
Selv mord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004 – 13

ORIGINALARTIKKEL

VEGARD ØKSENDAL HAALAND

vegard.oksendal.haaland@sshf.no

Klinikk for somatikk Flekkefjord

Sørlandet sykehus

og

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med idé, utforming/design, datainnsamling, analyse av data, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Vegard Øksendal Haaland (f. 1973) er ph.d., spesialist i klinisk psykologi og i organisasjonspsykologi, klinikkdirektør og førsteamanuensis II.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIANNE BJØRKHOLT

DPS Strømme

Klinikk for psykisk helse

Sørlandet sykehus

Hun har bidratt med datainnsamling, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Marianne Bjørkholt (f. 1977) er spesialist i psykiatri og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE FREUCHEN

Avdeling for barn og unges psykiske helse

Klinikk for psykisk helse

Sørlandet sykehus

Hun har bidratt med datainnsamling, tolkning av data, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Anne Freuchen (f. 1953) er ph.d. og spesialist i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri. Hun er rådgiver innen selvmordsforebygging og forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EWA NESS

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utforming/design, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Ewa Ness (f. 1958) er spesialist i psykiatri og seniorrådgiver i direktørens stab.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FREDRIK A. WALBY

Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med utforming/design, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og har godkjent innsendte manusversjon.

Fredrik A. Walby (f. 1970) er spesialist i klinisk psykologi og forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

De fleste som begår selvmord har en eller flere psykiske lidelser. Vi ønsket å kartlegge hvor mange som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet og i året forut for dødsfallet og å beskrive kjennetegn ved disse.

MATERIALE OG METODE

Opplysninger om selvmord i Agderfylkene i perioden 2004 – 13 ble hentet fra Dødsårsaksregisteret. Journaler fra Sørlandet sykehus ble gjennomgått ved hjelp av et strukturert skjema.

RESULTATER

329 selvmord ble inkludert i studien. 66,6 % hadde noen gang i livet hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 46,2 % i løpet av det siste året før selvmordet. 28,6 % hadde aktiv behandlingskontakt. Det var en tendens til at andelen under 20 år som hadde hatt kontakt siste år var lavere enn i andre aldersgrupper. Av personer med avsluttet behandling var det flere med diagnosen tilpasningsforstyrrelse enn i gruppen i behandling, av personer i behandling var det flere med psykoselidelser enn i gruppen med avsluttet behandling.

FORTOLKNING

Flere av dem som begikk selvmord i Agder var i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn det man har funnet i tilsvarende internasjonale undersøkelser. Funnene understreker behovet for å utvikle effektive selvmordsforebyggende tiltak for disse pasientgruppene.

Hovedbudskap

64 % av dem som begikk selvmord hadde tidligere hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

46 % hadde hatt slik kontakt det siste året før selvmordet og 29 % hadde behandlingskontakt på tidspunktet før selvmordet

Vi fant at en større andel av dem som ikke hadde hatt slik kontakt var under 20 år

Det var flere med tilpasningsforstyrrelser i gruppen som hadde avsluttet behandlingen og flere med psykoselidelser i gruppen som var i behandling

Hvert år tar over 500 mennesker i Norge sitt eget liv. Det er over fire ganger så mange som antall trafikkdøde i 2015 (1). Årsakene til selvmord er sammensatte, vanskelig å undersøke og bare i begrenset grad forstått (2, 3). Hvert selvmord bærer med seg sin egen historie, og hvert selvmord har stor innvirkning på de berørte (4).

Omtrent 90 % av dem som tar sitt liv, har på tidspunktet for selvmordet én eller flere psykiske lidelser (5–8). De fleste psykiske lidelser er forbundet med forhøyet risiko for selvmord (9–11).

Det finnes behandling for flere lidelser, for eksempel for alvorlig depresjon, en tilstand som er forbundet med stor risiko for selvmord. Men mange av dem som tar sitt liv har aldri vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I en oversiktsstudie fra 2002 ble 40 studier av personer som hadde avgått ved døden etter selvmord gjennomgått (12). Den viste at tre firedeler hadde vært i kontakt med fastlege siste året, mens kun en tredel hadde hatt kontakt med psykisk helsevern.

