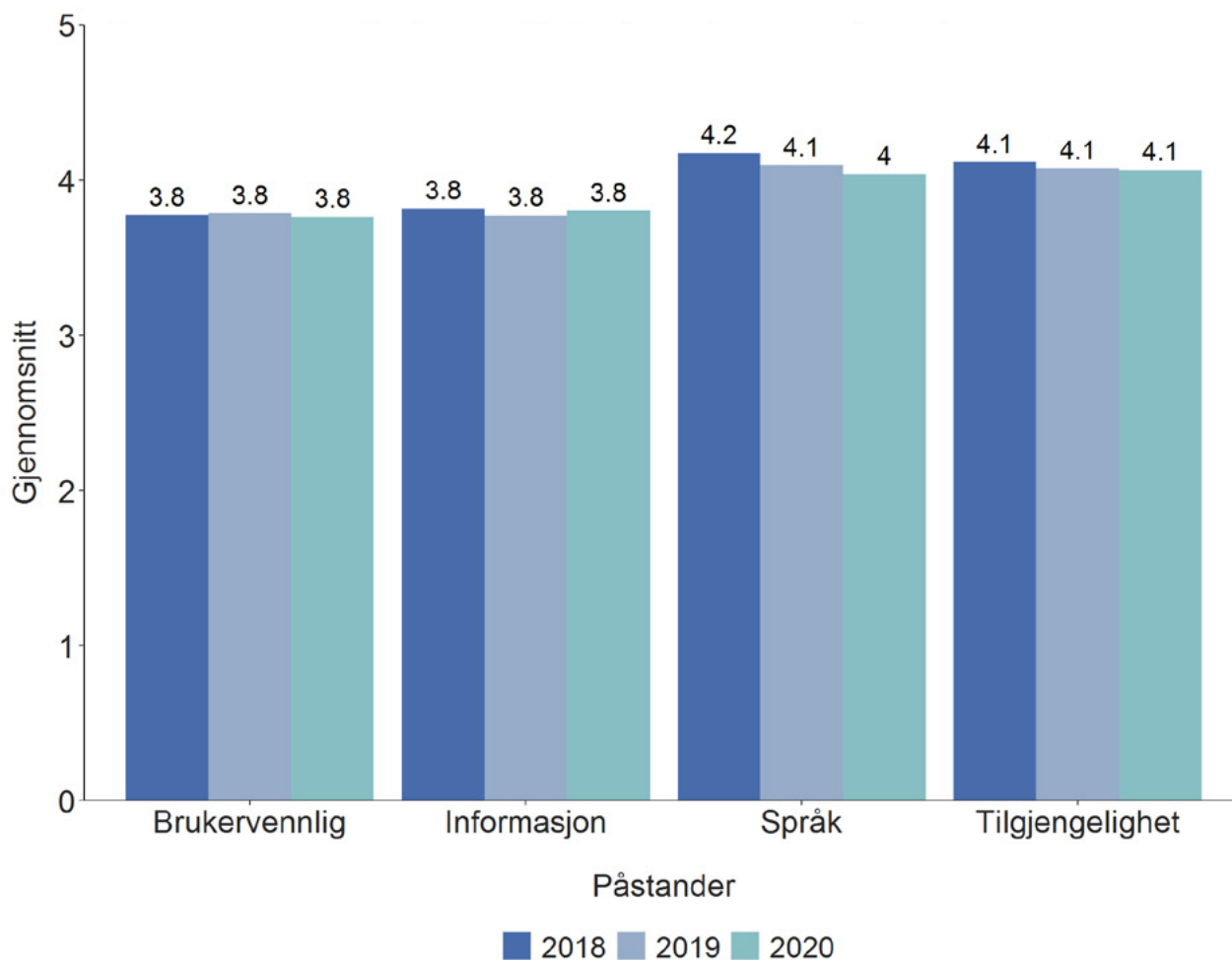
Tabell 1.5 Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet (n=829)

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
Totalt	215	73,6	184	34,3	399	48,1
Informasjon ikke gitt						
Ingen kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet	57	74,0	318	90,1	375	87,2
Pårørende er ikke kjent med dødsårsak og/eller kontakt med tjenestene	20	26,0	35	9,9	55	12,8

Tabell 1.5 viser antall og andel som har informert pårørende om registreringen i kartleggingssystemet. Andelen er betydelig høyere for trinn 1 enn trinn 2, henholdsvis 73,6 % og 34,3 % totalt for de tre årene. I de fleste tilfellene der pårørende ikke var informert

om registreringen, skyldtes dette at det ikke hadde vært kontakt med pårørende i forbindelse med dødsfallet.

Figur 1.1 Tilbakemeldinger på kartleggingskjemaet, 2018–2020 (n=797)



På slutten av kartleggingskjemaet er det en mulighet for å gi en kort og frivillig evaluering og 96 % leverte evalueringsskjemaet. Skalaen går fra 1–5 og de fleste spørsmålene ble rangert

til rundt 4, og har holdt seg stabil for de tre årgangene (Figur 1.1). Median tid brukt på å fylle ut kartleggingskjema var 32 minutter.

Diskusjon

Vi opplever å ha et svært godt samarbeid og god dialog med helseforetakene, og at de aller fleste helseforetakene har utviklet lokale rutiner for oppfølging av Kartleggingssystemet. Basert på tilbakemeldingene på kartleggingsskjemaet tolker vi det som helseforetakene og behandlere opplever kartleggingsskjemaet som relevant og gjennomførbart. Dette tror vi er viktige faktorer med tanke på å oppnå en høy dekningsgrad.

Andelen skjemaer som ble levert i trinn 1 har holdt seg stabil for 2019 og 2020. Vi ønsker å øke andelen registrerte kartleggingsskjemaer i trinn 1. Vi ser en positiv trend mot at ansvarlig behandler og personer med direkte kontakt

med pasienten sender inn skjemaet. Vi ønsker at denne trenden fortsetter, og ser at dette kan være lettere å oppnå med mer løpende registrering. Vi tror at en høyere grad av registrering i trinn 1 vil føre til mer fullverdige data på grunn av færre besvarelser av typen «ukjent» eller «vet ikke», samt at viktige detaljer rundt forløpet til pasienten kommer frem.

Datainnsamlingen er avhengig av rapportering fra klinikere rundt om i hele spesialisthelsetjenesten. Raskere rapportering i trinn 2 vil føre til at Kartleggingssystemet raskere kan publisere tilgjengelige data. Det er ønskelig for alle parter at informasjonen blir tilgjengelig så raskt som mulig.

Del 2

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

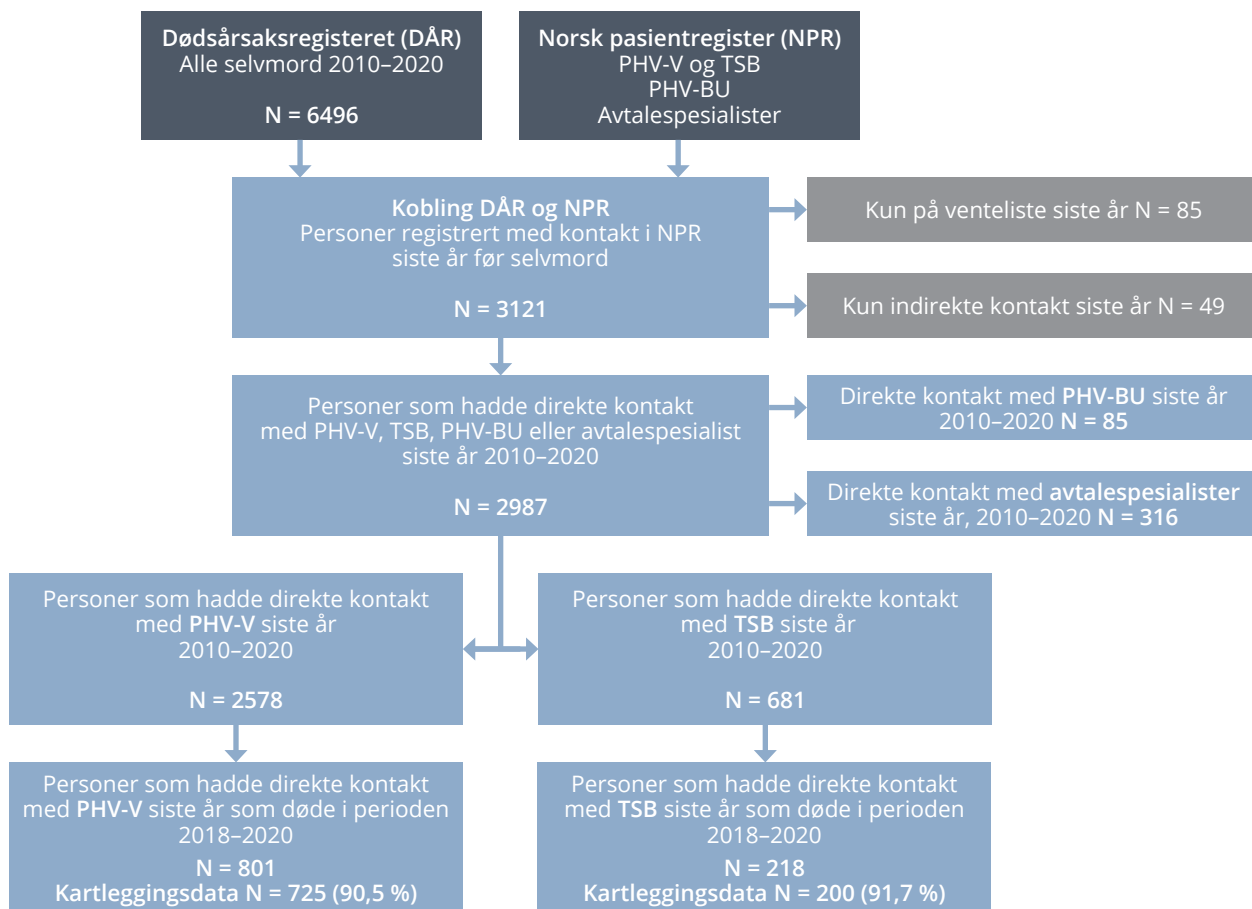
I andre del presenterer vi registerdata for perioden 2010–2020, samt data fra kartleggings skjemaer for perioden 2018–2020.

Først presenterer vi registerdata på personer i kontakt med en eller flere av tjenestene (PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister) det siste året før selvmord.

Deretter presenterer 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 henholdsvis personer som hadde kontakt med PHV-BU og avtalespesialister det siste året før selvmord.

Figur 2.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2020, samt data fra kartleggingskjemaet på personer som døde i perioden 2018–2020



Figur 2.1 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2010–2020. Figuren viser antall personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, TSB, PHV-BU og avtalespesialister siste år, samt antall personer som var i direkte kontakt med PHV-V og TSB siste år før selvmord i perioden 2018–2020 og antall personer med kartleggingskjemaer innenfor disse to sektorene i denne perioden. Personer på venteliste eller med kun indirekte kontakt siste år blir ikke inkludert i analysene.

Personene kan ha vært i kontakt med flere tjenester det siste året før selvmordet, og i perioden 2010–2020 hadde 438 personer direkte kontakt i både PHV-V og TSB siste år. I perioden 2018–2020 hadde 146 personer

direkte kontakt i begge sektorer, og 135 kartleggingskjemaer gjelder personer med kontakt i både PHV-V og TSB siste år, noe som fører til at disse personene både inkluderes i del 2.2 og del 2.3.

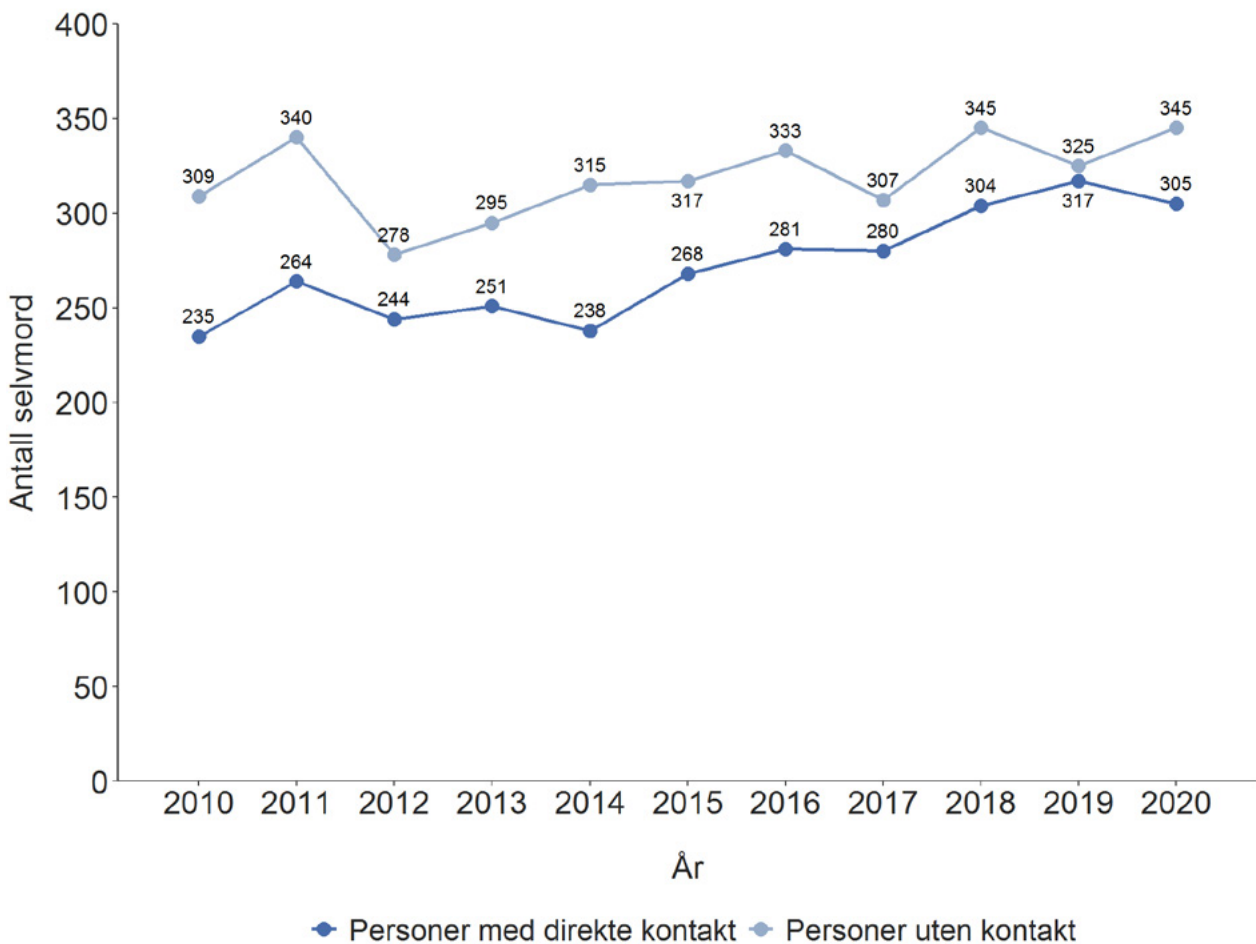
Data på personer med direkte kontakt i PHV-BU eller med avtalespesialister siste år før selvmord beskrives i henholdsvis del 2.4 og del 2.5, men her presenteres kun antall selvmord og selvmordsrate. For utfyllende beskrivelse av selvmord i PHV-BU viser vi til rapporten *Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008–2018* (Walby et al., 2022). Mer detaljert beskrivelse av selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialister vil bli presentert i fremtidige publikasjoner.

2.1 Selvmord blant personer i kontakt med en eller flere ulike sektorer siste år før selvmord

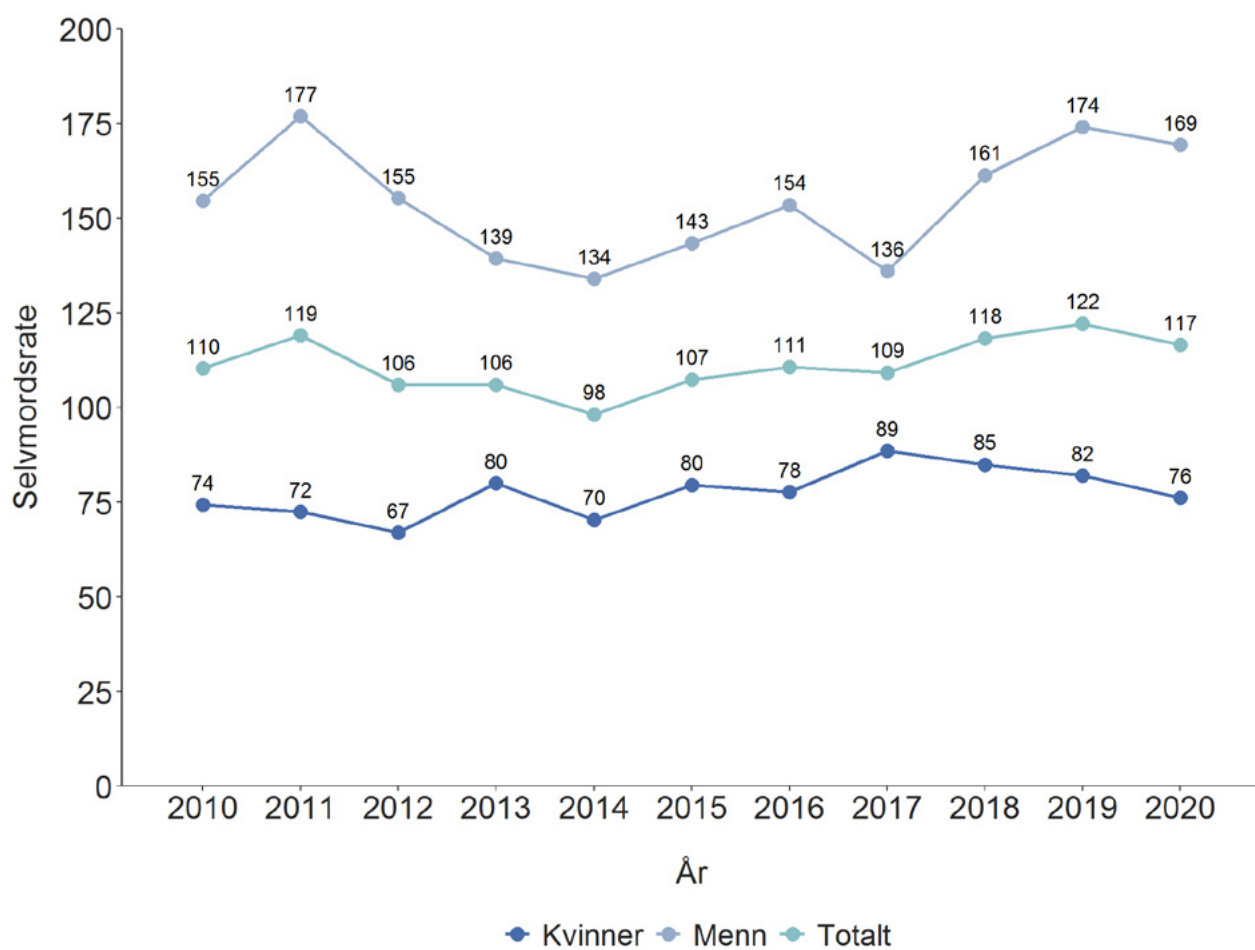
I del 2.1 presenterer vi registerdata for perioden 2010–2020 på alle personer som hadde direkte kontakt med PHV-V, PHV-BU, TSB og avtalespesialister det siste året før selvmord.

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

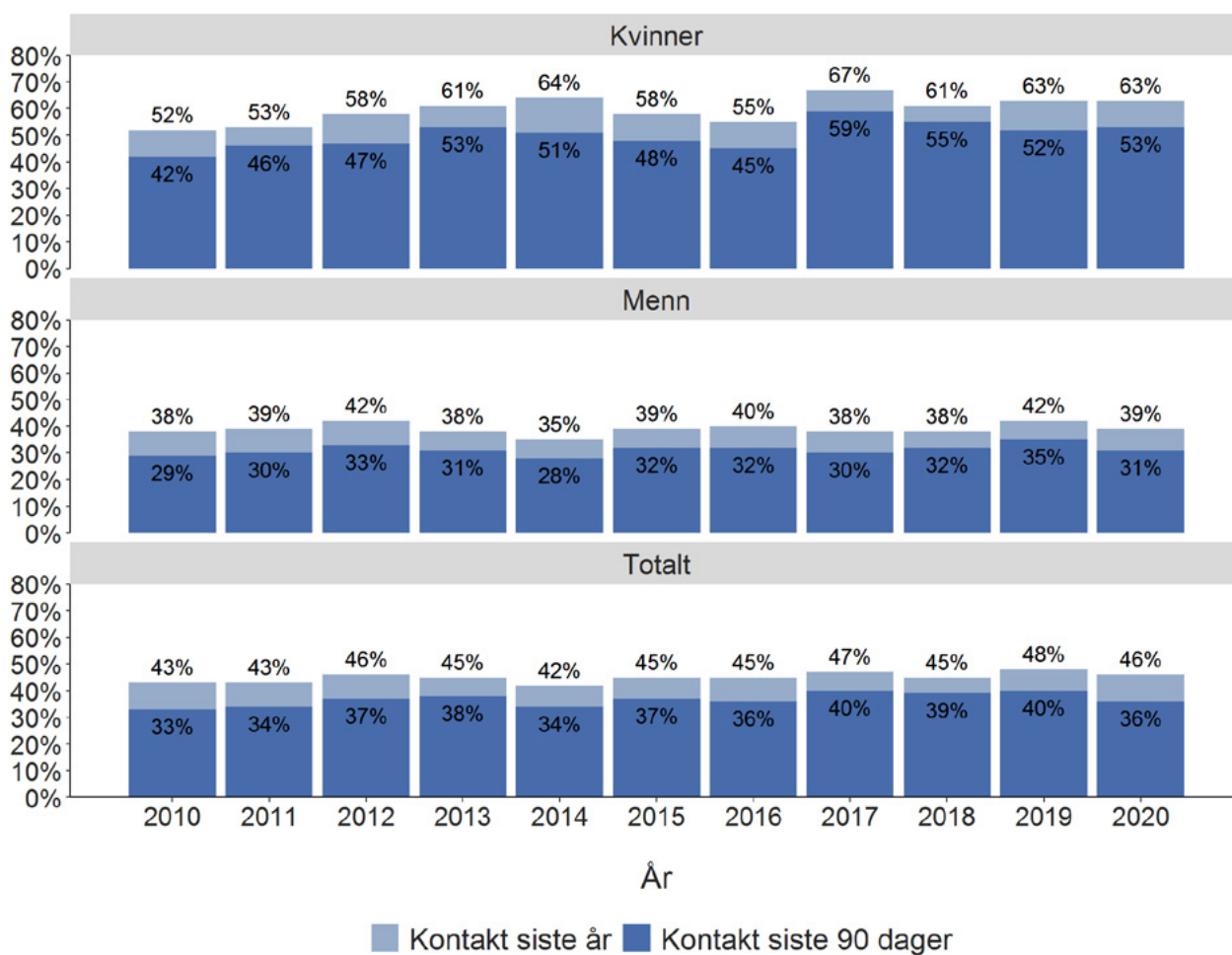
Figur 2.1.1 Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år, 2010–2020 (n=6496)



Figur 2.1.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år, 2010–2020



Figur 2.1.3 Andel i kontakt med tjenestene siste år og siste 3 måneder før selvmord, 2010–2020 (n=2987)



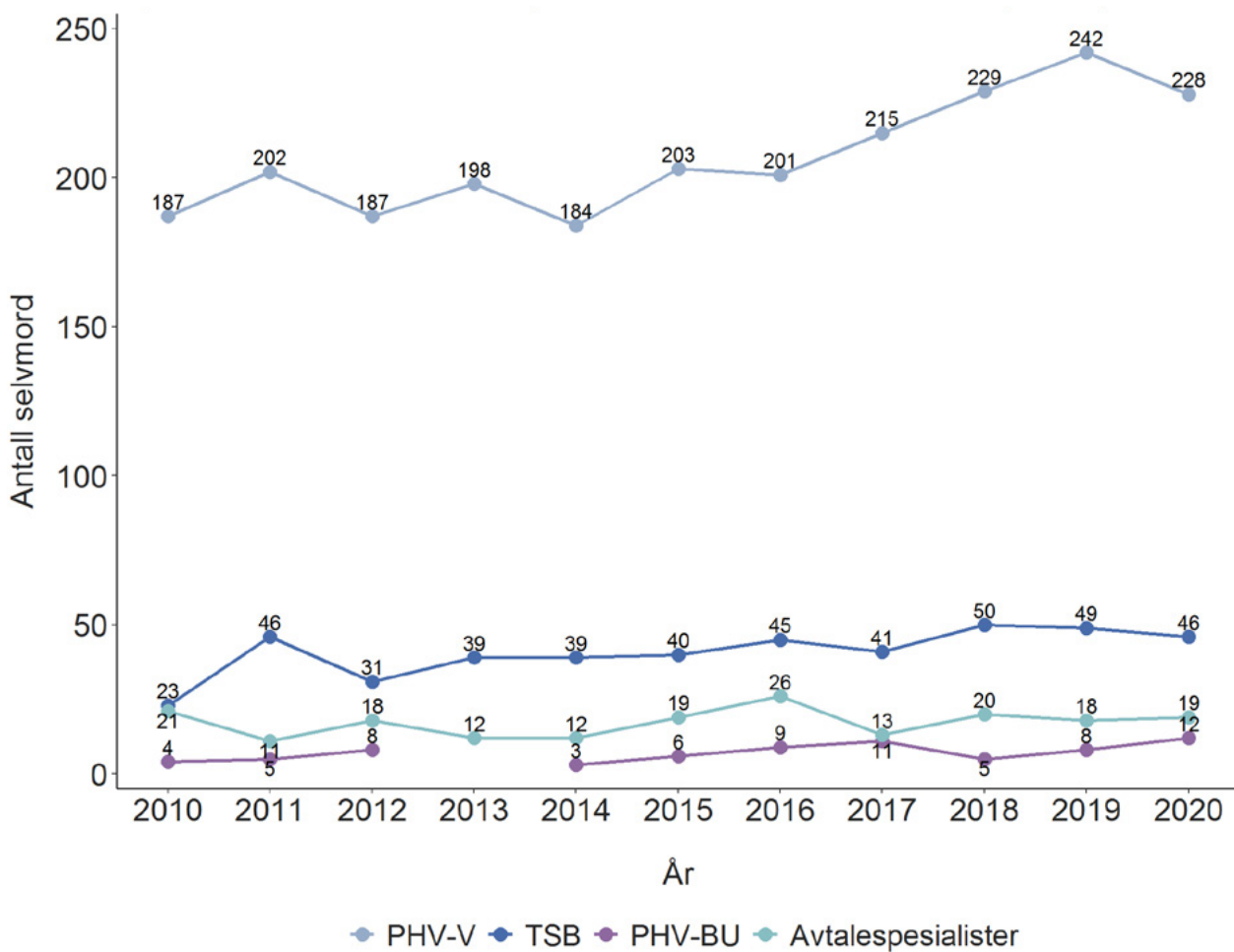
Av alle selvmord i befolkningen var 2987 personer i direkte kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2010–2020, mens 3509 personer ikke hadde vært i kontakt med tjenestene det siste året før selvmord. Totalt var 85 personer på venteliste, mens 49 personer hadde indirekte kontakt med tjenestene siste år før selvmord. Det har vært en jevn økning i antall selvmord blant personer i kontakt med tjenestene i perioden 2010–2020 (Figur 2.1.1). Dette må sees i forhold til antall personer som var i kontakt med tjenestene i denne perioden og vi har derfor beregnet selvmordsraten. Raten var totalt 111,4 per 100 000 pasienter (KI 107,4–115,4), henholdsvis 77,8 per 100 000 (KI 73,3–82,3) for kvinner og 154,4 per 100 000 (KI 147,3–161,5) for menn. Selvmordsraten har holdt seg stabil over perioden (Figur 2.1.2)

Totalt var 45 % i kontakt med en eller flere spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste året før selvmord i perioden 2010–2020, henholdsvis 59,7 % av kvinnene og 38,9 % av mennene. Andelen kvinner i kontakt har økt noe over perioden (Figur 2.1.3). Andelen som var i kontakt med tjenestene de siste 90 dagene var 36,8 %. Andelen som var i kontakt med tjenestene de siste 90 dagene før selvmord var noe høyere i siste del sammenlignet med første del av perioden, igjen særlig blant kvinner.

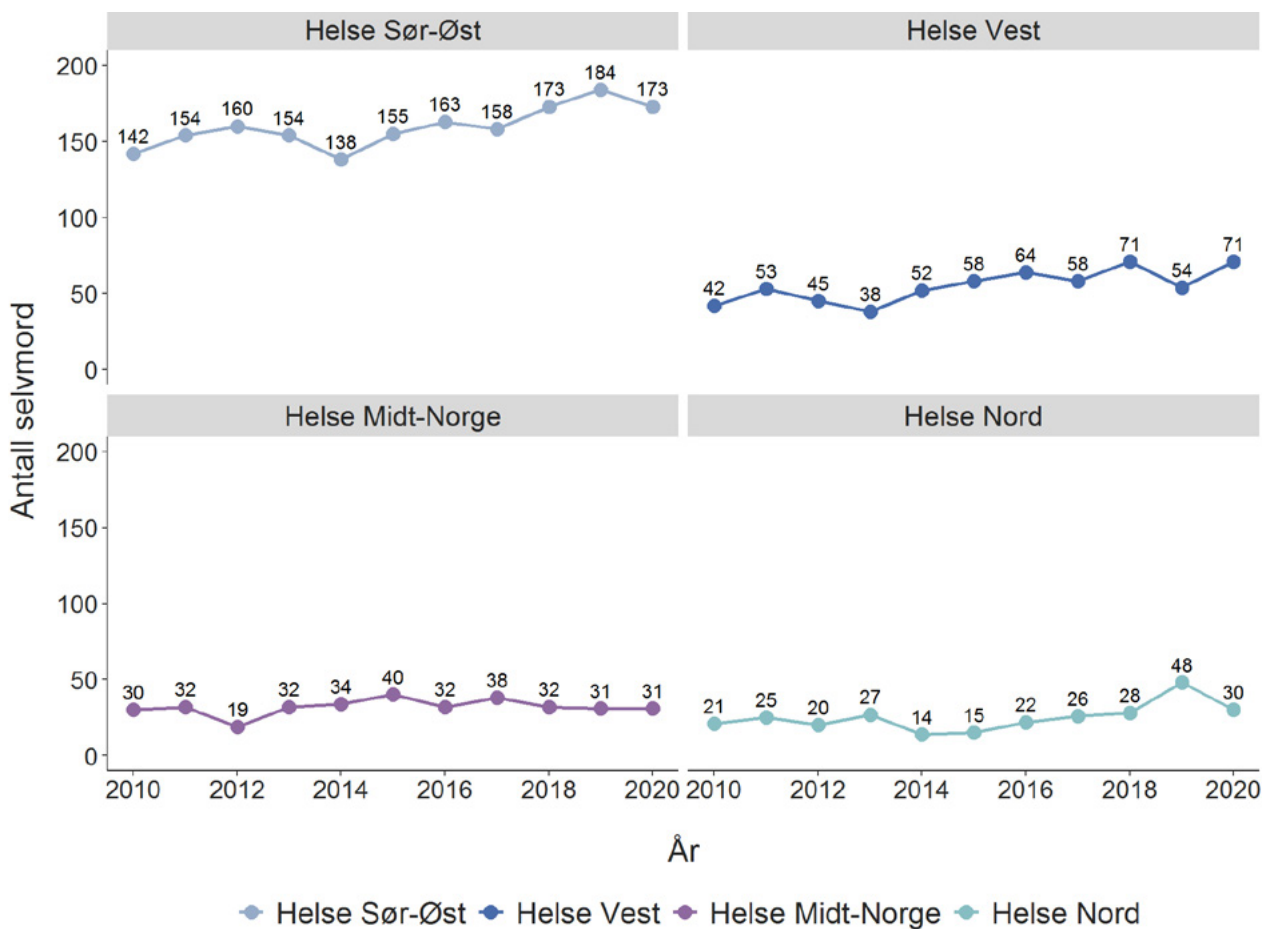
Det er viktig å merke seg at personer som har vært i behandling hos helprivate psykologer/psykiatere eller innenfor kommunehelsetjenesten ikke er inkludert i vårt datamateriale. Dersom disse tjenestene hadde vært inkludert hadde total andel i kontakt vært høyere.

Sektor og helseregion ved siste kontakt

Figur 2.1.4 Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2020 (n=2987)



Figur 2.1.5 Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt, blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2010–2020 (n=2987)



Antall selvmord blant personer med siste kontakt i PHV-V varierer noe fra år til år, men man ser en tendens til økning fra 2017 (Figur 2.1.4). For de andre sektorene er antallet stabilt. Antall selvmord i PHV-BU vises ikke i grafen der antallet selvmord er mindre enn tre.

Totalt hadde 2276 personer siste kontakt i PHV-V, 449 hadde siste kontakt i TSB, 189 hadde siste kontakt med avtalespesialist og 73 hadde siste kontakt i PHV-BU i perioden 2010–2020.

Det er store forskjeller i pasientgrunnlag mellom de regionale helseforetakene Helse

Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Norge (Helsedirektoratet, 2020b). Dette innebærer at alle sammenligninger på tvers av regionale foretak må ses i forhold til foretakets størrelse.

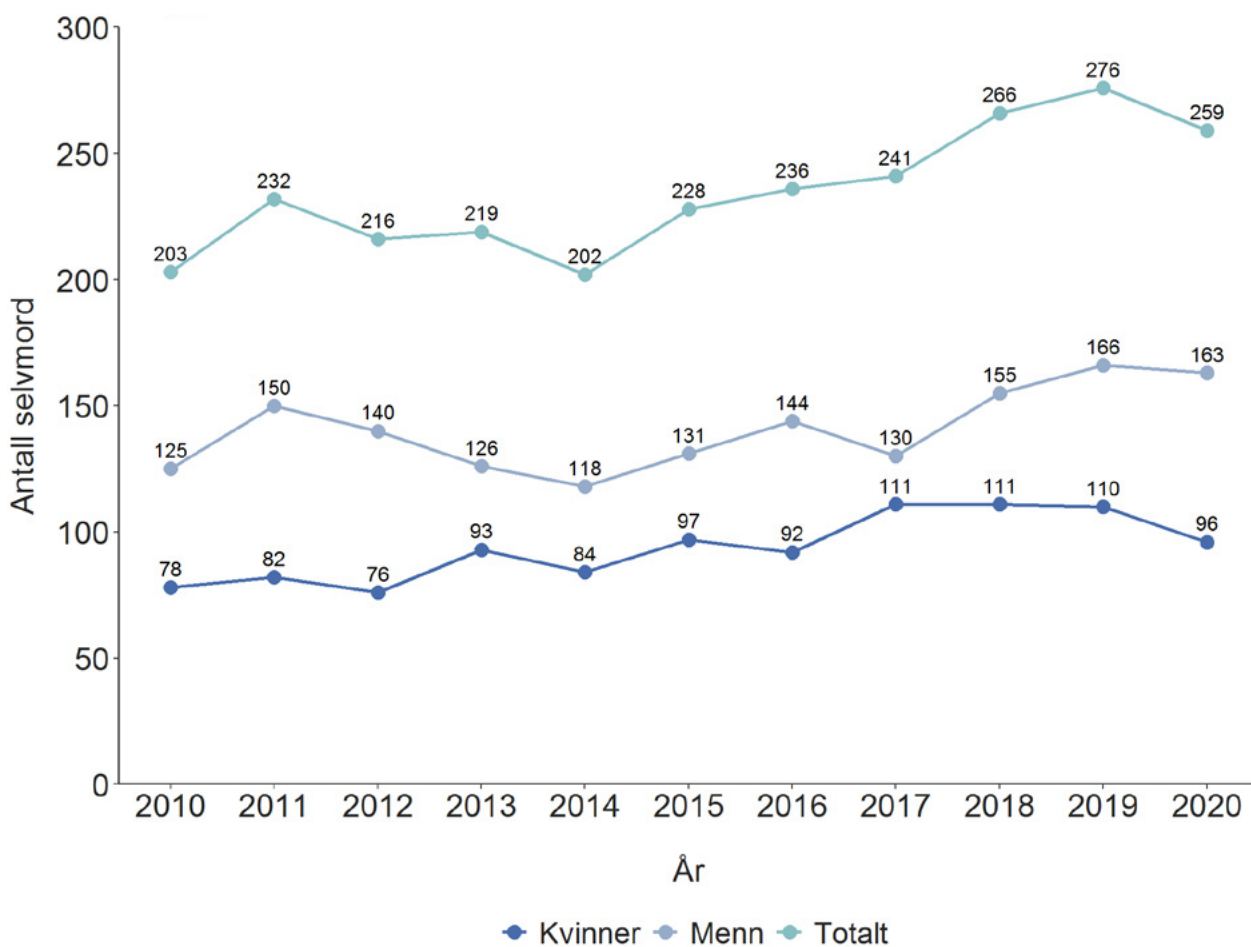
Det har vært en økning i antall selvmord i Helse Sør-Øst og Helse Vest (Figur 2.1.5). Antall selvmord har holdt seg forholdsvis stabilt i Helse Midt-Norge og Helse Nord, med unntak av en økning i 2019. I Helse Midt-Norge og Helse Nord har pasientgrunnlaget holdt seg stabilt, mens det i Helse Sør-Øst og Helse Vest har vært en økning (Helsedirektoratet, 2016a, 2020b).