I Storbritannia har man i flere år registrert selvmord og drap knyttet til psykisk helsevern gjennom The National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness (NCISH) (13). I perioden 1996 – 98 ble over 10 000 selvmord undersøkt. Rundt 24 % av de rammede hadde hatt kontakt med psykisk helsevern året før selvmordet (14). Andelen med kontakt har senere økt fra 27 % i 2003 til 30 % i 2013 (15).

I Norge viste en sammenstilling av Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister for perioden 2009 – 11 at 42 % hadde hatt behandlingskontakt med psykisk helsevern i løpet av det siste året før selvmordet (16). I denne studien ble det imidlertid kun rapportert kontakt på overordnet nivå – type kontakt eller tidspunkt for siste kontakt ble ikke spesifisert. Videre er det betydelig overlapping mellom pasientgruppene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, og i en undersøkelse av selvmord i disse gruppene bør man ta med begge disse delene av spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke lett å måle i hvor stor grad selvmord forebygges i og utenfor helsevesenet. Likevel er det et overordnet helsepolitisk mål å arbeide forebyggende. For å kunne sette inn målrettede tiltak er det viktig å få kunnskap om dem som begår selvmord. Det er også viktig å være klar over hvorvidt de hadde tatt kontakt med helsevesenet for at man skal kunne bedømme den potensielle effekten av selvmordsforebyggende tiltak samt evaluere disse etter implementering.

Formålet med denne studien var å undersøke hvor stor andel av dem som tok sitt liv som var i behandling eller hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet eller det siste året før dødsfallet. Vi ønsket også å beskrive demografiske og diagnostiske kjennetegn ved gruppen som hadde hatt kontakt.

Materiale og metode

Studiepopulasjonen

Opplysninger om alle folkeregistrerte i Aust- og Vest-Agder som døde ved selvmord i perioden 2004 – 13 ble hentet fra Dødsårsaksregisteret. Det var registrert 330 slike dødsfall i perioden.

Selvmondsraten i Norge i denne perioden var 11,6/100 000/år. Tilsvarende rate var 11,8/100 000/år for Vest-Agder og 12,3/100 000/år for Aust-Agder (17). Gjennomsnittlig befolkning i perioden var 167 506 i Vest-Agder og 107 211 i Aust-Agder.

Datainnsamling

Registerinformasjonen fra Dødsårsaksregisteret inneholdt personnummer, sted og dato for dødsfallet, sivilstatus og ICD-10-koder for underliggende dødsårsak. Personnummeret ble brukt til å undersøke om avdøde hadde elektronisk journal ved Sørlandet sykehus. Disse journalene inneholder informasjon om all kontakt med somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle deler av journalen ble benyttet i datainnsamlingen. Hvis det ikke ble funnet notater i den elektroniske journalen, ble det søkt etter papirjournal, basert på personnummer i den elektroniske oversikten over papirjournaler og i det fysiske arkivet.

Datainnsamlingen besto av journalgjennomgang med utfylling av et registrerings skjema hentet fra The National Confidential Inquiry (18), oversatt til norsk ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Skjemaet inneholder blant annet spørsmål knyttet til sosial situasjon, diagnoser, behandlingshistorie og type behandling på tidspunktet for dødsfallet, tidligere selvskading eller selvmordsforsøk, rusmisbruk og selvmordsmetode. Den engelske utgaven av skjemaet er tilgjengelig for nedlasting (17), den norske oversettelsen kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Datainnsamlingen ble gjort av to psykiatere og en psykologspesialist. Dersom det ble funnet flere ICD-10-diagnoser i journalen, ble siste hoveddiagnose benyttet. Sykehistoriens varighet er basert på tidspunktet for første henvisning til psykisk helsevern eller til tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Sørlandet sykehus. I de tilfellene hvor det fremkom at pasienten hadde fått behandling ved et annet helseforetak tidligere, ble denne informasjonen benyttet i beregningen.

Etikk

Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst, ref. nr. 2014/417). Komiteen ga dispensasjon fra taushetspliktsreglene for tilgang til personopplysninger om dødsårsak fra et nasjonalt register samt tilgang til journaler ved Sørlandet sykehus uten krav om samtykke fra pårørende. Forskningsansvarlig er Sørlandet sykehus.

Statistikk

Dataanalysen ble gjennomført ved hjelp av SPSS Statistics 22.0 for Mac (IBM Corp.). Resultatene blir presentert deskriptivt i form av antall og prosent med standardavvik som spredningsmål. T-test og khikvadrattest ble benyttet for å sammenligne gruppene ut fra demografiske variabler. Lineær regresjon ble benyttet for å se på endringer i kontaktandel i perioden. Signifikansnivået ble satt til 0,05.