2.2 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-V siste år

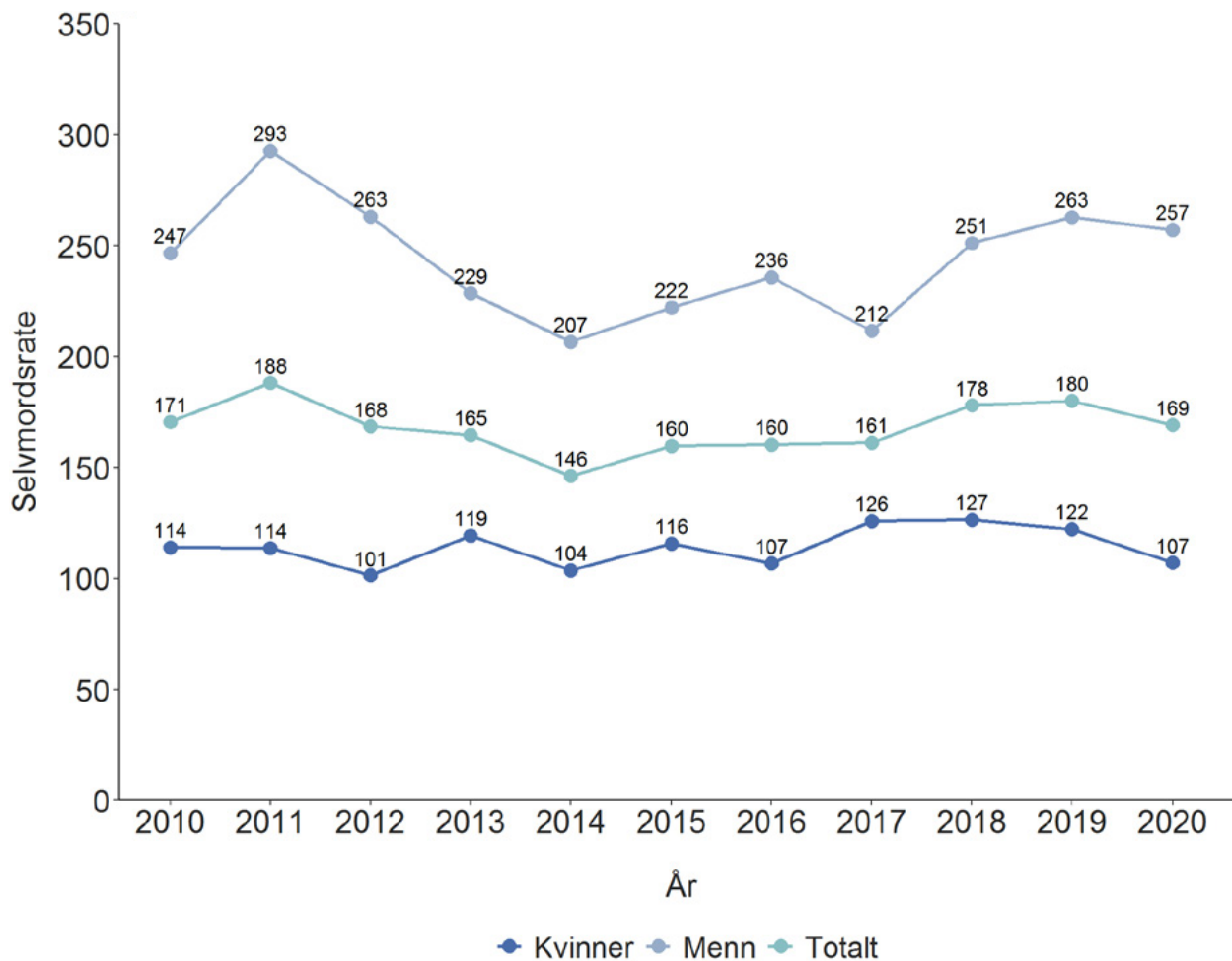
Som vist i figur 2.1.4 er det langt flere selvmord i PHV-V enn i de andre sektorene. I det følgende beskrives data på selvmord blant personer som hadde kontakt med PHV-V det siste året. Vi vil først presentere utvalgte registerdata for dette utvalget for perioden 2010–2020, og deretter utvalgte data fra kartleggings skjemaet for årene 2018–2020.

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

Figur 2.2.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020 (n=2578)



Figur 2.2.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020

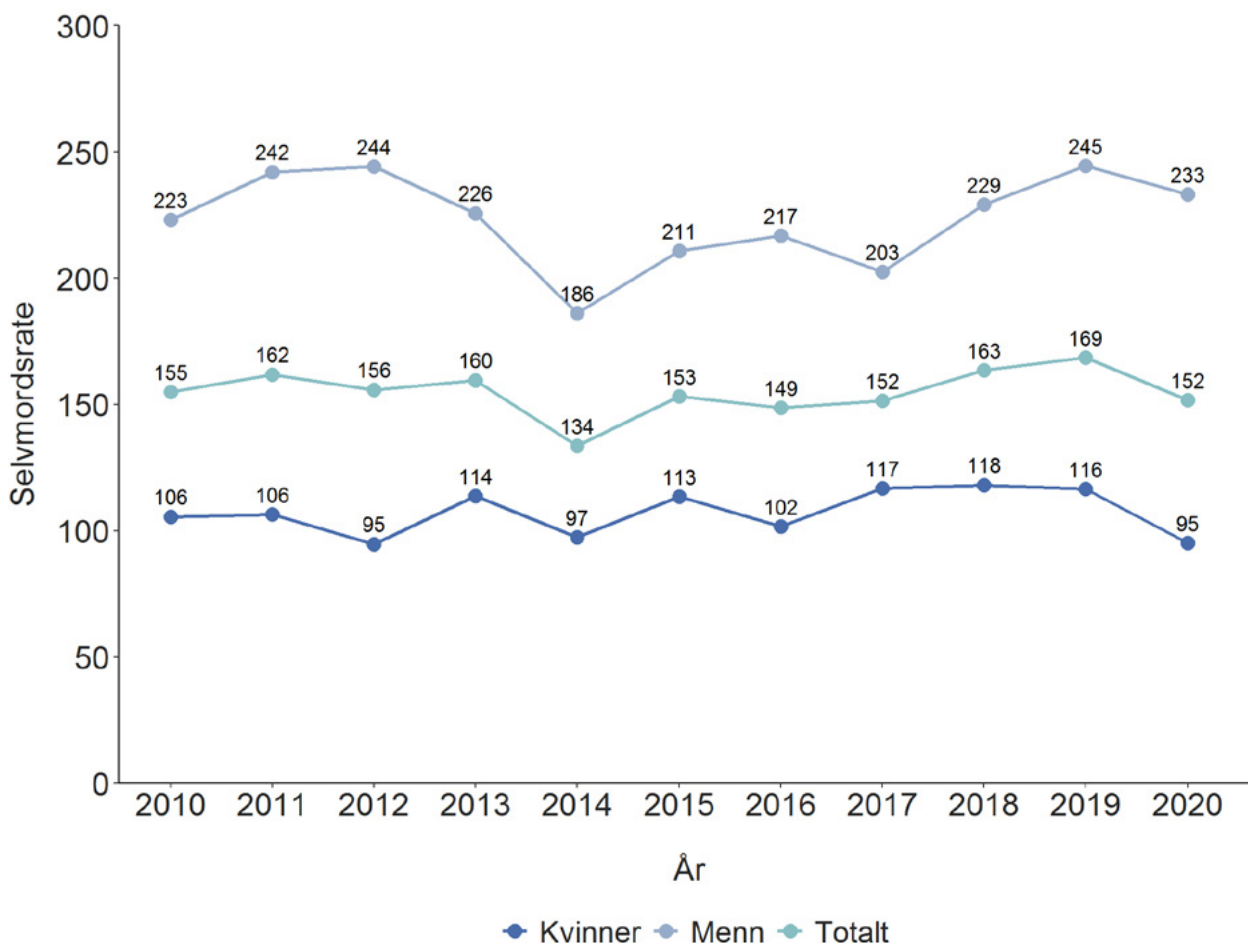


Totalt er det en tendens til økning i antall selvmord i PHV-V fra 2015. Økningen ser ut til å være tydeligst hos menn (Figur 2.2.1). Dette er en utvikling som er viktig å monitorere videre.

I perioden 2010–2020 var total selvmordsrate 167,7 per 100 000 pasienter (95 % KI 161,3–174,2). Det var betydelige kjønnsforskjeller. Kvinner hadde i perioden en rate på 114,5 per 100 000 (95 % KI 107,5–121,4), mens menn hadde en rate på 243,0 per 100 000 (95 % KI 230,9–255,1).

Selvmondsrate fordelt på omsorgsnivå

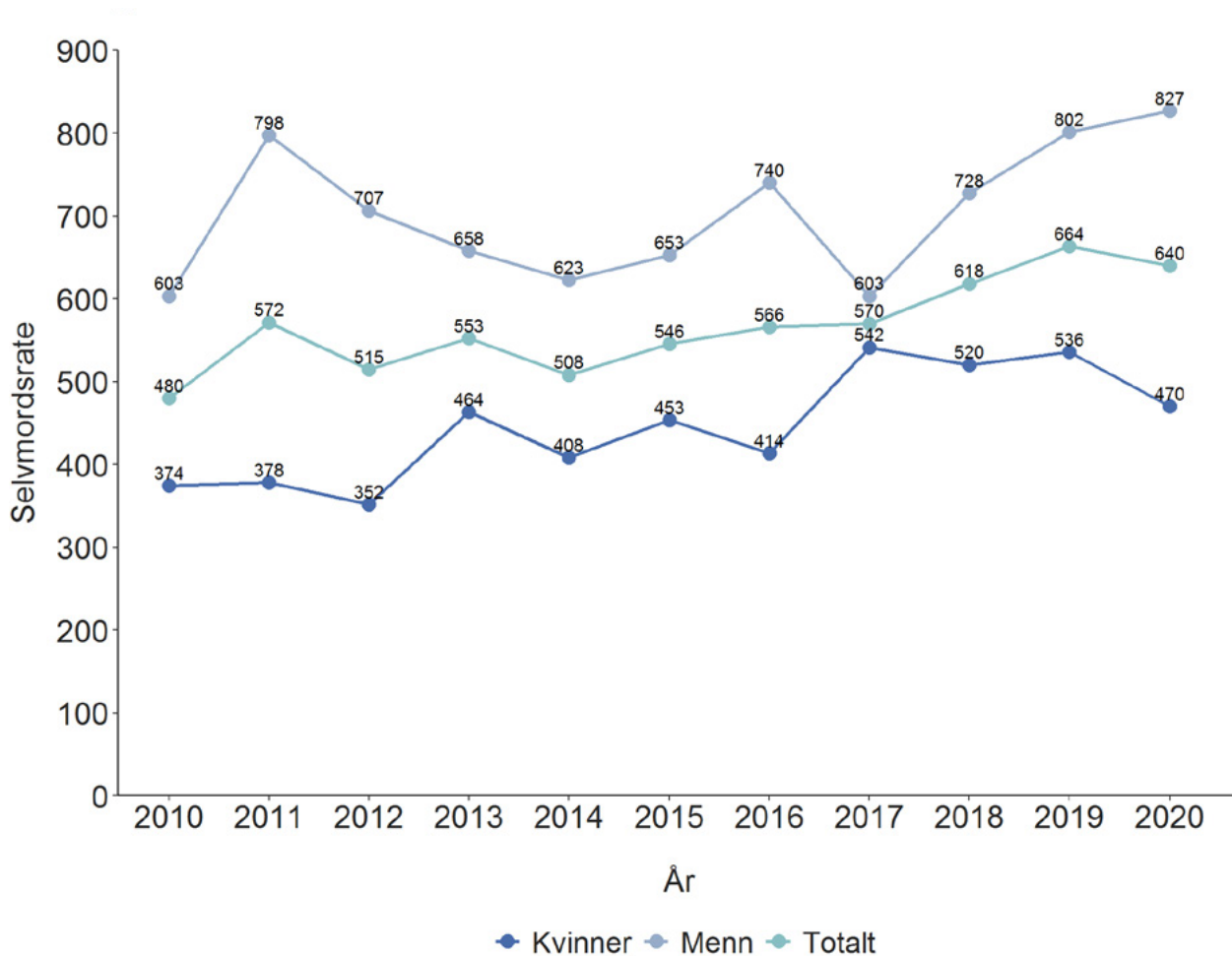
Figur 2.2.3 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk siste år, 2010–2020



Totalt var selvmordsraten blant personer i kontakt med PHV-V poliklinikk siste år 154,8 per 100 000 pasienter (95 % KI 148,5–161,2) i perioden 2010–2020, henholdsvis 107,4 per 100 000 (95 % KI 100,6–114,3) for kvinner og 223,3 per 100 000 (95 % KI 211,4–235,3) for menn.

Selvmondsraten ser ut til å ha holdt seg stabil over perioden 2010–2020, med noen svingninger fra år til år (Figur 2.2.3).

Figur 2.2.4 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år, 2010–2020



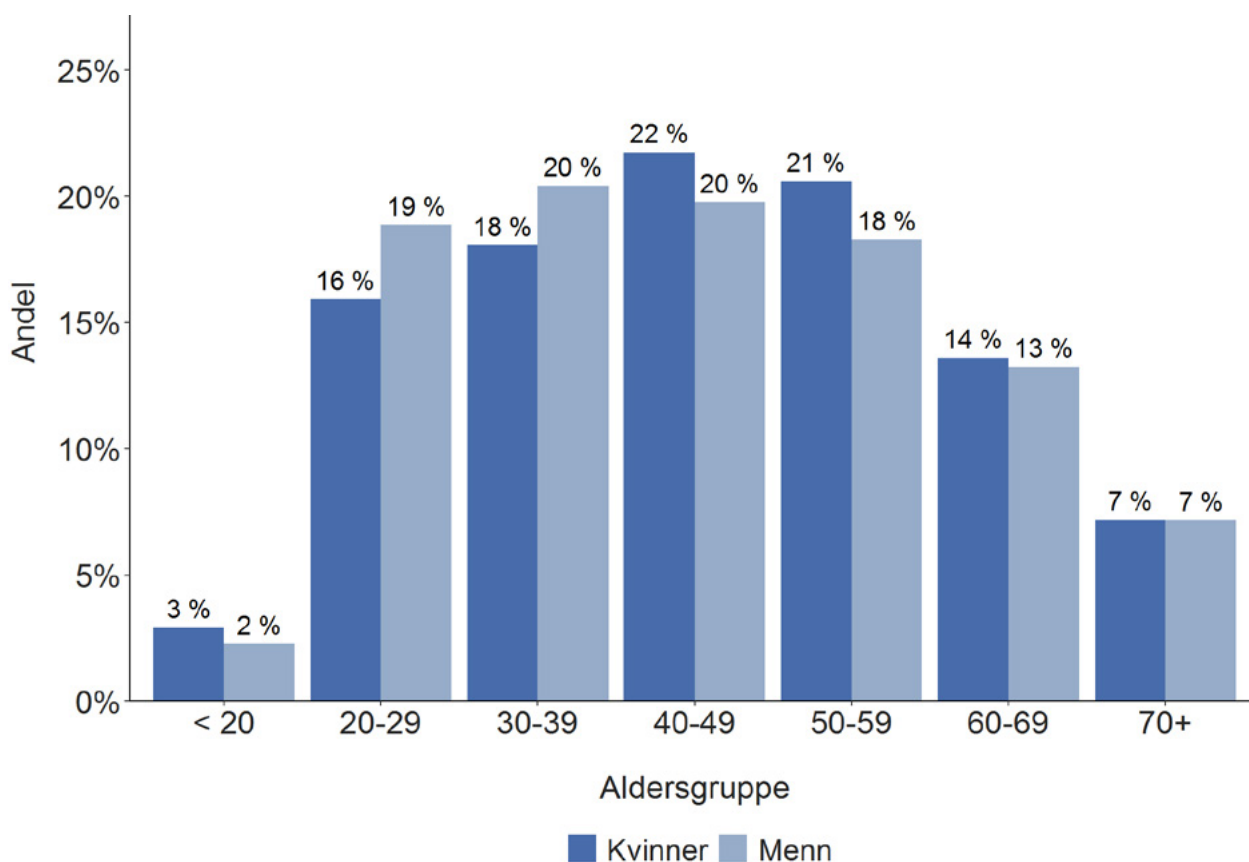
Totalt var selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året 566,0 per 100 000 pasienter (95 % KI 539,4–592,5) i perioden 2010–2020, henholdsvis 445,6 per 100 000 (95 % KI 413,3–477,8) for kvinner og 704,0 per 100 000 (95 % KI 660,7–747,3) for menn. Selvmordsraten blant personer med døgnopphold i PHV-V ser ut til å ha økt noe over perioden 2010–2020, igjen med noen svingninger fra år til år (Figur 2.2.4).

I perioden 2010–2020 var selvmordsraten blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V det siste året 3,7 ganger så høy som blant personer med poliklinisk kontakt i PHV-V det siste året. Raten var 4,1 ganger så høy for kvinner med døgnopphold og 3,2 ganger så høy for menn med døgnopphold. Sammenlignet med i befolkningen var selvmordsraten omtrent 46 ganger høyere (12,4 per 100 000 personer i 2021) (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Pasientgrunnet i PHV-V poliklinikk er betydelig høyere enn antall pasienter med minst ett døgnopphold. I 2020 var antall pasienter i PHV-V poliklinikk 147 944 (87 355 kvinner og 60 589 menn). Antall pasienter har økt i perioden 2010–2020 for begge kjønn. Antall pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V var 26 891 i 2020 (14 094 kvinner og 12 797 menn). Antall kvinner med minst ett døgnopphold i PHV-V har gått noe ned over perioden 2010–2020, mens antall menn har holdt seg forholdsvis stabilt, med noen svingninger fra år til år. Selv om antall pasienter har økt i PHV-V poliklinikk, har selvmordsraten holdt seg stabil over perioden 2010–2020. Selvmordsraten blant pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V har økt, på tross av at antall pasienter har holdt seg stabilt, til dels gått noe ned i perioden. Vi kan ikke vite årsaken til dette, men det kan ha med endringer i pasientutvalget.

Kjønns- og aldersfordeling

Figur 2.2.5 Kjønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2587)



Figur 2.2.5 viser fordelingen av selvmord fordelt på alder blant personer i kontakt med PHV-V siste år. Det er en utflating blant de yngste og de eldste. Det var ingen store kjønnsforskjeller, men det var en noe høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppen 20–29 år og 30–39 år, og en noe høyere andel menn enn kvinner i aldersgruppen 40–49 år og 50–59 år

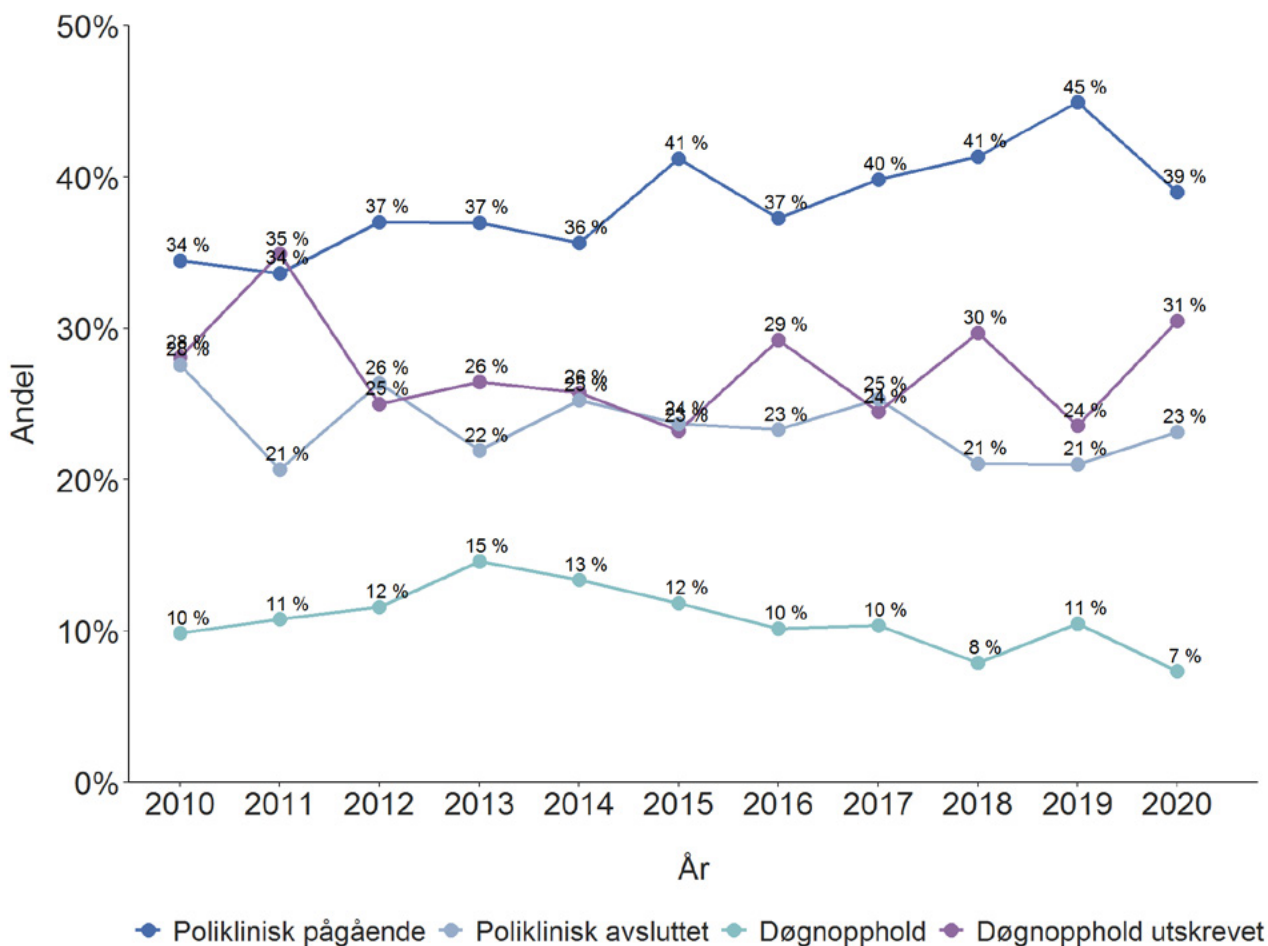
Gjennomsnittsalderen blant personer som døde i selvmord etter kontakt med PHV-V siste år, i

perioden 2010–2020, var 45,1 år, henholdsvis 45,7 år for kvinner og 44,7 år for menn. Gjennomsnittsalderen har holdt seg forholdsvis stabil i perioden 2010–2020.

Funnene viser 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 svært få under 20 år i dette utvalget.

Behandlingsstatus ved siste kontakt

Figur 2.2.6 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2587)



I perioden 2010–2020 hadde totalt 994 (38,6 %) pågående poliklinisk kontakt og 604 (23,4 %) avsluttet poliklinisk kontakt som behandlingsstatus ved siste kontakt. I denne perioden døde 274 personer (10,6 %) under døgnopphold og 706 (27,4 %) hadde utskrivelse fra døgnopphold som siste kontakt. Det var ingen tydelige endringer i løpet av hele perioden, men det var en del svingninger fra år til år (Figur 2.2.6).

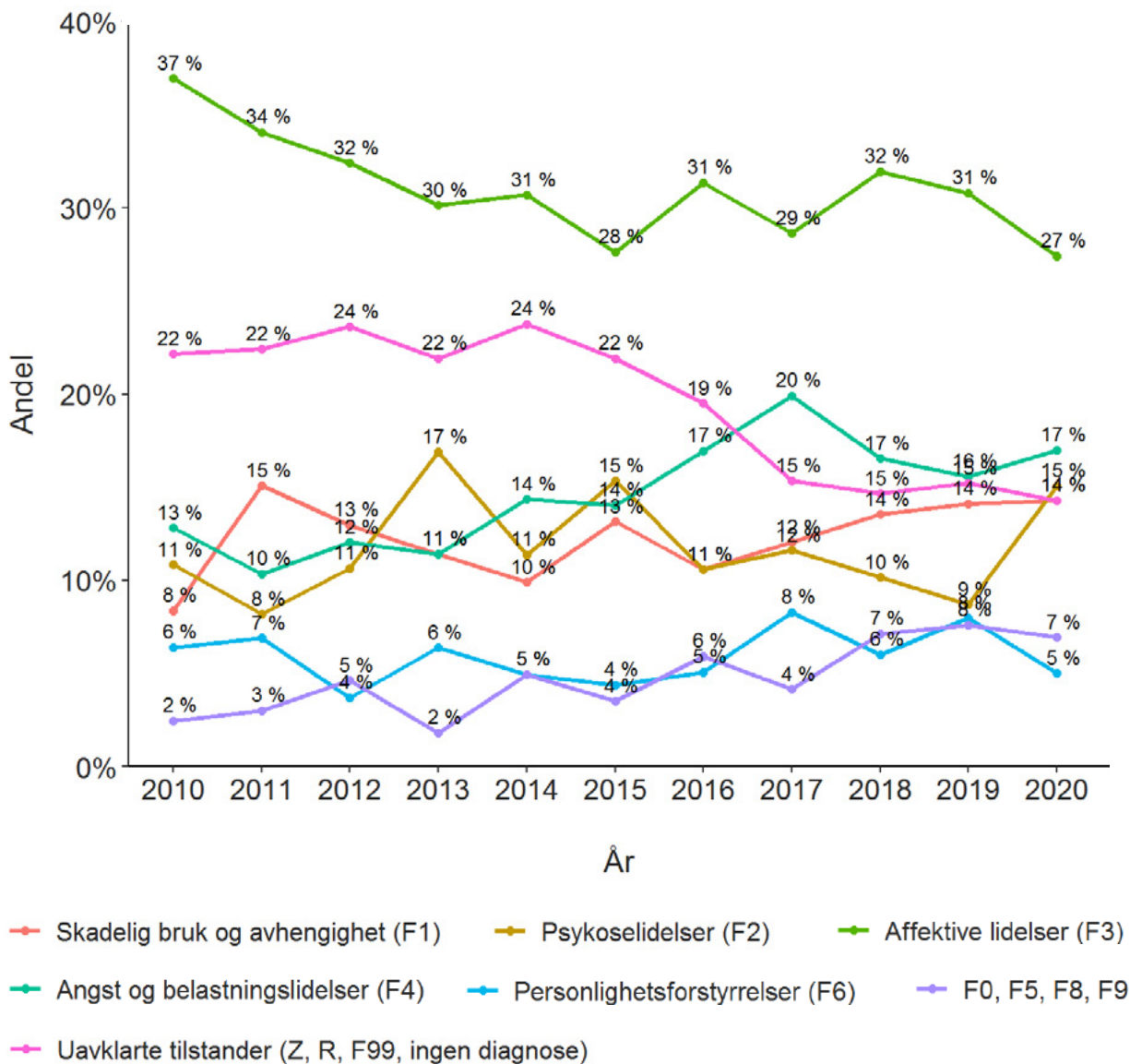
Totalt hadde 2276 personer (88,3 %) siste kontakt i PHV-V. Blant personer som døde under døgnopphold var 97,8 % under døgnopphold i PHV-V og blant personene med utskrivelse

fra døgnopphold som siste kontakt var 94,1 % utskrevet fra døgnopphold i PHV-V. Blant personer med pågående poliklinisk kontakt hadde 80,5 % siste kontakt i PHV-V og 89,9 % 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 14 for personer utskrevet fra døgnopphold, 8 dager for pågående poliklinisk kontakt og 109 dager for avsluttet poliklinisk kontakt. Det ser ikke ut til å være noen tydelige endringer i perioden, men noen svingninger fra år til år.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.2.7 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2587)



Det var en tendens til nedgang i andel personer diagnostisert med affektive lidelser og uavklarte tilstander i perioden 2010–2020 (Figur 2.2.7). Andelen med angst og belastningslidelser har derimot økt betydelig fra 2010 til 2017 før den har gått noe ned igjen.

Det er en positiv og ønsket utvikling at andelen med uavklarte tilstander går ned. Totalt var 48 %

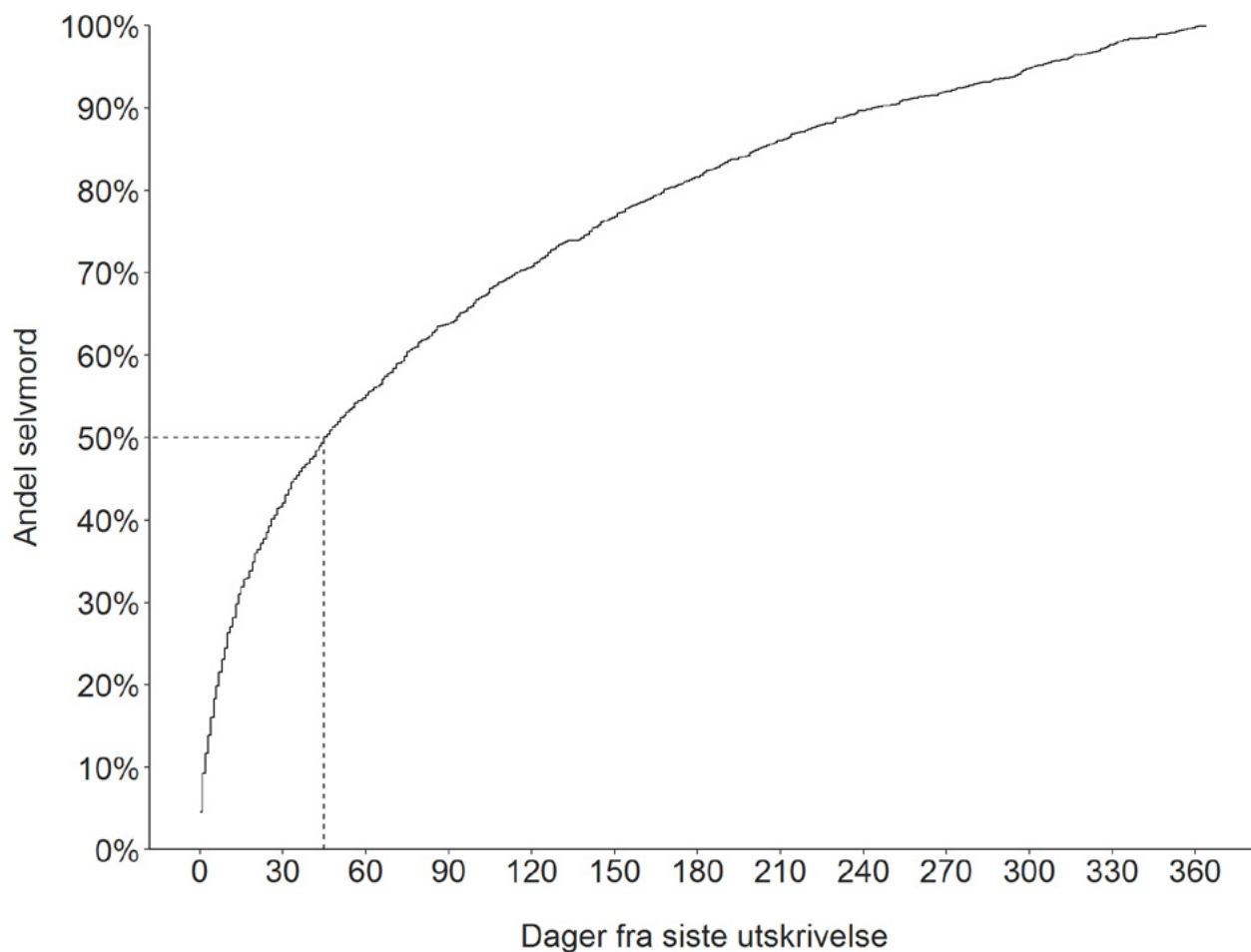
av de uavklarte diagnosene Z-diagnoser, 26 % var R-diagnoser, 19 % var ikke registrert med noen diagnose og 7 % hadde en uspesifisert psykisk lidelse. I 2017 var det en brå endring fra bruk av Z-diagnoser til R-diagnoser. Dette henger sammen med at innsattsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 2017 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 med minst ett døgnopphold i PHV-V i løpet av det siste året før selvmord, i perioden 2010–2020. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter

siste døgnopphold. Personer som døde under døgnopphold er ikke inkludert i analysene, og blir beskrevet i del 3 av rapporten.

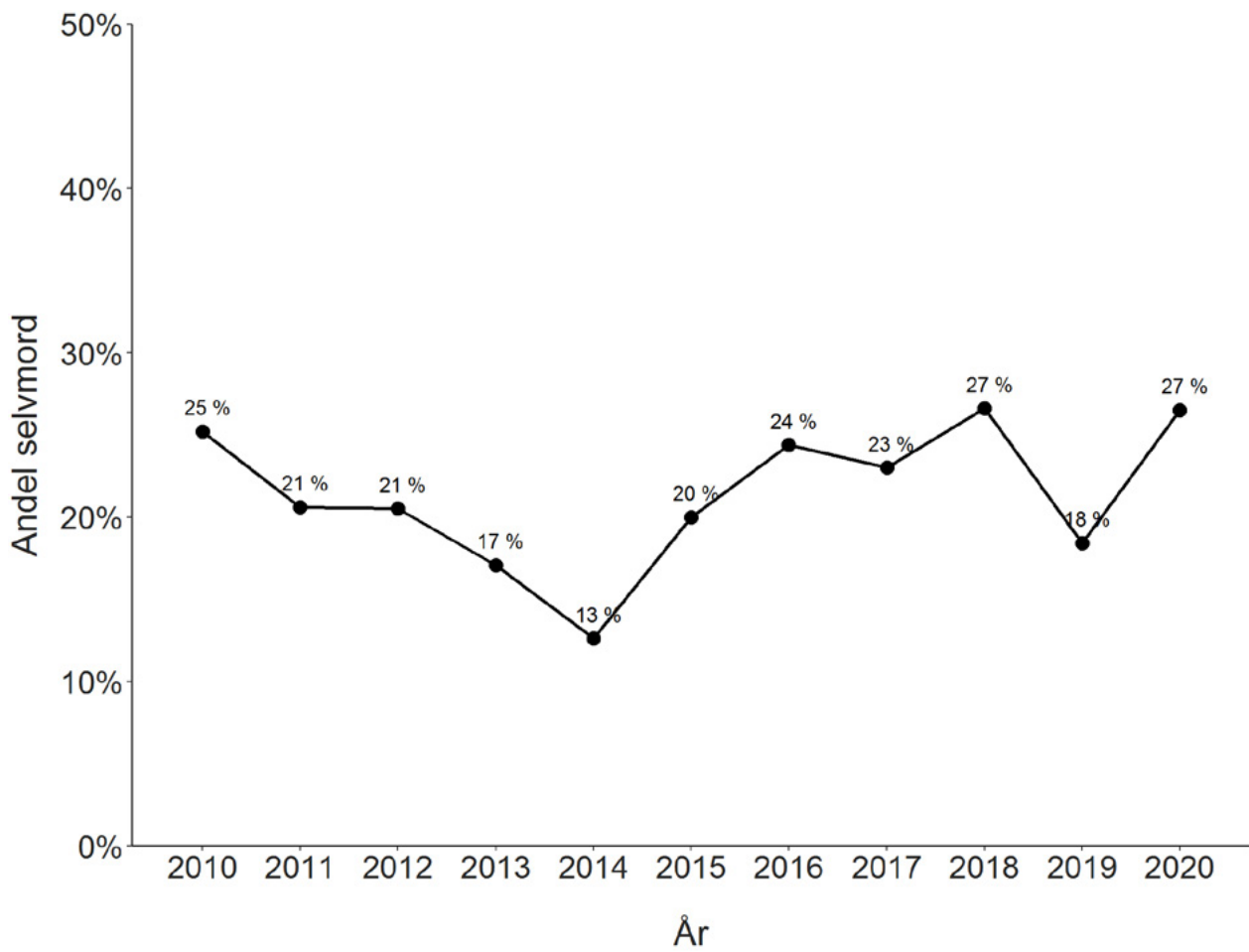
Figur 2.2.8 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år, 2010–2020 (n=1394)



Figur 2.2.8 viser at flest personer dør i løpet av den første tiden etter utskrivelse fra døgnopphold. Kurven jevner seg gradvis ut ved økende antall dager. 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.

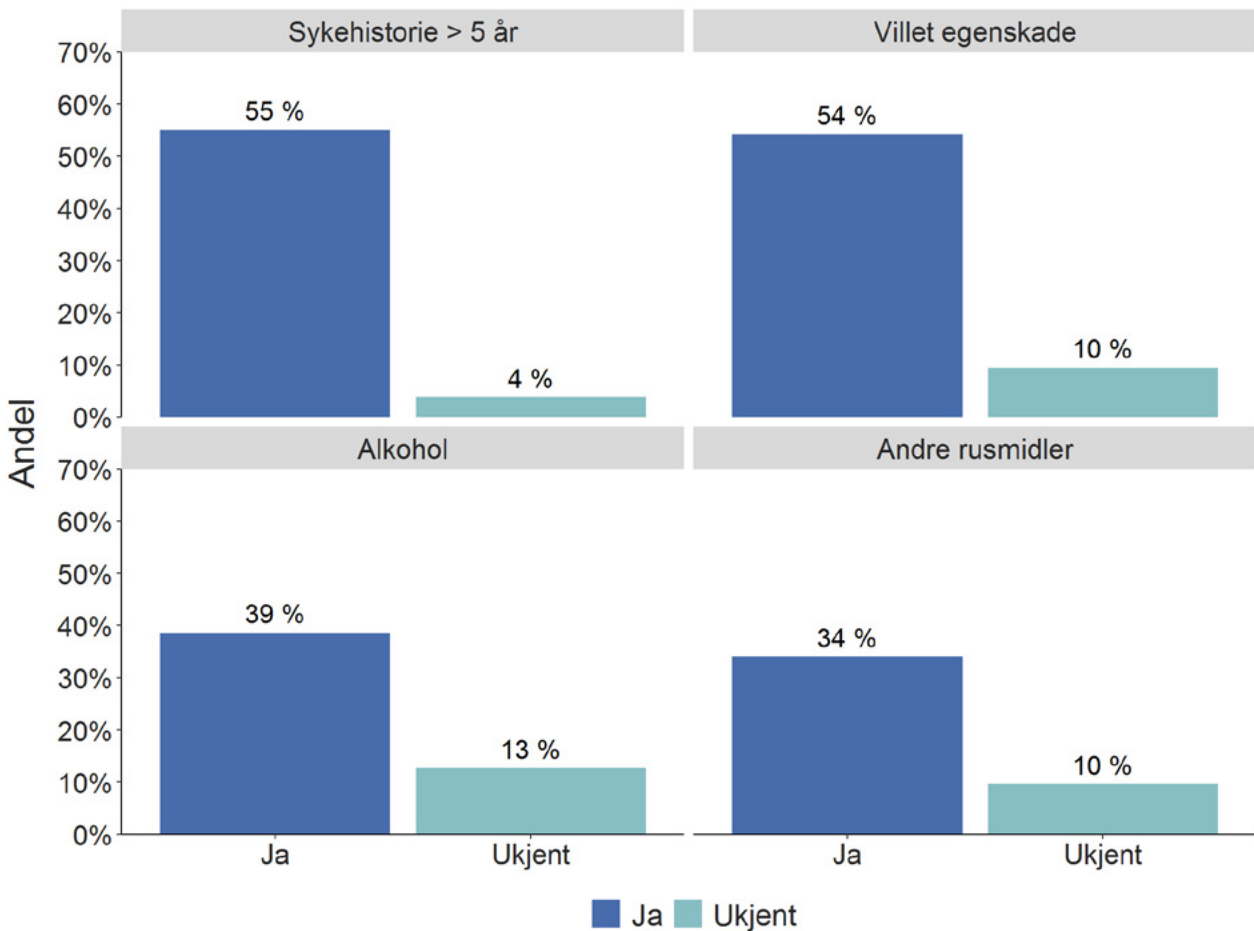
Figur 2.2.9 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnoophold i PHV-V, blant personer med minst ett døgnoophold i PHV-V det siste året før selvmord, 2010–2020, (n=1394)



I perioden 2010–2020 døde 21,5 % innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnoophold i PHV-V. Figur 2.2.9 viser at kurven svinger noe fra år til år.

Sykehistorie og livsbelastninger

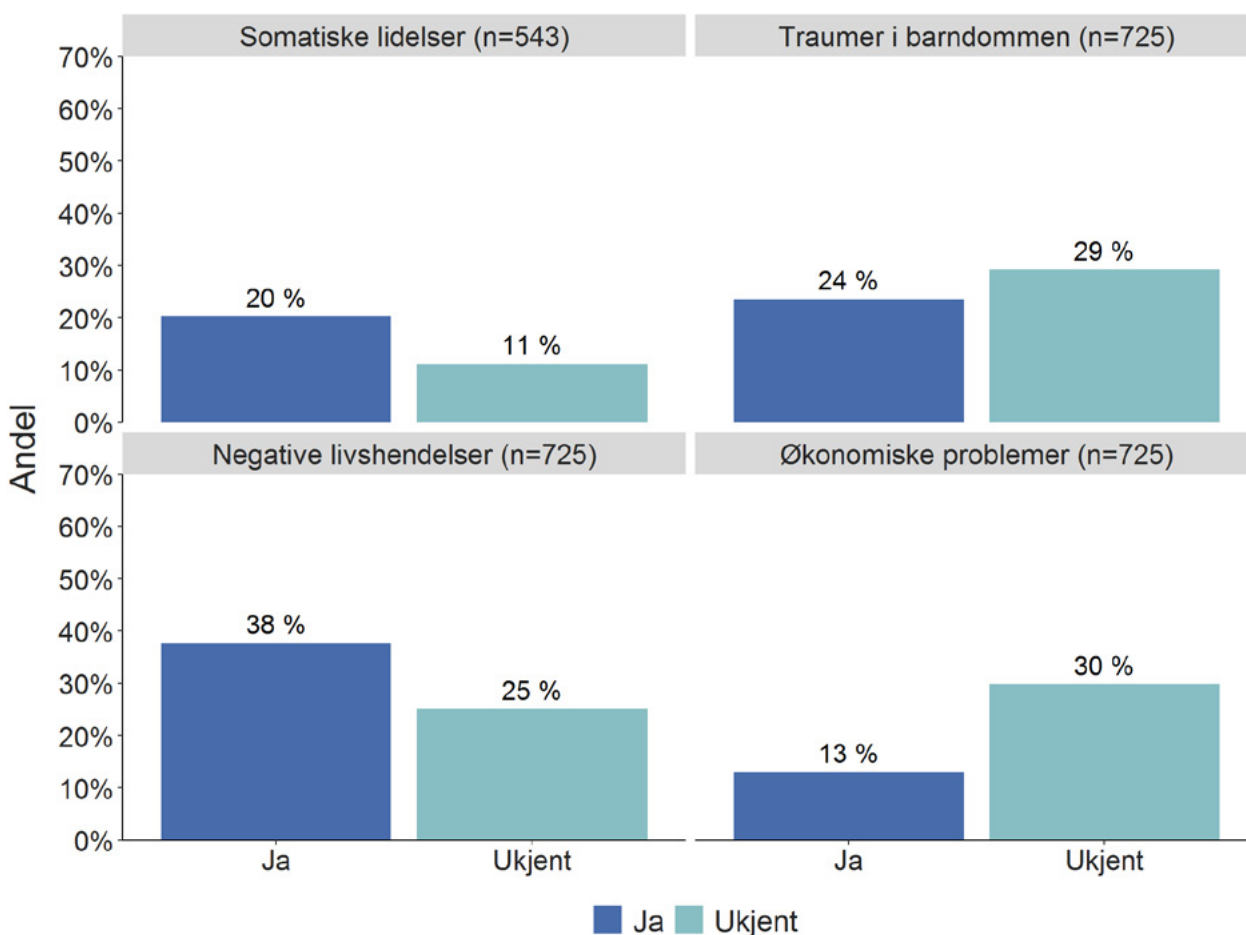
Figur 2.2.10 Sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)



Andelen med en psykiatrisk sykehistorie med varighet over 5 år var 55 % (Figur 2.2.10). Svært få hadde en sykehistorie på under en måned eller hadde ingen psykisk lidelse. Andelen som hadde en kjent episode med villet egenskade var 54 %. Problematisk alkoholbruk var kjent

hos 39 % og 34 % hadde et kjent problem med bruk av andre rusmidler. Totalt hadde 52 % et kjent problem med bruk av rusmidler, enten i form av alkohol eller andre rusmidler eller en kombinasjon av disse.

Figur 2.2.11 Livsbelastninger blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020



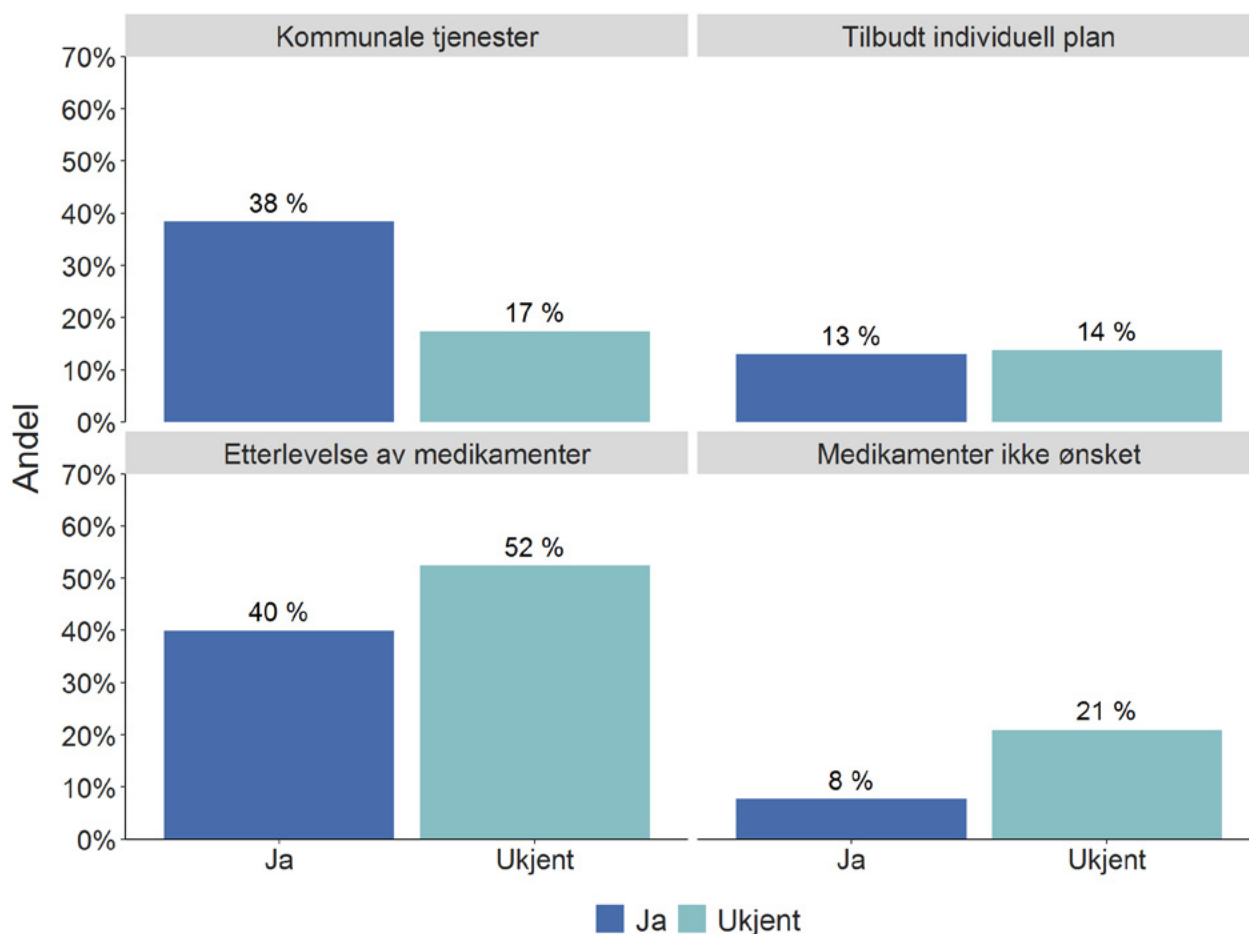
En femtedel hadde en somatisk lidelse og 24 % hadde opplevd traumer i barndommen (Figur 2.2.11). Traumer i barndommen omfatter både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk. Andelen som hadde opplevd negative livshendelser i løpet av de siste tre månedene før selvmordet var 38 %. Kjente økonomiske problemer de siste tre månedene var lavere og lå på 13 %. Andelen ukjent var svært høy for

alle disse tre variablene, noe som sannsynligvis medfører en underestimert andel med både traumer i barndommen, negative livshendelser og økonomiske problemer i tiden før dødsfallet.

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

Medikamenter og øvrige tiltak

Figur 2.2.12 Medikamenter og øvrige tiltak, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)

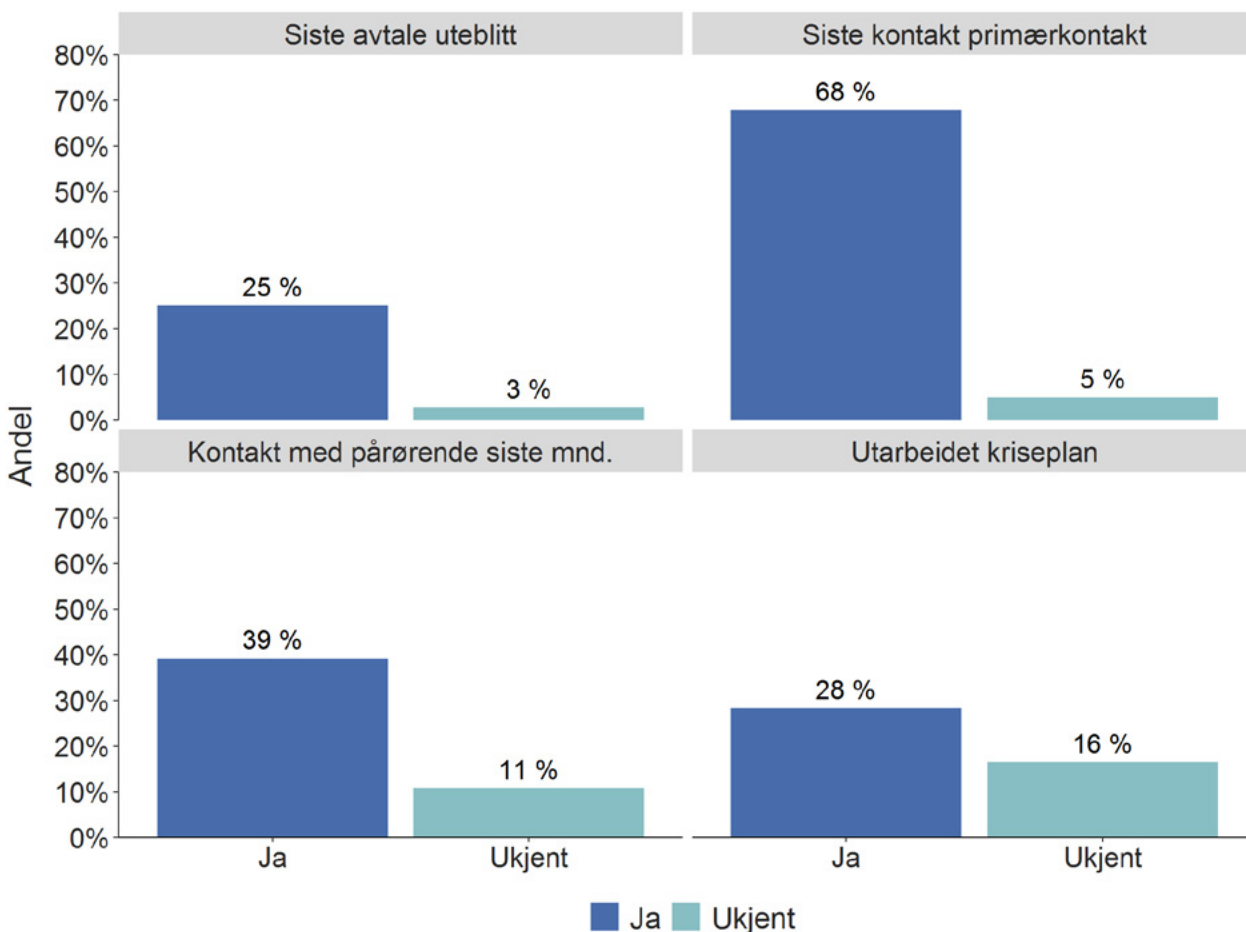


Det var 38 % av personene som mottok kommunale tjenester (dette er utenom fastlege og statlige ytelser fra NAV) (Figur 2.2.12). Andelen som hadde fått tilbud om individuell plan lå på 13 % (hvorav 6 % hadde takket ja til tilbudet og 7 % hadde fått tilbudet men ikke ønsket en slik plan). Individuell plan er lovfestet (Lovdata, 2022) og alle pasienter som mottar langvarige og koordinerte tjenester har rett til en slik plan og dette skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2023c). Dersom ikke pasienten ønsker en slik plan er imidlertid ikke behandlere pliktig til å utarbeide dette. Det har over mange år vært mye fokus på implementering av individuell plan i PHV-V. Det at kun 6 % av personene som døde i selvmord under eller etter kontakt med

PHV-V hadde en slik plan i en eller annen form viser at slike planer kan ha en begrenset nytte som selvmordsforebyggende tiltak i denne gruppen. Trolig vil det være mer effektivt å prioritere arbeidet med sikkerhetsplaner, som vi kommer nærmere inn på i neste avsnitt og i implikasjonene.

Majoriteten (87 %) hadde fått foreskrevet medikamenter og i 40 % av tilfellene ble det rapportert at medikamentene ble tatt som foreskrevet den siste måneden før dødsfallet. I 52 % av tilfellene var det ikke kjent om medikamenter ble tatt som foreskrevet. Det var kun 8 % som ikke ønsket å motta de foreskrevne medikamentene.

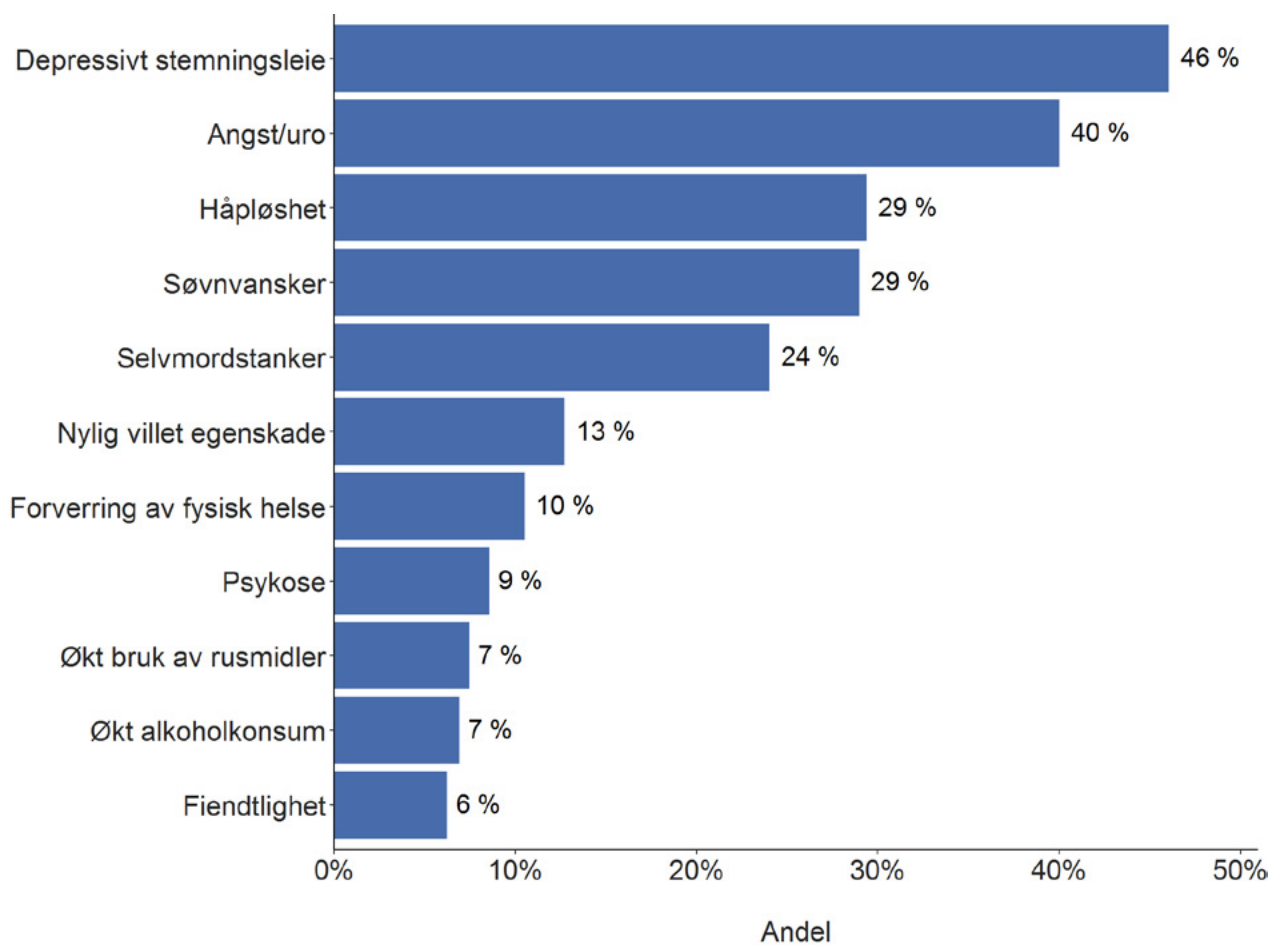
Figur 2.2.13 Siste kontakt blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)



En fjerdedel hadde uteblitt fra siste avtale, og majoriteten (68 %) hadde siste kontakt med primærkontakt (Figur 2.2.13). Det var 9 % som ikke hadde en primærkontakt. I 39 % av tilfellene hadde spesialisthelsetjenesten kontakt med pårørende i løpet av den siste måneden før dødsfallet. Andelen som hadde fått utarbeidet en kriseplan lå på 28 %. Et tilsvarende funn ble gjort i årsrapporten for 2018 og det var ingen endring i dette over de tre årene. Siden tidsperioden

er forholdsvis kort er det ikke å forvente og observere endringer i andel med kriseplan. Økt bruk av kriseplaner vil etter alt å dømme bli blant anbefalingene i de reviderte nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i tjenestene, i disse omtalt som «sikkerhetsplan». Det vil derfor bli interessant og ønskelig å se om fremtidige data kan vise en økning i bruk av krise- eller sikkerhetsplan etter implementering av de reviderte retningslinjene.

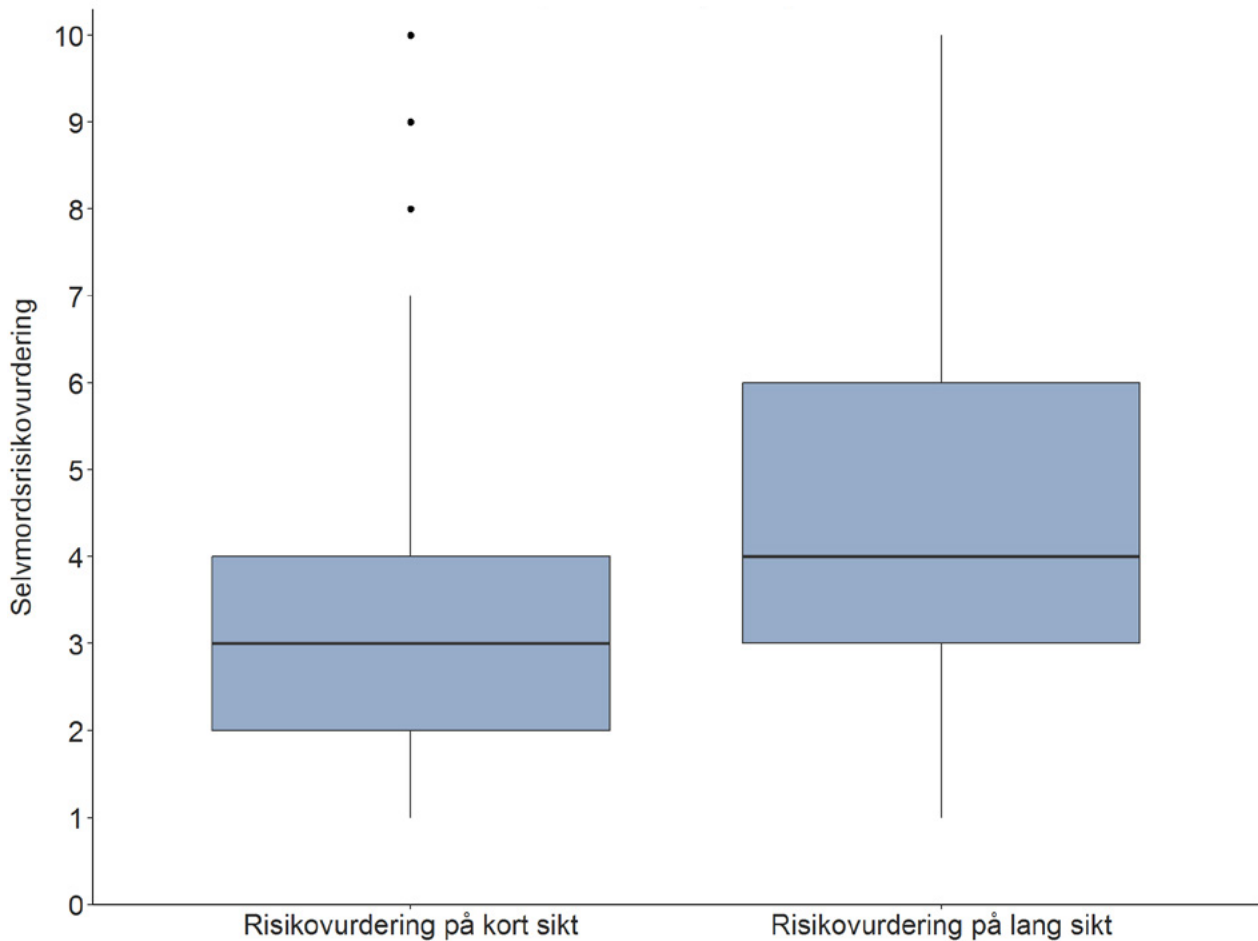
Figur 2.2.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)



Symptomer ved siste kontakt er ikke basert på diagnoser, men på behandlers vurdering og observasjon av tegn til symptomer ved siste kontakt i de aktuelle sektorene. Depressivt stemningsleie var det vanligste observerte symptomet ved siste kontakt (46 %), etterfulgt

av angst/uro (40 %) (Figur 2.2.14). Det er også verdt å merke seg at mindre enn én av fire hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt. Siden personer kan ha flere ulike symptomer ved siste kontakt vil den totale andelen overstige 100 %.

Figur 2.2.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=543)



Risiko for selvmord ble vurdert på en Likert-skala fra 1–10. Ved siste kontakt ble selvmordsrisiko på kort sikt vurdert som lav med en median på 3.

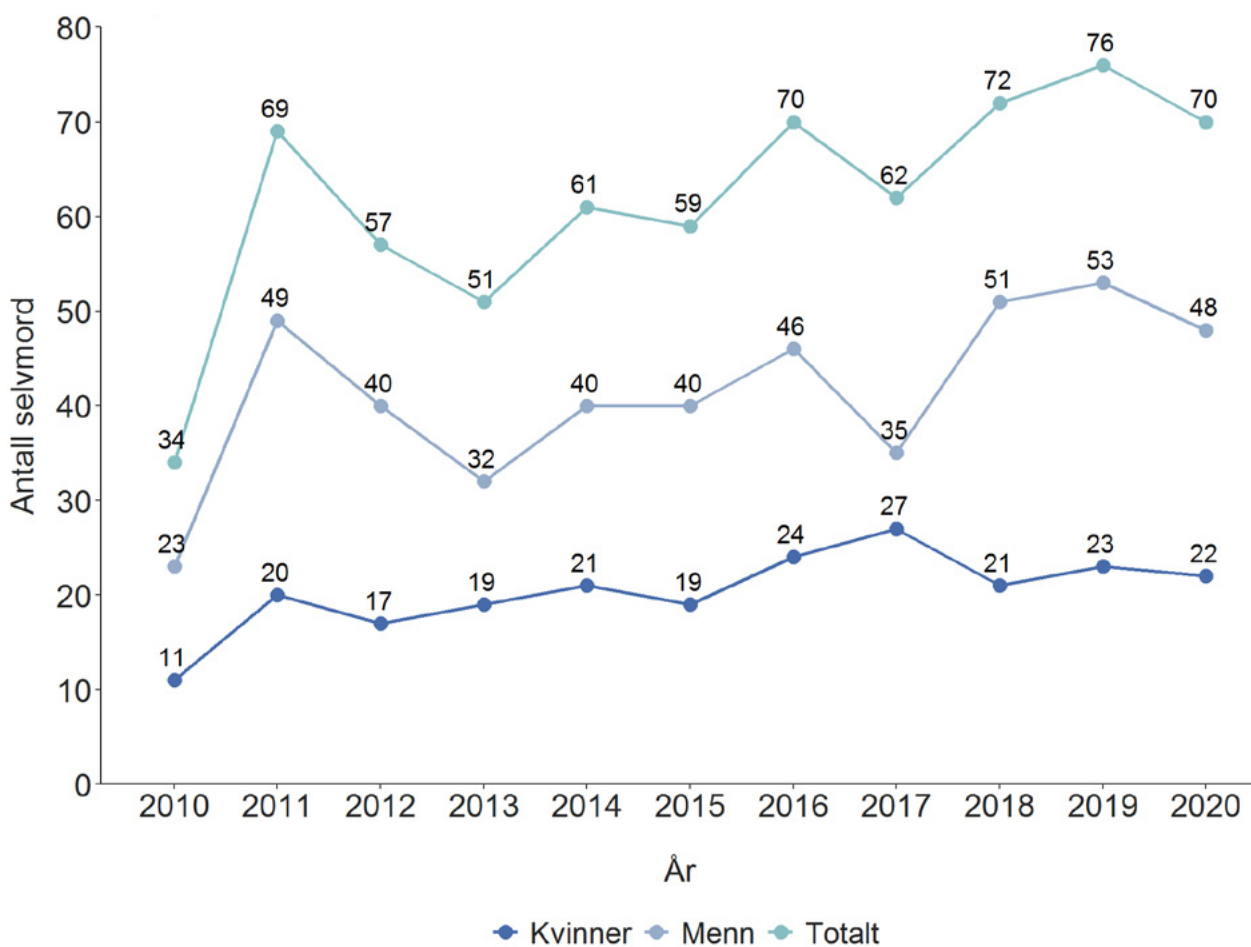
På lang sikt var medianen 4 (Figur 2.2.15). På grunn av revisjon av variabelen er det 543 personer (75 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

2.3 Selvmord blant personer i kontakt med TSB siste år

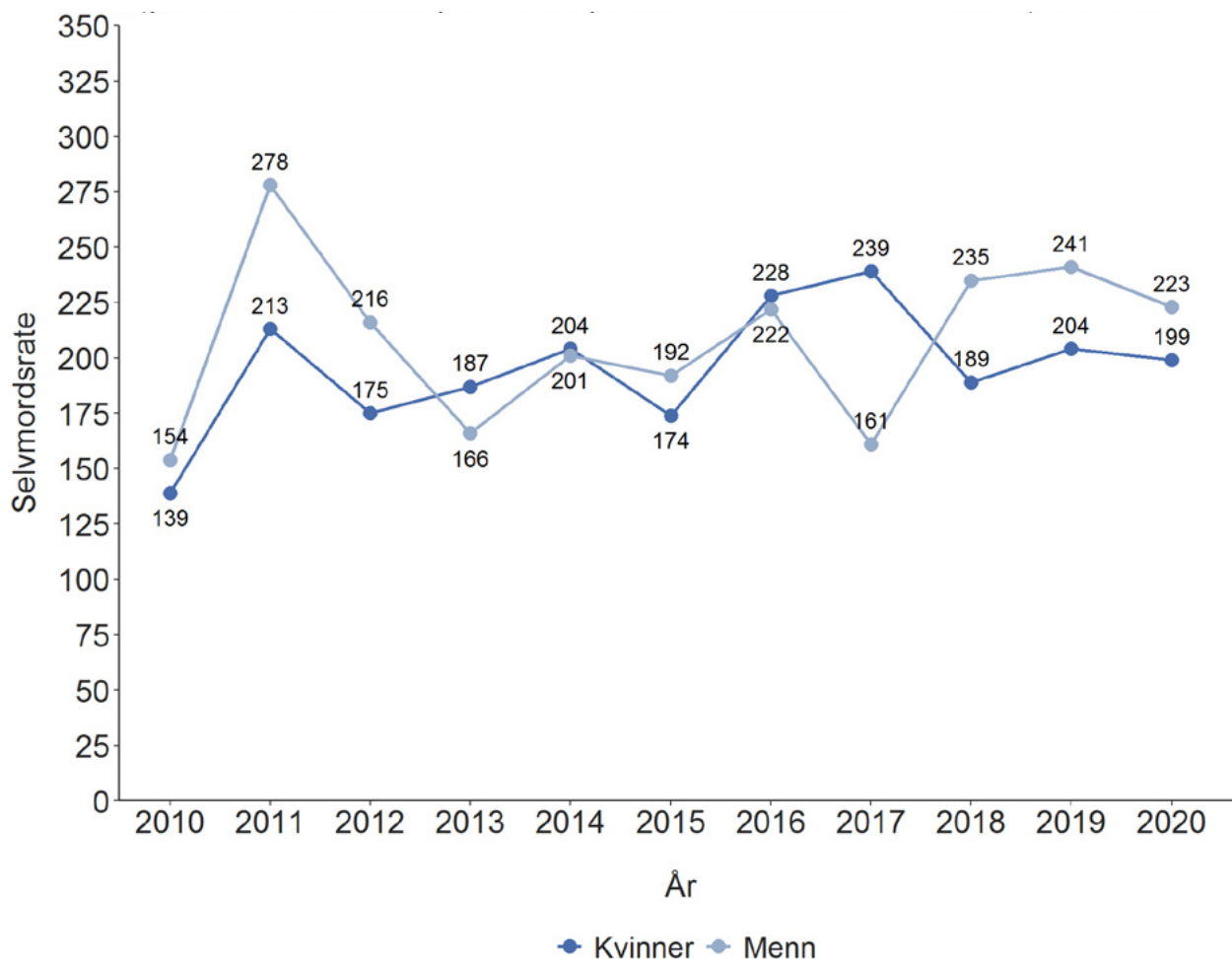
Del 2.3 av resultatene omhandler personer som hadde kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) det siste året før selvmord. Først presenteres utvalgte registerdata for perioden 2010–2018, deretter utvalgte data fra kartleggingskjemaet for årene 2018–2020.

Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med TSB siste år

Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB siste år, 2010–2020 (n=681)



Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB siste år, 2010–2020



Antall selvmord blant personer i kontakt med TSB det siste året før selvmord ser ut til å ha økt noe over perioden 2010–2020, men på grunn av et begrenset antall og store svingninger fra år til år er det vanskelig å se en tydelig trend (Figur 2.3.1).