Resultater

Det var registrert 330 selvmord i Aust- og Vest-Agder i perioden 1.1.2004 – 31.12.2013. Av disse var 198 (60,0 %) registrert i Vest-Agder, og 230 (69,7 %) var menn. Gjennomsnittsalderen var 42,3 år (SD 18,5). 22,1 % var gift, 51,5 % var ugift og 26,3 % var skilt, separert eller enke/enkemann. Vi hadde tilgang til 329 journaler, og de resterende resultatene er basert på disse.

I alt 219 av de 329 som døde i selvmord (66,6 %) hadde hatt kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling minst én gang i løpet av livet. Dette inkluderer også kontakt i form av psykiatrisk tilsyn i somatiske avdelinger. For 56,6 % fant den siste kontakten sted innenfor psykisk helsevern, mens 10,0 % hadde siste kontakt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I tabell 1 er det oversikt over hvor stor andel som hadde hatt kontakt i løpet av livet eller i løpet av siste år før selvmordet med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 46,2 % hadde hatt kontakt i løpet av det siste året, 28,6 % hadde en pågående behandlingskontakt, mens 17,6 % hadde avsluttet kontakten i løpet av siste år. Den siste gruppen inkluderer både dem som hadde avsluttet regulær behandling og dem som kun hadde hatt kontakt i form av psykiatrisk tilsyn ved somatisk avdeling.

Tabell 1

Oversikt over kontakt i løpet av livet og i løpet av det siste året før selvmordet med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2004 – 13 i Agder. Tabellen viser også kjønnsfordelingen i de forskjellige gruppene

	Antall (%)	Kvinner Antall (%)	Menn Antall (%)	Alder i år \bar{x} (SD)
Selv mord som inngår i studien	329 (100)	100 (30,4)	229 (69,6)	42,3 (18,5)

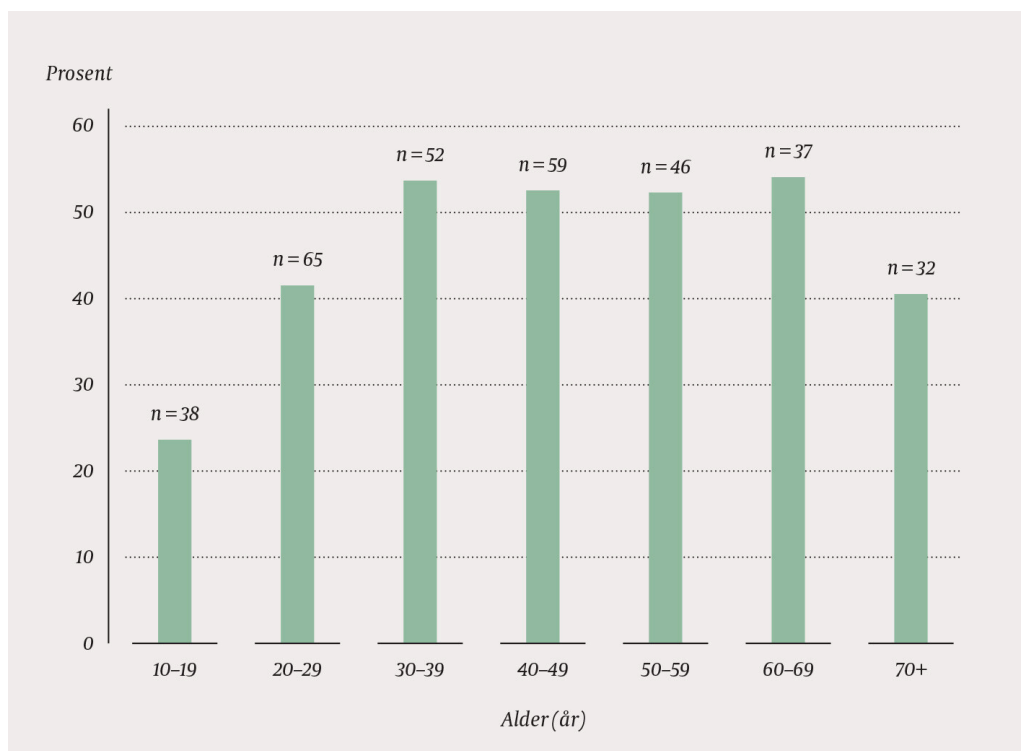
	Antall (%)	Kvinner Antall (%)	Menn Antall (%)	Alder i år \bar{x} (SD)
Kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet	219 (66,6)	72 (32,9)	147 (67,1)	43,5 (17,0)
Kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året	152 (46,2)	49 (32,2)	103 (67,8)	44,2 (16,9)
Pågående behandlingskontakt	94 (28,6)	31 (33,0)	63 (67,0)	40,6 (14,9)
Avsluttet kontakt siste år	58 (17,6)	18 (31,0)	40 (69,0)	50,2 (18,3)
Ikke kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året	177 (53,8)	51 (28,8)	126 (71,2)	40,8 (19,8)