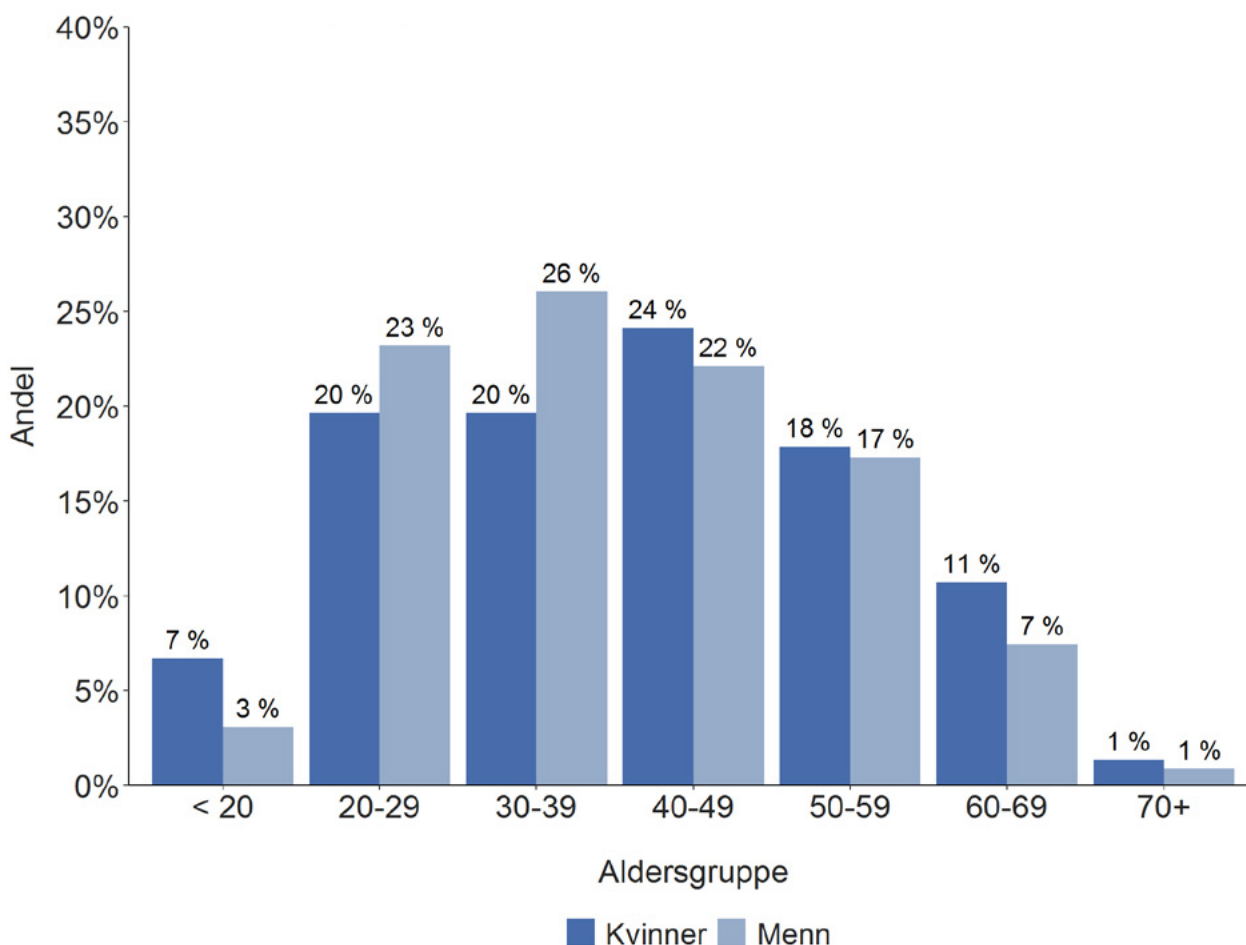
I perioden 2010–2020 var total selvmordsrate 204,9 per 100 000 pasienter (95 % KI 189,6–220,3), henholdsvis 197,1 per 100 000 (95 % KI 171,4–222,9) for kvinner og 209,0 per 100 000

(95 % KI 189,8–228,1) for menn. I motsetning til selvmordsraten i PHV-V der raten er betydelig høyere for menn, er raten tilnærmet lik for begge kjønn i TSB (Figur 2.3.2).

For utfyllende informasjon om denne gruppen og pasientgrunnlag i TSB over perioden viser vi til rapporten *Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017* (Walby et al., 2020).

Kjønns- og aldersfordeling

Figur 2.3.3 Kjønns- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2010–2020 (n=681)

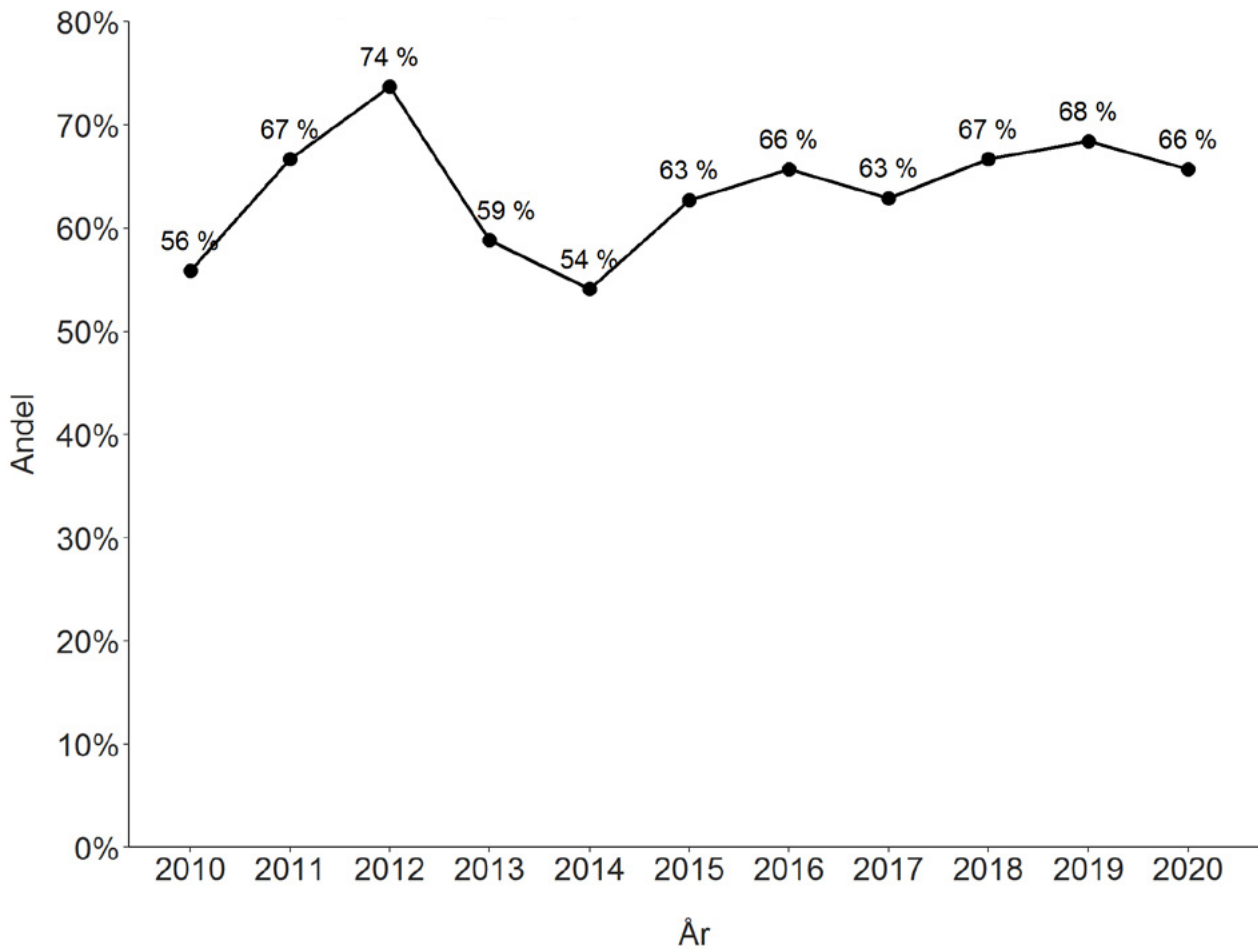


Figur 2.3.3 viser en jevn fordeling av selvmord fordelt på alder blant personer i kontakt med TSB siste år. Det var en utflating blant de yngste og blant de over 60 år. Sammenlignet med personer i kontakt med PHV-V siste år, var det i denne gruppen en forskyvning mot lavere aldersgrupper.

Det var en noe høyere andel menn enn kvinner i aldersgruppen 20–29 år og 30–39 år, samtidig som andelen kvinner var høyere i aldersgruppen under 20 år. Gjennomsnittsalderen i perioden 2010–2020 var 40,2 år, henholdsvis 40,8 år for kvinner og 39,9 år for menn. Gjennomsnittsalderen har holdt seg forholdsvis stabil i perioden 2010–2020.

Andel i kontakt med PHV-V siste år

Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V siste år, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2010–2020 (n=681)

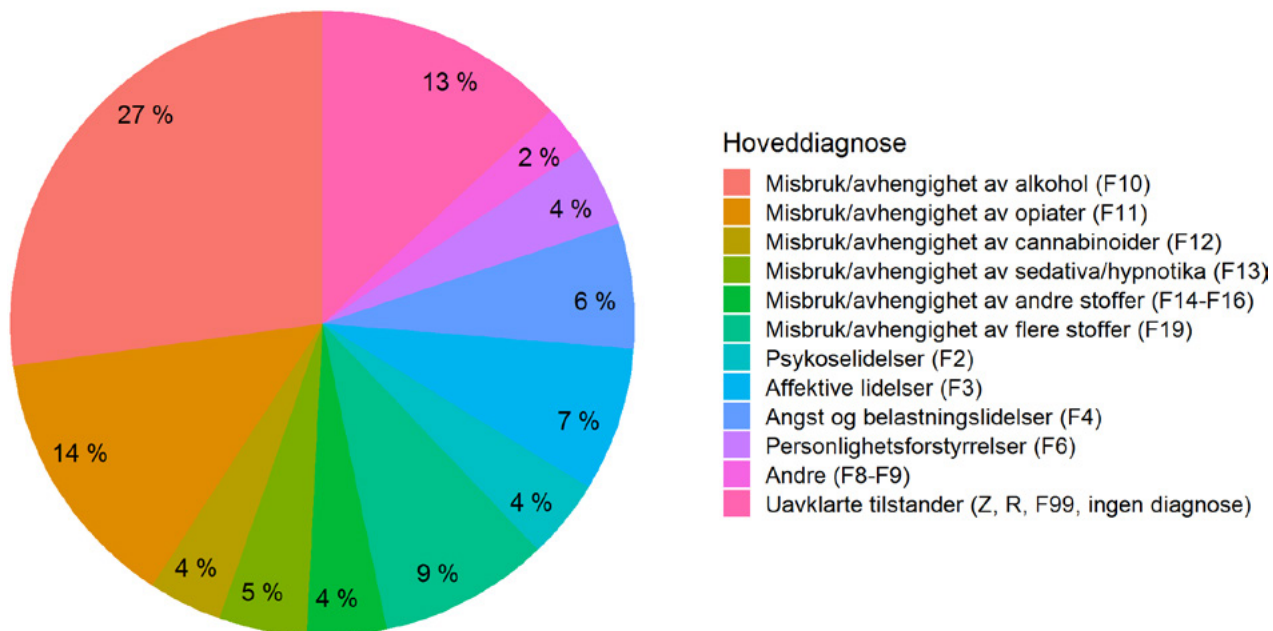


Andelen som var i kontakt med en eller flere tjenester i PHV-V det siste året før selvmord, i tillegg til TSB, varierer noe fra år til år (54 %–74 %), men har holdt seg forholdsvis

stabilt de siste 6 årene (Figur 2.3.4). Totalt over perioden 2010–2020 var 64,3 % i kontakt med PHV-V i tillegg til TSB i løpet av det siste år før selvmord.

Hoveddiagnoser ved siste kontakt

Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB siste året før selvmord, 2010–2020 (n=681)



Majoriteten (62 %) var diagnostisert med skadelig bruk og avhengighet (F10-F19) ved siste kontakt. I figur 2.3.5 viser vi andelen som hadde de ulike underdiagnoser innenfor denne diagnosegruppen. I tillegg viser vi andel diagnostisert med de ulike kategoriene av hoveddiagnoser (F2-F9) ved siste kontakt i de aktuelle sektorene.

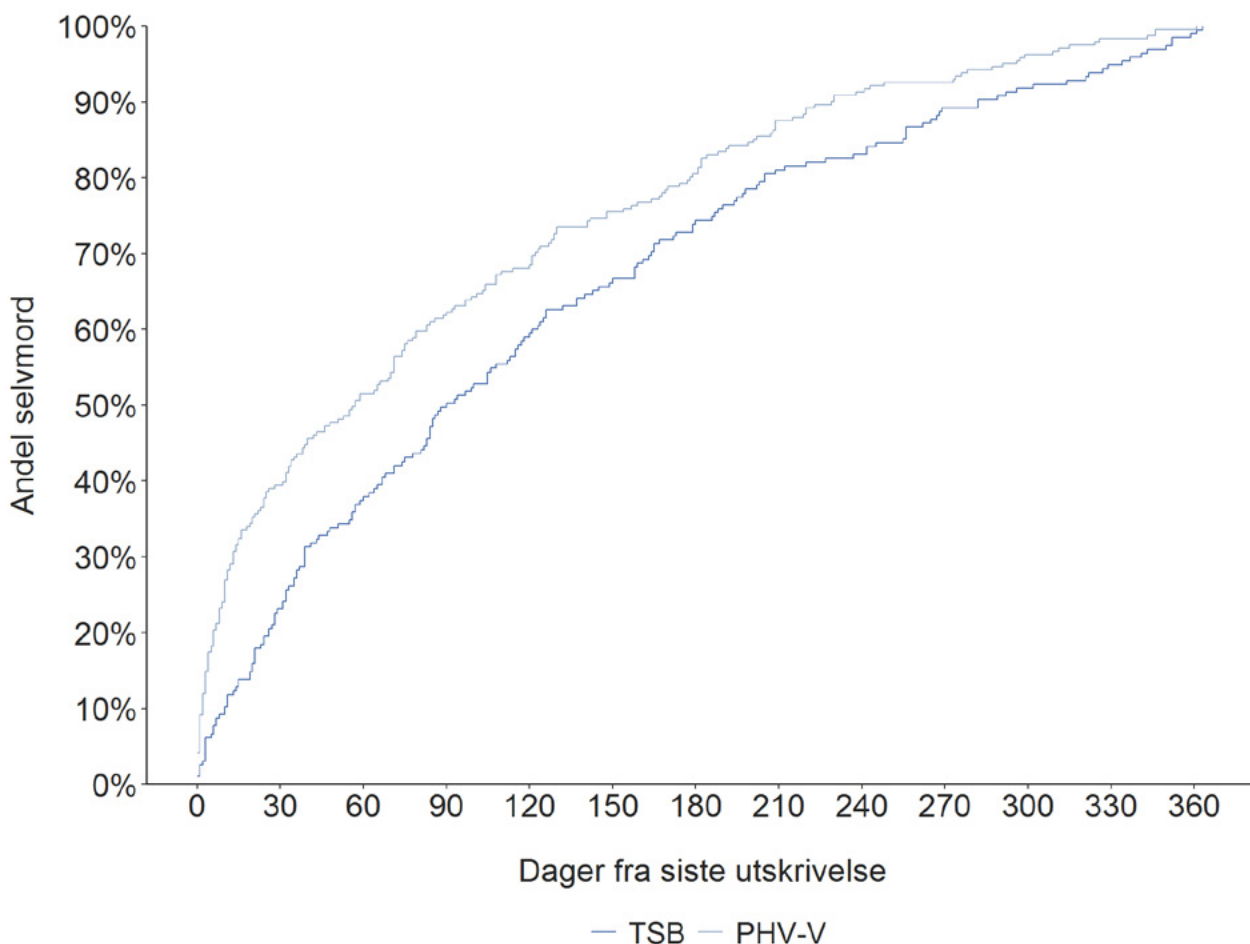
Alkoholbrukslidelser utgjorde den største diagnosegruppen (27 %), etterfulgt av opiatbrukslidelser (14 %) (Figur 2.3.5). Det er viktig å merke seg at hoveddiagnose ved siste kontakt også inkluderer diagnoser satt i en annen sektor enn TSB.

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 perioden 2010–2020, blant personer i kontakt med TSB siste år

før selvmord. Personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste døgnopphold. Personer som døde under døgnopphold er ikke inkludert i analysene, og blir beskrevet i del 3 av rapporten.

Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse til selvmord i TSB og PHV-V, blant personer i kontakt med TSB siste år og med minst ett døgnopphold, 2010–2020 (n=437)

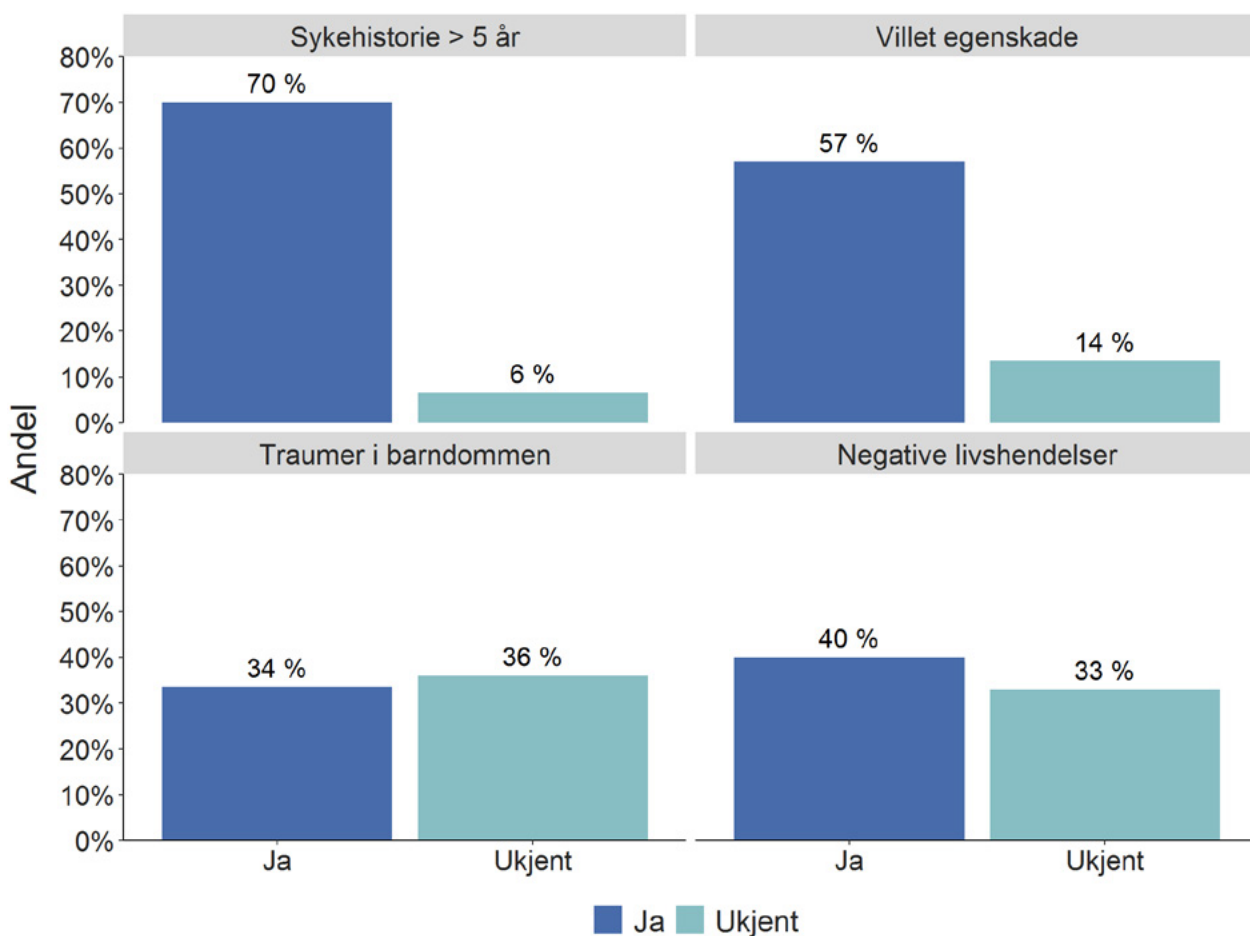


Blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, hadde 437 (64 %) blitt skrevet ut fra døgnopphold i løpet av det siste året før de døde. Av disse hadde 195 personer siste utskrivelse fra TSB og 241 siste utskrivelse fra PHV-V. Disse personene kan ha hatt poliklinisk kontakt etter siste utskrivelse 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. Median antall dager fra siste utskrivelse til selvmord var henholdsvis 90 dager ved siste utskrivelse fra TSB og 57 dager ved siste utskrivelse fra PHV-V.

Sykehistorie og livsbelastninger

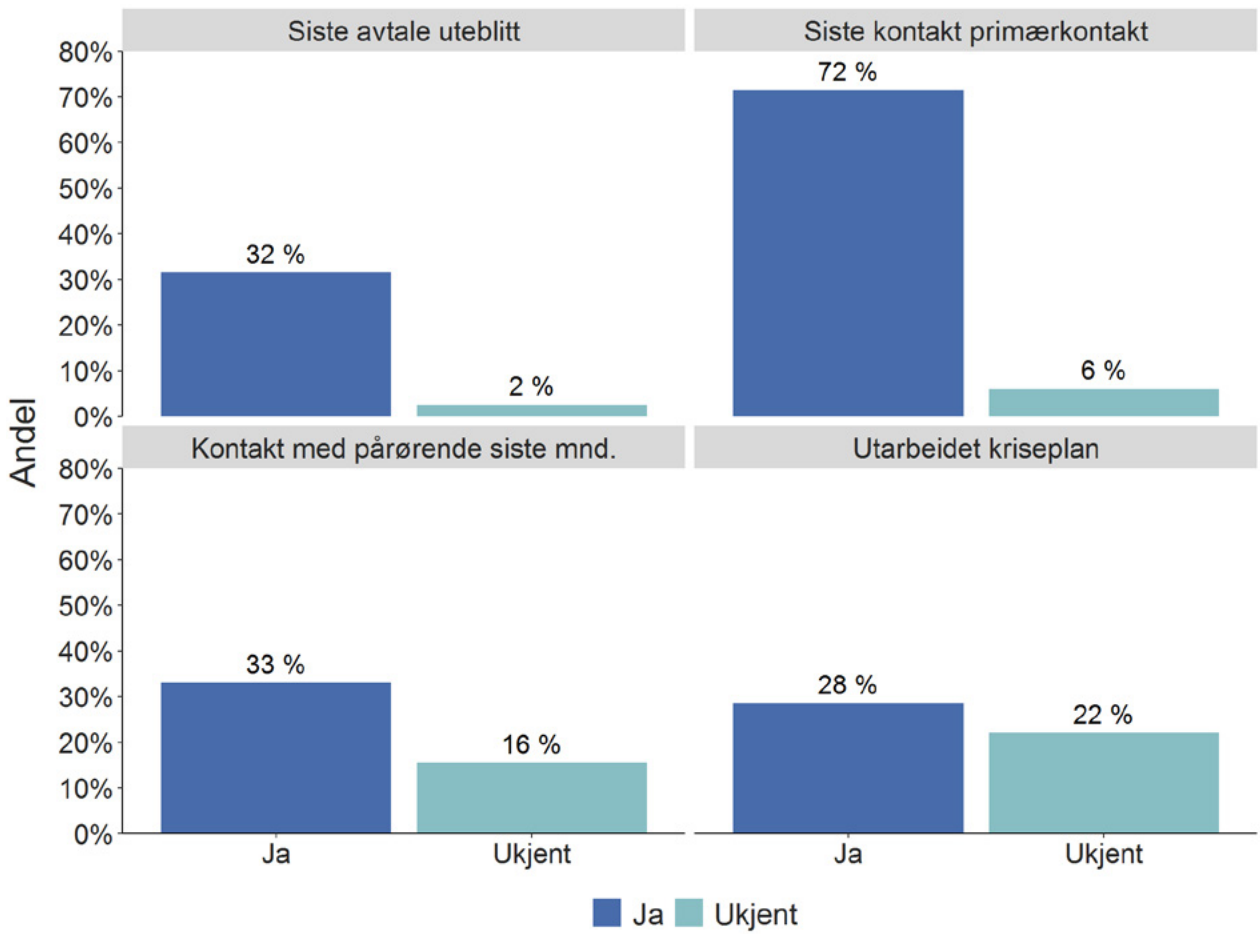
Figur 2.3.7 Sykehistorie og livsbelastninger blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)



Majoriteten (70 %) hadde en sykehistorie med varighet over 5 år (Figur 2.3.7). Kun 7 % hadde en sykehistorie med varighet på under ett år. Blant 57 % var det en kjent episode med villet egenskade.

Andelen som hadde opplevd traumer i barndommen var 34 % (dette omfatter både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk) og 40 % hadde opplevd negative livshendelser i løpet av de siste 3 månedene før selvmordet. Andelen ukjent var svært høy for både traumer i barndommen og negative livshendelser, noe som sannsynligvis fører til underestimering.

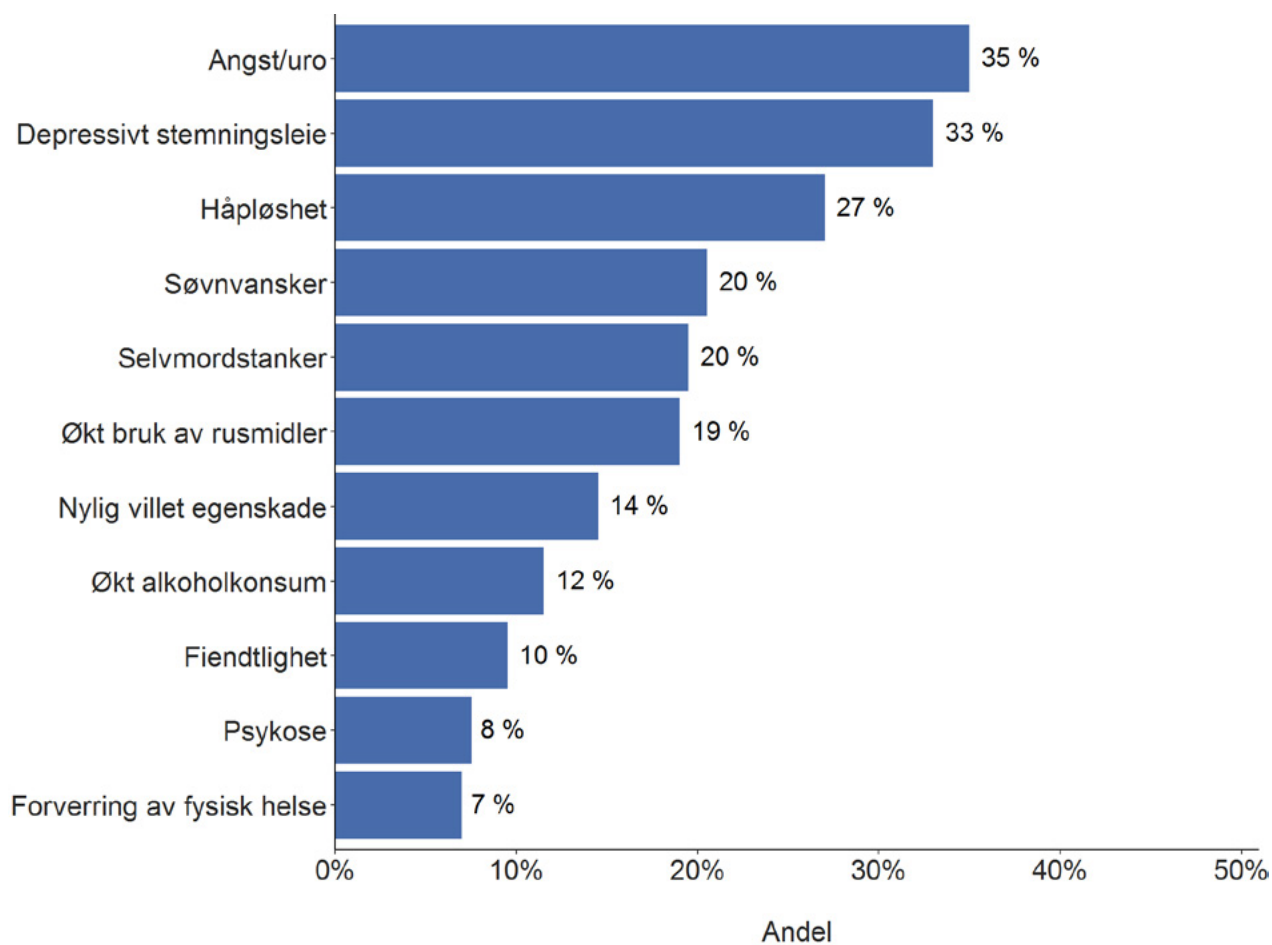
Figur 2.3.8 Siste kontakt blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)



Andelen som hadde uteblitt fra siste avtale lå på 32 % og 72 % hadde siste kontakt med primærkontakt (Figur 2.3.8). I en tredjedel av tilfellene hadde spesialisthelsetjenesten hatt

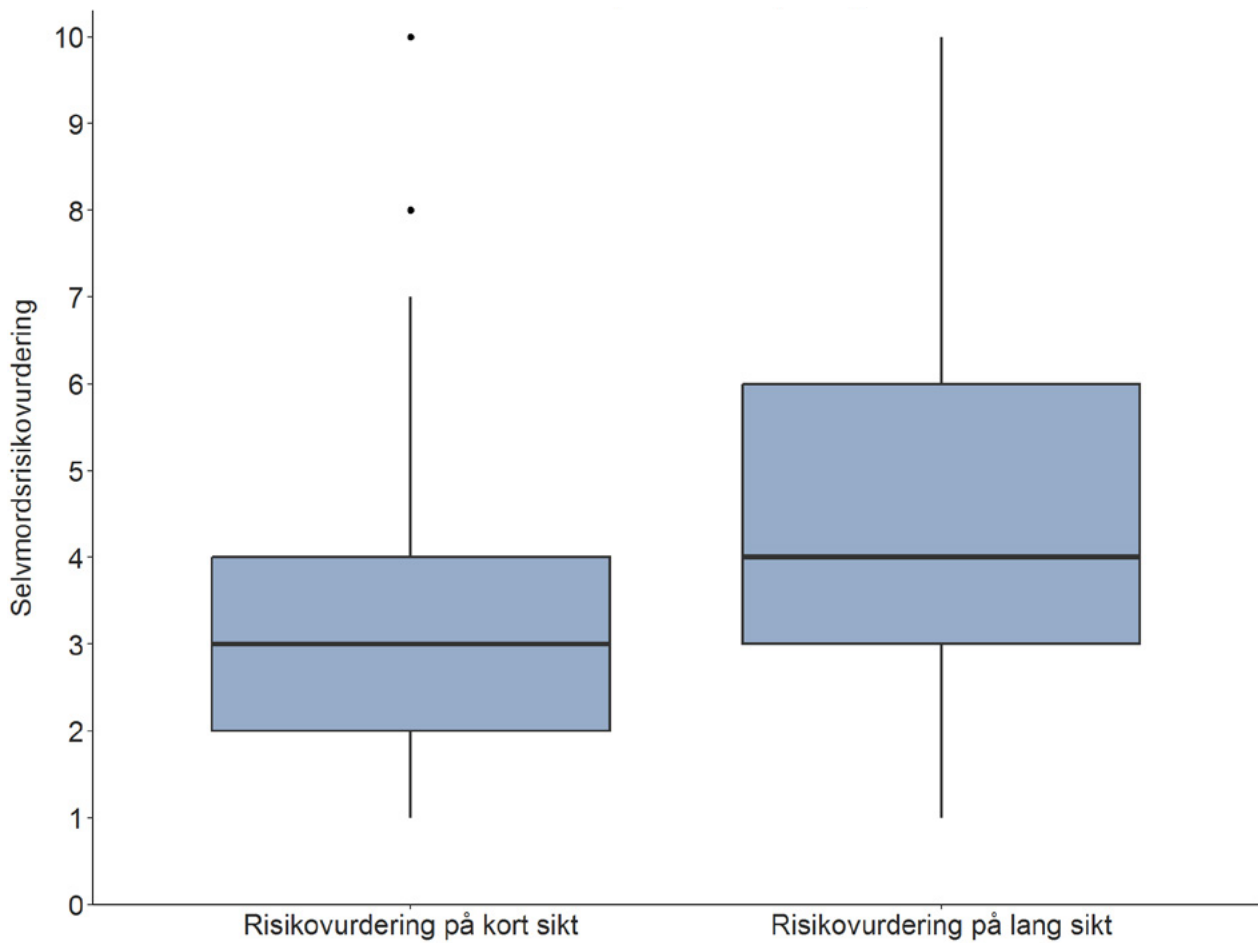
kontakt med pårørende i løpet av den siste måneden før dødsfallet, og 28 % av personene hadde fått utarbeidet en kriseplan.

Figur 2.3.9 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)



De vanligste observerte symptomene ved siste kontakt var angst/uro (35 %), etterfulgt av depressivt stemningsleie (33 %) og håpløshet (27 %) (Figur 2.3.9). Kun én av fem hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt. Siden personer kan ha flere ulike symptomer ved siste kontakt vil den totale andelen overstige 100 %.

Figur 2.3.10 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=157)



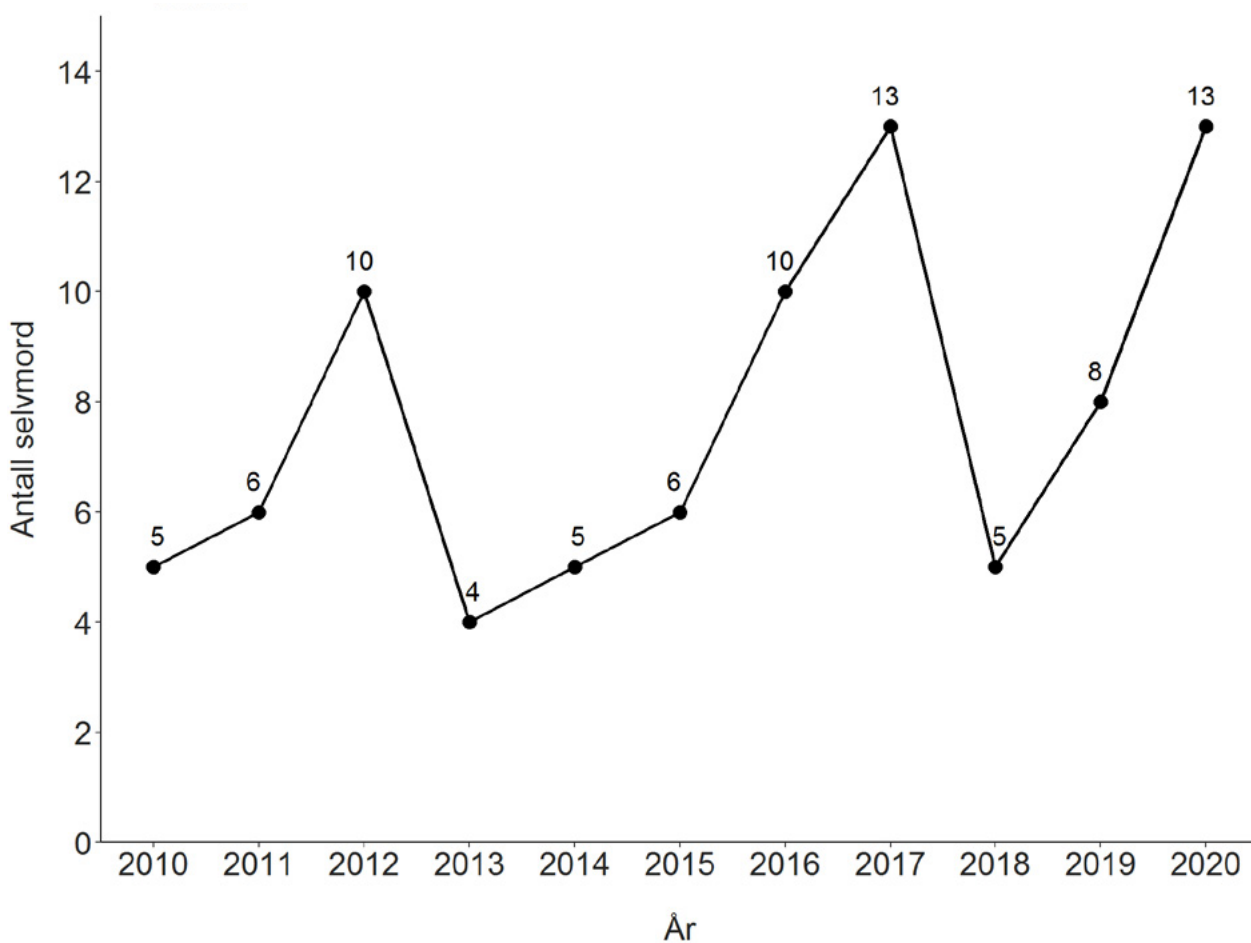
Selvordsrisikovurdering på kort sikt ble vurdert til lav med en median på 3 på Likert-skalaen (Figur 2.3.10). Risiko for selvmord på lang sikt hadde en median på 4. På grunn av revisjon av variabelen er det 157 personer (79 %) som har en gyldig respons på denne variabelen.

2.4 Selvmord blant personer i kontakt med PHV-BU siste år

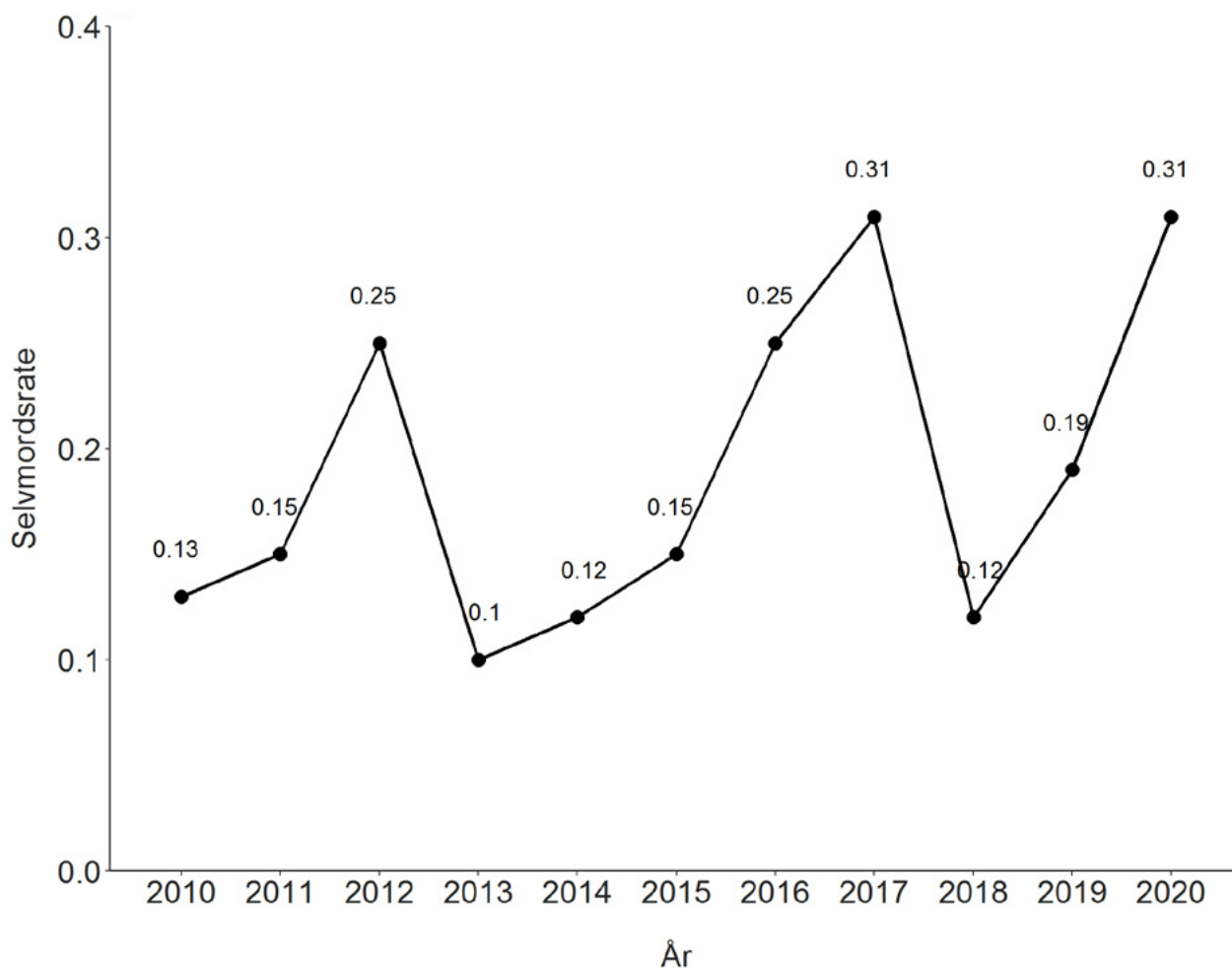
I del 2.4 presenterer vi registerdata på antall selvmord og selvmordsrate blant barn og unge som hadde kontakt med PHV-BU det siste året, i perioden 2010–2018. Vi viser for øvrig til Kartleggingssystemets nylige publikasjoner (Astrup et al., 2022; Walby et al., 2022) som omhandler selvmord i PHV-BU mer i dybden.

Antall selvmord og selvmordsrate i PHV-BU

Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord, 2010–2020 (n=85)



Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med PHV-BU siste år, 2010–2020



Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året før selvmord varierte fra år til år i perioden 2010–2020, med et gjennomsnitt på 8 selvmord årlig (Figur 2.4.1).

Totalt hadde 56 jenter og 29 gutter kontakt med PHV-BU det siste året før de døde i selvmord, i perioden 2010–2020.

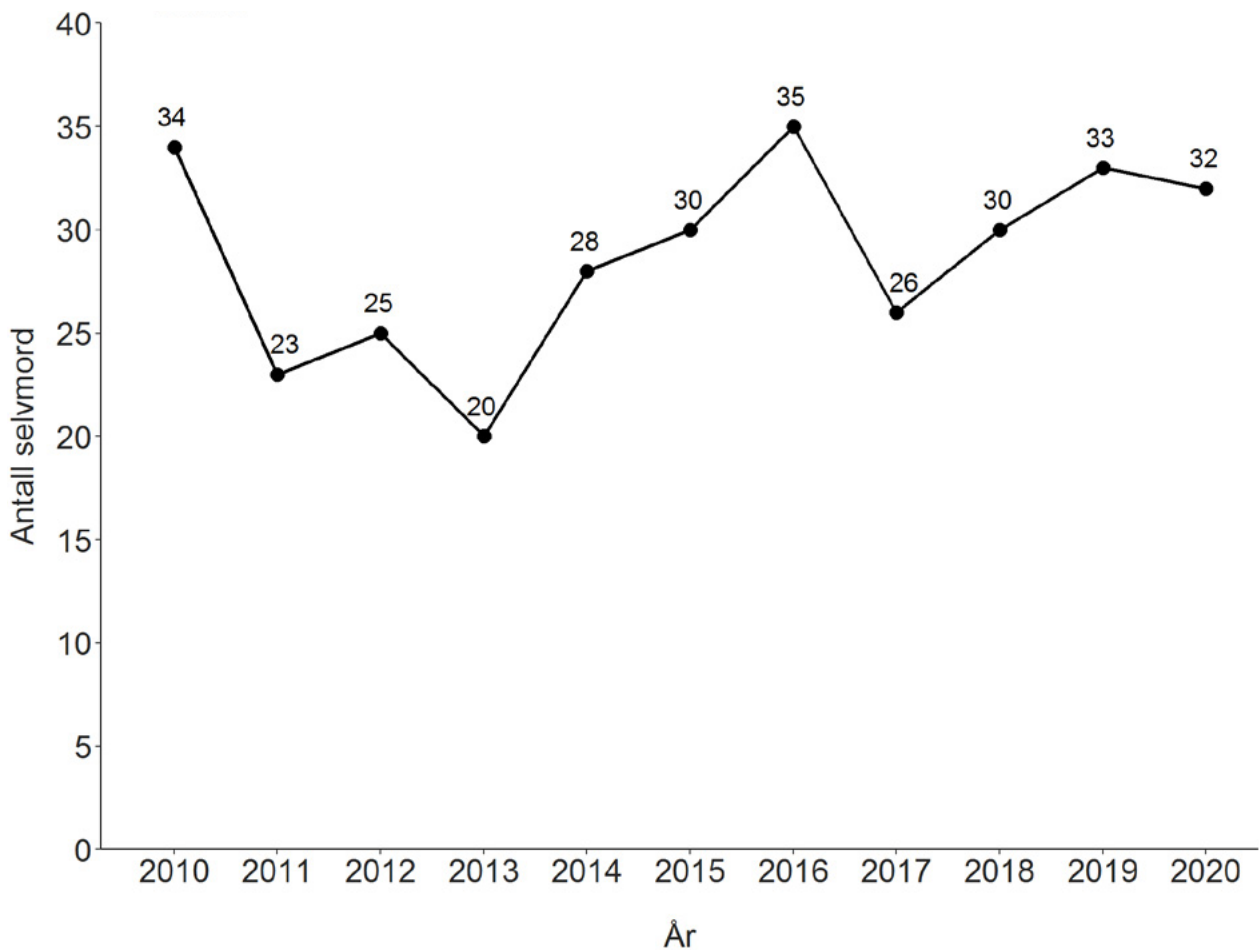
Selvmordsraten blant barn og unge i kontakt med PHV-BU det siste året var totalt 0,19 per 1 000 pasienter (95 % KI 0,15–0,23) i perioden 2010–2020, og varierte mellom 0,10–0,31 per 1 000 (Figur 2.4.2). Selvmordsraten var 0,25 per 1 000 (95 % KI 0,18–0,31) blant jenter og 0,13 per 1 000 (95 % KI 0,08–0,18) blant gutter.

2.5 Selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist siste år

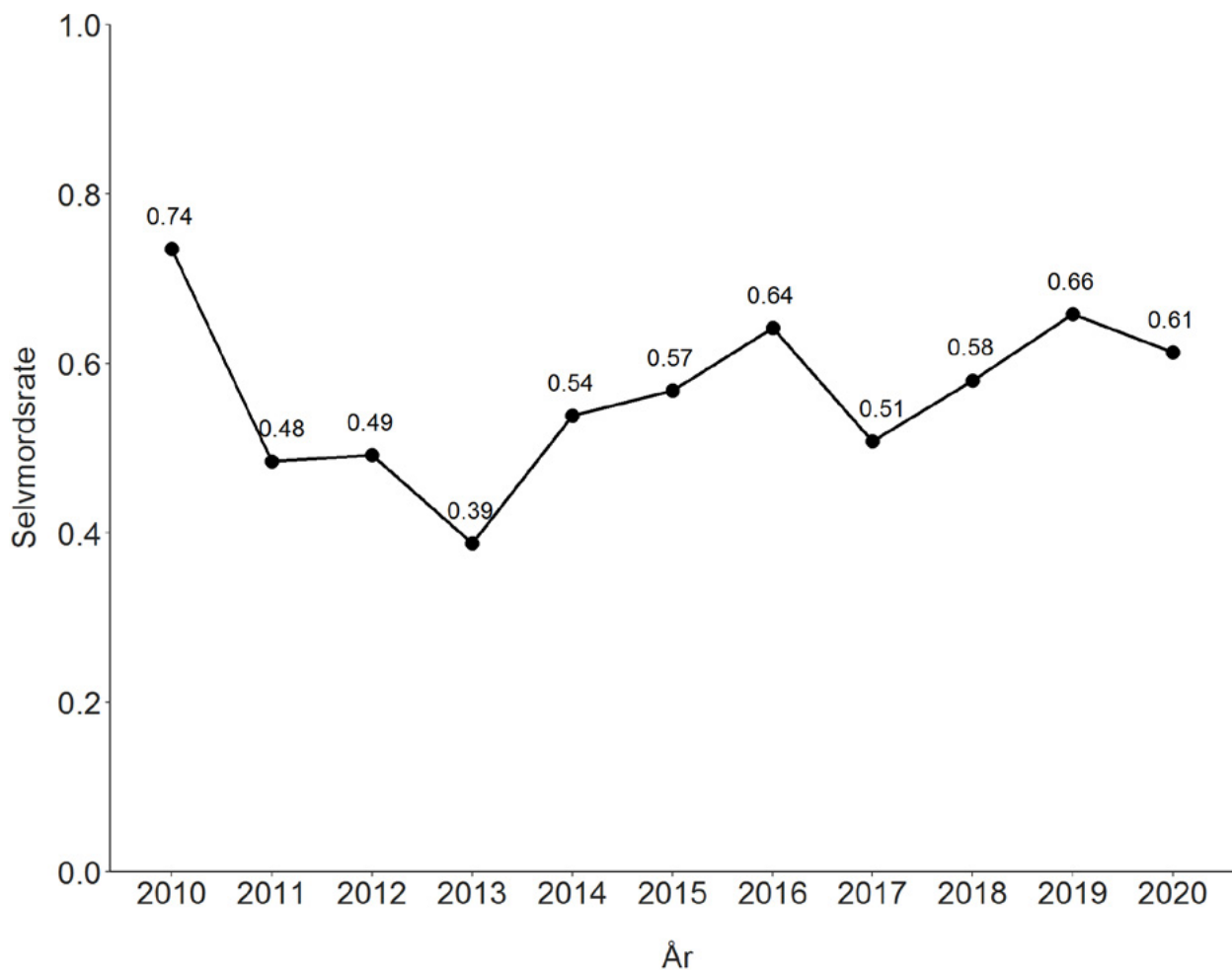
I del 2.5 presenterer vi registerdata på antall selvmord og selvmordsrate blant personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året, i perioden 2010–2018. I den neste årsrapporten vil vi inkludere en egen del som omhandler selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord.

Antall selvmord og selvmordsrate blant personer i kontakt med avtalespesialist siste år

Figur 2.5.1 Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist siste år før selvmord, 2010–2020 (n=316)



Figur 2.5.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med avtalespesialist siste år, 2010–2020



Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året før selvmord varierte noe fra år til år, med et gjennomsnitt på 29 selvmord årlig (Figur 2.5.1).

Totalt hadde 143 kvinner og 173 menn kontakt med avtalespesialist det siste år før de døde i selvmord, i perioden 2010–2020.

Selvmordsraten blant personer i kontakt med avtalespesialist det siste året var totalt 0,56 per 1 000 pasienter (95 % KI 0,50–0,63), og

varierte fra 0,39–0,74 per 1 000 (Figur 2.5.2). Selvmordsraten var 0,39 per 1 000 (95 % KI 0,33–0,45) blant kvinner og 0,89 per 1 000 (95 % KI 0,76–1,02) blant menn.

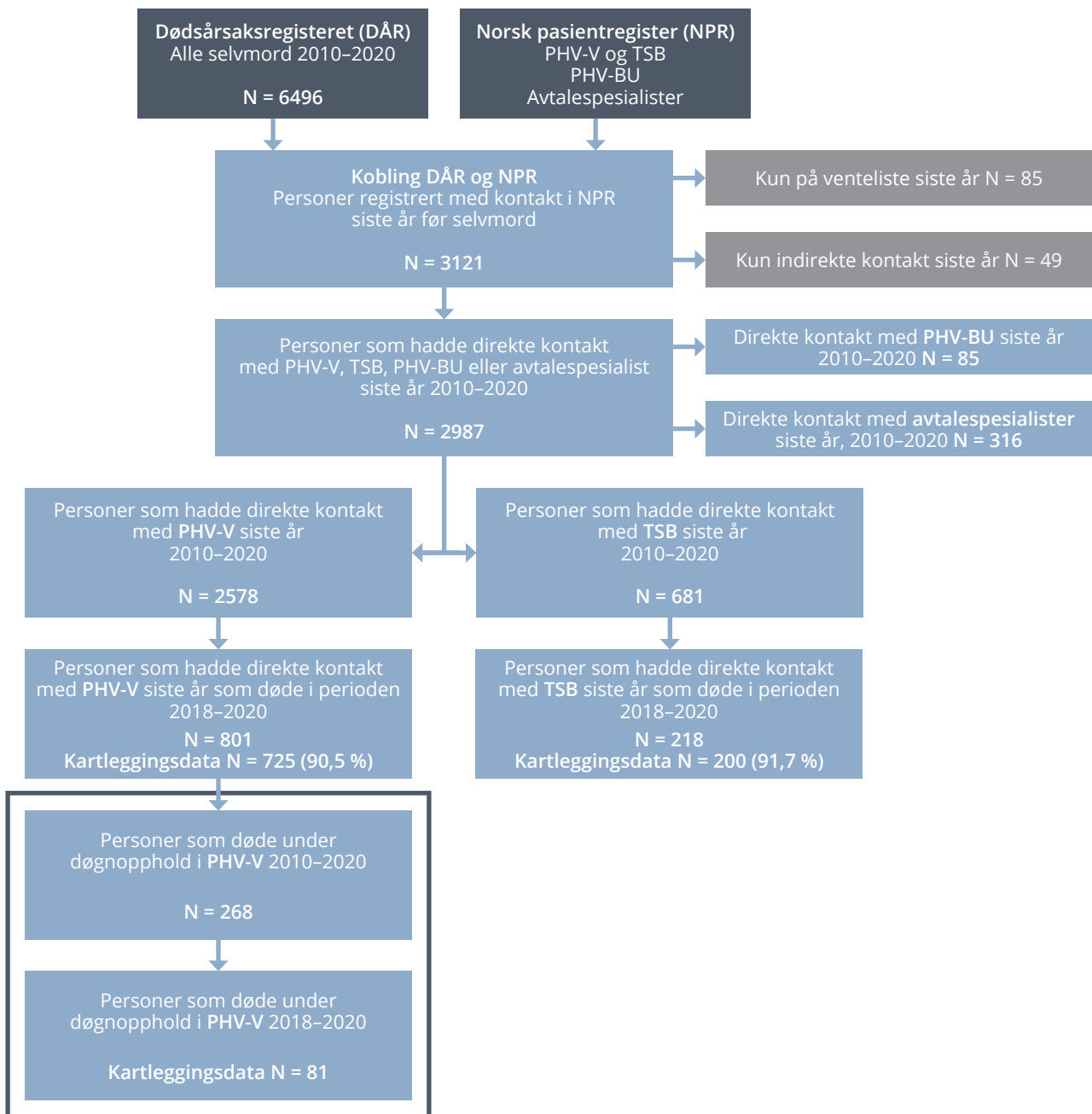
Antall pasienter har holdt seg forholdsvis stabilt på i overkant av 5000 pasienter årlig, med en liten økning fra årene 2010–2011 til perioden 2012–2020. Kjønnfordeling av pasienter har også holdt seg stabil der kvinnene utgjør i underkant av 2/3 av pasientgrunnet.

Del 3

Selv mord under døgnopphold i PHV-V

Del 3 fokuserer på pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V. På grunn av et begrenset antall selvmord under døgnopphold i TSB, analyserer vi ikke disse videre i denne delen. Vi vil først se på selvmord under døgnopphold i PHV-V i perioden 2010–2020 basert på utvalgte registerdata. Deretter vil vi vise utvalgte data fra kartleggingskjemaet for de tilgjengelige årene 2018–2020. Til slutt vil vi bryte ned materialet på de selvmordene som skjedde inne på avdelingen versus de som skjedde under innleggelse, men utenfor avdelingen, for eksempel selvmord under permisjon eller annen utgang.

Figur 3.1 Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2020, samt data fra kartleggings skjemaet på pasienter som døde under døgnopphold i perioden 2018–2020



Figur 3.1 viser en oversikt over kobling og uttrekk av registerdata for perioden 2010–2020. Figuren viser antall pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V. Kartleggingsdataene for de som døde under døgnopphold fra 2018–2020 vil være basert på de som har registrert at det er selvmord under døgnopphold.

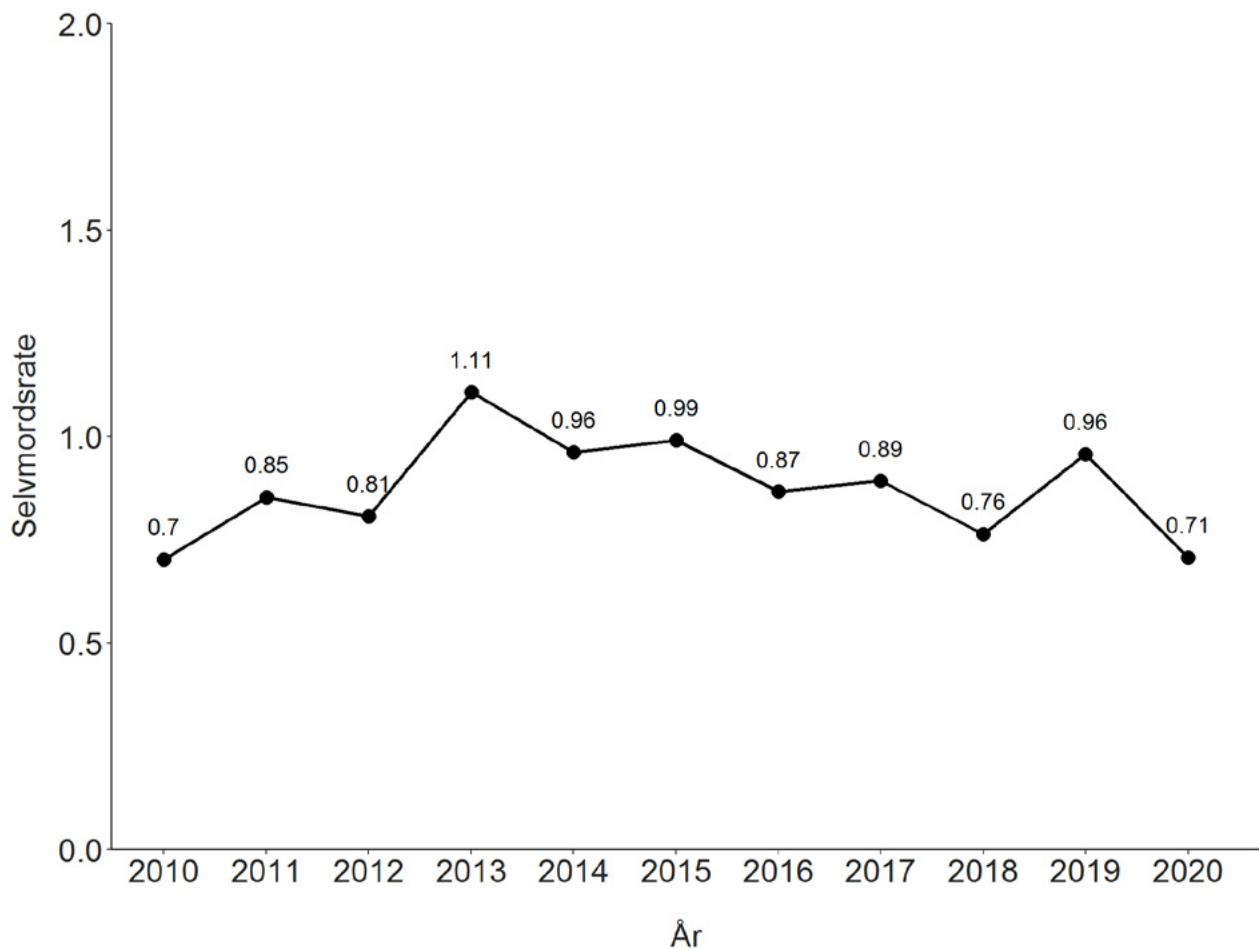
Siden vi bruker informasjon fra kartleggings-skjemaet til å definere utvalget kan vi ikke oppgi eksakt dekningsgrad for selvmordene under døgnopphold. Gitt den høye totale dekningsgraden virker det lite sannsynlig at dette er selvmord som er underrapportert i større grad enn andre.

Antall selvmord og selvmordsrate blant pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år, 2010–2020

Tabell 3.1 Antall og andel som døde under døgnopphold, blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020

År	Antall selvmord i PHV-V	Antall og andel under døgnopphold	
	n	n	%
2010	187	20	10,7
2011	202	24	11,9
2012	187	23	12,3
2013	198	31	15,7
2014	184	27	14,7
2015	203	27	13,3
2016	201	24	11,9
2017	215	25	11,6
2018	229	21	9,2
2019	242	27	11,2
2020	228	19	8,3
N	2276	268	11,8

Figur 3.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V siste året, 2010–2020

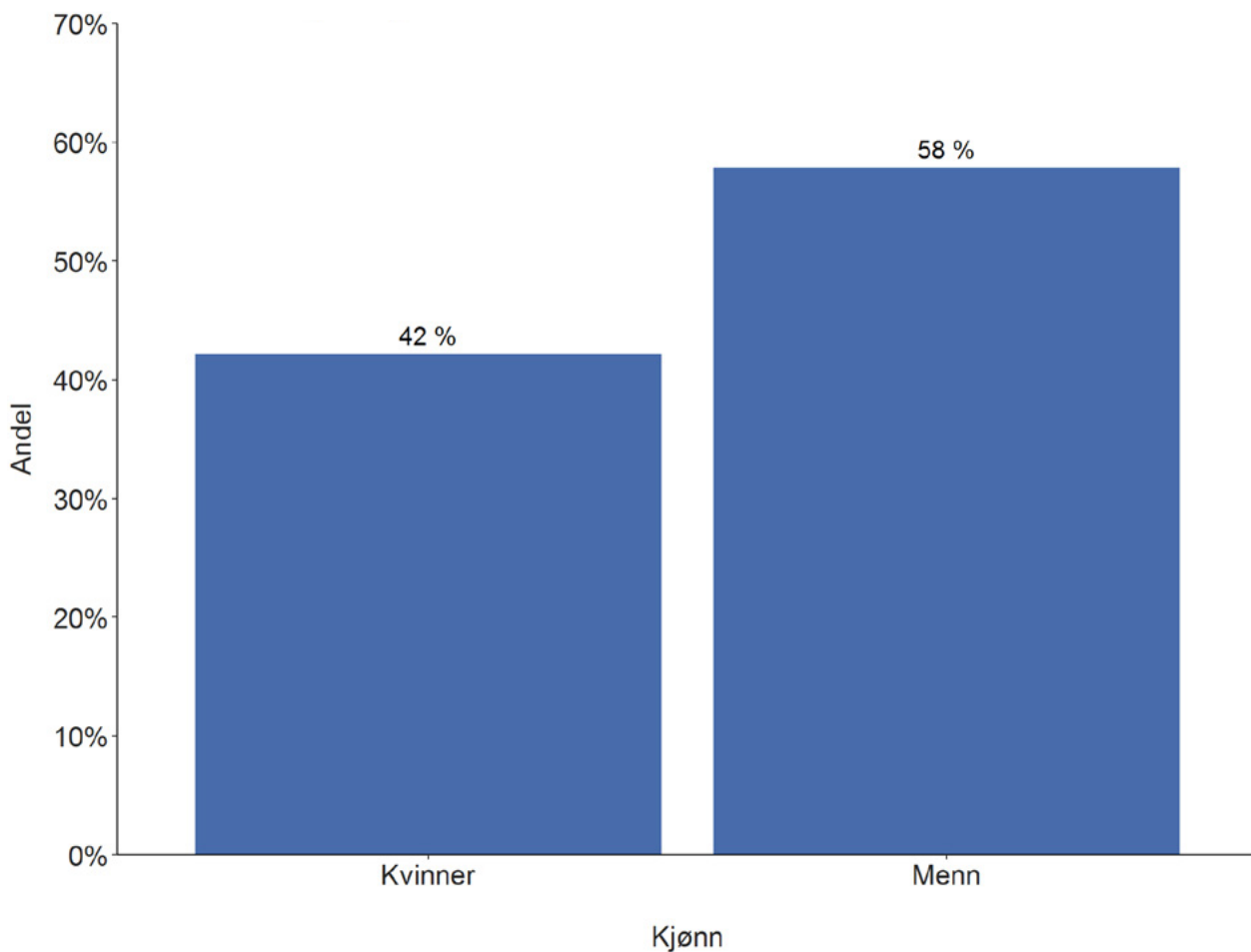


Av de 2276 personene som hadde siste kontakt med PHV-V var det totalt 268 pasienter som døde i selvmord under døgnopphold i perioden 2010–2020 (Tabell 3.1). I 2019 døde 27 pasienter under døgnopphold i PHV-V, og i 2020 døde 19 pasienter. I perioden som helhet er det svingninger som følge av et begrenset antall selvmord per år, og heller ingen tydelig trend over tidsperioden.

Selvmordsraten i perioden 2010–2020 var 0,87 per 1 000 pasienter innlagt under døgnopphold (95 % KI 0,77–0,98). Selvmordsraten har også holdt seg stabil med mindre svingninger over perioden (Figur 3.2).

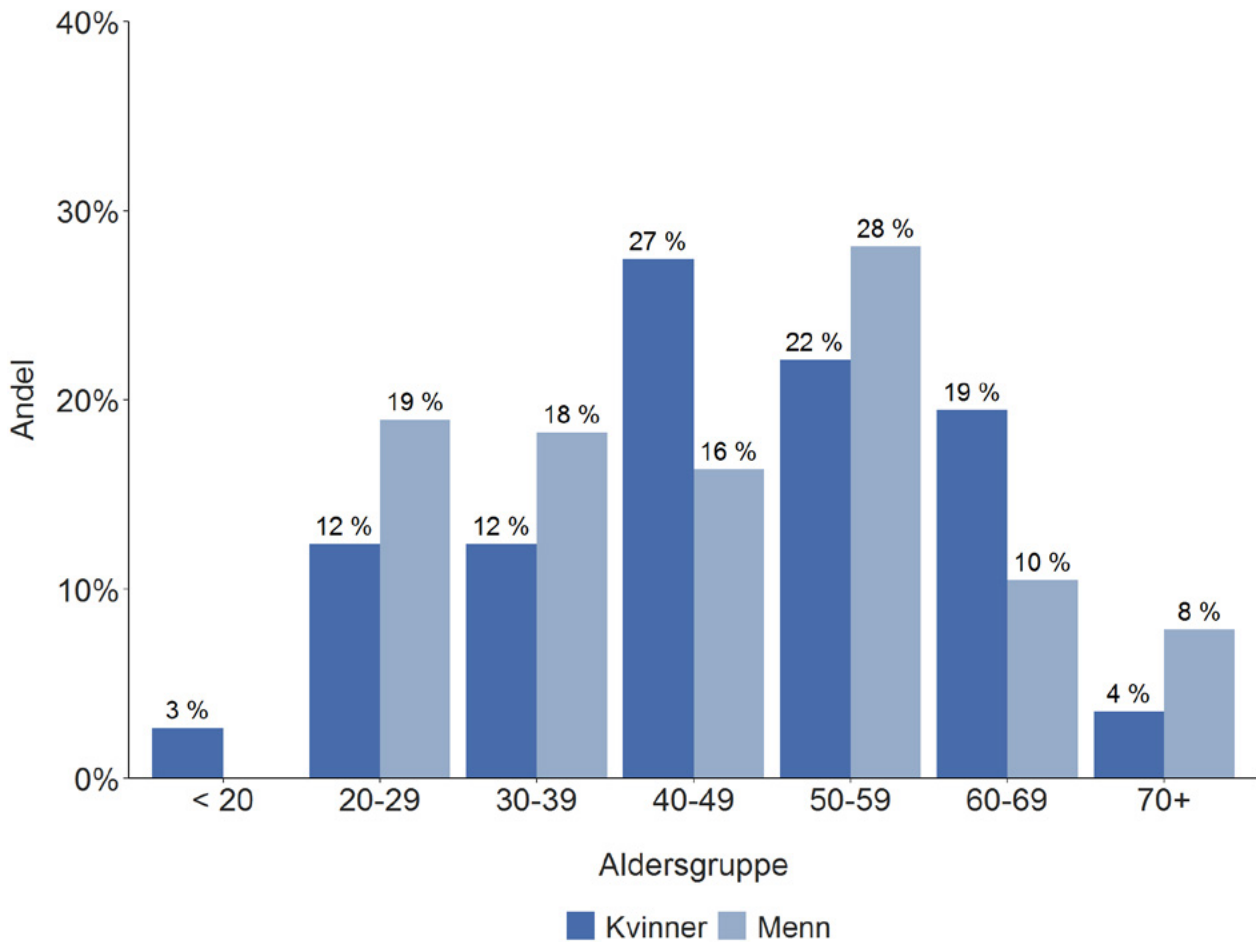
Kjønns- og aldersfordeling

Figur 3.3 Kjønnsfordeling blant pasienter som døde under døgnoophold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)



Av de 268 pasientene som døde i selvmord under døgnoophold i PHV-V, i perioden 2010–2020, var det flere menn (155 pasienter, 58 %) enn kvinner (113 pasienter, 42 %) (Figur 3.3).

Figur 3.4 Kjønn- og aldersfordeling blant pasienter som døde under døgnoophold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)

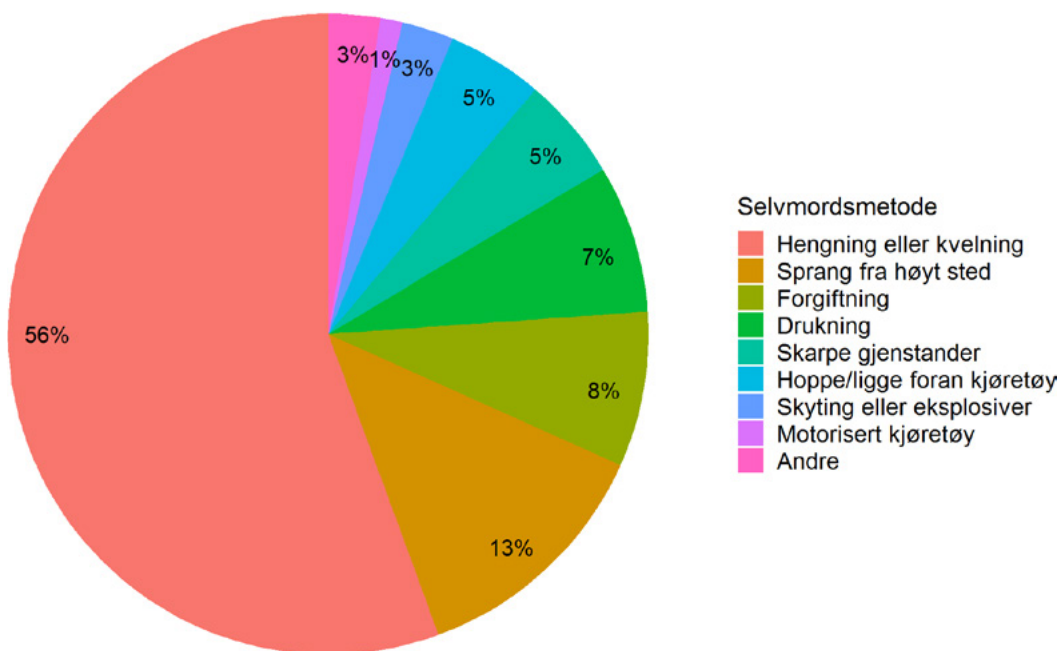


Gjennomsnittsalderen var 46,5 år, henholdsvis 47,3 år for kvinner og 45,9 år for menn. Blant kvinner var den yngste pasienten 18 år og den eldste 73 år. Blant menn var den yngste også 18 år mens den eldste var 82 år. Figur 3.4 viser

at det var flest kvinner i aldersgruppen 40–49 år (27 %) og flest menn i aldersgruppen 50–59 år (28 %). Funnene viser at selvmordsforebygging under døgnoophold i PHV-V er like relevant i alle aldersgrupper.

Selvordsmetoder

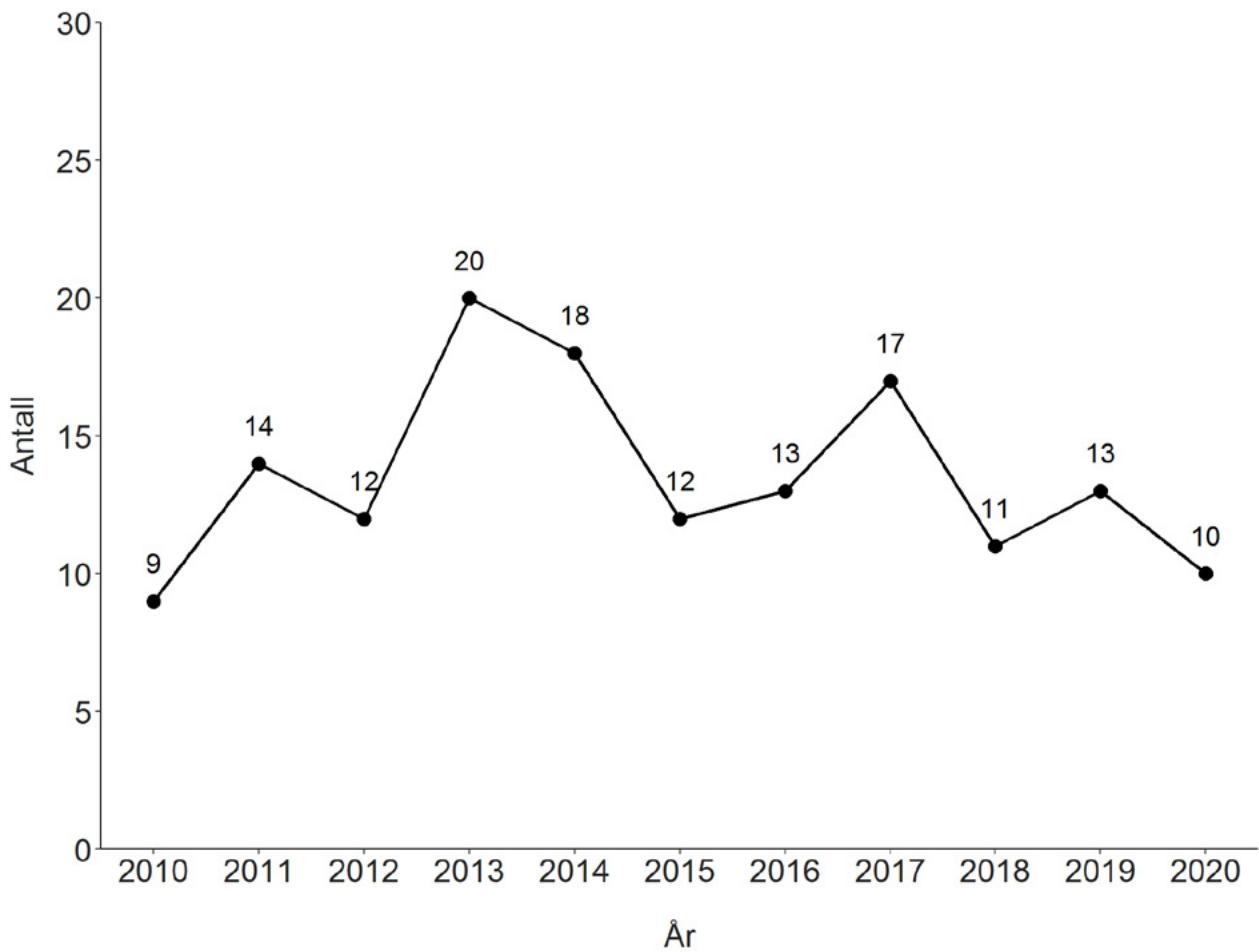
Figur 3.5 Selvordsmetoder blant pasienter som døde under døgnoophold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)



Blant pasienter som døde i selvmord under døgnoophold i PHV-V ble det hovedsakelig brukt voldsomme selvordsmetoder (Figur 3.5).