For 41,0 % av dem som hadde hatt kontakt siste år, skjedde det innen psykisk helsevern, mens 5,2 % hadde siste kontakt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tabellen viser også gjennomsnittlig alder i gruppene. Det var en signifikant forskjell mellom de gruppene som hadde hatt kontakt siste år – gruppen i behandling var signifikant yngre enn gruppen som hadde avsluttet kontakten ($p = 0,001$).

Andelen som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling per år i perioden varierte mellom 33 % og 73 %. En lineær regresjonsanalyse viste en forsiktig tendens i retning av en økning i andel personer som hadde hatt kontakt i perioden ($R^2 = 0,35$, $p = 0,071$).

Av dem som hadde hatt kontakt siste år var 67,8 % ($n = 103$) menn, mens andelen menn blant dem som ikke hadde hatt kontakt var 71,2 % ($n = 126$). Denne forskjellen var ikke signifikant ($p = 0,501$). Det var en forsiktig tendens i retning av at gruppen som ikke hadde hatt kontakt siste år var yngre ($= 40,8$) enn gruppen som hadde hatt kontakt ($= 44,2$), ($p = 0,089$).

Figur 1 viser andelen som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året før selvmordet i forskjellige aldersgrupper. Det var en tendens til forskjell i aldersfordeling ($p = 0,052$) – av dem som ikke hadde hatt kontakt, var det en større andel under 20 år.



Figur 1 Andelen (%) i forskjellige aldersgrupper som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året før selvmordet i perioden 2004 – 13 i Agder. Antall personer i hver aldersgruppe fremkommer over søylene (totalt antall = 329). Aldergruppene 70 år og over er samlet for å ivareta anonymiteten

De videre analysene er basert på journaldata fra de 152 personene (46,2 %) som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av det siste året før selvmordet.

Av disse 152 hadde 63 (41,4 %) hatt kontakt i løpet av de siste syv dagene, 98 personer (64,5 %) hadde hatt kontakt i løpet av de siste 30 dagene, mens 120 (78,9 %) hadde hatt kontakt i løpet av de siste tre månedene. Dette tilsvarer henholdsvis 19,1 %, 29,8 % og 36,5 % av alle som døde etter selvmord i befolkningen totalt.

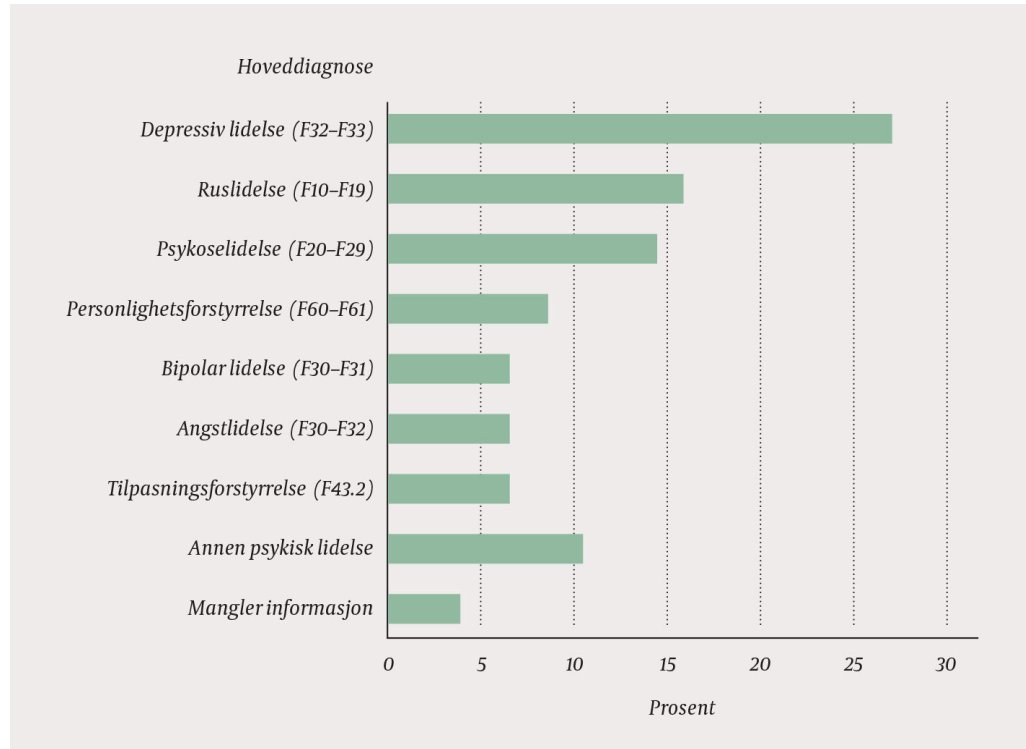
Over halvparten av pasientene som hadde hatt kontakt det siste året før selvmordet ($n = 78$; 51,3 %) hadde en sykehistorie på mer enn fem år, 32 (21,1 %) hadde en sykehistorie på 1 – 5 år og 32 (21,1 %) hadde en sykehistorie på under 12 måneder. For ti (6,6 %) hadde vi ikke tilstrekkelig informasjon til å fastsette sykehistoriens varighet.

I alt 124 personer (81,6 %) hadde vært innlagt i døgnenhet én eller flere ganger i løpet av livet. Av disse hadde 106 (69,7 %) vært innlagt i løpet av det siste året, 14 (9,2 %) tok sitt liv innen syv dager etter utskrivning og 33 (21,7 %) gjorde det innen 30 dager etter utskrivning og for 13 (39,4 %) var behandlingen blitt avsluttet ved utskrivningen.

For 58 av de 152 (38,2 %) som hadde hatt kontakt det siste året før selvmordet, var behandlingen avsluttet før dette fant sted eller det dreide seg kun om en enkeltkonsultasjon, eksempelvis i form av psykiatrisk tilsyn. For ti (6,6 %) av disse var siste kontakt siste uken før selvmordet, for 20 (13,2 %) fant siste kontakt sted inne de siste 30 dagene og for 31 (53,4 %) innen de siste tre månedene.

94 (61,8 %) hadde pågående behandlingskontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling på tidspunktet for selvmordet. Av disse var 24 (25,5 %) innlagt eller på permisjon – dette tilsvarer 15,8 % av alle som har hatt behandlingskontakt. 55 (58,6 %) var under poliklinisk oppfølging, 15 (16 %) mottok ambulant behandling eller dagbehandling eller ventet på å starte behandling ved nytt behandlingssted.

Figur 2 viser fordelingen av hoveddiagnoser for alle som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling året før selvmordet. Den hyppigste diagnosegruppen både i gruppen i behandling og i gruppen med avsluttet behandling var depresjon. I behandlingsgruppen var psykoselidelser og ruslidelser blant de tre hyppigst forekommende, mens tilpasningsforstyrrelse og ruslidelser var blant de tre hyppigste i gruppen med avsluttet behandling.



Figur 2 Prosentvis fordeling av hoveddiagnoser gruppert i kategorier for alle personer som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling året før selvmordet (n = 152) i perioden 2004 – 13 i Agder med ICD-10-koder

Det var en signifikant forskjell i fordelingen av hoveddiagnoser ($p = 0,036$) mellom gruppen i behandling og gruppen med avsluttet behandling. Materialet tillot ikke ytterligere analyser for å avklare innenfor hvilke diagnosegrupper det var signifikante forskjeller i forekomst.

Diskusjon

Denne studien viser at to tredeler av dem som døde i selvmord i Aust- og Vest-Agder i perioden 2004 – 13, hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet. Noe under halvparten hadde hatt slik kontakt det siste året før selvmordet. Om lag en tredel av alle som begikk selvmord hadde vært i kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av de siste 30 dagene før det skjedde.

Andelen med kontakt er minimumsestimater, da enkelte kan ha bodd og fått behandling i andre fylker uten å ha mottatt behandling etter å ha flyttet til Agder. Vi har heller ikke oversikt over kontakten pasientene kan ha hatt med privatpraktiserende psykiatere eller psykologer, men antallet er mest sannsynlig lavt, fordi det i Agderfylkene er en svært lav andel privatpraktiserende.

Andelen som hadde hatt kontakt det siste året før selvmordet, er høyere enn det man har funnet i Storbritannia (14) og i andre land (12), mens andelen i denne studien tilsvarer funn fra en tidligere studie i Norge (16). Vi fant en tendens i retning av at andelen med kontakt er økende i perioden 2004 – 13. For et så lite opptaksområde er dette et usikkert funn, men det tilsvarer utviklingen man ser for Storbritannia i samme periode (19).

Det at en større andel har kontakt med spesialisthelsetjenesten i Norge enn i Storbritannia før de begår selvmord, kan tolkes på forskjellig vis. Det kan dreie seg om forskjeller i organisering, dimensjonering og forbruk av helsetjenester. Og det kan være et tegn på at helsetjenesten er bedre utbygd og lettere tilgjengelig i Norge, blant annet som et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse (20).

Fra Storbritannia viser data fra The National Confidential Inquiry at selvmordsraten går ned i de områdene der de nasjonale anbefalingene om utvikling av tilbudet følges, ifølge en studie der man sammenlignet selvmordsratene i 1998 og 2006 opp mot hvilke tiltak som var iverksatt i ulike områder. Tiltakene med størst effekt var en 24-timers lett tilgjengelig helsetjeneste for personer i krise, tiltak for pasienter med dobbelt diagnoser og tverrfaglig gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed i etterkant av hvert selvmord (21).

I Norge har også helsemyndighetene satt inn nasjonale selvmordsforebyggende tiltak i helsevesenet, slik som faglige retningslinjer for selvmordsforebygging (22) og pasientsikkerhetskampanjen (23). Disse tiltakene kom i gang mye senere enn tilsvarende i Storbritannia, og effekten av dem er ikke systematisk evaluert.

Det var ingen signifikant forskjell i kjønnsfordeling mellom gruppen som hadde hatt kontakt det siste året og gruppen som ikke hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det var en forsiktig tendens i retning av at gjennomsnittsalderen var lavere i gruppen uten kontakt, og aldersfordelingen viste at det var en større andel av personer under 30 år i denne gruppen. Det bør derfor vurderes å sette inn tiltak spesielt overfor denne gruppen for å sørge for økt kontakt med helsevesenet.

Av pasientene hadde over halvparten en sykehistorie med varighet på over fem år. Dette må ses som et konservativt anslag, da det er noe usikkerhet knyttet til beregningen av varigheten, ettersom noen kan ha fått behandling i andre foretak. Fire av fem hadde hatt minst én innleggelse i døgnhet innenfor psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet. Sammen med diagnosefordelingen indikerer dette at en stor del av pasientene hadde alvorlige og til dels langvarige psykiske plager.

Omtrent én av seks av dem som hadde fått behandling det siste året tok sitt liv under en innleggelse, mens én av fem av disse tok sitt liv i løpet av en måned etter utskrivning fra døgnhet. Andelen selvmord blant innlagte er høyere enn det man finner i Storbritannia (19). Dette kan skyldes at bruk av døgnopphold generelt sett er høyere i Norge. En annen årsak kan være at det i Storbritannia i de senere år har vært lagt særskilt vekt på å forhindre selvmord under innleggelse. Dette har gitt en reduksjon på 60 % i denne gruppen (19). Også i Norge har vi hatt nasjonale retningslinjer på området (22), men det er ikke kjent hvordan disse har fungert.

Om lag en tredel av pasientene som hadde hatt behandlingskontakt det siste året var ikke lenger i behandling i spesialisthelsetjenesten på tidspunktet for selvmordet. Denne gruppen var i gjennomsnitt eldre enn gruppen som var i behandling. Det var en større andel med psykoselidelser i gruppen som var i behandling og en større andel med tilpasningsforstyrrelser i gruppen med avsluttet behandling. For psykoselidelsene kan det forklares ved at disse pasientene ofte får langvarig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Den store andelen personer med tilpasningsforstyrrelse av dem med avsluttet behandling kan skyldes flere forhold. Tilpasningsforstyrrelser er definisjonsmessig tidsbegrenset, så det er ikke overraskende at det er flere med avsluttet behandling i denne diagnosegruppen. En annen forklaring kan være at det ikke er gjort tilstrekkelige diagnostiske utredninger for å avdekke andre psykiske lidelser, for eksempel alvorlige depressive lidelser, ruslidelser eller personlighetsforstyrrelser.

Et område for videre studier ville være å validere bruken av tilpasningsforstyrrelser i denne sammenheng, spesielt i avgrensning mot personlighetsforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse og depresjon, og studere spesifikke risikofaktorer for selvmord i denne populasjonen.

En styrke med denne studien er at den er basert på hele befolkningen i to fylker. Sørlandet sykehus har høy dekningsgrad innenfor psykisk helsevern, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og all behandling som ytes av helseforetaket dokumenteres i en felles elektronisk journal. For personer uten elektronisk journal ble det søkt i papirjournaler. Gamle journalarkiver vil innebære noe større risiko for feilarkivering, det tilsier at det ikke er sikkert at alle aktuelle journaler ble identifisert. Oversikten over selvmord i Norge via Dødsårsaksregisteret er godt, og vi anser prosedyren med identifikasjon på Sørlandet sykehus som pålitelig.

Svakhetene ved studien er først og fremst relatert til at vi har basert datainnsamlingen på journaler som ikke har forskning som hovedformål. Enkelte variabler, for eksempel hoveddiagnose, har derfor en usikker validitet. Studien har primært en deskriptiv design, og de inferensstatistiske metodene som er benyttet i analysene må vurderes i denne konteksten. Funnene fra studien bør av denne grunn valideres, eksempelvis gjennom hypotesetestende tilnærming.

Selvmordsraten i Agder var i den undersøkte perioden ikke veldig forskjellig fra de nasjonale tallene. Sørlandet sykehus har imidlertid over flere år hatt en noe høyere andel av befolkningen som har fått helsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (24), noe som kan bety at kontaktestimatene for personer som begår selvmord kan være noe forhøyet. Med dette forbeholdet er det grunn til å anta at resultatene fra denne studien er generaliserbare til landet som helhet.

LITTERATUR

1. Veitrafikkulykker med personskade, 2015. <https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/aar/2016-05-31> (23.5 2017).
2. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016; 387: 1227 - 39. [PubMed][CrossRef]
3. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73 - 85. [PubMed][CrossRef]

4. Pitman A, Osborn D, King M et al. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 86 - 94. [PubMed][CrossRef]
5. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395 - 405. [PubMed][CrossRef]
6. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001 - 8. [PubMed][CrossRef]
7. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935 - 40. [PubMed][CrossRef]
8. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37. [PubMed][CrossRef]
9. Hoertel N, Franco S, Wall MM et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 2015; 20: 718 - 26. [PubMed][CrossRef]
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205 - 28. [PubMed][CrossRef]
11. Nock MK, Hwang I, Sampson NA et al. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 868 - 76. [PubMed][CrossRef]
12. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909 - 16. [PubMed][CrossRef]
13. Appleby L, Shaw J, Amos T. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 101 - 2. [PubMed][CrossRef]
14. Appleby L, Shaw J, Amos T et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999; 318: 1235 - 9. [PubMed][CrossRef]
15. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Annual Report. England, Northern Ireland, Scotland and Wales. Manchester: University of Manchester, 2015.
16. Bakken IJ, Ellingsen CL, Pedersen AG et al. Sammenlikning av data fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1949 - 53. [PubMed][CrossRef]
17. Folkehelseinstituttet - Dødsårsaksregisteret. 2016. Folkehelseinstituttet - Dødsårsaksregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (2.5 2016).
18. The University of Manchester - Centre for Mental Health and Safety. http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/nci/sample_questionnaires (10.5 2016).
19. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Making Mental Health Care Safer: Annual Report and 20-year Review. Manchester: University of Manchester, 2016.
20. St.prp. nr. 63 (1997–1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/sec1> (25.7.2017).
21. While D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012; 379: 1005 - 12. [PubMed][CrossRef]
22. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (25.7.2017).
23. Brudvik M, Ness E, Walby F. Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger - erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi* 2014; 19: 7 - 12.
24. Helsedirektoratet - Samdata - Spesialisthelsetjenesten. 2015. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> (28.10.2016).

Publisert: 2. oktober 2017. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0503

Mottatt 2.6.2016, første revisjon innsendt 11.12.2016, godkjent 25.7.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.