Hengning eller kvelning var den klart mest brukte metoden (56 %) etterfulgt av sprang fra høyt sted (13 %).

Figur 3.6 Henging eller kvelning per år blant pasienter som døde under døgnoophold i PHV-V, 2010–2020 (n=149)

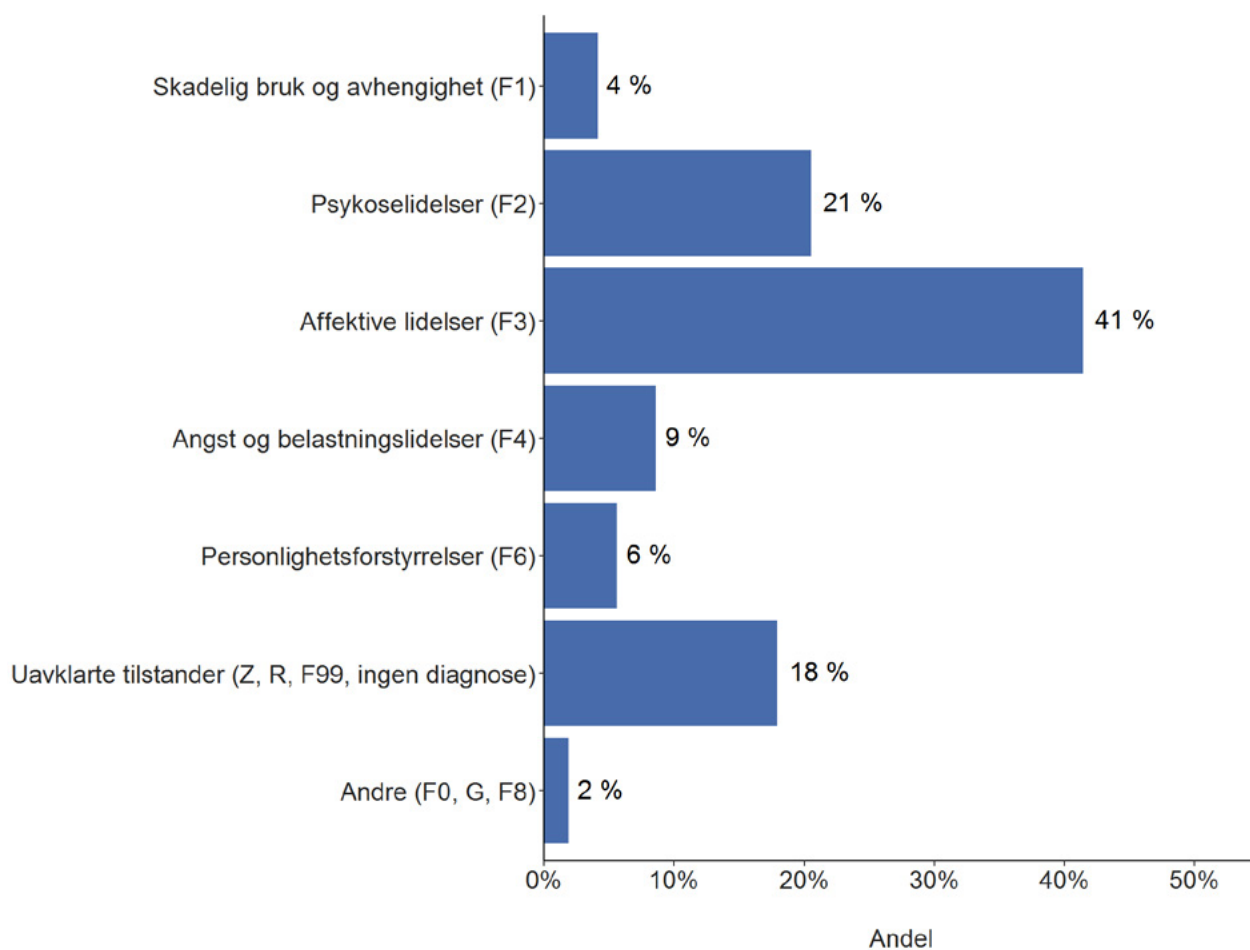


Ser man på den mest brukte selvmordsmetoden hengning eller kvelning fordelt på årene 2010 til 2020 ser man at bruken av metoden er relativt

stabil, men med svingninger fra år til år (Figur 3.6). Det var færrest selvmord ved hengning eller kvelning de første og siste tre årene av perioden.

Hoveddiagnoser ved siste innleggelse

Figur 3.7 Hoveddiagnoser blant pasienter som døde under døgnopphold, 2010–2020 (n=268)

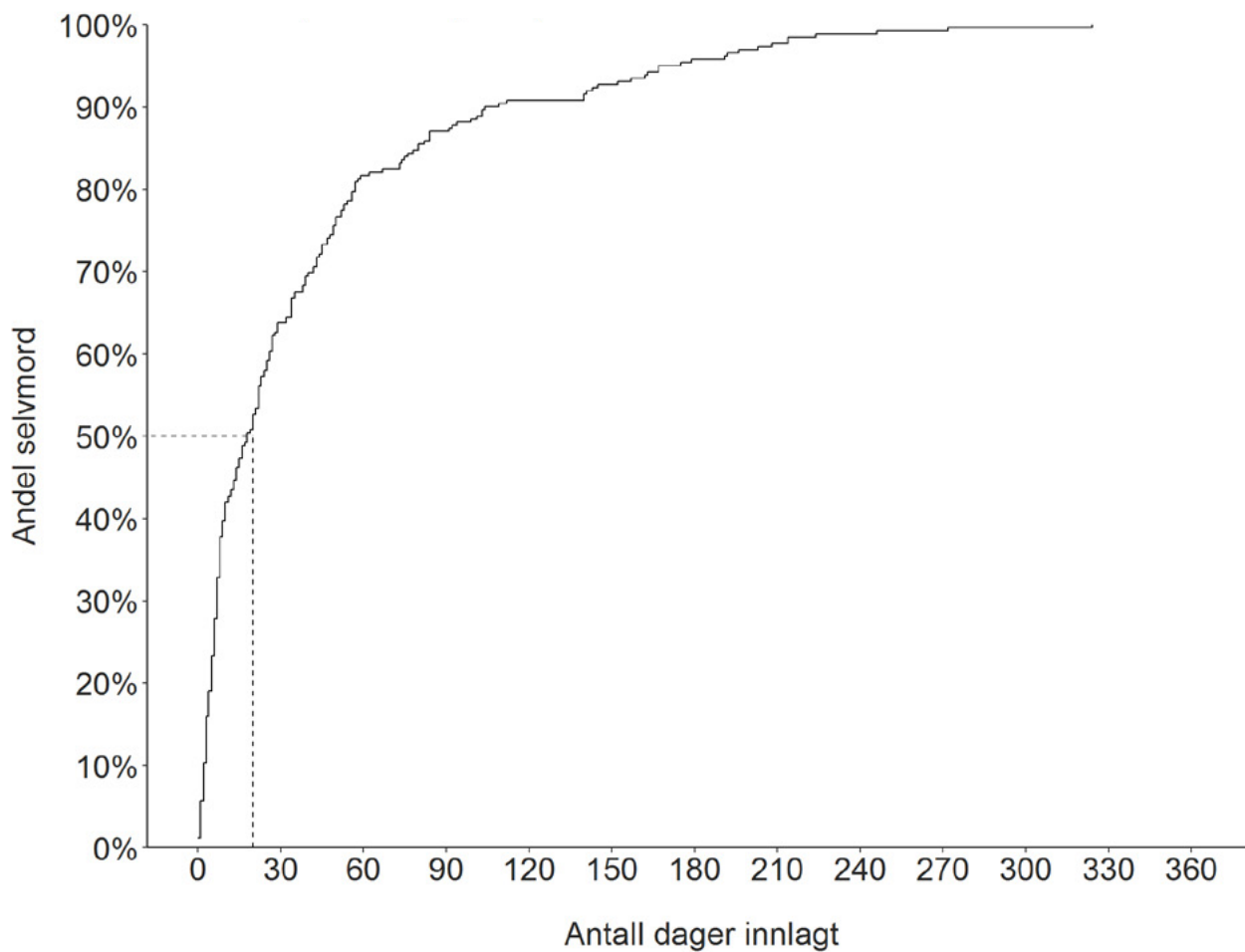


Affektive lidelser var den vanligste psykiske lidelsen (41 %), etterfulgt av psykoselidelser (21 %), og uavklarte tilstander (18 %) (Figur 3.7). Blant uavklarte tilstander hadde 10 % en Z-diagnose, 15 % en R-diagnose, færre en tre

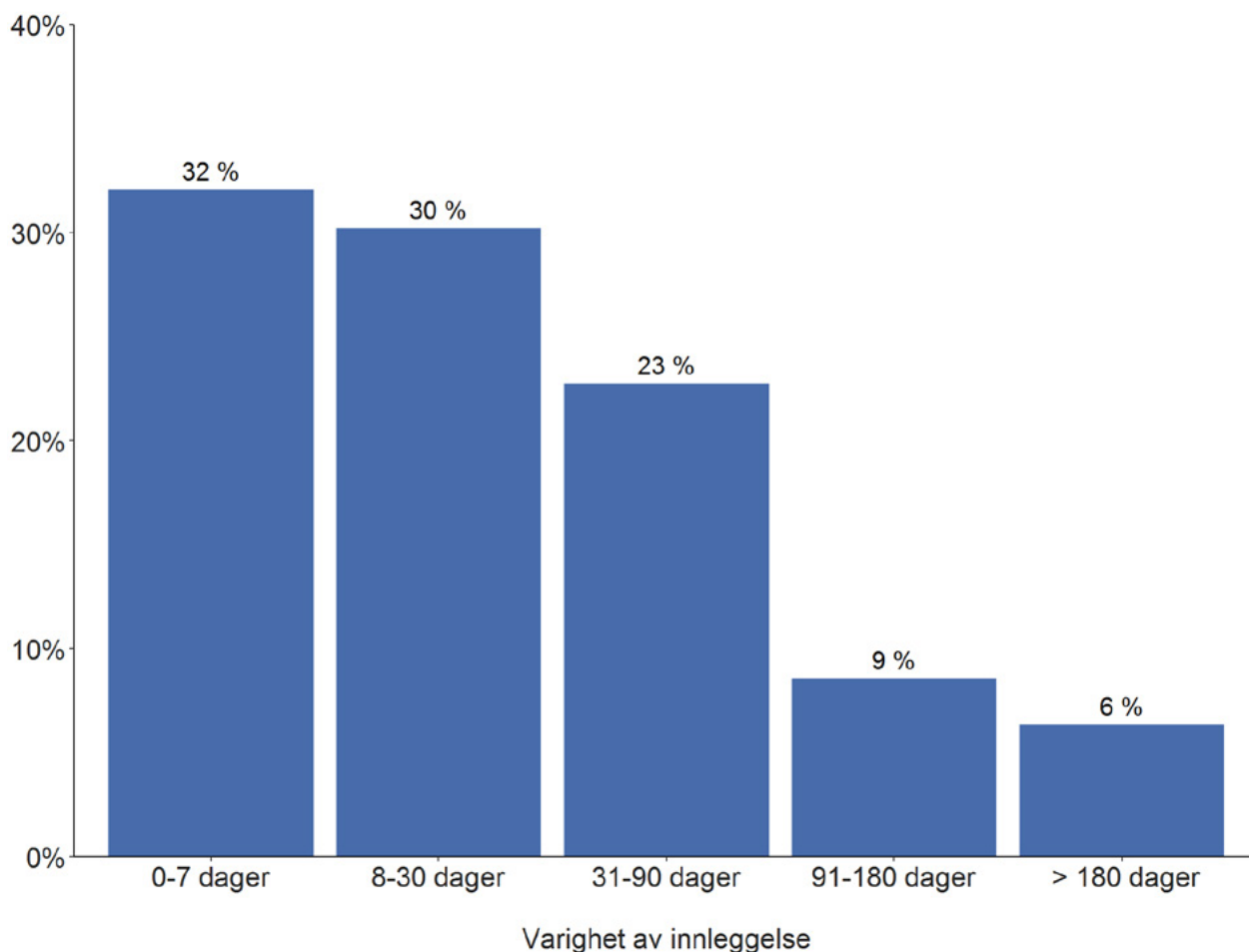
pasienter hadde en uspesifisert psykisk lidelse og 73 % var ikke registrert med en diagnose. Kategorien *andre* består av organiske tilstander (F0, G) og utviklingsforstyrrelser (F8).

Varighet av innleggelse

Figur 3.8 Varighet av innleggelse (i dager) blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)



Figur 3.9 Varighet av innleggelse (i dager) blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)



Figur 3.8 viser kumulativ fordeling over varighet av innleggelser blant alle pasientene som døde under døgnopphold i PHV-V fra 2010–2020. Ut ifra figuren kan man se at de fleste døde tidlig under innleggelsen. Den stiplede linjen viser medianen som er 20 dager. Det var 6 pasienter som hadde en innleggelse som varte i over 365 dager. For å tydeligere få frem tidsaspektet

har vi i figur 3.9 stratifisert i ulike perioder. Denne figuren viser tydelig at de fleste døde i forholdsvis kort tid etter innleggelse. I løpet av den første uken av innleggelsen døde 32 %, mens over halvparten døde i løpet av de første 30 dagene. Det var ingen store kjønnsforskjeller i varighet av innleggelse før selvmord.

Tvangsinnleggelse og tvungen observasjon

Tabell 3.2 Spesialistvedtak blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)

Spesialistvedtak	Antall	Andel
Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (§ 3.3)	3	3,7 %
Tvungen observasjon med døgnopphold (§ 3.2)	3	3,7 %
Frivillig (§ 2.1)	66	81,5 %
Mangler kobling	9	11,1 %

For at tvang skal kunne benyttes må det foreligge et spesialistvedtak. Spesialistvedtak er hvilket rettslig grunnlag i Psykisk helsevernloven som pasienten får sin helsehjelp etter. Ved oppstart av helsehjelp, utskrivelse og mellomliggende endringer av lovgrunnlag skal spesialistvedtak registreres (Helsedirektoratet, 2016b).

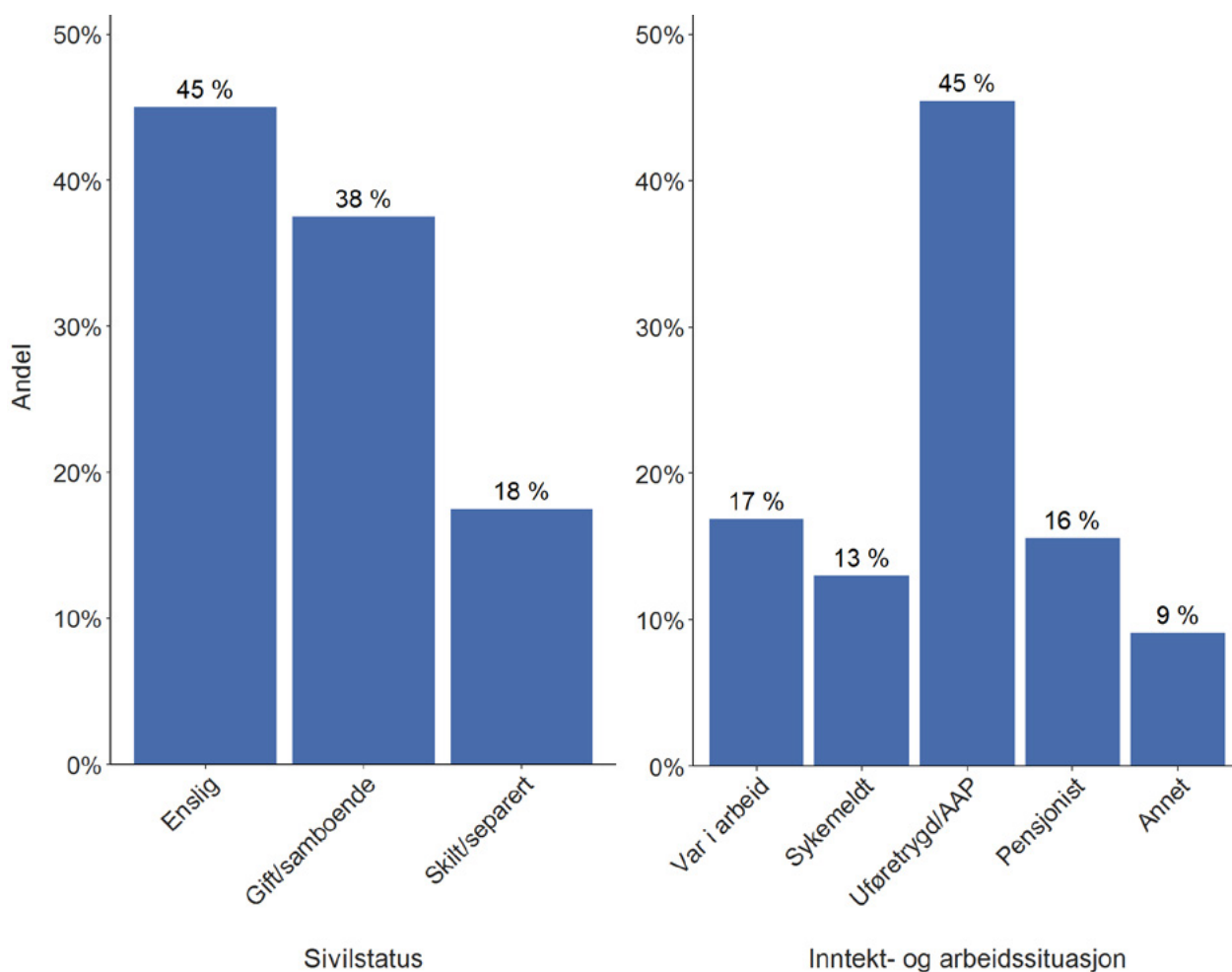
Vi har brukt spesialistvedtak for 2018–2020 fordi det er her datagrunnlaget fra NPR er best, og på grunn av endringer av Psykisk helsevernloven i 2017 (Helsedirektoratet, 2020a). Rapportering av spesialistvedtak på tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon med døgnopphold ved innleggelse er komplett, og det er derfor lite

sannsynlig at det skjuler seg spesialistvedtak i de tilfellene der vi mangler kobling.

Av de 81 pasientene som døde i perioden 2018–2020 hadde tre pasienter (3,7 %) vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (§ 3.3) ved innleggelsen de døde under. Videre hadde tre pasienter (3,7 %) vedtak om tvungen observasjon med døgnopphold (§ 3.2). Majoriteten (81,5 %) var frivillig innlagt (§ 2.1). Som tidligere nevnt er det lite sannsynlig at det skjuler seg vedtak om tvungen innleggelse eller tvungen observasjon. De resterende 11,1 % som mangler kobling er derfor mest sannsynlig frivillig innlagt.

Demografiske forhold

Figur 3.10 Sivilstatus og inntekts- og arbeidsforhold blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)



Andelen enslige på dødstidspunktet var 45 %, mens 38 % var gift eller samboende (Figur 3.10). Hos færre enn tre pasienter var sivilstatus ukjent. Disse er ekskludert fra figuren. Det var flere enslige kvinner enn menn, henholdsvis 53 % og 38 %.

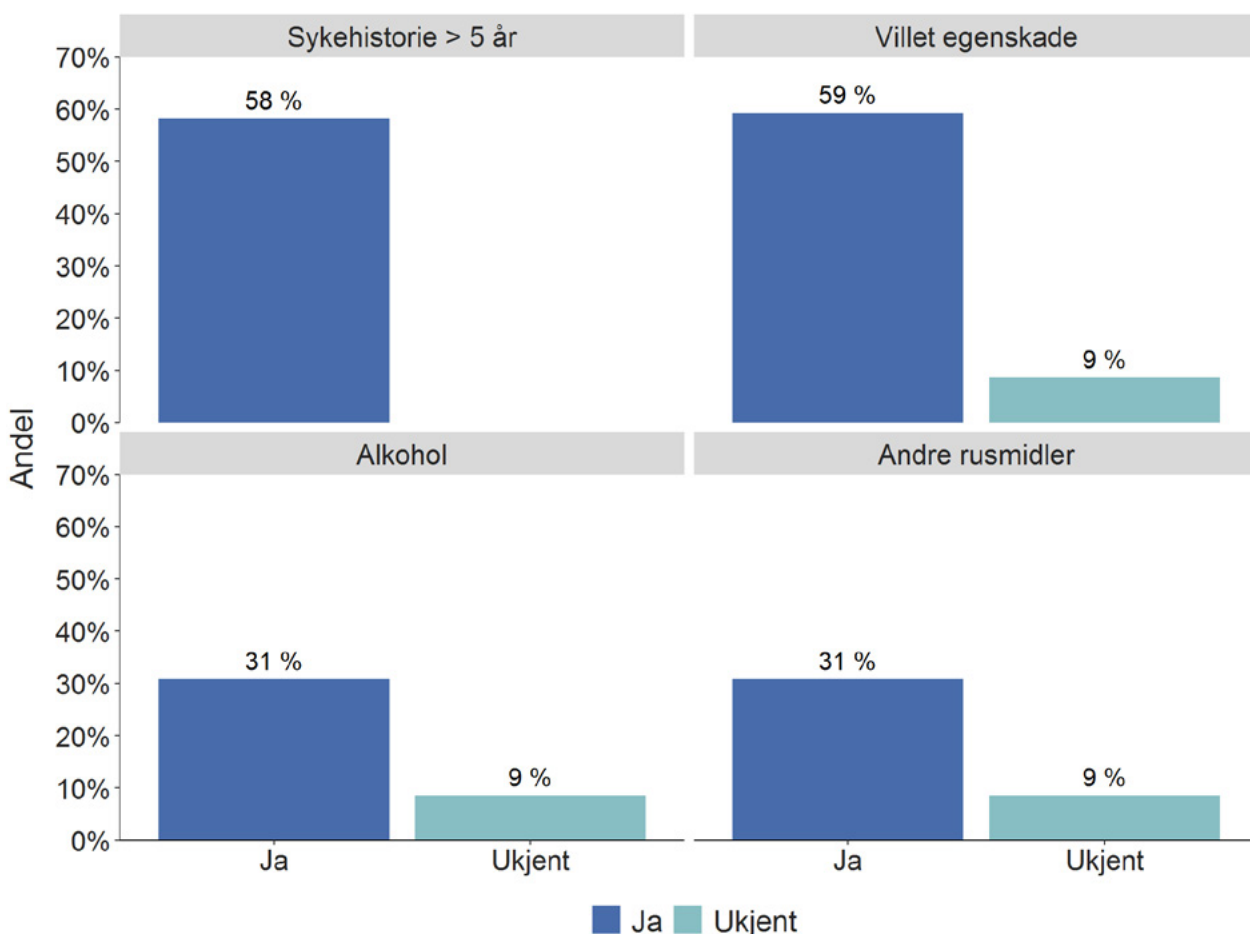
Majoriteten (45 %) hadde uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) som inntektskilde på dødstidspunktet. Andelen som var i arbeid var 17 %, 16 % var pensjonert og 13 % var

sykemeldt. Kategorien *annet* består av studenter, hjemmeværende og arbeidsledige.

Når det gjelder inntekts- og arbeidssituasjon var det noen kjønnsforskjeller. Det var flere kvinner (63 %) enn menn (40 %) som mottok uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger på dødstidspunktet. Færre kvinner enn menn var sykemeldte, henholdsvis 7 % og 20 %. I tillegg var dobbelt så mange menn som kvinner pensjonerte på dødstidspunktet, henholdsvis 22 % og 10 %.

Sykehistorie og livsbelastninger

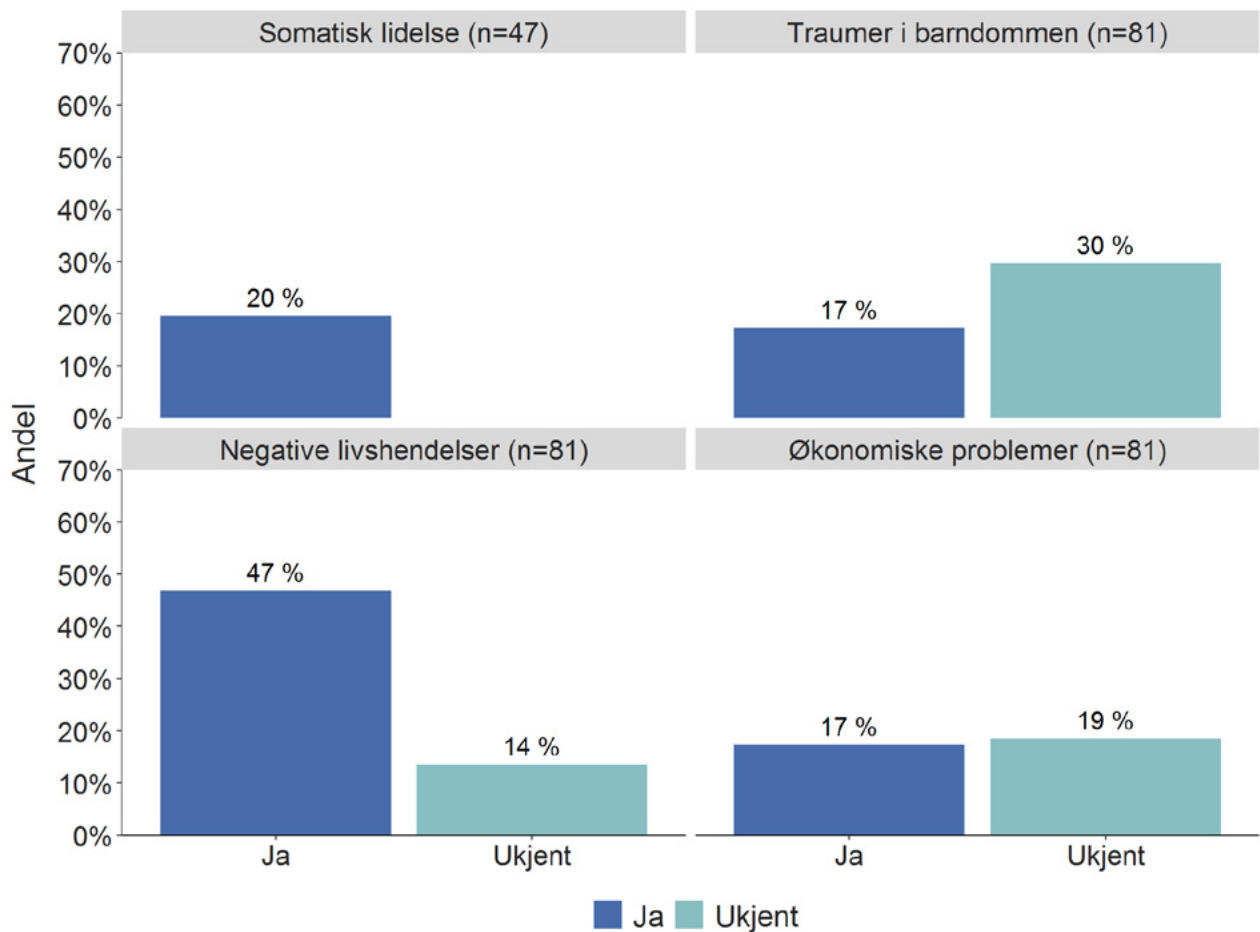
Figur 3.11 Sykehistorie blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)



Andelen med en psykiatrisk sykehistorie med varighet over 5 år var 58 % (Figur 3.11). Svært få hadde en sykehistorie under en måned eller hadde ingen psykisk lidelse. Blant færre enn tre pasienter var varighet av sykehistorien ukjent og disse er derfor tatt ut. Andelen som hadde en kjent episode med villet egenskade var 59 %. Dette er etter vårt syn et oppsiktsvekkende høyt tall på tross av at villet egenskade er en av de aller sterkeste risikofaktorene for selvmord. Det var som forventet flere kvinner enn menn som hadde en historie med villet egenskade, henholdsvis 72 % og 49 %.

Hos 31 % var det en kjent historie med problematisk alkoholbruk og det var ingen store kjønnsforskjeller. I likhet med problematisk alkoholbruk, hadde 31 % av pasientene et kjent problem med bruk av andre rusmidler enn alkohol i sykehistorien. Det var heller ingen store kjønnsforskjeller når det kommer til bruk av andre rusmidler. Totalt hadde 44 % 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 pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)



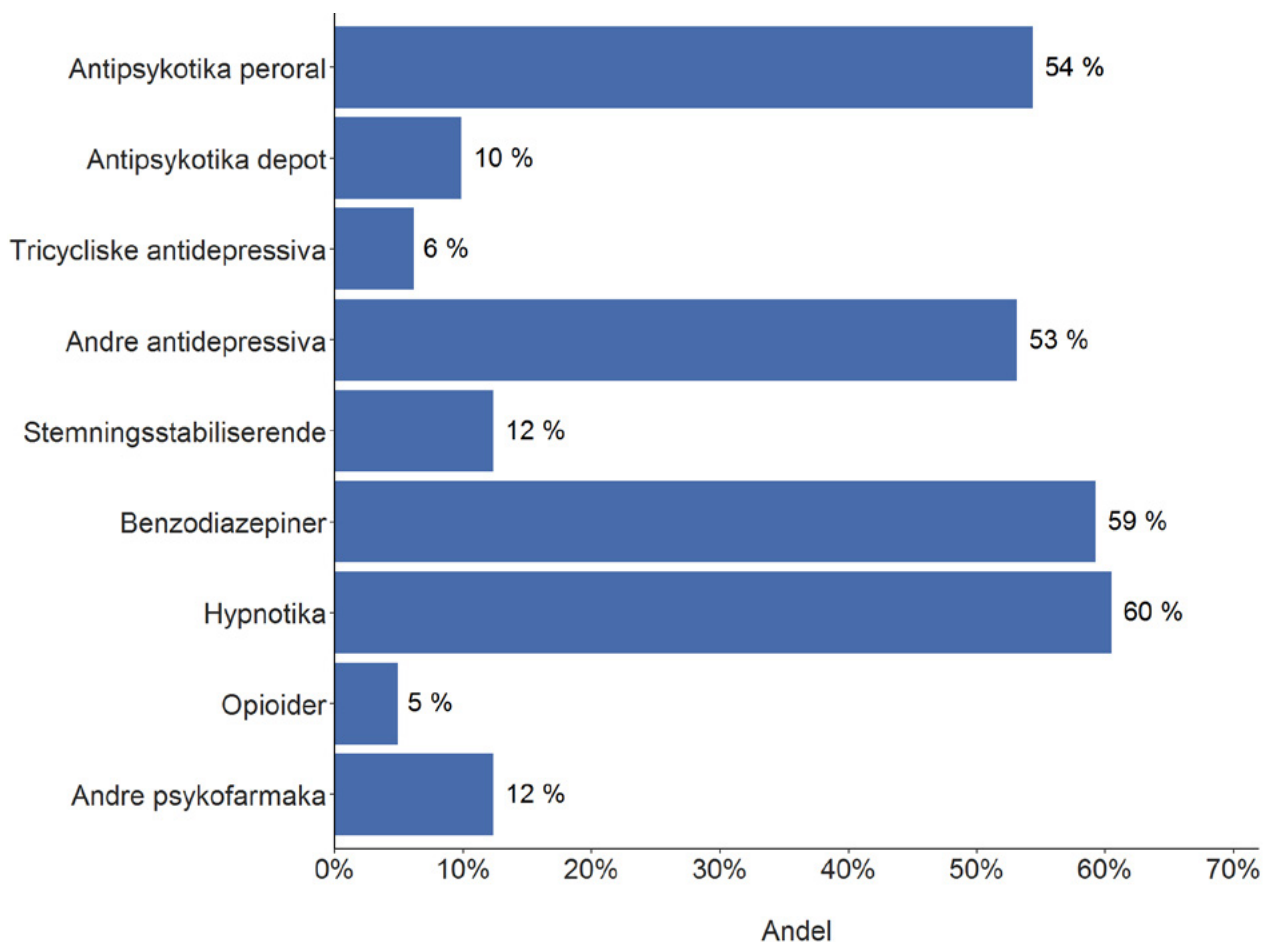
En femtedel hadde en alvorlig somatisk lidelse. Sammenlignet med andre variabler brukte færre enn tre kategorien ukjent og det var heller ingen kjønnsforskjeller i omfanget av somatisk lidelse. Spørsmålet om somatisk lidelse ble lagt til etter revisjon av skjemaet og antall besvarelser er derfor lavere enn for de andre variablene (Figur 3.12).

Andelen som hadde opplevd traumer i barndommen var 17 %. Dette inkluderer både fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk. Andelen var høyere for kvinner enn for menn,

henholdsvis 28 % og 9 %. I 30 % av tilfellene var det ukjent hvorvidt pasientene hadde en traumehistorie i barndommen. Andelen ukjent var svært høy for denne variabelen, noe som sannsynligvis medfører en underestimert andelen med traumer i barndommen. Hos 47 % var det en kjent negativ livshendelse de siste tre månedene før dødsfallet. Andelen med økonomiske problemer de siste tre månedene før selvmordet var lavere og lå på 17 %. Hos 19 % var det ukjent om pasienten hadde økonomiske problemer.

Medikamenter

Figur 3.13 Foreskrevne medikamenter blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=78)

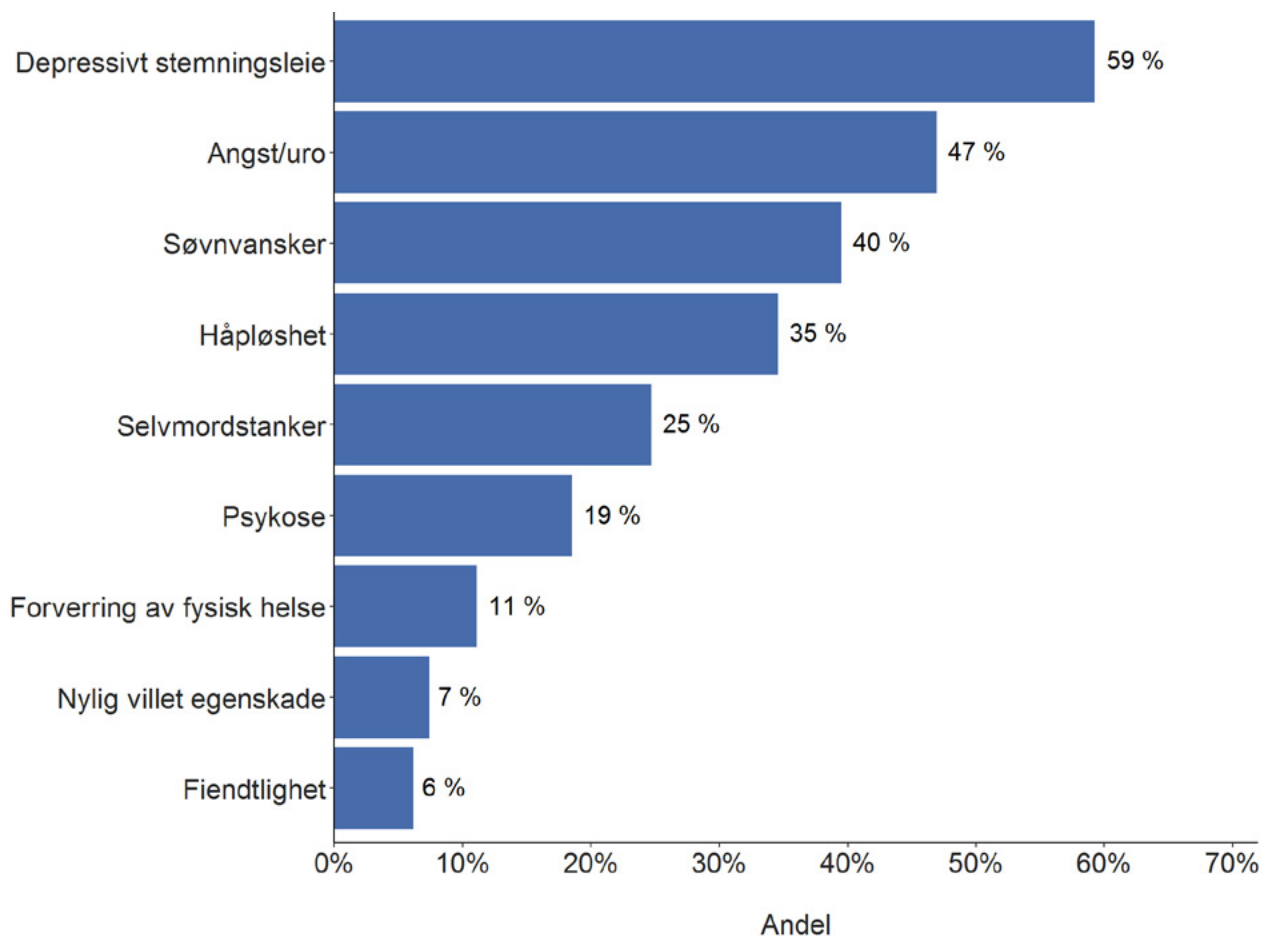


Nesten alle (96 %) hadde fått foreskrevet en eller annen form for psykofarmaka. Som vist i figur 3.13 var hypnotika (60 %) og Benzodiazepiner (59 %) de hyppigst foreskrevde medikamentene.

Videre var antipsykotika peroralt (54 %) og antidepressiva (andre enn tricycliske) (53 %) hyppig foreskrevet.

Siste innleggelse

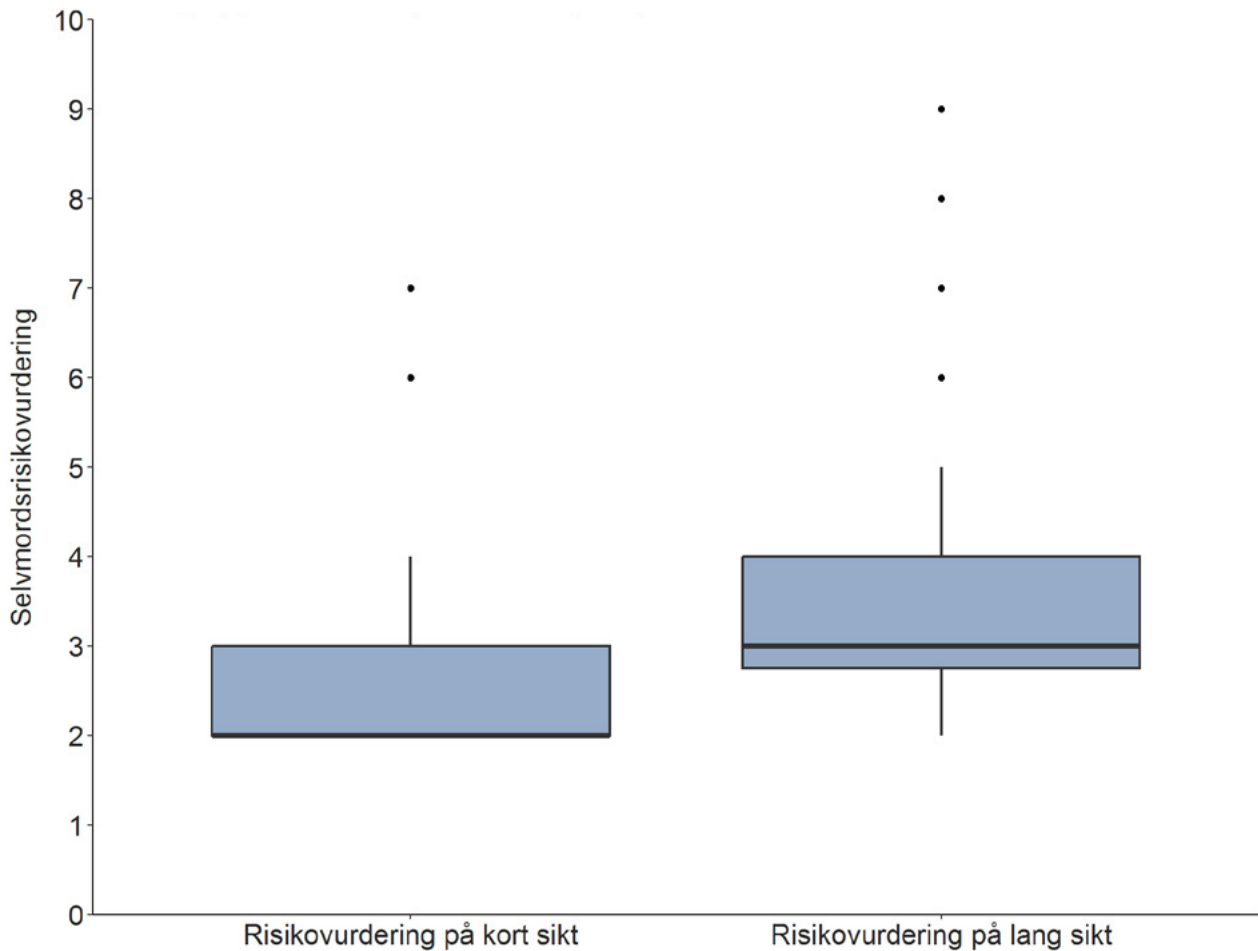
Figur 3.14 Symptomer ved siste innleggelse blant personer som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)



Symptomer ved siste innleggelse er ikke basert på diagnoser, men på behandlerens vurdering og observasjoner ved siste kontakt. Det vanligste observerte symptomet ved siste innleggelse var depressivt stemningsleie (59 %), etterfulgt av angst/uro (47 %) (Figur 3.14). Søvnvansker

og håpløshet var også vanlige symptomer. Det er verdt å merke seg at kun én av fire hadde kjente selvmordstanker ved siste kontakt. Siden pasientene kan ha flere ulike symptomer ved siste innleggelse vil den totale andelen overstige 100 %.

Figur 3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste innleggelse blant pasienter som døde under døgnoophold, 2018–2020 (n=47)

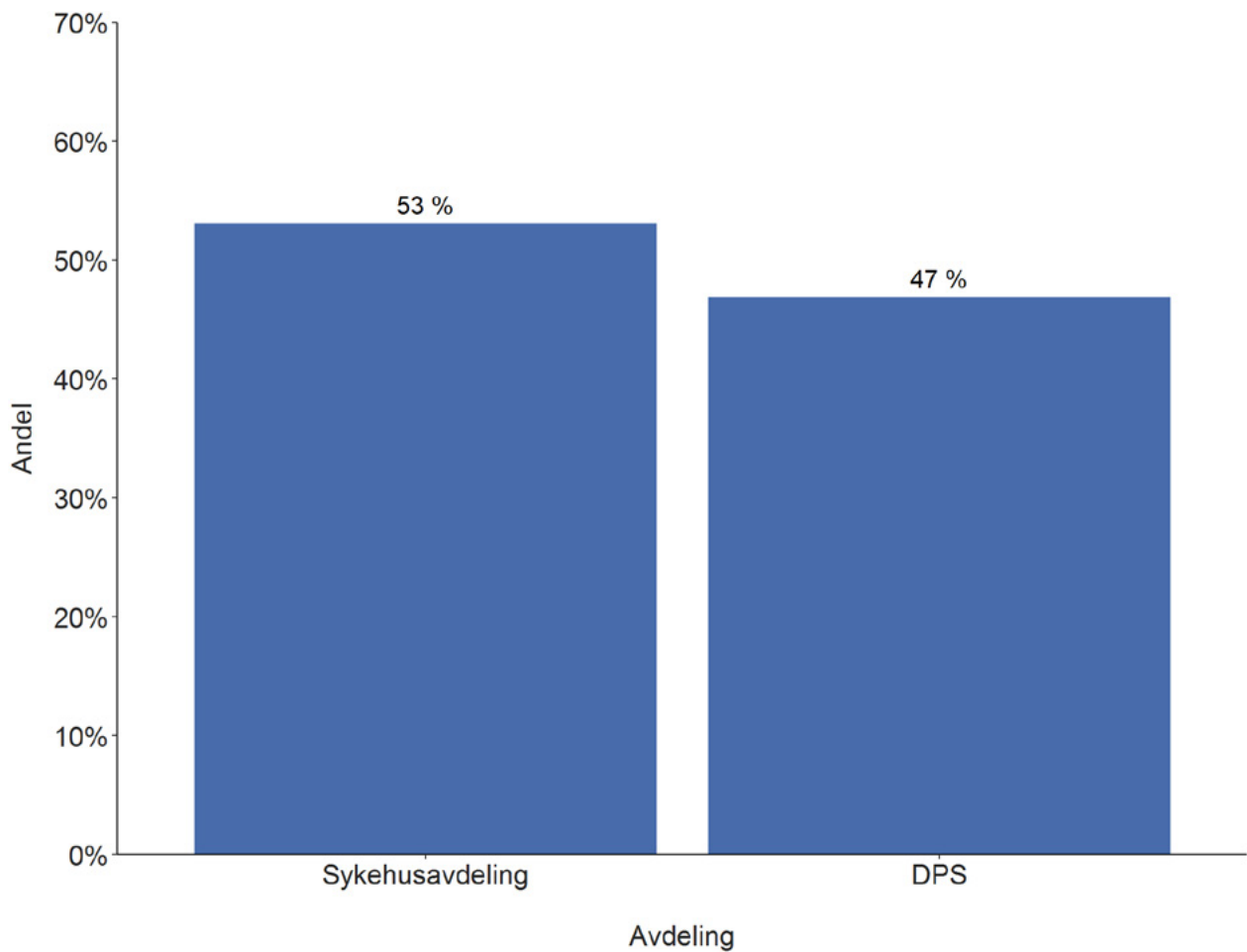


Risiko for selvmord ble vurdert på en Likert-skala fra 1–10. På grunn av revisjon av variabelen er det 47 pasienter (58 %) som har en gyldig respons på denne variabelen. Selvmordsrisikoen ble vurdert som lav i de fleste tilfellene, både på kort og lang sikt. Selvmordsrisikoen på kort sikt hadde en median på 2 mens selvmordsrisikoen på lang sikt hadde en median

på 3 (Figur 3.15). Det er viktig å påpeke at disse risikovurderingene har blitt gjort retrospektivt, og den som har skåret variabelen har vært kjent med at pasienten er død i selvmord. Etter vår vurdering gjør dette funnet enda mer slående, og viser tydelig at det å skulle vurdere eller predikere faren for selvmord selv i en klinisk høyrisikogruppe som regel ikke er mulig.

Type avdeling for døgnopphold

Figur 3.16 Avdeling blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)

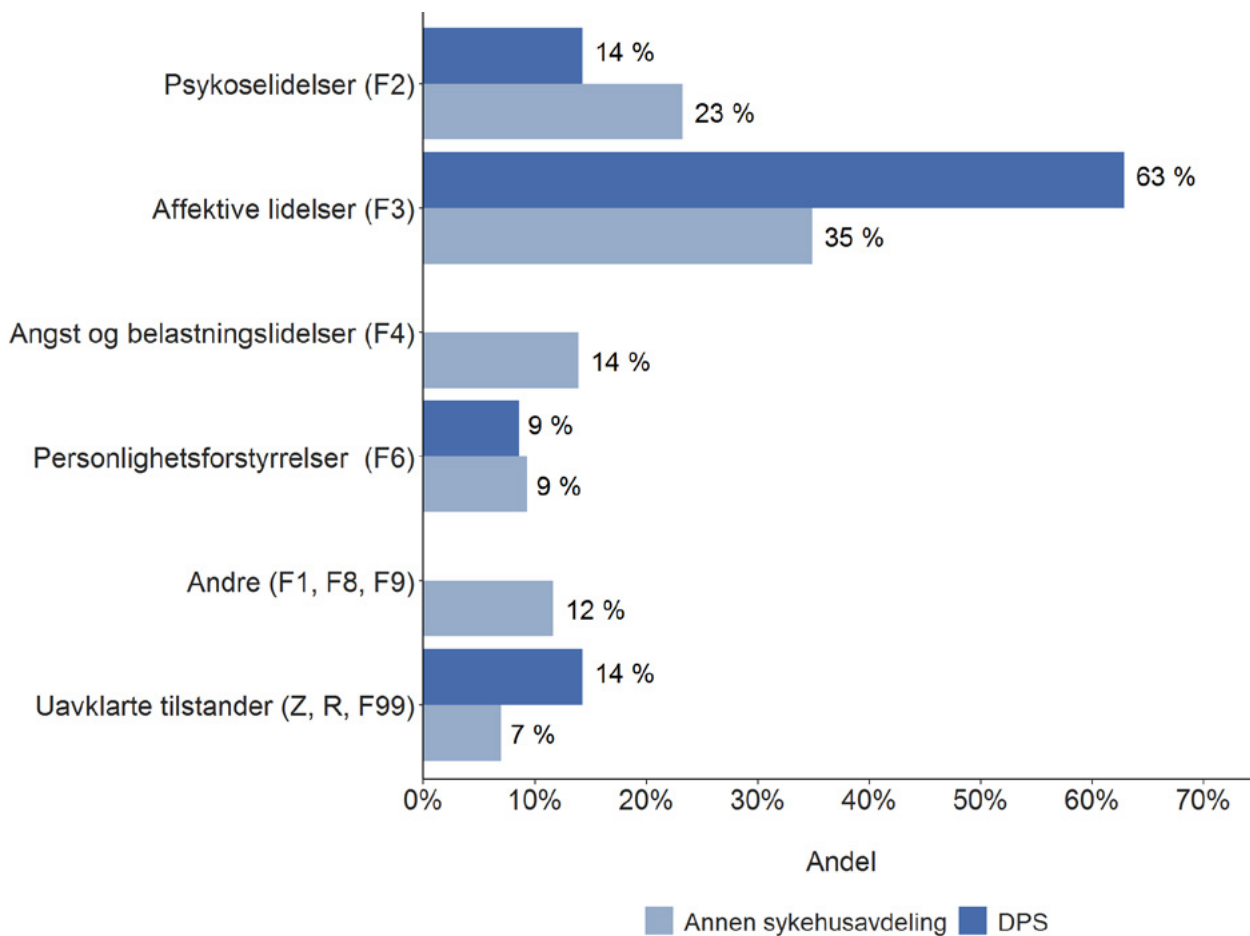


Blant pasientene som døde under døgnopphold i PHV-V var 47 % på et distriktpsikiatrisk senter (DPS), mens de resterende var på en

sykehusavdeling (Figur 3.16). Majoriteten av de som døde under døgnopphold på sykehusavdeling var på en akutt avdeling.

Diagnose fordelt på DPS og sykehusavdeling

Figur 3.17 Hoveddiagnose ved siste innleggelse blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, fordelt på avdeling 2018–2020 (n=81)

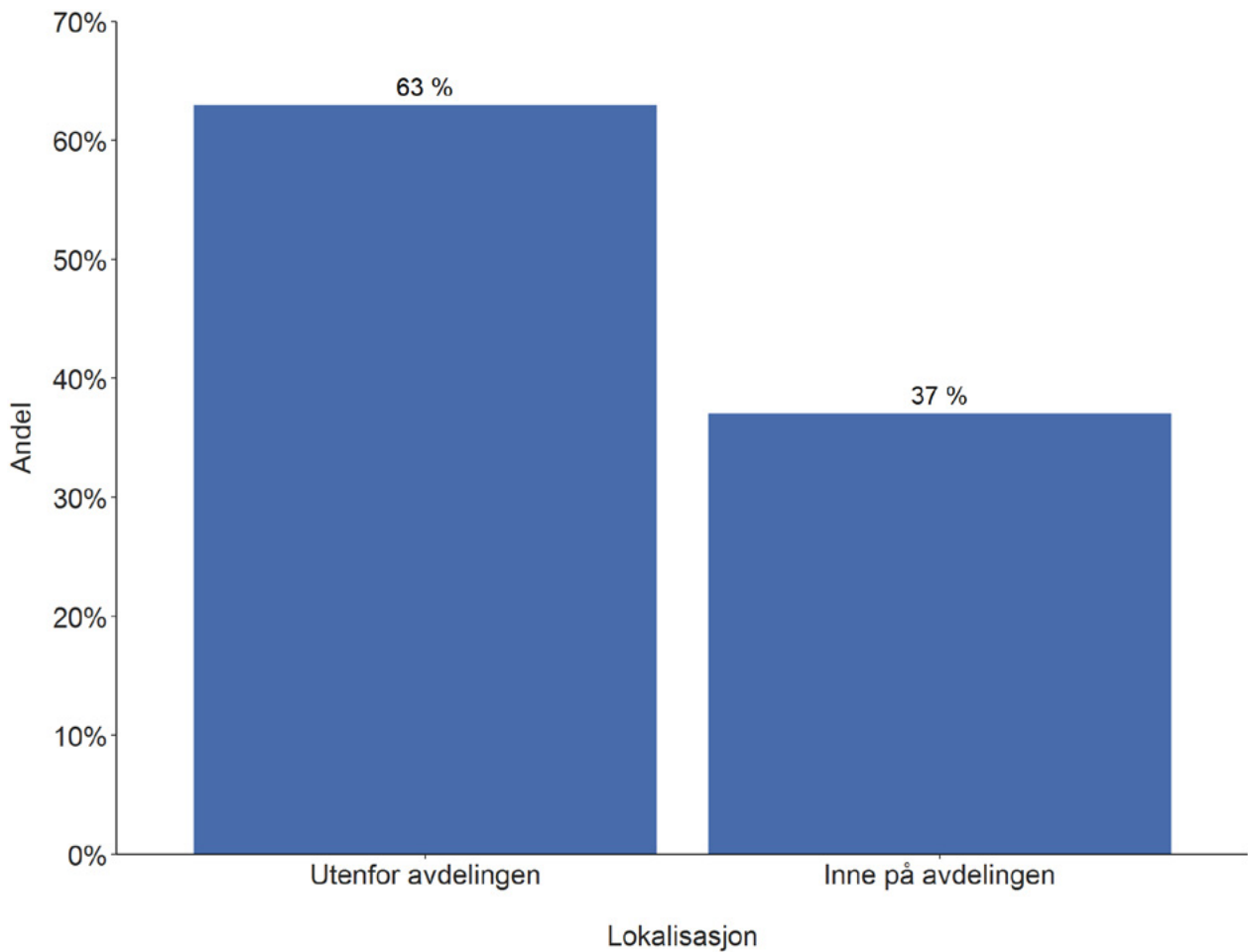


Affektive lidelser var den største diagnosegruppen blant alle pasientene som døde på DPS (63 %) eller annen sykehusavdeling (35 %),

etterfulgt av psykoselidelser og uavklarte tilstander (Figur 3.17).

Lokalisasjon for selvmord under døgnopphold

Figur 3.18 Lokalisasjon for selvmord blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)

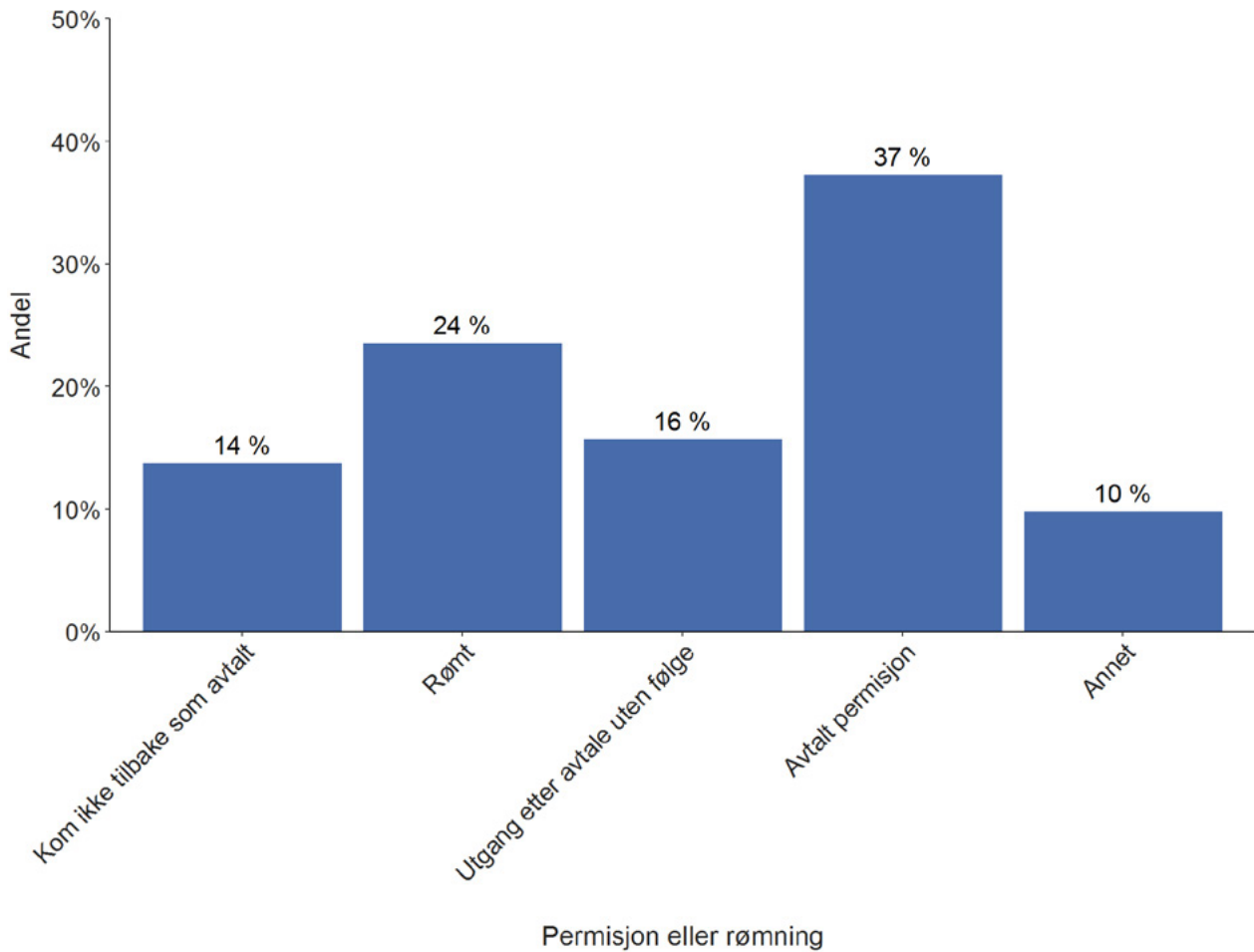


Figur 3.18 viser fordelingen over hvor pasientene døde under døgnopphold. Av de 81 personene som døde under døgnopphold var det totalt 30

pasienter (37 %) som døde inne på avdelingen og 51 pasienter (63 %) som døde utenfor avdelingen.

Permisjon eller rømning blant pasienter som døde utenfor avdelingen under døgnopphold

Figur 3.19 Permisjon eller rømning blant pasienter som døde utenfor avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=51)

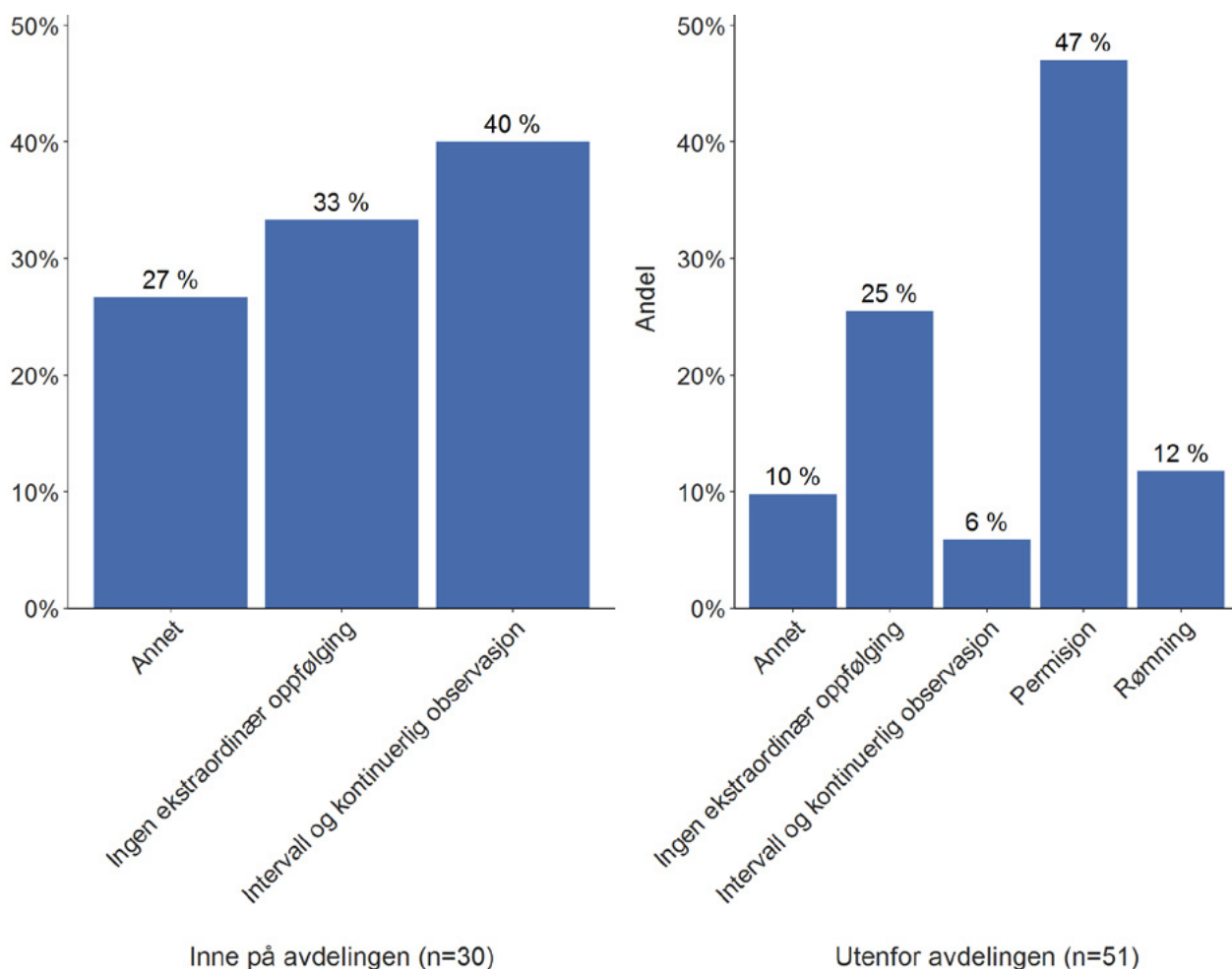


Blant de 51 pasientene som døde utenfor avdelingen var de fleste på permisjon (37 %),

og 24 % hadde rømt fra avdelingen på dødstidspunktet (Figur 3.19).

Observasjonsstatus

Figur 3.20 Observasjonsstatus blant pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020

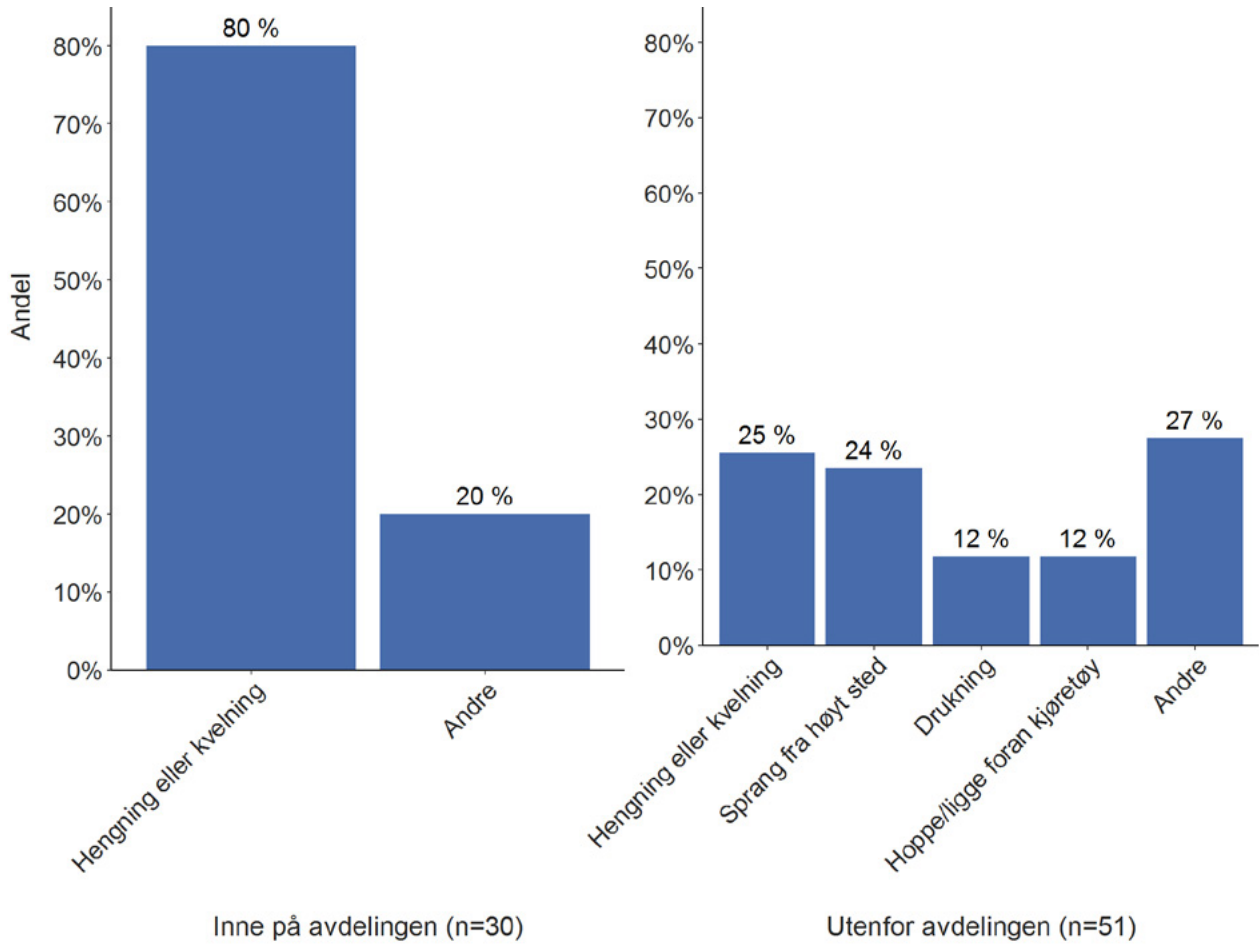


Blant pasientene som døde inne på avdelingen var 40 % under intervall eller kontinuerlig observasjon, men færre enn tre var under kontinuerlig observasjon. Av pasientene som døde utenfor avdelingen var 47 % på permisjon og 25 % hadde ingen ekstraordinær oppfølging (Figur 3.20). Blant pasientene som døde inne på avdelingen består kategorien *annet* av ulike

former for intervall observasjon, noe som egentlig burde vært rapportert i de spesifiserte kategoriene. Når det gjelder de som døde utenfor avdeling består kategorien *annet* av andre former for utgang hvor de egentlig burde vært rapportert som ingen ekstraordinær oppfølging.

Selvordsmetoder blant pasienter som døde inne på avdelingen og utenfor avdelingen

Figur 3.21 Selvordsmetoder blant pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020

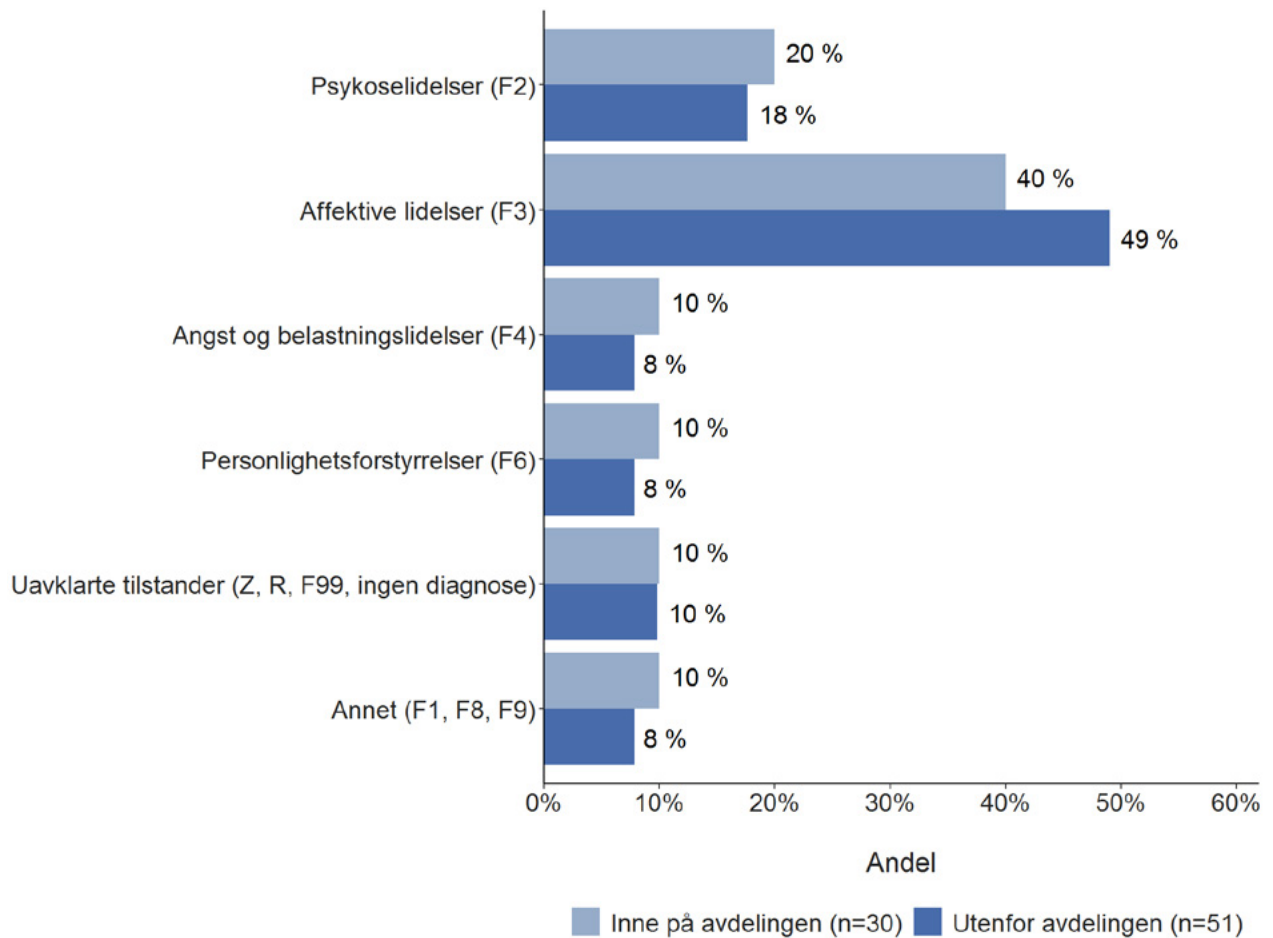


Blant pasientene som døde inne på avdelingen var hengning eller kvelning den klart mest brukte selvmordsmetoden (80 %). Blant pasienter som døde utenfor avdelingen var det større variasjon i selvmordsmetode, men også her var hengning eller kvelning en av de mest brukte metodene

(25 %), etterfulgt av sprang fra høyt sted (24 %). Kategorien *andre* består av forgiftning, bruk av motorisert kjøretøy, skade uvisst påført med hensikt, skarpe gjenstander, skyting eller eksplosiver og stumpe gjenstander (Figur 3.21).

Hoveddiagnoser fordelt på lokalisasjon ved dødsfall

Figur 3.22 Hoveddiagnoser ved siste innleggelse fordelt på lokasjon, 2018–2020

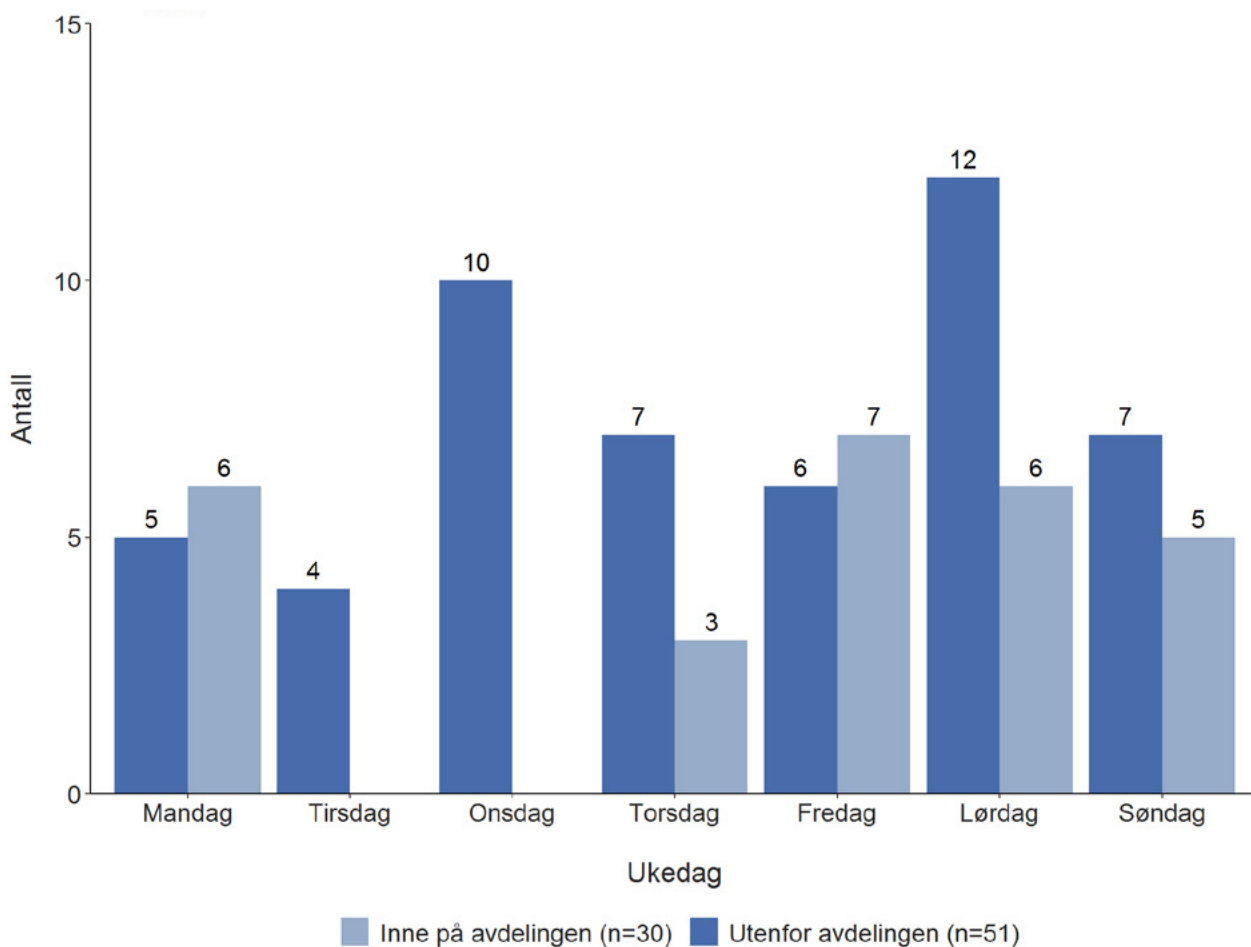


Det var ingen klare forskjeller i hoveddiagnoser blant pasientene som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen under døgnopphold. Affektive lidelser var den største diagnostiske gruppen både hos de som

døde inne på avdelingen (40 %) og utenfor avdelingen (49 %). En fjerdedel av de som døde inne på avdelingen hadde psykoselidelse som hoveddiagnose. Blant pasientene som døde utenfor avdelingen var andelen 18 % (Figur 3.22).

Ukedag for selvmord fordelt på lokalisasjon ved dødsfall

Figur 3.23 Ukedag for selvmord fordelt på pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020



På grunn av lave antall vil det være store svingninger når det kommer til hvilken dag i uken pasientene døde. Man kan derimot se en tendens til at de fleste døde i løpet av helgen. Dette var tilfellet for både de som døde inne på avdelingen og utenfor avdelingen. Blant

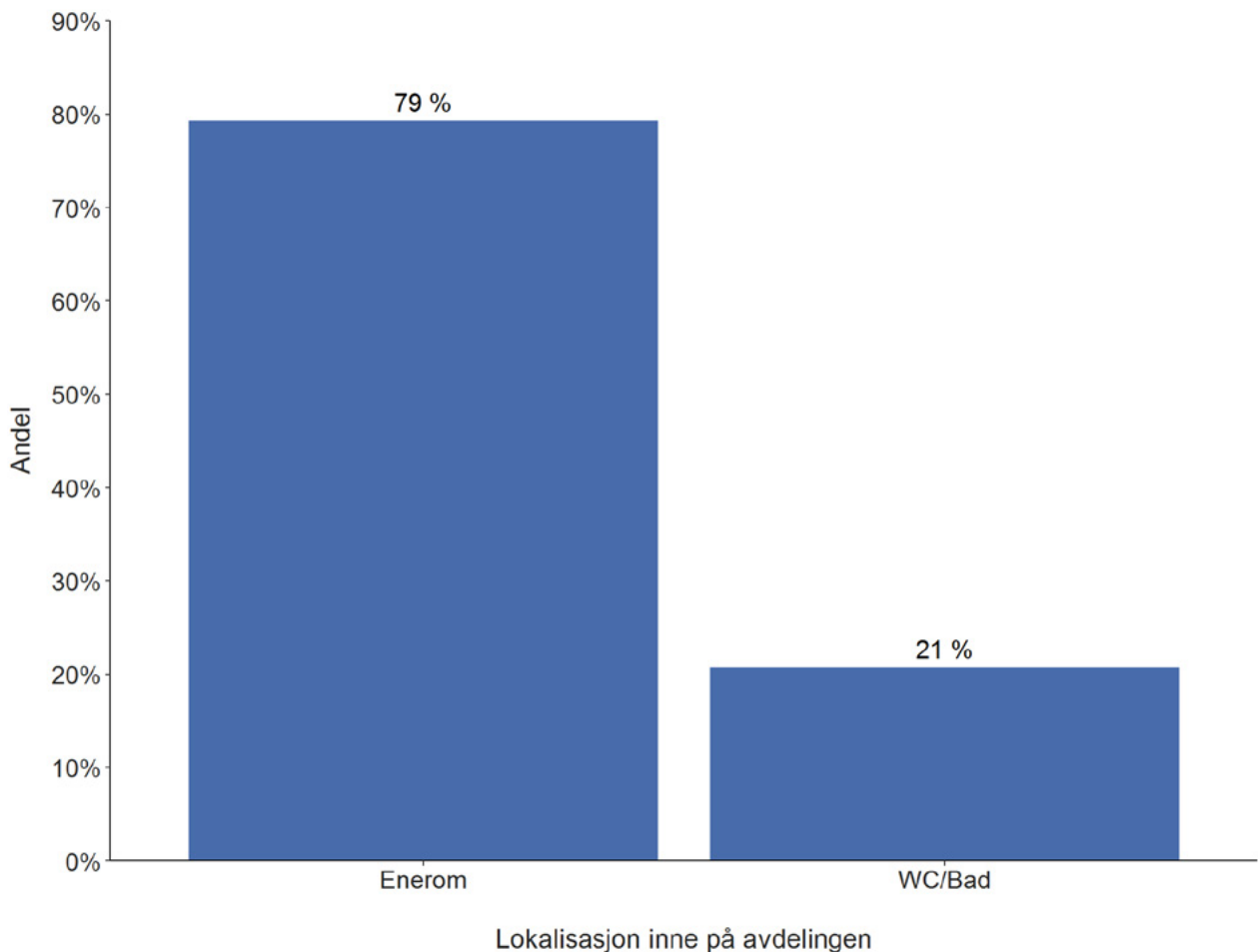
pasientene som døde utenfor avdelingen døde også flere på onsdager og torsdager (Figur 3.23). Blant pasientene som døde inne på avdelingen døde færre enn tre på en tirsdag eller onsdag og er derfor ikke fremstilt her.

3.1 Selvmord under døgnopphold blant pasienter som døde inne på avdelingen

Vi vil nå beskrive mer spesifikt og detaljert data fra kartleggingsskjemaet som kun gjelder pasienter som døde i selvmord inne på avdelingen i perioden 2018–2020. Som tidligere nevnt gjelder dette kartleggingsskjemaer for 30 pasienter.

Lokalisasjon inne på avdelingen

Figur 3.1.1 Lokalisasjon inne på avdelingen for selvmord, blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=29)

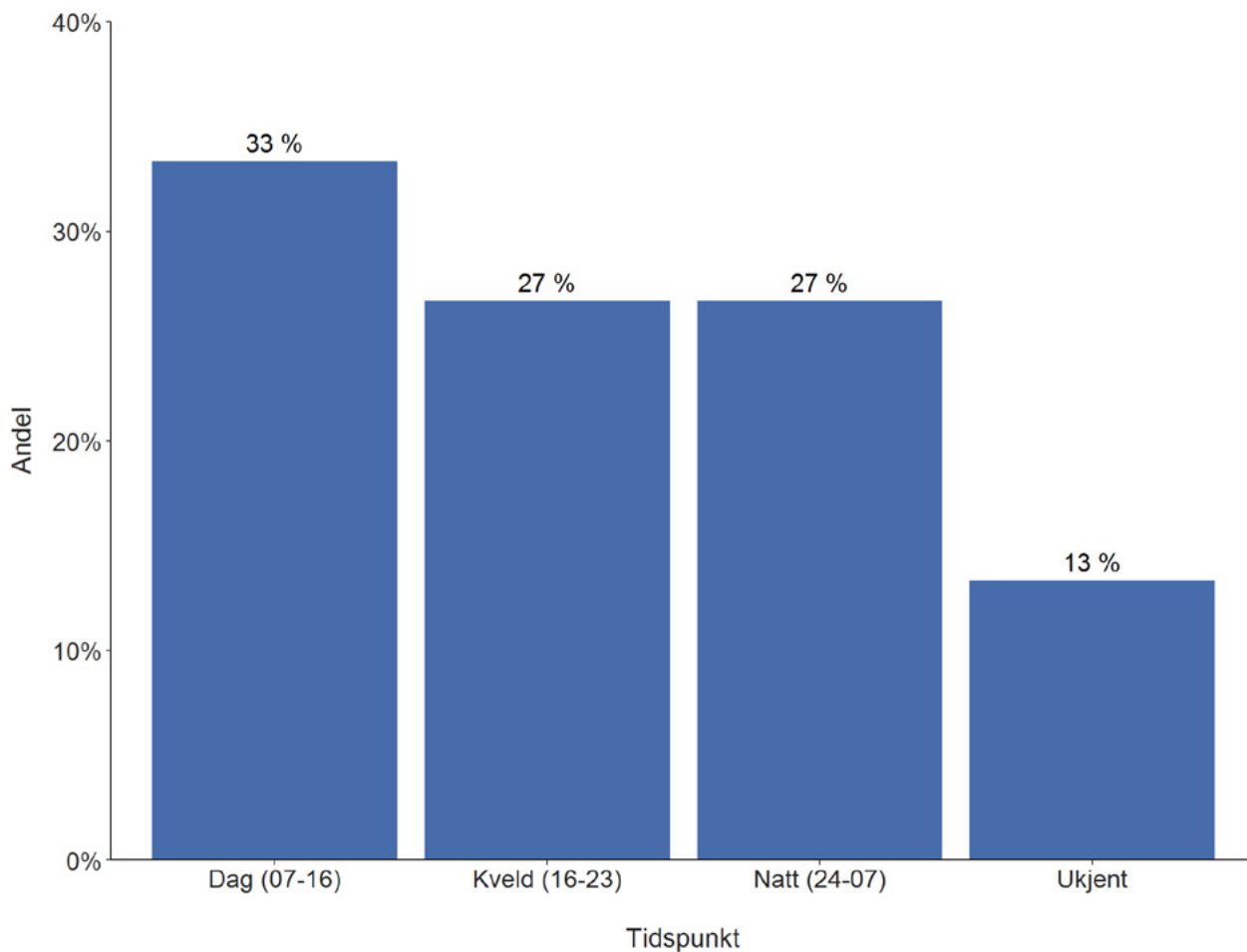


Blant pasientene som døde inne på avdelingen døde 79 % på enerom og 21 % på wc eller bad (Figur 3.1.1). Kategorien *annet* består av færre

enn tre pasienter og er dermed ikke inkludert i denne figuren.

Tidspunkt på døgnet for selvmord

Figur 3.1.2 Tidspunkt på døgnet for selvmord, blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=30)

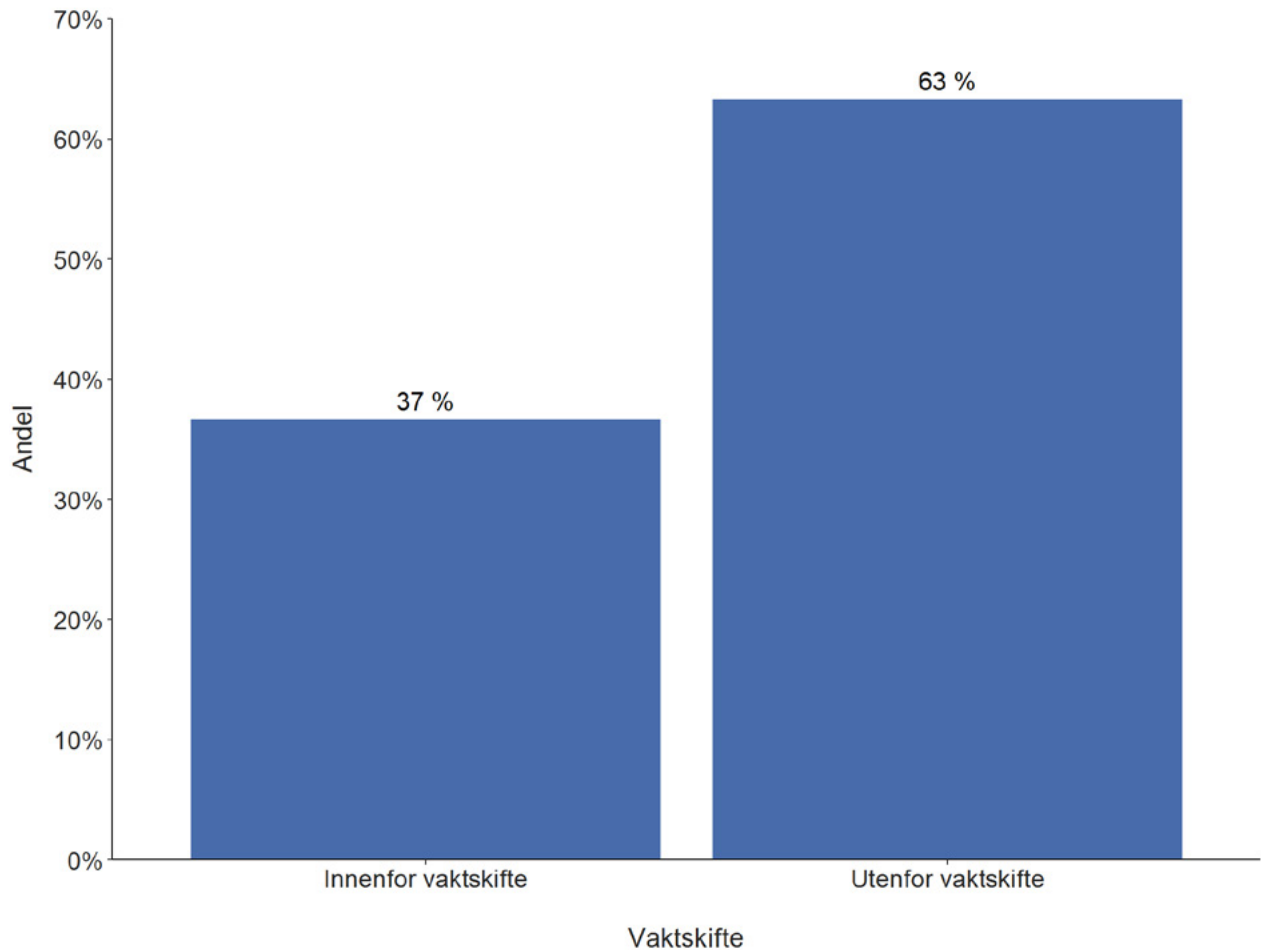


Blant pasientene som døde inne på avdelingen var det ingen store forskjeller når det gjelder tid på døgnet for dødsfallet, 10 (33 %) døde på morgenen eller på dagen, 8 (27 %) døde på

ettermiddagen eller på kvelden, og 8 (27 %) døde i løpet av natten. Når på døgnet pasienten døde var ukjent i 13 % av tilfellene (Figur 3.1.2).

Selv mord under vaktskifte

Figur 3.1.3 Selvmord ved vaktskifte, blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018-2020 (n=30)



Vi har definert vaktskiftene slik at vaktskifte natt/dag er mellom 07.00 og 09.00, vaktskifte dag/kveld er mellom 14.00 og 16.00, og vaktskifte kveld/natt er mellom 21.00 og 23.00. Majoriteten (19 pasienter, 63 %) døde utenfor vaktskifte,

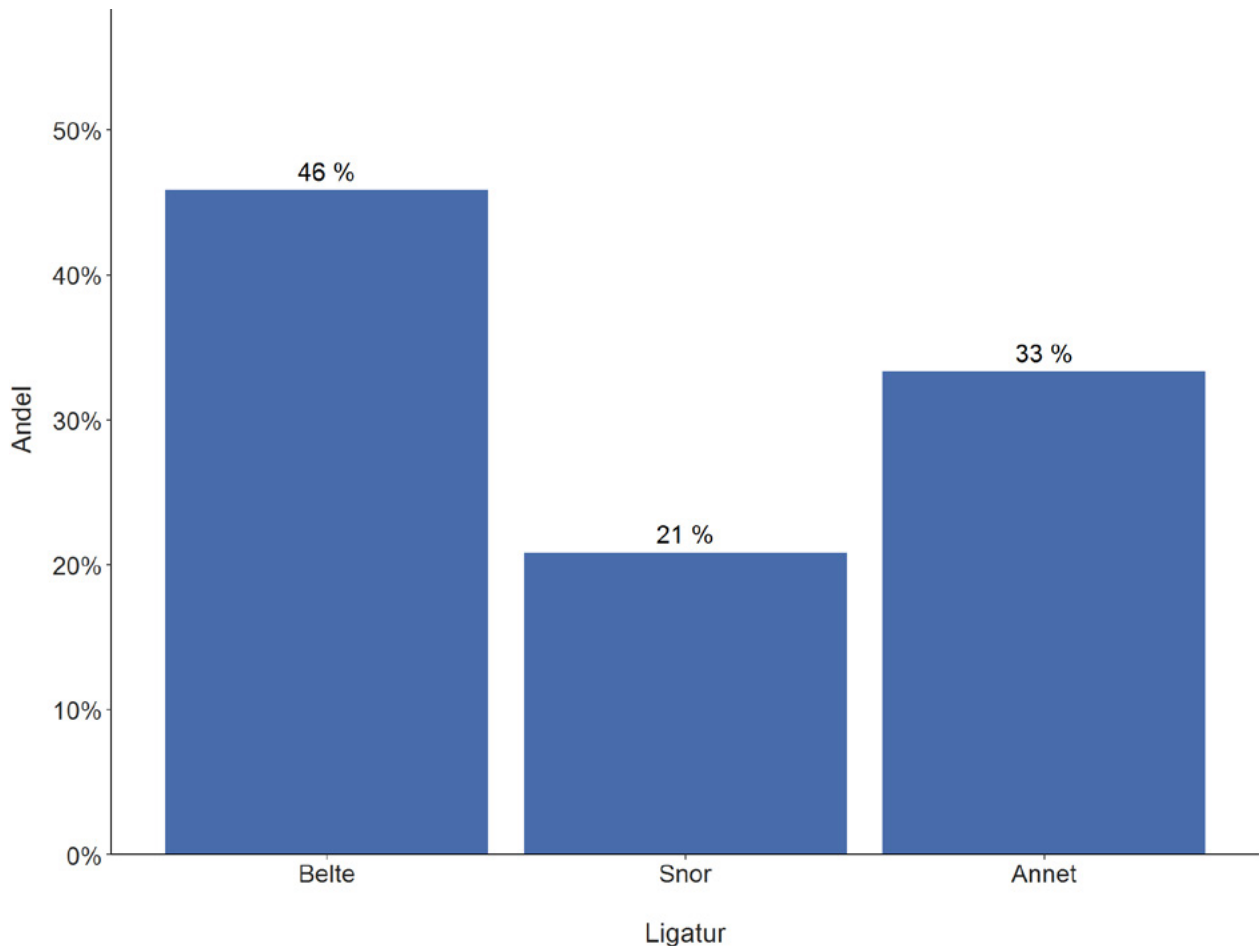
mens 11 (37 %) døde innenfor vaktskifte, enten det var vaktskifte dag/kveld, kveld/natt eller natt/dag (Figur 3.1.3). Det er viktig å bemerke at vaktskiftene omfatter en kortere tidsperiode av døgnet enn perioden utenom vaktskifte.

Ligatur og ligaturpunkter

I de følgende avsnittene vil vi kun se på de pasientene som døde ved hengning eller kvelning inne på avdelingen (n=24). Om en annen selvmordsmetode ble brukt vil disse

spørsmålene ikke være aktuelle. Ligatur vil si hvilket middel som er brukt til å henge eller kvele seg med (f.eks. et tau), mens ligaturpunkt er festepunktet som er brukt (f.eks. en dør).

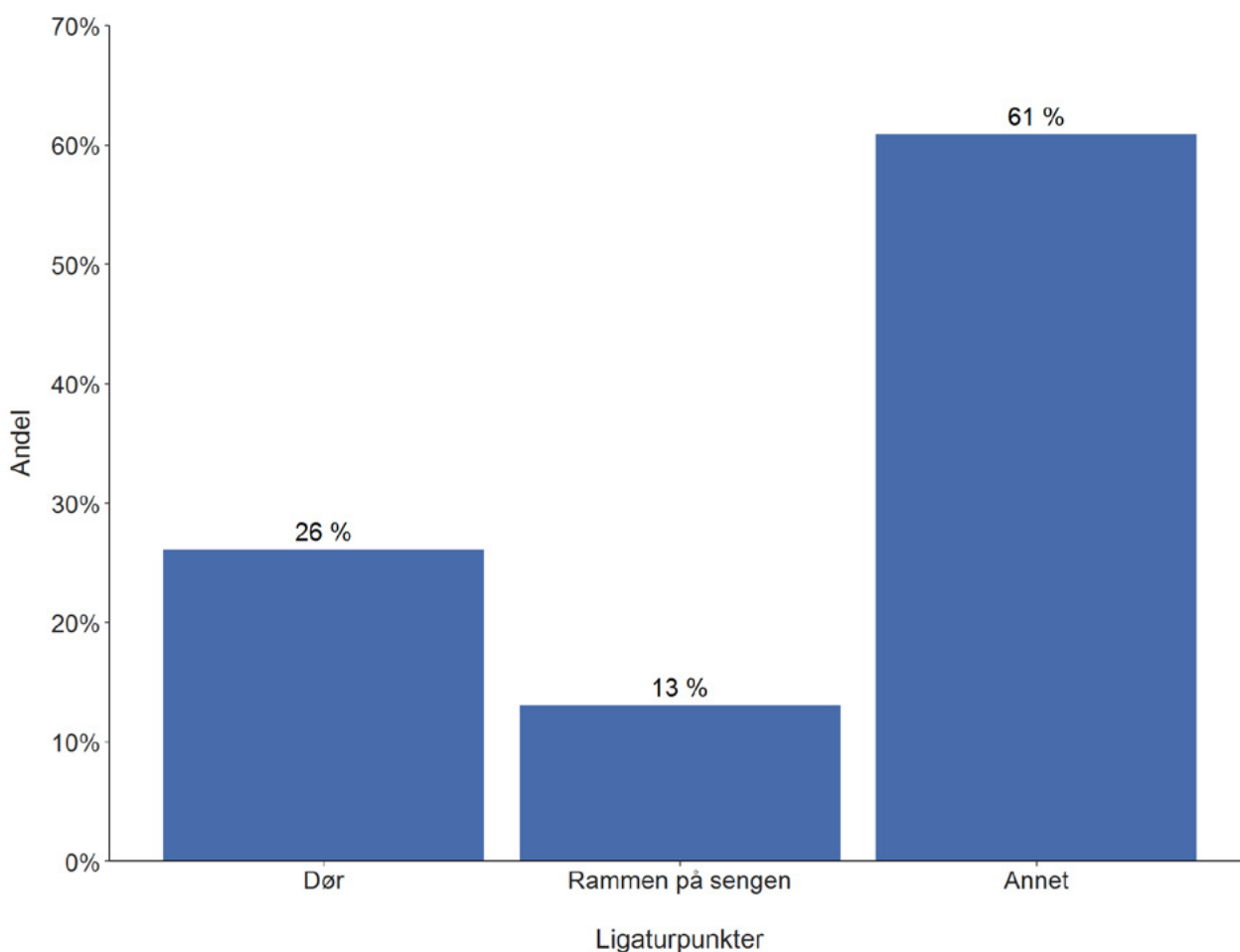
Figur 3.1.4 Ligatur blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=24)



Av de 30 pasientene som døde inne på avdelingen brukte 24 pasienter (80 %) hengning eller kvelning som metode. Belte ble brukt i 46 % av disse tilfellene, snor i 21 %, og 33 % brukte

andre ligaturer (Figur 3.1.4). I kategorien *annet* inngår blant annet laken, håndkle, slips og øvrige enkeltmetoder.

Figur 3.1.5 Ligaturpunkter blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=24)



Blant de 24 pasientene som brukte hengning eller kvelning som selvmordsmetode ble kategorien *annet* mest brukt (61 %). Her består kategorien *annet* av andre ulike typer ligaturpunkter som håndtak, knagger, vindu,

gardinoppheng eller dusjarmatur. I 26 % og 13 % av tilfellene ble det henholdsvis brukt en dør eller en del av rammen på sengen til å henge eller kvele seg fra (Figur 3.1.5).

Begrensninger

Dette prosjektet omfatter kun personer som døde i selvmord og kjennetegn ved dem og deres kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus. På grunn av dette fokuset angir vi 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.

Anbefalinger for forebygging av selvmord i tjenestene

Kartleggingssystemet har basert på våre tidligere rapporter presentert flere implikasjoner for selvmordsforebygging. I to rapporter (Walby, Astrup, et al., 2021; Walby et al., 2020) er implikasjoner for TSB beskrevet. Implikasjoner for selvmordsforebygging i PHV-BU er beskrevet i Walby et al. (2022) og i neste årsrapport vil vi fokusere spesielt på personer i kontakt med avtalespesialister det siste året før selvmord. I denne rapporten vil vi derfor fokusere på anbefalinger for PHV-V, med hovedfokus på anbefalinger for døgnenheter.

Nedenfor presenterer vi først anbefalinger basert på implikasjoner fra forrige årsrapport (Walby, Astrup, et al., 2021), samt andre tidligere rapporter. Vi har gjort noen revisjoner av tidligere implikasjoner og oppdatert evidensgrunnlaget for en implikasjon. Deretter presenterer vi flere anbefalinger for PHV-V basert på nye data, samt nye anbefalinger for døgnenheter.

Implikasjonen 'Sikre god oppfølging etter utskrivelse' har fått oppdatert evidensgrunnlag. I forrige rapport viste vi at en høy andel hadde døgnopphold siste år. I denne rapporten har vi også undersøkt selvmordsrate blant personer med minst ett døgnopphold det siste året. Denne selvmordsraten er omtrent 46 ganger høyere enn selvmordsraten i befolkningen generelt. Den første tiden etter utskrivelse er således svært kritisk da de fleste dør kort tid etter utskrivelse fra døgnopphold.

Nye anbefalinger for å forebygge 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 høy-risiko 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

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
- 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

den individuelle pasienten med høy-risiko heller retter fokuset mot brede grupper av pasienter med indirekte og mer lav-intensive tiltak (Myhre, Walby, et al., 2022). Det er derfor behov for å utvikle, evaluere og implementere flere systembaserte forebyggende tiltak i tjenestene.

Individualiserte vurderinger av selvmordsrisiko basert på pasientens kliniske tilstand og behov

Pasienter som dør i selvmord er en heterogen og sammensatt gruppe. Selvmordsrisikoen er alltid knyttet til den enkelte pasientens sårbarhet, belastninger og psykiatriske 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.

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 å forebygge selvmord under døgnopphold i PHV-V

Sørge for døgntilbud på rett nivå

Rundt halvparten av pasientene som døde under døgnopphold døde på en DPS avdeling og hadde en depresjonsdiagnose. På klinisk nivå må man ta stilling til om DPS nivået er sikkert nok for en pasient med depresjon, der alvorlighetsgrad av depresjon eller suicidal atferd kan indikere behov for et høyere omsorgsnivå. Det er store forskjeller i organiseringen av tjenestetilbudet

lokalt og regionalt og på foretaksnivå bør dimensjonering, samarbeid og pasientflyt mellom sykehus og DPS vurderes og tilpasses for å sikre trygge og tilstrekkelige tjenester.

Fjerning av hengningspunkter og begrense tilgang på selvmordsmetoder

Fjerning av hengningspunkter og andre tiltak for å begrense tilgang på selvmordsmetoder er et av de best dokumenterte selvmordsforebyggende tiltakene inne på døgnavdelinger. Fortsatt fokus på slike tiltak er viktig i tråd med føringer i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2023a).

Ved akutt overhengende selvmordsfare bør kontinuerlig observasjon benyttes

Spesiell observasjon knyttet til selvmordsfare er et svært inngripende tiltak, og bør benyttes restriktivt. Samtidig, ved behov for spesielle observasjoner som beskyttelsestiltak ved selvmordsfare bør kontinuerlig observasjon benyttes i større grad enn intervallobservasjoner, som ikke gir tilstrekkelig beskyttelse ved akutt overhengende selvmordsfare.

Aktivere og engasjere pasientene i avdelingens fellesmiljø

De fleste selvmord inne på avdeling skjer på pasientrom eller bad og på dag-/kveldstid. Ett selvmordsforebyggende miljøterapeutisk tiltak er å arbeide aktivt med å aktivere og engasjere pasientene i avdelingens fellesmiljø. Tilbud og tilrettelegging for deltakelse i et aktivt fellesmiljø vil trolig være ønsket av mange pasienter. Det vil også sannsynligvis bidra til å bedre pasientens øvrige tilstand.

Vurdere risiko og nytte av utgang og permisjon

Majoriteten av selvmord skjer utenfor avdelingen og de fleste var på avtalt permisjon. Det er derfor viktig å balansere behovet for å ivareta risiko og behov for beskyttelse opp mot terapeutiske effekter og pasientens ønsker og behov. Vurdering av utgang og permisjon bør integreres i en helhetlig klinisk vurdering av pasienten og inkluderes i pasientens behandlingsplan.

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). *Årsaker til død* [Statistikkbank]. Dødsårsaksregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. (2023b). *Dødsårsaksregisteret*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/203e364f-c9b3-4fd2-bd06-4aa241ef7f38:91e26d9af56c5de4905b9641a48a3febf210c23c/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2020a). *Tvang i psykisk helsevern – Status etter lovendringene i 2017 (IS-2888)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tvang-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (HØRINGSUTKAST)*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
- Helsedirektoratet. (2023b). *Norsk pasientregister (NPR)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>
- Helsedirektoratet. (2023c). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielsen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x>
- Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Walby, F. A. (2022). *Selvmed 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>
- Myhre, M. Ø., Walby, F. A., & Mehlum, L. (2022). Systemperspektiver på selvmordsforebygging i psykisk helsevern. *Suicidologi*, 27(3). <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/10026/8382>
- NCISH. (2023). *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health*. The University of Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/>
- Universitetet i Oslo. (2023a). *Nettskjema*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Universitetet i Oslo. (2023b). *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- 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. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2022). *Selvmord 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. 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), Art. 3. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5880>
- Falby, F. A., Myhre, M. Ø., Astrup, H., & Kildahl, A. T. (2021). *Implementering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – En nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2020). *Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet

Oversikt over figurer og tabeller

Tabeller

- Tabell 1.1. Oversikt over kobling og ferdigstilling av data, samt dekningsgrad, 2018–2020
- Tabell 1.2. Antall skjema fordelt på trinn, 2018–2020 (n=829)
- Tabell 1.3. Antall skjema fordelt på RHF per trinn, 2018–2020 (n=829)
- Tabell 1.4. Rollen personen som registrerte kartleggingsskjema hadde ovenfor pasienten, 2018–2020 (n=793)
- Tabell 1.5. Informasjon til pårørende om registreringen i Kartleggingssystemet (n=829)
- Tabell 3.1. Antall og andel som døde under døgnopphold, blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020
- Tabell 3.2. Spesialistvedtak blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)

Figurer

- Figur 1. Oversikt over Kartleggingssystemets design
- Figur 1.1. Tilbakemeldinger på kartleggingsskjemaet, 2018–2020 (n=797)
- Figur 2.1. Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2020, samt data fra kartleggingsskjemaet på personer som døde i perioden 2010–2020
- Figur 2.1.1. Antall selvmord blant personer med direkte kontakt og uten kontakt i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år, 2010–2020 (n=6496)
- Figur 2.1.2. Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år, 2010–2020
- Figur 2.1.3. Andel i kontakt med tjenestene siste år og siste 3 måneder før selvmord, 2010–2020 (n=2987)
- Figur 2.1.4. Antall selvmord fordelt på sektor ved siste kontakt, 2010–2020 (n=2987)

- Figur 2.1.5 Antall selvmord fordelt på regionalt helseforetak ved siste kontakt, blant personer i kontakt med tjenestene siste år, 2010–2020 (n=2987)
- Figur 2.2.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020 (n=2578)
- Figur 2.2.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V siste år, 2010–2020
- Figur 2.2.3 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med PHV-V poliklinikk siste år, 2010–2020
- Figur 2.2.4 Selvmordsrate per 100 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år, 2010–2020
- Figur 2.2.5 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2578)
- Figur 2.2.6 Behandlingsstatus ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2578)
- Figur 2.2.7 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=2578)
- Figur 2.2.8 Dager fra siste utskrivelse til selvmord blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år, 2010–2020 (n=1394)
- Figur 2.2.9 Andel som døde innen en uke etter siste utskrivelse fra døgnopphold i PHV-V, blant personer med minst ett døgnopphold i PHV-V siste år før selvmord, 2010–2020 (n=1394)
- Figur 2.2.10 Sykehistorie blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)
- Figur 2.2.11 Livsbelastninger blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020
- Figur 2.2.12 Medikamenter og øvrige tiltak, blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)
- Figur 2.2.13 Siste kontakt blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)
- Figur 2.2.14 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=725)

- Figur 2.2.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med PHV-V siste år før selvmord, 2018–2020 (n=543)
- Figur 2.3.1 Antall selvmord fordelt på kjønn blant personer i kontakt med TSB siste år, 2010–2020 (n=681)
- Figur 2.3.2 Selvmordsrate per 100 000 pasienter i kontakt med TSB siste år, 2010–2020
- Figur 2.3.3 Kjønn- og aldersfordeling blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2010–2020 (n=681)
- Figur 2.3.4 Andel i kontakt med PHV-V siste år, blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2010–2020 (n=681)
- Figur 2.3.5 Hoveddiagnoser ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2010–2020 (n=681)
- Figur 2.3.6 Dager fra siste utskrivelse til selvmord i TSB og PHV-V, blant personer i kontakt med TSB siste år før og med minst ett døgnopphold, 2010–2020 (n=437)
- Figur 2.3.7 Sykehistorie og livsbelastninger blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)
- Figur 2.3.8 Siste kontakt blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)
- Figur 2.3.9 Symptomer ved siste kontakt (i alle sektorer) blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=200)
- Figur 2.3.10 Selvmordsrisikovurdering ved siste kontakt (i alle sektorer), blant personer i kontakt med TSB siste år før selvmord, 2018–2020 (n=157)
- Figur 2.4.1 Antall selvmord blant barn og unge i kontakt med PHV-BU siste år før selvmord, 2010–2020 (n=85)
- Figur 2.4.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med PHV-BU siste år, 2010–2020
- Figur 2.5.1 Antall selvmord blant personer i kontakt med avtalespesialist siste år før selvmord, 2010–2020 (n=316)
- Figur 2.5.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter i kontakt med avtalespesialist siste år, 2010–2020
- Figur 3.1. Kobling og uttrekk av registerdata for 2010–2020, samt data fra kartleggings-skjemaet på pasienter som døde under døgnopphold i perioden 2018–2020

- Figur 3.2 Selvmordsrate per 1 000 pasienter med minst ett døgnopphold i PHV-V siste året, 2010–2020
- Figur 3.3 Kjønnfordeling blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.4 Kjønn- og aldersfordeling blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.5 Selvmordsmetoder blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.6 Hengning eller kvelning per år blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=149)
- Figur 3.7 Hoveddiagnoser blant pasienter som døde under døgnopphold, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.8 Varighet av innleggelse (i dager) blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.9 Varighet av innleggelse (i dager) blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2010–2020 (n=268)
- Figur 3.10 Sivilstatus og inntekts- og arbeidsforhold blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.11 Sykehistorie blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.12 Livsbelastninger blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.13 Foreskrevne medikamenter blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=78)
- Figur 3.14 Symptomer ved siste innleggelse blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.15 Selvmordsrisikovurdering ved siste innleggelse, blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=49)
- Figur 3.16 Avdeling blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)

- Figur 3.17 Hoveddiagnose ved siste innleggelse blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, fordelt på avdeling, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.18 Lokalisasjon for selvmord blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.19 Permisjon eller rømning blant pasienter som døde utenfor avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=81)
- Figur 3.20 Observasjonsstatus blant pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020
- Figur 3.21 Selvmordsmetoder blant pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020
- Figur 3.22 Hoveddiagnoser ved siste innleggelse fordelt på lokalisasjon, 2018–2020
- Figur 3.23 Ukedag for selvmord fordelt på pasienter som døde inne på avdelingen og de som døde utenfor avdelingen, 2018–2020
- Figur 3.1.1 Lokalisasjon inne på avdelingen for selvmord, blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=29)
- Figur 3.1.2 Tidspunkt på døgnet for selvmord blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=30)
- Figur 3.1.3 Selvmord ved vaktskifte blant pasienter som døde inne på avdelingen under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=30)
- Figur 3.1.4 Ligatur blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=24)
- Figur 3.1.5 Ligaturpunkter blant pasienter som døde under døgnopphold i PHV-V, 2018–2020 (n=23)

|

Nettside: www.uio.no/kartleggingsystemet

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

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

Layout: fereyperi.no

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

**Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging**

Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygg 12,
0372 OSLO



**UNIVERSITETET
I OSLO**

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging