



Uio • Universitetet i Oslo

Selv mord etter kontakt med psykisk helsevern blant pasienter uten spesifikk diagnose

En kryss-seksjonell observasjonell studie basert på nasjonale registerdata

Mari Ringsaker og Marie Stensby

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

VÅR 2021

Sammendrag

Forfattere: Mari Ringsaker og Marie Stensby. **Tittel:** “Selvmord etter kontakt med psykisk helsevern blant pasienter uten spesifikk diagnose”. **Veiledere:** Ekstern hovedveileder har vært Fredrik A. Walby ved Nasjonalt Senter for Selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) tilknyttet Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Biveileder knyttet til Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo har vært Hanne Weie Oddli.

Bakgrunn: Psykiske lidelser er en av de største risikofaktorene for selvmord. Derfor er behandling av psykiske lidelser viktig i forebygging av selvmord. Tidligere forskning har funnet at en stor andel pasienter i psykisk helsevern for voksne som endte opp med å ta sitt eget liv ikke var registrert med noen spesifikk diagnose siste gang de var i kontakt med helsetjenesten. Mellom 2008 og 2018 gjaldt dette 434 mennesker i Norge. Utilstrekkelig diagnostisering kan potensielt føre til dårligere behandling og i verste fall bidra til at pasienter som trenger det ikke får noe behandlingstilbud. Det er behov for mer kunnskap om denne gruppen for å i større grad kunne utarbeide selvmordsforebyggende tiltak som har effekt. Så langt vi vet er dette den første studien internasjonalt som spesifikt undersøker pasienter med uspesifikke diagnoser som døde i selvmord. **Problemstilling:** Formålet med denne studien var å undersøke hva som kjennetegner pasienter uten spesifikke diagnoser som døde i selvmord, og deres kontakt med spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med pasienter som var registrert med en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt med psykisk helsevern. **Metode:** Nasjonal registerstudie over alle selvmord fra 2008 til 2018 blant personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne innen de siste 365 dagene før dødstidspunktet. Studien benyttet data samlet inn av NSSF i et kryss-seksjonelt observasjonelt design. **Resultater:** Over halvparten av pasientene i utvalget hadde vært registrert med minst én spesifikk F-diagnose det siste året før død. Antall pasienter med uspesifikke diagnoser sank betydelig mellom 2016 og 2017. Pasienter uten spesifikk diagnose ved siste kontakt hadde færre kontakter med PHV siste år, færre hadde hatt døgnopphold og blant de som hadde hatt døgninnleggelse var denne kortere. Vi fant signifikante forskjeller på de samme variablene når vi sammenlignet pasienter uten spesifikk diagnose siste år med pasienter med minst en spesifikk F-diagnose siste år, men med systematisk større forskjell på gruppene. Vi fant også forskjeller i bruk av uspesifikke diagnoser mellom ulike helseforetak. **Konklusjon:** Manglende spesifikk diagnose kan for en stor andel pasienter sannsynligvis forklares av

diagnostisk eller administrativ praksis i helseforetakene. Pasienter som fikk en uspesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV og som senere tok livet sitt kjennetegnes hovedsakelig av at de hadde hatt kortere og færre kontakter med PHV og færre hadde hatt døgninnleggelse. Dette gjelder i enda større grad for de som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose tidligere samme år. Funnene kan tyde på at de første timene på poliklinikk kan være avgjørende, og at å sikre oppfølging etter avsluttet kontakt kan være et forebyggende tiltak.

Forord

Først og fremst takk til Kartleggingssystemet og NSSF for at vi har fått bruke deres datamateriale som utgangspunkt for vår hovedoppgave.

Vi vil rette en stor takk til vår dyktige hovedveileder Fredrik Walby for ditt engasjement og enorme kunnskap om temaet. Takk for at du har hjulpet oss å tenke nytt til siste stund, og for din tålmodighet og tette oppfølging.

Videre ønsker vi å takke vår biveileder Hanne Weie Oddli for å bidratt med nye perspektiver og forståelse, og ikke minst med å ha hjulpet oss med å tåle kompleksiteten i temaet.

Takk til Martin Myhre for metodeveiledning. Din kunnskap, humor og lynraske svar på mail har vært uvurderlig i denne prosessen.

Til slutt vil vi takke hverandre for et svært godt samarbeid gjennom denne oppgaven. Vi har vært et effektivt og bra team og har stort sett holdt humøret oppe gjennom det siste året. Det er rørende at selv ikke hovedoppgaven klarte å ødelegge et mangeårig vennskap.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	4
Innholdsfortegnelse	5
Innledning	7
Selv mord og innsats for selvmordsforebygging i Norge	7
Sammenhengen mellom diagnoser og behandling	9
Diagnoser og diagnosesystemer	12
ICD-10 som klassifikasjonssystem i psykisk helsevern i Norge	13
Sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord	14
Operasjonalisering av begrepet uspesifikke diagnoser	15
Problemstilling	16
Hypoteser	17
Metode	19
Datagrunnlag	19
Utvalg og design	19
Beskrivelse av variabler	20
Analyser	21
Etiske godkjenninger og vurderinger	22
Resultater	24
Tidligere diagnoser	24
Beskrivelse av utvalget	25
Diskusjon	33
Mange med tidligere spesifikk diagnose	34
To undergrupper: Pasienter uten spesifikk diagnose ved siste kontakt og pasienter uten spesifikk diagnose siste år	35
Nedgang i bruk av uspesifikke diagnoser	37
Noen pasienter faller kanskje utenfor diagnosesystemet	37
Kort og avsluttet kontakt med PHV: De første timene kan være avgjørende	42
Mulighet til å forebygge selvmord gjennom oppfølging etter avslutning på poliklinikk	47

Begrensninger ved studien	50
Styrker ved studien	51
Konklusjon med implikasjoner	53
Videre forskning.....	54
Referanser.....	56
Vedlegg.....	64

Innledning

Selv mord og innsats for selvmordsforebygging i Norge

Hvert år tar mellom 500 og 600 mennesker sitt eget liv i Norge (Walby et al., 2018), og selvmord utgjør en av de viktigste årsakene til tapte leveår i landet vårt (Tollånes et al., 2018). Hver gang et menneske dør i selvmord får det store konsekvenser for de etterlatte og samfunnet for øvrig. Myndighetene har i mange år jobbet med å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet. På 90-tallet ble Norge et av de første landene i verden som satte i gang nasjonale tiltak for å forebygge selvmord (Helsedirektoratet, 2014). Arbeidet har vært fulgt opp med jevnlig revidering og videreføring av nasjonale veiledere og faglige retningslinjer for å sikre kunnskapsbasert selvmordsforebygging i helsetjenestene. Til tross for innsatsen har antall selvmord hvert år holdt seg relativt stabilt siden den gang (Folkehelseinstituttet, 2020), noe som demonstrerer hvor komplekst fenomenet selvmord er og hvor utfordrende det kan være å forebygge. Enkelte hevder vi er langt fra å kunne være tilfredse med innsats og måloppnåelse, og at det tildeles altfor lite ressurser til forebygging og forskning på dette feltet (Walby et. al, 2020).

Det er omfattende internasjonal forskningslitteratur som viser at psykiske lidelser er en av de viktigste risikofaktorene for selvmord (Cavanagh et al., 2003). Pasienter som er eller har vært i behandling for en psykisk lidelse har dermed sterkt forhøyet selvmordsrisiko sammenlignet med den generelle befolkningen (Qin & Nordentoft, 2005; Rønneberg & Walby, 2008), og spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er derfor en svært viktig arena for forebygging. Én av utfordringene i arbeidet med utviklingen av selvmordsforebyggende tiltak var lenge at det ikke eksisterte noen systematisk oversikt over hvor mange av de som døde i selvmord som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern i forkant av selvmordet (Walby et al., 2017). Mangel på et nasjonalt register gjorde det også vanskelig å overvåke endringer over tid, og man hadde ikke mulighet til å evaluere og justere tiltak ut fra observert effektivitet. Med bakgrunn i behovet for en systematisk oversikt over selvmord relatert til behandling i spesialisthelsetjenesten ble Kartleggingssystemet opprettet på oppdrag fra Helsedirektoratet, med hovedformål å identifisere nye områder for forebygging av selvmord på systemnivå i tjenestene og for å kunne evaluere effekten av ulike

tiltak (Walby et. al., 2018). Kartleggingssystemet siden opprettelsen systematisk kartlagt alle selvmord blant pasienter som i løpet av de siste 12 månedene før dødsfallet hadde vært i kontakt med psykisk helsevern. I 2018 presenterte de resultatene av den første nasjonale registerstudien fra perioden 2008-2015 blant personer som det siste leveåret hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller relaterte spesialisthelsetjenester. Et hovedfunn fra rapporten var at nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern for barn og unge eller avtalespesialister i året før de døde, og viste dermed nødvendigheten av økt innsats for forebygging i spesialisthelsetjenestene (Walby et. al., 2018). Denne nye nasjonale oversikten tydeliggjorde også områder hvor vi mangler kunnskap. Rapporten fant at uspesifiserte tilstander utgjorde den nest største diagnosegruppen (24%) blant de som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern siste leveår. Det vil si at det i 24% av tilfellene ikke var registrert noen spesifikk diagnose for psykisk lidelse ved siste kontakt med tjenestene. Forfatterne av rapporten betegner funnet som overraskende, ettersom de hevder at det å registrere en hoveddiagnose og å unngå uspesifikke diagnoser er en etablert kvalitetsindikator i psykisk helsevern. Denne påstanden støttes av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord fra 2008, der det står at pasienter bør få korrekt diagnose så snart som mulig for adekvat behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det bemerkes at kunnskapsgrunnlaget for denne anbefalingen er ikke forskningsbasert, men basert på enighet om nytte og appliserbarhet i fagutvalget som har utarbeidet retningslinjene, men det later altså til å være en allmenn antakelse at presis og rask diagnostikk fører til bedre behandling av psykiske lidelser.

Psykisk helsevern (PHV) er pålagt å gjøre kartlegginger og vurderinger av selvmordsfare blant pasienter. Selvmordsrisiko vurderes på bakgrunn av statistiske forskningsbaserte risikofaktorer samt selvmordstanker og -planer som fremkommer hos pasienten (Helsedirektoratet, 2008). En stor utfordring med vurdering av selvmordsrisiko er at til tross for at en stor andel av pasienter som får behandling i PHV har selvmordstanker, er det få som faktisk tar livet sitt. Selvmord er et fenomen med lav prevalens, også blant pasienter med psykiske lidelser. Selv om risikoen er sterkt forhøyet sammenlignet med den generelle befolkningen er det altså svært vanskelig å vurdere hvem som faktisk står i fare for å ta livet sitt. Forskning viser at vi med dagens metoder i liten grad kan predikere selvmord (Belsher et al., 2019; Runeson et al., 2017). Vurdering av selvmordsrisiko og påfølgende igangsetting av tiltak reduserer risiko på gruppenivå, men vi er likevel med dagens metoder

langt fra å kunne predikere hvorvidt en enkelt pasient vi møter kommer til å ta livet sitt. Det arbeides med alternative metoder for å vurdere selvmordsfare som kan øke grad av sensitivitet i vurderingene av suicidrisiko som gjøres. Dette dreier seg blant annet om metoder basert på en forståelse av intrapsykiske prosesser ved suicidalitet og med metoder som i mindre grad baserer seg på selvrappporterte selvmordstanker (Yaseen et al., 2019; Schuck et al., 2019; Tucker et al., 2016). Det jobbes altså med å utvikle supplerende metoder for vurdering av suicidrisiko, men disse metodene er på nåværende tidspunkt ikke godt nok validert til å være et bedre alternativ til gjeldende praksis (Rogers et al., 2017). Enkelte nyere studier har lovende resultater (Ying et al., 2020), men det er behov for mer forskning. I tillegg gjøres det et kontinuerlig arbeid med å få tak i flere risikofaktorer på gruppenivå, samt å identifisere undergrupper og spesifikke forebyggende tiltak som kan rettes mot disse.

Selvmordsrisikovurderinger er kun forebyggende i den grad de fører til individuelt tilpassede tiltak for de som er i selvmordsrisiko. Som vi har sett har selvmordsrisikovurderinger svært begrenset prediktiv verdi, og er derfor utilstrekkelig som eneste tiltak for å forebygge selvmord. Behandling av den underliggende psykiske lidelsen er vesentlig for å redusere risiko for selvmord hos den enkelte, og er kanskje det viktigste vi kan gjøre i spesialisthelsetjenesten for å forebygge selvmord. God og riktig behandling bør uansett tilstrebes hos alle pasienter i PHV uavhengig av selvmordsfare.

Sammenhengen mellom diagnoser og behandling

Ettersom psykiske lidelser er en av de største risikofaktorene for selvmord kan en sentral strategi for forebygging være å gi rask og riktig behandling av den underliggende psykiske lidelsen (Walby et al., 2017; Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016). Det gir grunnlag for å stille spørsmål ved hvorvidt det er nødvendig å få en spesifikk diagnose for å få god behandling. Dette spørsmålet plasserer seg inn i en større teoretisk diskusjon omkring kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsevern som har pågått i flere tiår. I dag er psykisk helsevern i Norge både juridisk og organisatorisk bygget på en medisinsk modell for psykiske lidelser. Denne modellen kjennetegnes ved en grunnleggende tanke om at diagnostisering og behandling skal baseres på standardiserte diagnosekategorier (Wampold & Imel, 2015). Modellen har vært kritisert av forkjempere for en kontekstuell modell for psykiske lidelser, som med sine røtter i samfunnsvitenskapen er opptatt av at psykiske problemer ikke kan forstås uavhengig av sin kontekst, at de primært utvikles i sosiale relasjoner, og at relasjonen

med terapeuten er en av de viktigste ingrediensene i psykologisk behandling. Vi har ikke mulighet til å gå nærmere inn på denne debatten her (se Wampold & Imel, 2015 for en nærmere gjennomgang), men diskusjonen er høyst aktuell i Norge i dag hvor flere taler for en mer kontekstuell tilnærming i psykisk helsevern (se f. eks Aarre, 2018).

Klinikere og forskere er splittet i synet på om det å sette en spesifikk diagnose er nyttig for å kunne gi god helsehjelp, og ulike behandlingsmodeller vektlegger diagnose i ulik grad. Når det gjelder psykoterapi som behandlingsform hevder noen at rett diagnose er nødvendig for å peke på riktig evidensbaserte behandling for den spesifikke psykiske lidelsen (f eks. Craddock & Mynors-Wallis, 2014) og noen modeller for psykoterapi, slik som ulike former for kognitiv terapi, er basert på å gi behandling utarbeidet for spesifikke kliniske diagnoser (Berge & Repål, 2015). Andre behandlingsmetoder, som emosjonsfokusert terapi, kan betegnes som transdiagnostiske i at fokus er på endringsmekanismer som ikke er knyttet til spesifikke diagnoser, men felles underliggende psykologiske prosesser (Greenberg, 2015). Metaanalyser innen forskning på psykoterapi viser overordnet at de fleste etablerte metoder for psykoterapi har like god effekt (Lambert, 2013). Behandlingsforskning er et svært komplekst og relativt ungt forskningsfelt, og vi kan derfor gå ut fra at det enda er mye vi ikke vet. Noen studier utfordrer også antakelsen om at alle behandlingsmetoder er like effektive. Noen eksempler på dette er at metoder som baserer seg på eksponering har vist seg mer effektive i behandlingen av spesifikke fobier (Wolitzky-Taylor et al., 2008), og at CBT er anbefalt behandling ved bulimi (Wilson & Shafran, 2005). En konsekvens av dette er at presis diagnostikk blir viktig for å kunne benytte seg av den best tilgjengelige forskningen, i tråd med retningslinjer for evidensbasert praksis og det fagetiske prinsippet om kompetanse (Rønnestad, 2008; Psykologforeningen, 1998). Nasjonale retningslinjer for behandling av ulike psykiske lidelser anbefaler noen terapiformer over andre, for eksempel anbefales kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering og interpersonlig terapi som behandlingsformer ved depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Denne anbefalingen er hovedsakelig basert på at det er disse behandlingsformene som har blitt forsket mest på og som har oppnådd de mest konsistente positive resultatene i randomiserte kontrollerte studier. Andre psykoterapiformer, som emosjonsfokusert terapi og korttids psykodynamisk terapi viser imidlertid ikke dårligere effekter i studier, men det foreligger mindre forskning på effekten av disse. Bildet kompliseres altså ytterligere av at enkelte terapiformer er lettere å forske på fordi de er lettere å manualisere og operasjonalisere, uten at dette betyr at de har dårligere effekt. Feltet er altfor komplekst til at vi kan redegjøre ytterligere for det i denne

oppgaven, men det vi vet er altså at ulike terapiformer vil kunne gi like god effekt for flere forskjellige psykiske lidelser, mens det for andre psykiske lidelser kan se ut til at enkelte terapiformer kan ha bedre komparativ effekt.

For mange psykiske lidelser er det altså ikke avgjørende hvilken behandlingsform som velges. For noen grupper av psykiske lidelser kan imidlertid presis diagnostikk være svært viktig for å veilede behandlingsvalg. De tyngste psykiske lidelsene er ofte ikke inkludert i studier innen behandlingsforskning, og bildet en får her kan dermed være skjevt og kan ikke nødvendigvis generaliseres til hele populasjonen av pasienter som får behandling i PHV. Mange studier på effekten av psykoterapi involverer grupper med studenter med milde psykiske lidelser, og resultatene fra disse gruppene kan ikke nødvendigvis generaliseres til et utvalg pasienter som får hjelp i spesialisthelsetjenesten, langt mindre pasienter som legges inn på døgnavdeling.

Det vil kunne være viktigere med rask og presis diagnostikk når det kommer til behandling av alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Det er evidens for at tidlig oppdagelse kan bidra til å forhindre mer alvorlige forløp og sykdomsepisoder ved schizofreni (Murru & Carpiniello, 2018). Presis diagnostikk vil også være avgjørende for at pasientene skal få tilbud og medikamentell behandling i de tilfeller der det er dokumentert god effekt av visse psykofarmaka, som for eksempel litium i behandling av bipolar lidelse (Calabrese et al., 2003; Geddes et al., 2004), eller andre medisinske behandlingsformer, som ECT i behandling av alvorlig depresjon (Pagnin et al., 2004). Psykoedukasjon kan også være et viktig tiltak i behandlingen av de fleste psykiske lidelser, hvor det er avgjørende at pasienten har fått en spesifikk diagnose.

Behandling av den underliggende psykiske lidelsen er altså et effektivt tiltak for å redusere selvmordsrisiko, og spørsmålet som er løftet i denne sammenheng er hvorvidt presis diagnostikk fører til bedre behandling. Behandlingsforskningen gir per i dag ingen entydige svar på dette etter vår oppfatning. Oppsummert finnes det både behandlingsmetoder som tar utgangspunkt i spesifikke diagnoser og metoder som er transdiagnostiske, og ut fra forskningen kan forskjellige metoder overordnet ha like god effekt. Spesifikk diagnostikk ser altså ikke ut til å være nødvendig for å få god behandling ved mange tilstandsbilder, mens det ved andre, gjerne de tyngre psykiske lidelsene, vil være svært viktig for å veilede behandlingsvalg. Hvordan en stiller seg til spørsmålet om viktigheten av diagnostikk for god behandling vil også, som nevnt innledningsvis, avhenge av hvilken fagtradisjon en legger til grunn. Det er altså ingen entydige svar på om presis diagnostikk er nødvendig for raskere

eller bedre behandling av den underliggende psykiske lidelsen, med unntak av for de mest alvorlige tilstandsbildene. Uavhengig av dette er behandlere i psykisk helsevern i Norge pålagt å diagnostisere psykiske lidelser kriteriene for dette vurderes å være tilstede. Videre vil vi se nærmere på hva diagnoser er og hvilken funksjon de er ment å ha.

Diagnoser og diagnosesystemer

Det finnes svært få entydige markører for psykiske lidelser, og en komplett beskrivelse av underliggende patologiske prosesser er oftest ikke mulig. I følge innledningen til DSM-V utgjør diagnosekriterier den beste tilgjengelige beskrivelsen av hvordan psykiske lidelser uttrykkes og kan gjenkjennes av klinikere (American Psychiatric Association, 2013). Diagnosesystemene skal fungere som praktiske, funksjonelle og fleksible veiledere for å organisere informasjon, og DSM-V hevder videre at reliable diagnoser er essensielle for å veilede anbefalinger av behandlingstilnærming for psykiske lidelser. Kendell & Jablensky (2003) skriver at klassifiseringssystemene som er mest i bruk i verden i dag (DSM og ICD) innførte eksplisitte diagnosekriterier som forbedret klassifisering av psykiske lidelser, gjorde diagnostisering lettere og ga et felles språk for feltet.

Imidlertid har diagnosesystemene blitt kritisert og mange har fremhevet betydelige begrensninger. Først og fremst er inndelingen i avgrensede kategorier mye kritisert, og nyere forskning peker mot at psykopatologi eksisterer på et kontinuum sammen med normal fungering (se f. eks Haslam et al., (2012) for en gjennomgang). Forsøk på å tvinge dimensjonale fenomener inn i kategorier fører til tap av mye informasjon og ustabile diagnoser. Dette viser seg i at tradisjonelle diagnoser har begrenset reliabilitet (Regier et al., 2013). Mange pasienter passer heller ikke inn i noen kategori, på tross av at de har betydelig psykisk smerte eller funksjonsfall som indikerer behov for hjelp (Kotov et al., 2017). Både DSM og ICD har kategorier for “uspesifiserte psykiske lidelser”, men dette representerer en svakhet ved diagnosesystemene da disse diagnosene gir lite informasjon.

Det er altså behov for systemer som hjelper helsepersonell å klassifisere grupper av psykiske lidelser, på tross av at dette er komplekse fenomener som ikke i sin helhet lar seg beskrive av forhåndsdefinerte kategorier. Begrepet psykiske lidelser er svært heterogent og innbefatter et enormt spekter av tilstander, hvor noen tilstandsbilder er mer naturlige å kategorisere enn andre. Noen pasienter passer ikke like godt inn i kategoriene som andre, og det er dermed interessant å stille spørsmål ved hvilke konsekvenser dette kan ha for

oppfølging og behandling av disse pasientene. Videre vil vi gjøre rede for hvordan diagnose-systemene anvendes i det norske helsevesenet.

ICD-10 som klassifikasjonssystem i psykisk helsevern i Norge

I henhold til gjeldende lovverk i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3; Helsepersonelloven, 1999, §3) har psykologer som har sin virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten plikt til diagnostikk i henhold til ICD-10-systemet da diagnostisk utredning anses som helsehjelp brukere av psykisk helsevern har rett til å motta (Torgalsbøen & Vaskinn, 2014). I tillegg til å være til hjelp for klinikere er diagnose-systemet en grunnstein i organiseringen av psykiske helsetjenester på systemnivå. Diagnoser brukes som felles språk og kommunikasjon innad i helsesystemet, blant annet for å vurdere rettigheter og tilgang til helsetjenester (Helsedirektoratet, 2019). En forutsetning for helsevesenet i Norge er at ressurser blir rettferdig fordelt og diagnosene skal fungere som konkrete uttrykk for lidelse som skal velge ut hvem som har krav på å motta tjenester. Det å få en diagnose utløser juridiske rettigheter som rett på behandling innen spesialisthelsetjenesten og rett på sykepenger, som de som ikke oppfyller kriteriene ikke får krav på. Dette er interessant å se i sammenheng med i at 24% av de som tok livet sitt etter kontakt med PHV i Norge mellom 2008-2015 ikke hadde fått noen spesifikk diagnose (Walby et al., 2018). Det er relevant å stille spørsmål ved hvorvidt det er sannsynlig at dette var personer som ikke hadde noen psykisk lidelse og dermed ikke hadde rett på behandling i spesialisthelsetjenesten, om de kan ha hatt en symptomutforming som ikke passer inn i diagnose-systemene som anvendes i PHV i dag eller om det er sannsynlig handler om en svikt i diagnostisering på behandler- eller systemnivå.

Det at disse menneskene tok sitt eget liv tyder på at de har hatt et høyt lidelsestrykk. Det at de hadde vært i kontakt med PHV tyder på at det på et tidspunkt var vurdert at det var grunnlag for rett til nødvendig helsehjelp. I prioriteringsveilederen for PHV (Helsedirektoratet, 2019) er det skrevet at det er mulig å få behandling i visse tilfeller der andre faktorer veier tungt, som for eksempel ved stort funksjonsfall. PHV er også lovpålagt å forebygge selvmord gjennom å gi rett til behandling til personer som er suicidale, uten at de nødvendigvis vurderes å oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-1). Tilstedeværelse av reell selvmordsfare gir altså behandlingsrettigheter når dette plukkes opp. Allikevel er dette systemet hvor rett til

behandling hovedsakelig vurderes ut fra diagnose/ikke diagnose potensielt dårlig tilpasset å fange opp mennesker med suicidal hensikt som av diverse årsaker ikke tilfredsstillende nok diagnosekriterier. Dersom klinikerer da ikke fanger opp underliggende suicidalitet eller funksjonsfall risikerer man at pasienter som kunne fått hjelp ender med å ta livet sitt. Vi vet lite om hvor mange pasienter dette potensielt gjelder, og vi vet generelt lite om gruppen mennesker som ikke mottar en diagnose i møtet med psykisk helsevern. Et spørsmål er om det virkelig er 24% av de som tar sitt eget liv etter kontakt med PHV i Norge som ikke har nok symptomer til å oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse. For å undersøke dette nærmere er det interessant å sette funnet i sammenheng med forskning på sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord.

Sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord

En rekke studier har sett på sammenhengen mellom selvmord og psykisk lidelse, og funnet som går igjen er at minst 90% av de som dør i selvmord sannsynligvis hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse ved død tidspunktet (Bertolote & Fleischmann, 2002). De aller fleste studier på området har brukt metoden “psykologisk autopsi”, hvor man sannsynliggjør hvorvidt avdøde hadde en psykisk lidelse basert på intervjuer med nærstående etterlatte i tillegg til eventuell foreliggende dokumentasjon. Det bør nevnes av validiteten i slike studier er omdiskutert, se Hawton et al., (1998) for en nærmere gjennomgang. Noen få studier har gått mer i dybden på å undersøke de ti prosentene som tilsynelatende ikke tilfredsstilte kriteriene for en psykisk lidelse ved en psykologisk autopsi. Ernst et al., (2004) konkluderer med at flere i denne gruppen sannsynligvis hadde underliggende psykiske problemer som de vanlige metodene for psykologisk autopsi ikke fanger opp. Det er altså uklart i hvilken grad en psykisk lidelse har vært til stede hos de ti prosentene som ofte antas å ikke ha hatt en psykisk lidelse ved tidspunktet for selvmord.

En stor andel av de som tar livet sitt har altså en psykisk lidelse, men noen psykiske lidelser er statistisk sett assosiert med en høyere risiko for selvmord enn andre. For eksempel har personer med bipolar lidelse har 25-30 ganger høyere suicidrisiko enn den generelle populasjonen og om lag halvparten av personer som fikk bipolar lidelse i ung alder har selvmordsforsøk bak seg (Benard et al., 2016). En dansk studie fra 2011 finner forskjeller i risiko for selvmord etter kontakt med psykisk helsevern mellom ulike psykiske lidelser (Nordentoft et al., 2011). I denne studien fremkommer det også at hvilke psykiske lidelser

som medførte størst risiko for selvmord er kjønnsavhengig. Risikoen for selvmord blant menn var størst ved bipolar lidelse etterfulgt av depresjon og schizofreni, mens risikoen for selvmord blant kvinner var størst ved schizofreni etterfulgt av bipolar lidelse. Disse funnene viser at selv om all psykisk lidelse medfører en økning i risiko for selvmord, er denne økningen større for noen diagnosegrupper enn andre. Dette belyser viktigheten av diagnostikk, ettersom en viktig risikofaktor potensielt kan bli utelatt fra en selvmordsrisikovurdering, og selvmordsfaren totalt sett vurdert som lavere, ved utilstrekkelig eller feilaktig diagnostikk.

Denne forskningen utgjør en interessant bakgrunn for Kartleggingssystemets funn at 24% av de som tar livet sitt etter kontakt med psykisk helsevern ikke hadde noen spesifikk diagnose. Det gir grunnlag for å anta at en langt høyere andel av de som var i kontakt med tjenestene hadde en underliggende psykisk lidelse, og reiser spørsmålet om hvorfor dette ikke er blitt fanget opp eller registrert. I den forbindelse blir det relevant å se nærmere på gruppen som ikke har fått noen spesifikk diagnose for å se om det er mulig å identifisere noen fellestrekk ved disse menneskene, behandlingen de har mottatt eller oppfølgingen de har fått fra helsevesenet. I denne sammenheng vil det være nødvendig med en avklaring av hva som menes med begrepet uspesifikke diagnoser.

Operasjonalisering av begrepet uspesifikke diagnoser

I denne hovedoppgaven har vi valgt å benytte begrepet *spesifikk F-diagnose* om diagnoser fra kapittel F i ICD-10, med unntak av F99 Uspesifisert psykisk lidelse. Under kapittel F er psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser klassifisert (Verdens helseorganisasjon, 1992). Når begrepet *uspesifikk diagnose* benyttes omfatter det diagnosen F99, manglende diagnose, samt diagnoser fra kapittel R og Z. Diagnosene fra kapittel R (R-koder) i ICD-10 benyttes for å beskrive “symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted”. R-koder kan blant annet benyttes i tilfeller det ikke kan stilles noen mer spesifikk diagnose selv etter at alle opplysninger om tilfellet er gjennomgått, eller som foreløpig diagnose hos en pasient som ikke møtte til ytterligere undersøkelse eller behandling. Symptomer som er en del av mønsteret ved psykiske lidelser skal ikke gis en R-diagnose, men klassifiseres som en F-diagnose. Diagnosekodene fra kapittel Z (Z-koder) er ment å beskrive kontaktårsak, mer spesifikt faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten. Det fremkommer i ICD-10 at denne kategorien anbefales brukt

som en tilleggskategori, og at der det foreligger en tilstand som kan klassifiseres i andre kategorier bør denne beskrivelsen oppgis først). Retningslinjer for bruk av ICD-10 sier at Z-koder kun skal brukes når det er påvist at pasienten verken har symptomer eller lidelser. Z-koder skal altså ikke brukes som tentative koder før man finner ut hva pasienten lider av (Verdens helseorganisasjon, 1992). Under utredning kan man bruke symptomkoder fra kapittel R (Helsedirektoratet, 2018a).

I 2017 ble Innsatsstyrt finansiering innført for poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne. Dette medførte at en meningsbærende tilstandskode måtte settes for hver polikliniske kontakt for at disse skulle bli inkludert i grunnlaget for beregning i finansieringsordningen. Det ble i denne sammenheng presisert at de aller fleste Z-koder kun skal brukes dersom symptomer og lidelser er utelukket. Videre at dersom man ser symptomer, men ikke har påvist en lidelse, skal R-koder brukes. Dette førte til en reduksjon i bruk av Z-koder og en mindre økning i bruk av R-koder (Helsedirektoratet, 2018b).

Problemstilling

En stor andel pasienter som ender opp med å ta sitt eget liv var ikke registrert med noen diagnose siste gang de var i kontakt med helsetjenesten. Mellom 2008 og 2018 gjelder dette 434 mennesker i Norge. Manglende diagnostisering kan potensielt føre til dårligere behandling og i verste fall at pasienter som trenger det ikke får noe behandlingstilbud. Det er behov for mer kunnskap om denne gruppen for å i større grad kunne utarbeide selvmordsforebyggende tiltak som har effekt. Det vil være nyttig å finne ut om det dreier seg om en gruppe mennesker som deler noen karakteristikk, eller om det er faktorer ved psykisk helsevernssystemet som gjør at disse individene har manglet diagnose. Hensikten med studien er å analysere alle selvmord fra 2008 til 2018 blant personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne innen de siste 365 dagene før dødstidspunktet, som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt. Målet er å beskrive disse personene og deres siste kontakt med spesialisthelsetjenesten. Utfra denne problemstillingen formuleres følgende forskningsspørsmål:

- *Hva kjennetegner pasienter som tar selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern som ikke fikk en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt?*

- *Skiller denne gruppen seg fra tilsvarende pasienter som også døde i selvmord, men som fikk en spesifikk F-diagnose?*

Hypoteser

En viktig hypotese som legges til grunn for denne studien er at antallet med manglende diagnose er kunstig høyt fordi mange i denne gruppen tidligere samme år har fått en spesifikk F-diagnose. I denne forbindelse har vi en hypotese om at det for noen kan skyldes systemfaktorer rundt registrering av diagnose at denne har falt bort ved siste kontakt. For å kontrollere for slike systemfaktorer vil det være hensiktsmessig å skille de som aldri har fått noen spesifikk F-diagnose fra de som faktisk har vært registrert med en spesifisert diagnose tidligere samme år.

Det kan være flere mulige forklaringer for hvorfor mange som ender opp med å ta sitt eget liv ikke får noen spesifikk diagnose, og vi har to hovedhypoteser. Én mulighet er at det er ytre faktorer ved psykisk helsevernssystemet eller hvordan pasientene har blitt møtt av behandlingsapparatet som er årsaken til manglende spesifisert diagnose. Det kan være at dette er en gruppe som har hatt få kontakter med psykisk helsevern, som var under utredning ved siste kontakt og at man derfor ikke har rukket å stille diagnose. En mulighet er, dersom presis diagnostikk er en kvalitetsindikator for behandlingen, at disse pasientene ikke har blitt møtt med god nok utredning og behandling i psykisk helsevern, som har ført til utilstrekkelig behandling av suicidalitet. Det er også mulig at behandler har gjort en diagnostisk feilvurdering og ikke plukket opp underliggende psykisk lidelse og dermed oversett alvorlighetsgraden i situasjonen. En annen ytre faktor kan være at manglende diagnose har ført til dårlig kommunikasjon mellom ulike behandlingsinstanser og dermed dårligere oppfølging i overgangen mellom døgnavdeling, poliklinikk og kommunal omsorg. Den andre hovedhypotesen er at disse individene har noen intrapsykiske fellestrekk som er årsaken til at de ikke har fått noen spesifikk diagnose. Det kan være noe ved symptomutformingen til disse pasientene som gjør diagnostisering vanskelig. Kanskje er problematikken vanskelig å forstå eller de presenterer symptomer som ikke passer inn i dagens diagnosesystem. For eksempel kan pasientene ha kommet i kontakt med psykisk helsevern grunnet suicidalitet, som ikke i seg selv er en diagnose. Det kan være at pasientene er i en akutt krise og behandlere har prioritert å bruke tiden på krisehåndtering over videre utredning. En annen mulighet er at dette er en gruppe pasienter som i mindre grad er åpen om

eget symptomtrykk, noe som vanskeliggjør diagnostisering og vurdering av selvmordsrisiko. Til slutt er det mulig at selvmordene faktisk ikke er knyttet til psykopatologi og det er riktig diagnostisk vurdering at de ikke skal ha en F-diagnose.

Noen av disse hypotesene vil det være mulig å belyse gjennom denne studien, andre vil drøftes i lys av tidligere forskning og relevant teori.

Metode

Datagrunnlag

Dataene som er benyttet i våre analyser er hentet fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Kartleggingssystemet), som er et prosjekt drevet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo. Kartleggingssystemet er basert på en kobling mellom Norsk Dødsårsaksregister (Folkehelseinstituttet, 2018) og Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet, 2020). Norsk Dødsårsaksregister (DÅR) er en oversikt over alle dødsfall som har skjedd i Norge samt dødsfall blant personer som på tidspunktet var registrert som bosatt i Norge, men som døde i utlandet (Folkehelseinstituttet, 2020). Registeret har en tilnærmet fullstendig dekningsgrad på 98% (Pedersen & Ellingsen, 2015). Norsk Pasientregister (NPR) inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og ventelister fra spesialisthelsetjenesten, samt informasjon om alle pasienter som venter på eller har fått behandling det aktuelle året (Bakken et al., 2014). Dekningsgraden for PHV i NPR var i 2017 på 99,9%, basert på andel pasienter registrert som har blitt koblet mot et gyldig fødselsnummer (Helsedirektoratet, 2018b). De første årene etter at NPR ble personidentifiserbart (2008/2009) var dekningsgraden noe lavere.

For å opprette Kartleggingssystemet ble det gjort et uttrekk av alle dødsfall registrert i DÅR som selvmord (ICD-kode X60-X84, X87.0) eller dødsfall med usikker intensjon (Y10-34, Y87.2) som underliggende dødsårsak (Walby et al., 2018). Uttrekket er deretter koblet opp mot data fra NPR. De som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for barn og unge (PH-BU) eller avtalespesialister knyttet til psykisk helsevern i løpet av de siste 12 månedene før dødsfallet ble inkludert i uttrekket. Datagrunnlaget tar som beskrevet utgangspunkt i de personene som døde i selvmord i perioden 2008-2018 som det var registrert minst én kontakt med de nevnte spesialisthelsetjenestene det siste leveåret.

Utvalg og design

For å besvare problemstillingen best mulig ut fra de tilgjengelige dataene benyttet denne studien et kryss-seksjonelt observasjonelt design. Ved å beskrive og kartlegge gruppen

som sto uten spesifisert diagnose ved siste kontakt med PHV kan vi få bedre forståelse av hvorvidt disse individene har noen fellestrekk og bedre kjennskap til omstendighetene rundt deres møte med spesialisthelsetjenesten.

Vi har fått utlevert et datasett bestående av pasienter som mellom 2008 og 2018 tok sitt eget liv etter å ha vært i kontakt med PHV, som ved siste direkte kontakt hadde en uspesifisert hoveddiagnose eller manglende diagnose. I tillegg har vi inkludert en sammenligningsgruppe for å kunne avdekke eventuelle forskjeller mellom de som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt og de som ikke hadde det blant pasientene som tok livet sitt etter kontakt med PHV i perioden 2008-2018. Sammenligningsgruppen består av et randomisert uttrekk av 25% av pasienter som hadde en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt og som begikk selvmord under eller innen et år etter siste kontakt med PHV i perioden 2008-2018.

For å kontrollere for eventuelle feilregistreringer eller administrative feil som årsak til manglende diagnose ved siste kontakt har vi valgt å i tillegg utføre analyser av utvalget der vi skiller mellom gruppen som på noe tidspunkt siste år før død har vært registrert med en spesifikk F-diagnose og de som ikke har det. Vi sammenlignet de som ikke hadde fått noen spesifikk F-diagnose siste år med resten av utvalget, inkludert de som ikke fikk registrert noen spesifikk diagnose ved siste kontakt men som hadde hatt det siste år før de døde. Formålet med dette var å undersøke om feilregistreringer ved siste kontakt har maskert reelle forskjeller mellom de som har fått en diagnose i kontakt med PHV og de som ikke har fått det.

Beskrivelse av variabler

Denne hovedoppgaven tilstreber å bruke tilsvarende begreper som tidligere rapporter i Kartleggingssystemet, som igjen benytter samme begreper som NPR og DÅR. Mange variabler er hentet direkte fra registrene. En oversikt over alle variablene er å finne i vedlegg 1. Under følger en beskrivelse av variabler som har blitt bearbeidet før analyser.

Spesifikk/uspesifikk diagnose: hvorvidt pasienten ved siste kontakt hadde en spesifisert diagnose fra F-kapittelet i ICD-10. Uspesifikk diagnose er definert som alle registrert med enten F99 Uspesifisert psykisk lidelse, en Z-kode eller en R-kode som hoveddiagnose, samt alle som ikke hadde noen registrert diagnose ved siste kontakt. **Spesifikk F-diagnose siste år:** hvorvidt pasienten på et tidligere tidspunkt det siste året før død har vært registrert med

minst én spesifikk diagnose fra F-kapittelet i ICD-10. **Omsorgsnivå:** NPR opererer med tre omsorgsnivåer: døgnopphold, dagbehandling og poliklinisk kontakt. Siden dagbehandling er en lite benyttet kode i NPR har vi valgt å slå sammen dagbehandling og poliklinisk behandling i denne studien. I praksis har vi dermed to omsorgsnivåer i analysene: døgnopphold og poliklinisk kontakt. **Behandlingsstatus:** angir hvorvidt pasienten var under aktiv behandling ved dødstidspunktet eller om behandlingen var avsluttet. Variabelen er inndelt i aktiv/avsluttet poliklinisk kontakt, hvor vi har inkludert dagbehandling, og aktiv/avsluttet døgnbehandling. Denne variabelen er utledet basert på siste kontakt med PHV. For de pasientene som hadde døgnopphold som siste kontakt, ble de som døde dagen etter siste kontakt eller senere kategorisert som utskrevet. Personer med siste kontakt samme dag (eller tidligere) ble kategorisert som innlagt dersom de ble utskrevet som døde eller døde på sykehus samme dag som siste kontakt. Når det gjelder de som hadde siste kontakt med poliklinikk eller dagbehandling ble behandlingen kategorisert som avsluttet dersom dato for avslutning av henvisningsperioden forekom før personens dødsdato, eller dersom personen ikke hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus de siste 90 dager før dødsfallet (Walby et al., 2018). **Antall innleggelser:** antall innleggelser pasienten har hatt på døgnavdeling siste år før dødsdato. Her har vi valgt å også inkludere innleggelser i TSB for pasienter som har minst én kontakt med PHV siste år. **Antall polikliniske kontakter:** antall polikliniske kontakter pasienten har hatt siste år før dødsdato. Vi har valgt å også inkludere polikliniske kontakter med TSB og avtalespesialister for personer som har minst én kontakt med PHV siste år. **Tid fra siste kontakt:** antall dager fra registrert dødsdato i DÅR trukket fra datoen for siste direkte kontakt med PHV. Ved døgninnleggelser regnes siste direkte kontakt som dato for utskrivelse. Antall dager fra siste kontakt ble satt til 0 for alle som døde under en pågående døgninnleggelse. **Antall bidiagnoser ved siste kontakt:** antallet bidiagnoser som var registrert på pasienten ved siste kontakt med psykisk helsevern.

Analyser

De statistiske analysene ble gjennomført i IBM SPSS Statistics 26. Hele utvalget inkludert kontrollgruppen ($n = 855$) delt inn i to undergrupper basert på hvorvidt de hadde hatt en spesifikk F-diagnose tidligere i året forut for selvmordet ($n = 645$) eller ikke ($n = 210$). Alle analyser ble gjennomført med to inndelinger, både gruppen som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt og gruppen som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose

siste år. Først utførte vi deskriptive analyser av frekvenser og proporsjoner av begge gruppene, deretter testet vi om gruppene med og uten en spesifikk diagnose var signifikant forskjellige fra hverandre på de uavhengige variablene som er beskrevet i Tabell A. De kategoriske variablene ble testet med en chi-kvadrat-test. Basert på tidligere forskning visste vi at de kontinuerlige variablene antakeligvis var skjevfordelt og med uteliggere (Walby et al., 2018), derfor brukte vi en ikke-parametrisk Mann-Whitney u-test for å teste om gruppene var signifikant forskjellige fra hverandre på de kontinuerlige variablene. Variabler med signifikante utfall ble så satt inn i to separate univariate logistiske regresjonsmodeller, med spesifikk diagnose eller ikke ved siste kontakt og siste år som utfallsvariabler, og alle variabler listet opp under “beskrivelse av variabler” som eksponeringsvariabler. Før vi bygget en multivariat modell sjekket vi for kolinearitet for å ekskludere variabler som lader for høyt på hverandre og få en mer stabil modell. Vi testet korrelasjon parvis mellom alle variabler i en korrelasjonsmatrise og fant at noen variabler hadde høy korrelasjon. “Antall døgninnleggelser siste år”, “poliklinisk kontakt siste år” og “omsorgsnivå ved siste kontakt” ble derfor fjernet da variansen allerede forklares av “døgnbehandling siste år” og “antall polikliniske kontakter siste år”. Resten av variablene ble satt inn som eksponeringsvariabler i to separate multivariate logistiske regresjonsmodeller med spesifikk diagnose eller ikke ved siste kontakt og siste år som utfallsvariabler. Forfatterne av hovedoppgaven har utført alle analyser.

Etiske godkjenninger og vurderinger

For gjennomføring av analysene i denne oppgaven har vi samarbeidet med Nasjonalt Kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og dermed fått tilgang til data fra et eksisterende nasjonalt forskningsprosjekt.

Kartleggingssystemet har allerede følgende godkjenninger:

- Ettersom informert samtykke ikke har vært mulig å innhente har Helsedirektoratet innvilget vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten for Kartleggingssystemet etter Helsepersonellovens §29b for innhenting, lagring og håndtering av sammenstilte data fra DÅR og NPR.
- Norsk senter for forskningsdata (NSD) har utført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som bekrefter at Kartleggingssystemet oppfyller kravene i

personvernlovgivningen. Personvernkonsekvensvurderingen er godkjent av Universitetet i Oslo.

- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av Kartleggingssystemet og har godkjent prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10 (ref: 32494).
- Helsedirektoratet har innvilget vedtak om utlevering av data fra NPR og Folkehelseinstituttet har innvilget vedtak om utlevering av data fra DÅR. Norsk Pasientregister har utført koblingen av registerdata, Kartleggingssystemet har ikke hatt tilgang til informasjon som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, som fødselsnummer eller navn.
- Konesjon til å innhente, oppbevare og benytte dataene nevnt i forrige punkt har blitt gitt av Datatilsynet.

I forbindelse med denne hovedoppgaven har begge forfattere lest og forstått innholdet i overnevnte vedtak og vurderinger og signert en taushetserklæring tilsvarende helsepersonellovens §29b i forhold til informasjon som omfattes av vedtakene.

Kartleggingssystemet bruker et kryptert nettskjema for å hente inn informasjon, og inneholder ingen direkte identifiserbare persondata (Walby et al., 2017). Alle data oppbevares, håndteres og analyseres i Tjenester for sensitive data (TSD) som driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO. Vi har fått tilgang til data som beskrevet tidligere gjennom opprettelse av en egen tilgangsstyrt mappe i TSD. Separate datasett har blitt opprettet for oss, vi har altså ikke hatt tilgang til Kartleggingssystemet eller data utover det som er beskrevet i "Utvalg og design". I tråd med personvernlovgivning vil data i denne studien presenteres slik at enkeltindivider ikke kan bli gjenkjent. Resultater vil derfor ikke oppgis for grupper som inkluderer mindre enn fem personer.

Resultater

Tidligere diagnoser

Vi identifiserte 434 pasienter mellom 2008 og 2018 som døde innen ett år etter å ha vært i kontakt med psykisk helsevern uten å være registrert med noen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt. Over halvparten (51,6%) av pasientene i utvalget hadde vært registrert med minst én spesifikk F-diagnose det siste året før død. Dette dreide seg om diagnoser fra F10, F20, F30, F40 og F60-kapitlene, de fleste fra F30-kapittelet (56,7%) og F40-kapittelet (35,7%). Som det kommer frem av tabell 1 er fordelingen av diagnosegrupper nesten identisk med kontrollgruppen, med unntak av lavere forekomst av diagnoser fra F20-kapittelet (schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser) samt marginalt lavere forekomst av diagnoser fra F30-kapittelet (affektive lidelser) og F60-kapittelet (personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne).

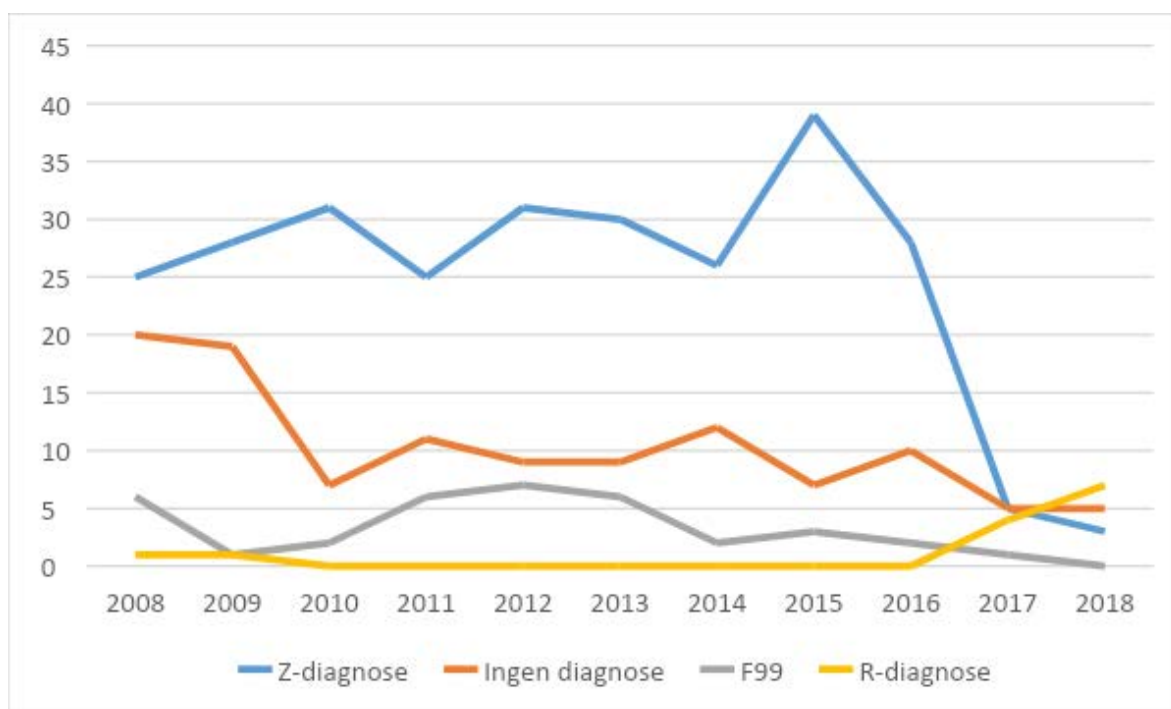
Tabell 1: Oversikt over diagnosegrupper siste år

Diagnose siste år fra ICD-kapittel	Uspesifikk diagnose ved siste kontakt, men minst en F-diagnose siste år		Spesifikk diagnose ved siste kontakt (kontrollgruppe)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
F10	57	25,4	108	25,7
F20	30	13,4	89	21,2
F30	127	56,7	263	62,5
F40	80	35,7	147	34,9
F50	0	0	0	0
F60	42	18,8	64	15,2

Ved siste kontakt hadde 2.7% av pasientene i utvalget uten spesifikk hoveddiagnose en registrert bidiagnose ($n = 12$). I alle tilfellene dreide dette seg om forskjellige diagnoser, de fleste fra F-kapittelet (F0, F10, F30, F40, F60, F90-kapitlene i tillegg til en R-kode og en Z-kode). Dette dreier seg om 9 pasienter totalt.

Beskrivelse av utvalget

Fra 2008 til 2016 var det mellom 40 og 52 pasienter hvert år som tok livet sitt etter kontakt med PHV som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt, mens antallet falt til 15 hvert år i 2017 og 2018, slik det fremkommer i figur 1. For gruppen som ikke på noe tidspunkt fikk noen diagnose året før dødsfallet var det fra 2008 til 2016 mellom 13 og 27 pasienter hvert år, dette tallet sank til 7 og 6 i henholdsvis 2017 og 2018. Som det fremgår i figur 1 har det i mange år vært høy forekomst av pasienter som har vært registrert med Z-koder og nærmest ingen som har hatt R-koder. Forekomsten av Z-koder sank dramatisk mellom 2016 og 2017, samtidig som bruken av R-koder økte. Forekomst av F99 ser ut til å være stabilt lav. I 2008 og 2009 var det opp mot 20 individer hvert år som døde uten å engang ha fått en uspesifikk diagnose ved siste kontakt, men dette tallet mer enn halverte seg i 2010 og ser ut til å ha holdt seg stabilt lavt siden.



Figur 1: Antall pasienter med uspesifikke diagnoser ved siste kontakt før dødstidspunkt etter årstall, fordelt på diagnose/diagnosegruppe

Tabell 2: Beskrivelse av utvalget.

	Spesifikk F-diagnose ved siste kontakt (N=421)	Ingen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt (N=434)	χ^2	<i>p</i>	Minst én spesifikk F-diagnose siste år (N=645)	Ingen spesifikk F-diagnose siste år (N=210)	χ^2	<i>p</i>
Kjønn			$\chi^2(1)=$	>0.05			$\chi^2(1)=$	<0.01
Menn	244 (58%) _a	268 (61,8%) _a	1,28		370(57,4%) _b	142(67,6%) _a	6,94	**
Kvinner	77 (42%) _a	166 (38,2%) _a			275(42,6%) _b	68 (32,4%) _a		
Helseregion			$\chi^2(4)=$	<0.05*			$\chi^2(4)=$	<0.001***
Helse Sør-Øst	247(58,7%) _a	250 (57,6%) _a	12,5		378(58,6%) _a	119(56,7%) _a	26,37	
Helse Midt-Norge	55 (13,1%) _a	54 (12,4%) _a			69 (10,7%) _b	40 (19,0%) _a		
Helse Vest	90 (21,4%) _a	73 (16,8%) _a			142 (22%) _b	21 (10%) _a		
Helse Nord	28 (6,7%) _a	57 (13,1%) _b			55 (8,5%) _b	30 (14,3%) _a		
Omsorgsnivå			$\chi^2(1)=$	<0.001***			$\chi^2(1)=$	<0.001***
Poliklinisk kontakt	237(56,4%) _a	319 (73,8%) _b	28,48		382(59,3%) _b	174(83,7%) _a	41,07	
Døgnopphold	183(43,6%) _a	113 (26,2%) _b			262(40,7%) _b	34 (16,3%) _a		
Behandlingsstatus			$\chi^2(3)=$	<0.001***			$\chi^2(3)=$	<0.001***
Pågående poliklinisk	138(32,8%) _a	168 (38,7%) _a	39,6		230(35,7%) _a	76 (36,2%) _a	58,49	
Avsluttet poliklinisk	100(23,8%) _a	153(35,3%) _b			153(23,7%) _b	100(47,6%) _a		
Pågående døgn	56 (13,3%) _a	55 (12,7%) _a			101(15,7%) _b	10 (4,8%) _a		
Avsluttet døgn	127(30,2%) _a	58 (13,4%) _b			161 (25%) _b	26 (11,4%) _a		
Selvmordsmetode			$\chi^2(11)=$	>0.05			$\chi^2(11)=$	>0.05
Drukning	25 (5,9%) _a	33 (7,6%) _a	=11,6		45 (7%) _a	13 (6,2%) _a	17,06	
Forgiftning	92 (21,8%) _a	100 (23,1%) _a			142 (22%) _a	50 (23,8%) _a		
Henging/kvelning	197(46,8%) _a	199 (45,9%) _a			309(47,9%) _a	87 (41,4%) _a		
Hoppe/ligge foran kjøretøy	10 (2,4%) _a	12 (2,8%) _a			17 (2,6%) _a	5 (2,4%) _a		
Motorisert kjøretøy	7 (1,7%) _a	5 (1,2%) _a			10 (1,6%) _a	2 (1,0%) _a		
Skarpe gjenstander	19 (4,5%) _a	14 (3,2%) _a			23 (3,6%) _a	10 (4,8%) _a		
Sprang fra høyt sted	33 (7,8%) _a	30 (6,9%) _a			49 (7,6%) _a	14 (6,7%) _a		
Skyting eller eksplosiver	22 (5,2%) _a	31 (7,1%) _a			31 (4,8%) _a	22 (10,5%) _b		
Andre	16 (3,8%) _a	10 (2,3%) _a			19 (3,0%) _a	7 (3,4%) _a		
Døgnbehandling siste år			$\chi^2(1)=$	<0.001***			$\chi^2(1)=$	<0.001***
Ja	300(71,3%) _a	229 (52,8%) _b	30,98		482(74,7%) _b	47 (22,4%) _a	184,02	
Nei	121(28,7%) _a	205 (47,2%) _b			163(25,3%) _b	163(77,6%) _a		
Poliklinikk siste år			$\chi^2(1)=$	<0.05*			$\chi^2(1)=$	>0.05
Ja	370(87,9%) _a	402 (92,6%) _b	5,48		582(90,2%) _b	190(90,5%) _a	0,011	
Nei	51 (12,1%) _a	32 (7,4%) _b			63 (9,8%) _a	20 (9,5%) _a		

Slik det fremgår av tabell 2 bestod gruppen som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt (n=434) av 61,8% menn og 38,2% kvinner. Dette var ikke signifikant forskjellig ($p = 0.65$) fra kontrollgruppen som bestod av pasienter som hadde en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt (n=421). Blant pasienter som ikke hadde fått noen spesifikk F-diagnose siste år før død, fremstilt i tabell 2, var 67,6% menn og 32,4% kvinner. Dette utgjorde en signifikant større andel menn enn i kontrollgruppen, som består av alle som har hatt en F-diagnose tidligere samme år, hvor 57,4% var menn og 42,6% kvinner.

Gruppene var signifikant forskjellige fra hverandre når det kom til hvilken helseregion som hadde høyest andel uspesifikke diagnoser. Forskjellen var kun signifikant i Helse Nord mellom gruppene med og uten spesifikk diagnose ved siste kontakt. For kontrollgruppen utgjorde Helse Nord ikke mer enn 6,7% av utvalget, mens de sto for 13,1% av de som ikke hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt. For gruppen med eller uten spesifikk diagnose siste år var signifikante forskjeller for Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Helse Vest sto for 22% av alle med spesifikk F-diagnose siste år, men bare 10% av de uten spesifikk F-diagnose. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde en mindre andel av utvalget med uspesifikke diagnoser (Nord 8,5%; Midt-Norge 10,7%) og en høyere andel i utvalget uten diagnose siste år (Nord 14,3%; Midt-Norge 19,0%).

Omsorgsnivå ved siste kontakt var signifikant forskjellig for begge grupper. Det var flere av de som ikke hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt som hadde hatt siste kontakt med poliklinikk (spesifikk diagnose = 56,4%; ikke spesifikk diagnose = 73,8%, $p = < 0.05$) og færre som hadde siste kontakt med døgnavdeling (spesifikk diagnose = 43,6%; ikke spesifikk diagnose = 26,2%, $p = < 0.05$). Denne forskjellen var større når man sammenlignet gruppene med og uten spesifikk diagnose siste år, hvor en større andel av de som ikke hadde hatt noen spesifikk diagnose siste år hadde siste kontakt med poliklinikk (spesifikk diagnose = 59,3%; ikke spesifikk diagnose = 83,7%, $p < 0.001$) og færre hadde hatt siste kontakt med døgnavdeling (spesifikk diagnose = 40,7%; ikke spesifikk diagnose = 16,3%, $p < 0.001$).

På variabelen behandlingsstatus ved siste kontakt var det ingen signifikant forskjell når det gjaldt pågående poliklinisk behandling (spesifikk diagnose = 32,8%; ingen spesifikk diagnose = 38,7%) eller pågående døgninnleggelse (spesifikk diagnose = 13,3%; ingen spesifikk diagnose = 12,7%). Det var imidlertid signifikant flere som ikke hadde en diagnose ved siste kontakt som hadde avsluttet poliklinisk behandling (35,3%) sammenlignet med de

som hadde en diagnose ved siste kontakt (23,8%). Det var også signifikant færre (13,4%) uten diagnose ved siste kontakt som hadde avsluttet døgntbehandling sammenlignet med de med diagnose ved siste kontakt (30,2%). Når det gjaldt sammenligning av gruppene med og uten spesifikk F-diagnose siste år var det ingen signifikant forskjell på pågående poliklinisk behandling (spesifikk diagnose = 35,7%; ingen spesifikk diagnose = 36,3%), men det var en langt større andel med avsluttet poliklinisk behandling blant de som ikke hadde hatt en F-diagnose siste år (47,6%) sammenlignet med de som hadde fått en F-diagnose siste år (23,7%). Det var en svært liten andel (4,8%) blant de uten spesifikk diagnose som døde mens de var innlagt på døgnavdeling sammenlignet med kontrollgruppen (15,7%), og tilsvarende var det langt færre (11,4%) som ikke hadde hatt noen diagnose siste år som døde etter utskrivelse fra døgnavdeling enn i kontrollgruppen (25%).

Når det gjelder hvorvidt de forskjellige gruppene hadde hatt poliklinisk behandling siste år eller ikke viste det seg at de aller fleste (87,9% - 92,6%) i alle gruppene hadde hatt dette. Forskjellen mellom gruppen uten diagnose ved siste kontakt og kontrollgruppen ble signifikant ($p < 0.05$), men anses som så liten at den ikke har noen praktisk betydning og kommenteres derfor ikke videre. Det var imidlertid betydelige forskjeller i hvorvidt gruppene har hatt døgntbehandling eller ikke siste år. I gruppen uten spesifikk diagnose ved siste kontakt hadde 27,4% hatt ett døgntopphold og 25,3% hatt minst to døgntopphold. I gruppen uten spesifikk diagnose siste år hadde 20,5% hatt én døgntinnleggelse og kun 1,9% hadde to, ingen hadde flere enn dette. I sammenligningen med kontrollgruppene var det signifikant flere som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt som hadde vært innlagt på døgnt siste år (71,3%) enn de som ikke hadde en spesifikk diagnose (52,8%). Tilsvarende, men langt sterkere forskjeller fant vi i sammenligningen av de som hadde hatt en spesifikk diagnose siste år med de som ikke hadde hatt det, hvor henholdsvis 74,7% og 22,4% hadde hatt en døgntinnleggelse siste år.

Tabell 3: Mann-Whitney U-test av forskjeller mellom pasienter med og uten spesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV og med og uten spesifikk diagnose i løpet av det siste året før dødstidspunktet.

		Spesifikk F-diagnose ved siste kontakt	Ingen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt	Minst én spesifikk F-diagnose siste år	Ingen spesifikk F-diagnose siste år
Alder	Mdn	45	43	44	44,5
	z		-0,659		1,649
	p		.510		.099
	r		-.023		.056
Antall innleggelseser	Mdn	1	1	1	0
	z		-5,395		13,804
	p		<.001***		<.001***
	r		-.185		.575
Antall polikliniske kontakter	Mdn	9	5	9	2
	z		-3,996		9,407
	p		<.001***		<.001***
	r		-.137		.322
Varighet av siste innleggelse	Mdn	14	6	12	2
	z		-3,203		4,888
	p		<.001***		<.001***
	r		-.11		.167
Dager fra utskrivelse til død	Mdn	12	11	9	26,5
	z		.424		-4,794
	p		.672		<.001***
	r		.015		-.164

Når det gjelder dager fra siste kontakt til død fant vi at for gruppen uten diagnose ved siste kontakt døde 43,8% av pasientene innen en uke etter siste kontakt med PHV (dette kan ha vært mellom to polikliniske timer, etter avsluttet poliklinisk kontakt eller etter utskrivelse fra døgnavdeling). 63,8% tok livet sitt den første måneden etter siste kontakt og 76% innen tre måneder. 24% tok livet sitt mer enn 90 dager etter siste kontakt, 12,7% av disse mer enn 6 måneder etter siste kontakt med PHV. I gruppen som ikke hadde hatt noen spesifikk diagnose det siste året tok 32,9% livet sitt innen en uke etter siste kontakt med PHV, 53,8% gjorde det innen en måned og 66,7% innen tre måneder etter siste kontakt. 33,3% tok livet sitt mer enn tre måneder etter siste kontakt og 18,1% av disse mer enn 6 måneder senere. I sammenligning med kontrollgruppene utgjorde dette ingen signifikant forskjell mellom de som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt (mdn = 12) og de som ikke hadde det (mdn = 11), derimot var det en betydelig signifikant forskjell mellom de som hadde hatt en spesifikk F-diagnose siste år (mdn = 9) og de som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose siste år (mdn = 26,5).

Blant de som ikke hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt var varighet av siste innleggelse en uke eller kortere for 52%, og for 23,5% varte den lenger enn 30 dager. Blant de som ikke hadde noen spesifikk diagnose siste år var siste innleggelse en uke eller kortere for de aller fleste (80,5%). Sammenlignet med kontrollgruppene var varighet av siste innleggelse betydelig lenger (mdn=14) for de som hadde en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt sammenlignet med de som ikke hadde det (mdn=6), og forskjellen var enda større når vi sammenlignet de som hadde hatt en F-diagnose siste år (mdn=12) med de som ikke hadde hatt det (mdn=2).

Det var som forventet betydelige forskjeller mellom gruppene hva gjelder *antall polikliniske kontakter*. Blant de som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt hadde 47,5% hatt 1-5 kontakter med poliklinikk det siste leveåret. Overraskende nok hadde 35% mer enn 10 kontakter og 17,2% mer enn 20 kontakter med poliklinikk. Av de som ikke på noe tidspunkt hadde fått en F-diagnose siste år hadde 63,3% hatt mellom 1-5 polikliniske kontakter, 14,3% hadde 6-10 og kun 5,3% hadde hatt mer enn 10 kontakter. Signifikanstesting av forskjellen mellom gruppene viste at de med en spesifikk diagnose ved siste kontakt hadde signifikant flere polikliniske kontakter (mdn=9) enn de som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt (mdn=5). Denne forskjellen var enda tydeligere da vi sammenlignet de som hadde hatt en spesifikk F-diagnose siste år (mdn=9) med de som ikke hadde det (mdn=2).

Tabell 4: Multivariat logistisk regresjonsanalyse av forskjeller mellom gruppene spesifikk/uspesifikk diagnose ved siste kontakt og spesifikk/uspesifikk diagnose siste år.

	Forskjeller mellom spesifikk F-diagnose ved siste kontakt (ref) og ingen spesifikk diagnose ved siste kontakt		Forskjeller mellom spesifikk F-diagnose siste år (ref) og ingen spesifikk diagnose siste år	
	Odds ratio (95% konfidensintervall)	<i>P</i>	Odds ratio (95% konfidensintervall)	<i>P</i>
Kjønn				
Kvinne			1(ref)	
Mann			1.41 (0.94-2.11)	0.097
Sykehusregion				
Helse Sør-Øst	1(ref)		1(ref)	
Helse Midt-Norge	0.89 (0.57-1.40)	0.620	1.47 (0.83-2.59)	0.189
Helse Vest	0.83 (0.57-1.22)	0.344	0.39 (0.21-0.71)	0.002
Helse Nord	1.98 (1.18-3.31)	0.009	1.5 (0.81-2.77)	0.195
Behandlingsstatus				
Pågående poliklinisk kontakt	1(ref)		1(ref)	
Avsluttet poliklinisk kontakt	0.87 (0.60-1.27)	0.478	0.92 (0.51-1.64)	0.772
Innlagt døgnavdeling	1.09 (0.64-1.85)	0.760	1.77 (0.61-5.15)	0.295
Utskrevet døgnavdeling	0.30 (0.18-0.50)	< 0.001***	0.95 (0.38-2.39)	0.908
Døgnbehandling siste år				
Nei	1(ref)		1(ref)	
Ja	1.98 (0.80-4.92)	0.139	0.19 (0.06-0.60)	0.005**
Antall polikliniske kontakter siste år				
0	1(ref)		1 (ref)	
1-5	1.83 (1.01-3.31)	0.047*	0.69 (0.30-1.55)	0.364
6-20	0.94 (0.52-1.70)	0.847	0.18 (0.08-0.43)	< 0.001***
> 20	0.69 (0.36-1.30)	0.249	0.08 (0.03-0.23)	< 0.001***
Varighet av siste innleggelse				
Ingen innleggelse siste år	1(ref)		1(ref)	
1-7 dager	0.59 (0.25-1.41)	0.236	0.68 (0.24-1.95)	0.470
8-30 dager	0.32 (0.13-0.79)	0.014	0.19 (0.05-0.72)	0.015**
> 30 dager	0.23 (0.09-0.57)	0.001	0.07 (9.02-0.34)	0.001**
Dager fra siste kontakt til død				
< 90 dager			1 (ref)	
91-180 dager			0.80 (0.42-1.55)	0.515
181-365 dager			0.98 (0.51-1.88)	0.950

Missing: n=3

I den multivariate logistiske regresjonsmodellen ble flere av variablene fjernet fra modellen grunnet høy korrelasjon med andre variabler ($r > 0.6$). Dette gjelder antall døgninnleggelser, poliklinisk kontakt siste år og omsorgsnivå ved siste kontakt som ble vurdert å ikke i tilstrekkelig grad bidra med forklaringsverdi utover det som allerede er forklart av andre variabler.

Det var fire variabler som forble signifikante i den multivariate logistiske regresjonsmodellen for forskjeller mellom spesifikk og uspesifikk/ingen diagnose ved siste kontakt, slik det fremkommer i tabell 5. Det var nesten dobbelt så stor sannsynlighet (OR= 1.98, 95% CI 1.18-3.31) for å ikke ha hatt en spesifikk diagnose ved siste kontakt for de som var blitt behandlet i Helse Nord. Det var 0.3 ganger så sannsynlig (95% CI 0.18-0.50) å ha fått en uspesifikk eller ingen diagnose ved siste kontakt for de som hadde hatt døgnopphold siste år. Det var 2.79 ganger så sannsynlig (95% CI 1.69-4.61) å ha hatt 1-5 polikliniske kontakter for de som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt. Det var 0.32 ganger så sannsynlig (95% CI 0.13-0.79) at de med uspesifikk diagnose ved siste kontakt hadde hatt 8-30 dagers varighet av siste innleggelse, og 0.23 ganger så sannsynlig (95% CI 0.09-0.57) at de hadde en siste døgninnleggelse på mer enn 30 dager.

I sammenligningen mellom de som aldri hadde hatt en spesifikk F-diagnose siste år med de som hadde hatt det var det fire variabler som forble signifikante i den multivariate regresjonsmodellen. Det var 0.39 ganger så sannsynlig (CI 0.21-0.71) for at de som hadde blitt behandlet i Helse Vest ikke hadde fått noen diagnose. Det var 0.19 ganger så sannsynlig (95% CI 0.06-0.60) at de som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose siste år hadde hatt en døgninnleggelse siste år. De uten diagnose siste år hadde mer sannsynlig hatt få polikliniske kontakter. Det var 0.18 ganger så sannsynlig (95% CI 0.08-0.43) for at de som ikke hadde noen spesifikk diagnose siste år hadde 6-20 polikliniske kontakter, og 0.08 ganger så sannsynlig (95% CI 0.03-0.23) for at de hadde mer enn 20 polikliniske kontakter. Det var mindre sannsynlig at de uten diagnose siste år hadde hatt en lang siste innleggelse. Det var 0.19 ganger så sannsynlig (95% CI 0.05-0.72) at siste innleggelse for de uten diagnose siste år varte mellom 8-30 dager, og 0.07 ganger så sannsynlig (95% CI 9.02-0.34) at den varte mer enn 30 dager.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke personer som tok selvmord etter å ha hatt kontakt med psykisk helsevern som ikke hadde fått en spesifikk diagnose ved siste kontakt, for å se på hva som kjennetegner disse personene og deres kontakt med spesialisthelsetjenesten. Studien tar utgangspunkt i en oversikt over alle selvmord fra 2008 til 2018 blant personer som hadde kontakt med psykisk helsevern for voksne innen de siste 365 dagene før dødstidspunktet. Vi ønsket også å utforske hvorvidt og på hvilke måter denne gruppen pasienter med uspesifikke diagnoser skiller seg fra de pasientene som også døde i selvmord, men som var registrert med en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt med PHV. Så langt vi vet er dette den første studien internasjonalt som spesifikt undersøker pasienter med uspesifikke diagnoser som døde i selvmord.

Totalt var det 434 pasienter som tok sitt eget liv innen et år etter siste kontakt med psykisk helsevern mellom 2008 og 2018 uten å ha noen spesifikk diagnose ved siste kontakt. Dette utgjorde 18%¹ av alle som tok selvmord innen et år etter å ha vært i kontakt med PHV for voksne (Walby, F.A., personlig kommunikasjon, 14.04.21). Sammenlignet med de som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt kjennetegnes de som ikke hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt av at færre har hatt døgnopphold siste år, de hadde færre kontakter, blant de som hadde døgninnleggelse som siste kontakt var dette mer sannsynlig en kort innleggelse og en større andel har vært i kontakt med Helse Nord. Antall pasienter som hvert år tok livet sitt etter kontakt med PHV som ikke hadde noen spesifikk F-diagnose ved siste kontakt sank betydelig mellom 2016 og 2017. Det var i samme periode en kraftig nedgang i forekomst av Z-koder. Samtidig økte bruken av R-koder noe, men ikke tilsvarende. Vi fant at omtrent halvparten (51,6%) av pasientene i utvalget hadde vært registrert med minst én spesifikk F-diagnose det siste året før død, mens totalt 210 pasienter i PHV hadde ikke fått noen spesifikk diagnose på noe tidspunkt det siste året før de døde. Dette utgjorde 8,7% av alle som hadde vært i kontakt med PHV for voksne året før de døde (F.A. Walby, personlig kommunikasjon, 14.04.21). Sammenlignet med alle pasienter i utvalget som hadde hatt en spesifikk diagnose i løpet av det siste året før dødstidspunkt finner vi at færre av de uten spesifikk diagnose *siste år* har hatt døgninnleggelse, de har hatt færre polikliniske kontakter, blant de som har hatt døgninnleggelse var denne av kortere varighet og det var en

¹ Tallet er basert på data fra Kartleggingssystemet som er under publisering. Brukes etter avtale med Kartleggingssystemet v/ Fredrik Walby for å kunne presentere en prosentandel i denne sammenheng.

mindre andel av de uten spesifikk diagnose siste år som hadde vært i kontakt med Helse Vest. Vi fant også at de uten spesifikk diagnose siste år tok livet sitt lengre tid etter utskrivelse, en høyere andel hadde avsluttet poliklinisk kontakt og en større andel i gruppen var menn, men disse funnene var ikke lenger signifikante i den multivariate modellen og kan muligens forklares bedre av andre variabler.

Vi vil diskutere betydningen av funnene og eventuelle implikasjoner for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Først vil vi diskutere betydningen av at mange i utvalget tidligere samme år har hatt en spesifikk diagnose for så å se på nedgangen i bruk av uspesifikke diagnoser. Deretter vil vi diskutere hvorvidt det kan være slik at noen pasienter faller utenfor diagnosesystemet før vi avslutter med å utforske implikasjoner av at mange som tar livet sitt kun har hatt kort kontakt med PHV.

Mange med tidligere spesifikk diagnose

Vi fant at omtrent halvparten av de som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt viste seg å ha hatt en spesifikk F-diagnose tidligere i løpet av det siste året før de døde. Dette funnet bidrar med ny informasjon som nyanserer Kartleggingssystemets funn fra 2017 av at 24% av de som begikk selvmord etter kontakt med PHV ikke hadde noen spesifikk diagnose (Walby et al., 2018). Det betyr at mange i denne gruppen har hatt en spesifikk diagnose tidligere, men at denne ikke ble registrert ved siste kontakt med PHV. Dette funnet demonstrerer at det finnes flere metoder for uthenting av data fra pasientregistre og at hvilken metode man velger vil påvirke funnene. Det å kun benytte den sist registrerte diagnosen er vanlig i tilsvarende internasjonale studier (Erlangsen et al., 2018; Qin & Nordentoft, 2005) og dette er viktig å være klar over når man tolker resultatene fra eksisterende registerstudier. I denne studien har vi vist at inklusjon av tidligere diagnoser kan bidra med verdifull informasjon.

Det er interessant å sammenligne disse funnene med eksisterende forskningslitteratur basert på tilsvarende registerstudier. Som nevnt i innledningen finnes det tilsvarende nasjonale helseregistre i flere andre nordiske land som Danmark, Sverige, Finland og Island. Vi har ikke funnet studier som ser spesifikt på gruppen pasienter som ikke har fått noen spesifikk diagnose. Et vanlig inklusjonskriterie i registerstudier som skal undersøke sammenhengen mellom diagnoser og selvmord er at det er satt en diagnose og de som ikke har fått en spesifikk diagnose dermed blir ekskludert (Erlangsen et al., 2018; Isometsä, 2020).

Det eksisterer derfor svært lite kunnskap om pasienter som ikke har fått noen spesifikk diagnose i PHV og som dør i selvmord under og etter behandling.

To undergrupper: Pasienter uten spesifikk diagnose ved siste kontakt og pasienter uten spesifikk diagnose siste år

I våre analyser kom vi frem til at de som sto uten spesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV kan deles inn i to undergrupper; de uten spesifikk diagnose ved siste kontakt og de uten spesifikk diagnose siste år. Funnene indikerer at gruppen som er registrert med en uspesifikk diagnose ved siste kontakt og som tidligere samme år hadde fått en spesifikk diagnose i møtet med PHV er likere gruppen som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt enn gruppen som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose siste år på variablene vi har testet. Vi finner signifikante forskjeller mellom gruppene når vi sammenligner de som hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt med de som ikke hadde det. Vi finner de samme forskjellene, bare sterkere, når vi sammenligner de som har hatt en spesifikk diagnose det siste året med de som ikke har hatt det. Dette kan indikere at ved å inkludere de pasientene som ble registrert med en uspesifikk diagnose ved siste kontakt men som tidligere samme år hadde fått en spesifikk diagnose i analysene, maskeres sterkere forskjeller mellom gruppen som har fått minst én spesifikk diagnose det siste året før død og gruppen som ikke har fått noen spesifikk diagnose siste år før død.

Det er flere funn som tyder på at de som ikke hadde en spesifikk diagnose ved siste kontakt, men som hadde hatt det tidligere samme år, er likere gruppen som hadde en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt. Fordelingen over hvilke diagnoser gruppen som sto uten diagnose ved siste kontakt har hatt tidligere det samme år er tilnærmet lik utvalget av pasienter som hadde en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt. Samlet indikerer funnene at pasienter uten spesifikk diagnose siste år utgjør en egen undergruppe som skiller seg fra de som har hatt en spesifikk diagnose tidligere siste år.

Ved å se på alle som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt samlet mister vi altså informasjon om den gruppen som ikke har fått noen spesifikk diagnose i det hele tatt det siste året. Ved å undersøke gruppene hver for seg kan vi danne oss et tydeligere bilde av de som faktisk ikke har fått en spesifikk diagnose i møtet med PHV, noe vi vil komme tilbake til senere i diskusjonen. Først skal vi se nærmere på mulige forklaringer for hvorfor så mange som har hatt en spesifikk diagnose tidligere samme år ikke er registrert med

noen diagnose ved siste kontakt med PHV. For det første kan det være at dette er en gruppe pasienter som tidligere i behandlingsforløpet har hatt en psykisk lidelse, men som på tidspunktet for siste kontakt har oppnådd en bedring og ikke lenger oppfyller diagnosekriteriene, derfor er diagnosen fjernet. Dersom dette er tilfellet kan grunnen til at de senere samme år døde i selvmord være f. eks. at de har fått et tilbakefall av sin psykiske lidelse uten å ta kontakt med helsetjenesten, eller det kan være andre forhold som har utløst selvmordet som for eksempel belastende livshendelser. Funnet vårt av at denne pasientgruppen hadde hatt få kontakter med PHV tilsier at det er lite sannsynlig at diagnosen har falt bort ved siste kontakt grunnet symptomlette som resultat av behandling.

En annen mulig forklaring på hvorfor disse pasientene sto uten diagnose ved siste kontakt er at det kan dreie seg om praksis rundt registrering av diagnoser eller diagnostisk praksis blant klinikere. Denne hypotesen støttes av funn av at det er forskjell mellom forskjellige helseregioner. Vi fant at det er en høyere andel pasienter i Helse Nord som ikke hadde fått en spesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV. Det er lite sannsynlig at forskjellene dreier seg om reell variasjon i pasientpopulasjonen i de forskjellige regionene og dermed mer sannsynlig at variasjonen kommer av forskjellig diagnostisk praksis eller bruk av administrative systemer for å registrere kontakter og diagnoser. Det kan også være at kulturelle forskjeller i de ulike helseforetakene påvirker i hvilken grad klinikerne vektlegger diagnostikk. Faktorer knyttet til generell drift av helsetjenestene påvirker også i hvilken grad det kvalitetssikres at individuelle klinikere utfører lovpålagte oppgaver som diagnostisering, og det er rimelig å anta at denne kvalitetssikringen kan variere mellom forskjellige helseforetak.

Det at en diagnose faller bort ved siste registrerte kontakt kan ha konsekvenser i et systemperspektiv, hvor diagnoser har flere funksjoner. Det kan være uheldig om diagnoser som skulle vært registrert blir borte, ettersom diagnoser brukes som kommunikasjon mellom fagfolk og forskjellige instanser. Dermed kan man risikere at klienten mister rettigheter som diagnoser utløser, eller tilbud kan falle bort. I tillegg kan det hende at fagfolk som møter klienten senere ikke tar pasienten på like stort alvor. Faller diagnosen bort kan informasjon gå tapt som ville vært nyttig for neste behandler. Fra et helseadministrativt perspektiv benyttes diagnoser i organiseringen av tjenestene og for å fordele ressurser mest mulig rettferdig i befolkningen. Mangelfull registrering og diagnostisering vil derfor kunne bidra til at disse systemene ikke fungerer slik de er ment å gjøre, noe som igjen kan gå utover kvaliteten på helsehjelpen som tilbys befolkningen. Fra et forskningsperspektiv er det også uheldig at

diagnoser faller bort. Kunnskap om de som tar livet sitt er essensielt i utviklingen av forebyggende tiltak og det vil derfor være en fordel med mest mulig presise tall. Vi vil senere i oppgaven komme inn på hvilke konsekvenser det vil kunne ha for pasienten å ikke få en diagnose, sett fra et klinisk perspektiv.

Nedgang i bruk av uspesifikke diagnoser

Vi fant at antallet pasienter som hadde en uspesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV gikk kraftig ned mellom 2016 og 2017. Dette skyldtes hovedsakelig en nedgang i bruk av Z-diagnoser. Som nevnt i innledningen ble innsatsstyrt finansiering for poliklinisk aktivitet i PHV innført i 2017 (Helsedirektoratet, 2018a). I den forbindelse ble det presisert at Z-diagnoser kun skal benyttes dersom psykiske lidelser er utelukket. I likhet med våre data viser årsrapporten over aktivitetsdata i Norsk Pasientregister fra 2017 en økt kompletthet i rapportering av hovedtilstandskode, en avtagning i bruk av Z-diagnoser og en liten økning i R-diagnoser (Helsedirektoratet, 2018a). Med den sterke nedgangen i bruk av Z-diagnoser og manglende tilsvarende oppgang i R-diagnoser eller andre uspesifikke diagnoser kan vi anta at mange som i perioden 2008 til 2016 har hatt en Z-diagnose ved siste kontakt i realiteten har hatt en diagnostiserbar psykisk lidelse. Dermed er det rimelig å anta at den høye forekomsten av Z-diagnoser har skyldtes diagnostisk og administrativ praksis i helseforetakene.

Noen pasienter faller kanskje utenfor diagnosesystemet

Som tidligere nevnt gikk bruken av Z-diagnoser kraftig ned i 2017 parallelt med en liten økning i bruk av R-koder ved siste kontakt slik at en mindre andel pasienter fikk uspesifikke diagnoser i 2017 og 2018. Det ville vært interessant å sammenligne forekomsten av Z- og R-koder blant pasienter som døde i selvmord etter kontakt med PHV med den generelle populasjonen i PHV. Dessverre har vi ikke tilgang på slike data i denne studien og kan dermed ikke si hvorvidt Z- og R-diagnoser har vært hyppigere eller sjeldnere forekommende blant pasienter som døde i selvmord sammenliknet med øvrige pasienter i tjenesten. Allikevel er det bemerkelsesverdig at selv i en populasjon som senere dør i selvmord har det vært en så omfattende bruk av uspesifikke diagnoser. Videre skal vi diskutere ulike mulige forklaringer på hvorfor bruken av uspesifikke kategorier har vært såpass utbredt.

En mulig forklaring på bruken av uspesifikke diagnoser er at dette dreier seg om pasienter som ikke har en symptomutforming som passer inn i F-kapittelet for psykiske lidelser. Kotov et al (2017) fastslår at mange pasienter ikke passer inn i noen diagnosekategori på tross av at de har betydelig psykisk smerte eller funksjonsfall som indikerer behov for hjelp. De hevder videre at dette peker på en begrensning i dagens diagnosesystem, da de uspesifikke diagnosene gir lite informasjon. Det kan tenkes at noen pasienter har livsomstendigheter som gjør at de ikke orker å leve lenger, uten at dette passer inn i F-kapittelet i diagnosesystemet. Dette kan for eksempel dreie seg om nylige tap av nære relasjoner, arbeid, funksjon, sosial status, nylig diagnostisert alvorlig sykdom m.m. Alle disse livsomstendighetene kan utløse sterke emosjonelle reaksjoner som vil kunne karakteriseres som psykologiske normalreaksjoner. Tilstedeværelse av stort funksjonsfall eller at det vurderes at selvmordsfaren er overhengende er eksempler på faktorer som vil gjøre at pasienten kan ha behov for og rett på helsehjelp i PHV, til tross for at livsomstendighetene som har ført til tilstanden kan være en annen instans sitt ansvar å bidra til en løsning på, for eksempel NAV ved økonomiske problemer eller tap av jobb.

En annen mulig forklaring er at det dreier seg om en svikt på system- eller behandlernivå. Vi kan ikke utelukke at noe av den manglende diagnostiseringen kommer av utilstrekkelig kunnskap om diagnostikk blant behandlere. Det kan være at vårt utvalg består av pasienter som kan være vanskelige å diagnostisere, at de er en gruppe som har diffuse og sammensatte tilstandsbilder. Kanskje kommer flere behandleres utredningskompetanse til kort i møtet med disse pasientene, og at de derfor har vært tilbakeholdne med å sette en diagnose. Selv om psykisk helsevern er organisert slik at det å sette diagnoser er en lovpålagt oppgave finnes det også en ideologisk motstand mot diagnoser blant noen behandlere, og enkelte oppfatter plikten om å stille diagnoser som i strid med fagetiske prinsipper om klientens integritet, se f. eks (Njis, 2020). Noe av forklaringen på manglende diagnose kan også muligens tilskrives et høyt tempo og arbeidspress som medvirker til at denne oppgaven nedprioriteres av noen behandlere. Det kan også handle om manglende systematisk oppfølging av om denne lovpålagte oppgaven utføres på poliklinikkene. Det at vi finner forskjeller mellom helseregioner i analysene våre kan muligens tale for sistnevnte.

En tredje mulig årsak til at denne gruppen pasienter kun har fått uspesifikke diagnoser er at disse har blitt brukt som tentative diagnoser under utredningen og at de pasientene dette gjelder i vårt utvalg tok livet sitt før det var satt en endelig diagnose. Dette er særlig et aktuelt spørsmål for de pasientene som fikk en R-diagnose, da R-diagnoser ifølge Helsedirektoratet

(2018a) kan brukes under utredning. Vi kan altså ikke vite om det er slik at deres symptomutforming ble vurdert å ikke tilfredsstillte kriteriene for en diagnose fra F-kapittelet eller om klinikerne ikke hadde rukket å konkludere diagnostisk ved siste kontakt med disse pasientene. I denne sammenheng ville det vært nyttig med informasjon utover det vi har hatt tilgang til, blant annet hvorvidt pasientene med avsluttet kontakt selv hadde avsluttet den eller om den var avsluttet av PHV, som kunne gitt mer informasjon om vurderingen av rett til helsehjelp.

En fjerde mulig årsak er at det på tidspunktet for kontakt med PHV var en riktig vurdering at noen av pasientene i vårt utvalg ikke tilfredsstilte kriteriene for en psykisk lidelse og heller ikke hadde rett til helsehjelp av andre grunner, til tross for at de endte med å ta livet sitt. Vi fant at det for gruppen med uspesifikk diagnose ved siste kontakt i median gikk lengre tid fra siste kontakt med PHV til de tok livet sitt, og vi har ikke informasjon om livsomstendigheter og symptomutvikling mellom siste kontakt og død. De hadde ikke nødvendigvis noen aktiv suicidalitet i møtet med PHV og det er ikke sikkert at de ville tilfredsstillt kriteriene for en spesifikk F-diagnose til tross for en god utredning. Det anses likevel som lite sannsynlig at dette kan forklare mye av variansen gitt den sterke sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord (Mann et al., 2021).

En femte mulighet er at dette var pasienter som hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse og som var i akutt selvmordsfare ved kontakt med psykisk helsevern, men som selv ikke klarte eller ikke ville være åpen om egen problematikk eller avsluttet kontakten etter kort tid og før en utredning var gjennomført. Dette vil vi gå mer i dybden på i neste del av oppgaven.

En sjettemulig forklaring på den høye bruken av uspesifikke diagnoser er at dette er en gruppe pasienter som etter en eller to vurderingssamtaler med spesialisthelsetjenesten feilaktig har blitt vurdert å ikke ha rett på videre helsehjelp. Vi fant at pasienter i gruppen uten diagnose siste år mer sannsynlig hadde hatt få polikliniske kontakter og at en større andel hadde avsluttet poliklinisk kontakt som siste kontakt. Dette gjør det relevant å stille spørsmål ved om noen i vårt utvalg kan ha fått avslag på rett til videre helsehjelp. Prioriteringsveilederen for PHV fokuserer på rett til helsehjelp for de pasientene som tilfredsstillt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2019). Flertallet av pasientene i vårt utvalg har fått en Z- eller R-diagnose, som henholdsvis kun skal brukes når psykisk lidelse er utelukket og ikke skal brukes for symptomer som er en del av mønsteret ved psykiske lidelser. Pasienter i selvmordsfare har rett på behandling i PHV

uavhengig av om de tilfredsstill diagnosekriteriene for en psykisk lidelse, men dette forutsetter at suicidaliteten fanges opp det kliniske møtet. Tidligere forskning indikerer at dagens diagnosesystem kan føre til at klinikere overser suicidale tanker eller atferd ved diagnoser som ikke typisk sett assosieres med suicidalitet, som PTSD og alkoholavhengighet (Oquendo et al., 2008). Det kan være at dette også gjelder for pasienter med tilsynelatende subkliniske symptomer på psykisk lidelse. Det å ikke tilfredsstill kriteriene for en psykisk lidelse utelukker forøvrig ikke at pasienten kan være i en suicidal *tilstand*. Dette tydeliggjør at i de tilfellene der det ikke fremkommer tydelig at en pasient har rett på helsehjelp på bakgrunn av en psykisk lidelse vil det være avgjørende at behandler fanger opp en eventuell suicidalitet. Det kan også være at noen av pasientene i denne gruppen har kommet i kontakt med PHV på bakgrunn av suicidal atferd for eksempel i forbindelse med en akutt livskrise, og deretter blitt vurdert til å ikke ha en psykisk lidelse. Vi kan ikke fastslå hvorvidt dette har vært tilfellet for noen av pasientene i vårt utvalg, blant annet fordi NPR ikke registrerer hvorvidt kontakten har blitt avsluttet av pasienten selv eller av PHV og hvorvidt det er blitt vurdert at pasienten hadde rett på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Vi kan ikke utelukke at det i flere tilfeller dreier seg om en vurdering av rett til helsehjelp der prioriteringsveilederen har blitt anvendt feilaktig og ville vært en god rettesnor dersom den hadde blitt fulgt.

Dersom vi legger til grunn at noen i utvalget vårt kan ha blitt vurdert å ikke ha rett på helsehjelp og allikevel endte med å ta livet sitt er det interessant å drøfte hva som kan ligge til grunn for at dette kan skje. En hypotese er at suicidalitet som tilstand ikke legges tilstrekkelig vekt på i dagens prioriteringsveileder for rett til helsehjelp. Prioritering av rett til helsehjelp er et stort tema vi ikke har mulighet til å dekke i sin helhet i denne oppgaven. Vi ønsker likevel å løfte frem at prioriteringsveilederen legger stor vekt på diagnostiserbare psykiske lidelser. Dette som en følge av at PHV sin primære oppgave er utredning og behandling av psykiske lidelser. Prioriteringsveilederen er tydelig på at suicidalitet medfører kortere tidsfrist og at øyeblikkelig hjelp skal vurderes. Dette forutsetter at det fremkommer tydelige suicidale tanker og helst planer, som kun er ett aspekt ved en suicidal tilstand. Som nevnt i innledningen kan vi med dagens metoder i liten grad predikere selvmord, derfor er dette en svært vanskelig vurdering å gjøre for den enkelte kliniker. Det er verdt å stille spørsmål ved om det i denne sammenheng er problematisk at suicidalitet i seg selv ikke er noen diagnostiserbar psykisk lidelse og om dette kan føre til at noen som står i fare for å ta sitt eget liv ikke får tilstrekkelig hjelp i PHV.

Flere uavhengige forskningsgrupper har fremmet forslag om diagnoser som spesifikt tar for seg suicidalitet. En helhetlig redegjørelse for de ulike forslagene blir utenfor omfanget av denne oppgaven. I sammenheng med diskusjonen om vurdering av rett til helsehjelp vil vi likevel trekke frem ett av disse. Suicide Crisis Syndrome (SCS) er en foreslått diagnose som retter seg mot de psykologiske prosessene som har blitt identifisert å forekomme hyppig i forkant av et selvmordsforsøk (Schuck et al., 2019). Disse psykologiske prosessene omfatter en tilstand av kognitiv og affektiv dysregulering (Yaseen et al., 2019). En styrke ved denne foreslåtte diagnosen er at den i mindre grad enn etablerte metoder for vurdering av selvmordsrisiko baserer seg på selvrappotering av selvmordstanker, og uttrykte selvmordstanker er ikke nødvendig for å få diagnosen. SCS vektlegger derimot en vedvarende eller gjentagende følelse av “fangenskap” (entrapment), definert som en intens følelse av å ville unnsnippe eller unngå en uakseptabel livssituasjon som oppfattes som umulig å komme seg unna eller å holde ut (Galyunker et al., 2017). Andre symptomer som vurderes å være assosiert med denne følelsen og som SCS vurderes på bakgrunn av er affektive forstyrrelser som sterk emosjonell smerte eller ekstreme humørsvingninger, tap av kognitiv kontroll som kan vise seg gjennom en kognitiv rigiditet, vansker med å ta valg eller vedvarende negativ grubling, en forstyrrelse i aktivering i form av økt irritabilitet, agitasjon eller insomni og en sosial tilbaketrekning/isolasjon (Galyunker et al., 2017; Yaseen et al., 2019). Flere hevder at en slik diagnose ville kunne bedre både behandling og pasientsikkerhet (Joiner et al., 2018)). Andre hevder at vi vet for lite om akutt suicidrisiko på individnivå, om den suicidale prosessen og om behandling av pasienter i selvmordsfare til at det vil ha noen nytteverdi med en egen diagnose for SCS (Silverman & Berman, 2020). I forbindelse med diskusjonen om vurdering av rett til helsehjelp blir det relevant å stille spørsmål ved hvorvidt flere av de som er i selvmordsfare men som ikke tilfredsstiller kriteriene for en psykisk lidelse basert på dagens diagnosesystem og heller ikke selv uttrykker selvmordstanker kunne ha blitt fanget opp og gitt rett på helsehjelp og behandling med en slik diagnose. Vi kan imidlertid ikke vite om årsaken til at disse pasientene ikke fikk en spesifikk diagnose i kontakt med PHV var at deres symptomutforming ikke favnes av diagnosesystemet og at dette bidro til at de rettighetene og den hjelpen vi i etterkant ser at de kunne hatt behov for ikke ble gitt. Dette er kun én av flere mulige forklaringer og videre vil vi redegjøre for flere mulige tolkninger av dette funnet.

Vi har nå undersøkt flere mulige forklaringer for hvorfor en stor andel pasienter i PHV som senere tar livet sitt kun har fått uspesifikke eller ingen diagnoser i møtet med PHV.

Basert på våre data kan vi ikke trekke konklusjoner om hvilke forklaringer som er rett. Det er mulig at de ulike forklaringene i ulik grad stemmer for forskjellige pasienter i vårt utvalg. Hittil har vi lagt vekt på faktorer ved diagnosesystemet, organiseringen av psykisk helsevern og faktorer ved de individuelle behandlerne som forklaring på hvorfor en del pasienter ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt til tross for at de endte med å ta sitt eget liv. Videre i oppgaven vil vi komme nærmere inn på mulige forklarende faktorer ved pasientene.

Kort og avsluttet kontakt med PHV: De første timene kan være avgjørende

Vi fant at gruppen som ikke hadde noen spesifikk diagnose ved siste kontakt hadde færre polikliniske kontakter, en større andel hadde avsluttet kontakt, færre hadde døgninnleggelser og blant de som hadde det var disse døgninnleggelsene kortere enn for kontrollgruppen som hadde en F-diagnose ved siste kontakt. For gruppen som ikke hadde noen spesifikk diagnose på noe tidspunkt siste år var resultatene tilsvarende, men forskjellen var større på alle variabler sammenlignet med de som hadde hatt en spesifikk diagnose siste år. Som tematisert innledningsvis i diskusjonen er det rimelig å anta at det for mange dreier seg om administrative faktorer for pasienter der diagnosen har falt bort ved siste kontakt. For pasienter som ikke på noe tidspunkt fikk en spesifikk diagnose i møtet med PHV er det derimot nærliggende å anta at det kan være faktorer også ved pasientene som har bidratt til at de ikke fikk noen spesifikk diagnose. Derfor er det interessant å se nærmere på hva som karakteriserer disse pasientene og deres møte med spesialisthelsetjenesten. Det at dette er en gruppe pasienter som har hatt mindre kontakt med PHV er forenlig med en av hovedhypotesene presentert innledningsvis. Vi skal nå redegjøre for ulike tolkninger av dette funnet.

Under utredning. Det kan være at disse pasientene representerer en gruppe som tok livet sitt i startfasen av et behandlingsforløp der utredningen enda ikke var fullført og diagnose derfor ikke var satt, slik som drøftet tidligere. Utredningen kan være startet opp uten at klinikerer har rukket å få et klart nok bilde til å sette en diagnose. For noen kan det dreie seg om at de kun har vært til én time der det ikke har fremkommet tilstrekkelig informasjon om spesifikke symptomer til å sette rett diagnose. Det kan også handle om komorbiditet slik at klinikerer er usikker på hvilken diagnose som beskriver problematikken best i de første timene og ønsker å gjøre en grundigere utredning. Det kan også være at det til tross for flere

timer med utredning ikke har blitt avdekket nok symptomer eller høyt nok funksjonsfall til å tilfredsstille kriteriene for noen diagnose. Det kan komme av at pasienten ikke tilfredsstiller kriteriene, eller det kan dreie seg om utilstrekkelig utredningskompetanse hos behandler eller et ønske hos behandler om en større grad av sikkerhet før en diagnose stilles. Med tanke på at dette er en gruppe pasienter som senere tok livet sitt kan det også tenkes at de kan ha kommet i kontakt i en akutt suicidal krise og behandler har prioritert å bruke tid på krisehåndtering fremfor utredning.

Manglende åpenhet om symptomtrykk. Vi har tidligere i oppgaven løftet frem muligheten for at en del pasienter i denne gruppen kan ha blitt vurdert å ikke ha rett på helsehjelp, for eksempel grunnet for lavt symptomtrykk til at det når terskelen for å kategoriseres som en psykisk lidelse. Samtidig er det rimelig å anta at en stor del av gruppen hadde en psykisk lidelse gitt den sterke sammenhengen mellom selvmord og psykisk lidelse. Det er interessant å forsøke å se hvorvidt det er egenskaper ved pasientene som kan ha bidratt til at de ikke fikk en diagnose til tross for at de senere tok livet sitt. En mulig tolkning er at dette er en gruppe som i mindre grad formidler sine problemer og symptomer enn andre i sitt møte med PHV, noe som vanskeliggjør diagnostisering og vurdering av selvmordsrisiko. Det kan være at en del pasienter også bevisst tilbakeholder informasjon om egen suicidalitet. Dette støttes av en nyere studie som fant at omtrent halvparten av pasienter innlagt ved døgnavdeling tilbakeholdt noe informasjon om sine selvmordstanker ved innkomstsamtaler (Høyen et al., 2021). Vi finner at en større andel i gruppen som ikke har fått noen diagnose siste år er menn, en noe høyere andel enn menn som tar livet sitt etter kontakt med psykisk helsevern generelt. Vi vet fra tidligere forskning at det er en større andel menn enn kvinner som tar livet sitt uten å ha vært i kontakt med psykisk helsevern (Walby et al., 2018). Suicidale menn har i gjennomsnitt mindre grad av hjelpesøkende atferd og forskningen knytter dette til den tradisjonelle mansrollen som preges av blant annet styrke, aggressivitet, kontroll og usårbarhet, som kan føre til mer dysfunksjonelle mestringsstrategier som undertrykkelse av følelser, motvilje mot å dele følelser med andre og alkoholmisbruk (Good et al., 1989; Möller-Leimkühler, 2003). I lys av denne forskningen er det relevant å se på om det at en del av de som tar livet sitt ikke har fått noen spesifikk diagnose og har hatt kortere kontakt med psykisk helsevern kan handle om lavere grad av hjelpesøkende atferd eller manglende åpenhet om symptomtrykk. Det kan være personer som har kommet i kontakt med PHV av andre grunner enn at de selv har ønsket hjelp, for eksempel etter oppfordring fra

familie og venner eller etter et selvmordsforsøk. Det kan være dette er en gruppe som i mindre grad formidler sine problemer og symptomer av forskjellige grunner. Kanskje på grunn av skam over å streve psykisk, kanskje av frykt for å bli tvunget til videre behandling, kanskje på grunn av planer om et nytt selvmordsforsøk som de ikke ønsker at skal bli oppdaget. Det kan også være at klienten har manglende erfaring med å sette ord på indre fenomener eller ikke kjenner seg fortrolig med formen på en terapeutisk samtale. Imidlertid må det bemerkes at til tross for at funnet er signifikant er forskjellen på gruppene små, og funnet er ikke lenger signifikant i den multivariate modellen.

Pasienten har selv avsluttet kontakten. Pasienten kan også ha avsluttet behandlingen selv etter få kontakter. Her kan vi bare spekulere i hva som kan ha vært grunner for å velge å avslutte. Kanskje har ikke pasienten opplevd å bli møtt på en god måte i psykisk helsevern, kanskje har de mistet håpet om at endring er mulig. Følelse av håpløshet som nevnt tidligere kan også ha bidratt til at pasientene selv har avsluttet behandlingen. Våre registerdata gir ikke mulighet for å si om manglende håp om endring og tro på behandlingen eventuelt kan ha bidratt til avslutning, men det er allikevel interessant å løfte spørsmålet om det å ikke få en diagnose i møtet med psykisk helsevern også er noe som kan bidra til en økt følelse av håpløshet. En kan tenke seg at utarbeidelsen av en problemforståelse vil kunne peke mot en behandlingsplan som vil kunne gi håp om bedring. Det at disse pasientene hadde få kontakter med PHV understreker viktigheten av at dette skjer allerede fra første time. Manglende diagnose ved siste kontakt utelukker ikke at det er påbegynt eller utarbeidet en problemforståelse som er delt med pasienten. Flere metoder for psykoterapi utarbeider for eksempel egne kasusformuleringer eller problemforståelser som er uavhengige av diagnose. Det er allikevel rimelig å anta at det for en større andel av pasientene uten diagnose ikke er utarbeidet noen problemforståelse, ettersom diagnosen ofte inngår i forståelsen av problematikken pasienten presenterer. Det kan ha ført til en dårligere arbeidsallianse og lavere grad av håp om bedring, som kan ha vært faktorer som bidro til at pasientene avsluttet kontakten. Dårligere arbeidsallianse kan også henge sammen med at pasienten selv ikke deler åpent om egne tanker og følelser som diskutert tidligere. Dersom pasienten deler åpent med terapeuten kan det føre til at vedkommende i større grad føler seg forstått av behandler, som potensielt kan bidra til håp om bedring.

Færre døgninnleggelser og kortere siste innleggelse. Det var færre uten spesifikk diagnose som hadde utskrivelse fra døgnavdeling som siste kontakt. Vi ser også at det generelt er færre som har vært i kontakt med døgnavdeling som ikke har fått noen spesifikk diagnose. Det kan tyde på at færre som har en så alvorlige psykisk lidelse at det krever døgninnleggelse ender opp uten spesifikk diagnose. Pasientene som er i behov av døgninnleggelse har oftere mer akutte og alvorlige tilstander som er tydeligere og derfor sannsynligvis lettere å diagnostisere. Vi kan heller ikke utelukke at det generelt sett er bedre praksis for diagnostikk og registrering av diagnoser, eller bedre oppfølging av dette, ved døgnavdelinger enn ved poliklinikker. Dette kan for eksempel handle om at man ved døgnavdelinger har mulighet til å observere pasienten kontinuerlig, noe som gir bedre grunnlag for en diagnostisk vurdering.

Det kan også være karakteristikk ved pasientene som ikke får spesifikke diagnoser som gjør at de ikke havner på døgnavdelinger. Kanskje peker funnet av færre døgninnleggelser i retning av at mange i vårt utvalg har hatt mindre uttalte symptomer eller en sammensatt og diffus problematikk heller enn en alvorlig psykopatologi, og derfor har vært vanskelig å kategorisere. Dette kan allikevel beskrive en undergruppe, men tendensen i utvalget ser ut til å være ingen eller få døgninnleggelser, som peker i retning av en lavere andel av alvorlige psykiske lidelser. Klinikere kan stå i fare for å overse selvmordsrisikoen i et symptom-bilde som tilsynelatende er mindre alvorlig.

Vi fant også at det var mindre sannsynlig at pasientene som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose siste år hadde hatt en lang døgninnleggelse. Dette funnet støtter opp under tidligere hypoteser om tilsynelatende mindre alvorlig problematikk og muligens mer tildekkende atferd, som kan gjøre at pasientene etter kort tid blir vurdert å ikke ha behov for videre døgnrammer. Det kan også dreie seg om pasienter som ufrivillig har kommet i kontakt med PHV, for eksempel ved å bli innlagt mot sin vilje etter et suicidforsøk. Disse pasientene kan være tildekkende om egen problematikk og skrive seg ut selv så raskt de får mulighet, kanskje med plan om å gjøre et nytt suicidforsøk.

Tilnærming i de første timene. Vi fant altså at mange pasienter har få og korte kontakter med PHV før de tar livet sitt, de aller fleste poliklinisk. Vi kan ikke vite om disse pasientene har valgt å avslutte kontakten selv eller om de har blitt vurdert å ikke ha rett på helsehjelp, men uansett hva som er bakgrunnen for den korte kontakten viser dette funnet at det kan være svært viktig hvordan disse pasientene blir møtt i de første timene.

Først og fremst er identifikasjon og behandling av depresjon og oppdagelse av selvmordstanker, spesielt konkrete planer, essensielt. Depresjon er blant de hyppigst forekommende psykiske lidelsene, og i kliniske utvalg har identifikasjon og behandling av depresjon vist seg å være et effektivt selvmordsforebyggende tiltak (Mann et al., 2021). Dette tydeliggjør viktigheten av å fange opp symptomer på depresjon og gjøre en grundig kartlegging av dette i de første timene. Depresjon forekommer gjerne som en komorbid tilstand (Malt, 2018) og det er derfor viktig å utrede for depresjon også der symptombildet peker mot en annen diagnose.

Det tilstrebes å gjøre gode kartlegginger og vurderinger av suicidrisiko blant alle pasienter som kommer i kontakt med PHV, noe som på gruppenivå er et viktig forebyggende tiltak. Vi klarer ikke med de metodene vi har i dag å predikere hvorvidt en enkelt pasient kommer til å ta livet sitt, noe som vanskeliggjør vurderingen av hvilke tiltak som skal iverksettes på hvilke tidspunkt. En stor utfordring er at de aller fleste som rapporterer selvmordstanker ikke ender med å ta livet sitt (Klonsky et al., 2016; Wetherall et al., 2018). Realiteten er at vi i begrenset grad kan vite hvem som står i reell fare for å dø i selvmord i de innledende møtene på en poliklinikk (Wetherall et al., 2018). Derfor er det viktig å ikke bare fange opp alvorlighetsgraden i pasientens tilstandsbilde, men også forebygge at pasienter som har behov for helsehjelp selv avslutter kontakten. I denne sammenheng understrekes viktigheten av å ha fokus på hver pasients individuelle behov fra første time, uavhengig av hvorvidt selvmordsfaren vurderes som forhøyet.

Vi vet blant annet fra tidligere forskning at reduksjon av håpløshet og styrking av grunner for å leve videre er beskyttende faktorer for selvmord (Beck et al., 1975; Linehan et al., 1983), noe som kan være et viktig fokus i tidlige timer. Vi har sett at oppdagelse av underliggende psykisk lidelse og riktig behandling er essensielt, og utarbeidelse av en god problemforståelse og behandlingsplan kan gi pasienten håp om bedring og øke motivasjonen for å fortsette i behandling. Det er rimelig å anta at å presentere en evidensbasert behandlingsmetode for pasienten som på gruppenivå har vist seg å være en effektiv behandling av pasientens spesifikke psykiske lidelse vil kunne gi håp og styrke behandlingsalliansen. Det å få en grundig utredning som lander på en spesifikk diagnose vil også muligens føre til at pasienten opplever at den blir tatt tilstrekkelig på alvor, det vil i noen tilfeller kunne gi en opplevelse av å få en forklaring på deres problemer, pasienten vil kunne få psykoedukasjon om sin psykiske lidelse og pårørende vil kunne få informasjon om pasientens tilstand dersom det er ønskelig. Dette vil samlet kunne bidra til å dempe forvirring

og emosjonell smerte hos pasienten. Det er viktig å nevne at flere av de nevnte tiltakene ikke forutsetter en spesifikk F-diagnose, men en god og grundig utarbeidet problemforståelse, som ofte tar utgangspunkt i en diagnostisk vurdering.

Mulighet til å forebygge selvmord gjennom oppfølging etter avslutning på poliklinikk

Det gikk lenger tid fra siste kontakt med PHV til selvmord for de som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose siste år sammenlignet med kontrollgruppen som hadde hatt en spesifikk diagnose siste år. Dette funnet kan ses i sammenheng med at nesten halvparten av pasientene uten spesifikk diagnose siste år var registrert med avsluttet poliklinisk kontakt ved sitt siste møte med PHV. Én måte å tolke disse funnene på er at mange som ikke har fått diagnose kan ha hatt subkliniske symptomer på psykisk lidelse som så har forverret seg over tid. Dette kan være pasienter det ville vært hensiktsmessig å jobbe forebyggende med, men som har hatt symptomer som ikke var alvorlige nok til å tilfredsstille kriteriene til en psykisk lidelse da de tok kontakt med PHV. I denne sammenheng blir det relevant å diskutere hvilke konsekvenser det kan ha for en pasient å få avslag på rett til helsehjelp i psykisk helsevern, og hva som er tilgjengelig av alternativer for de som selv opplever at de har behov for psykisk helsehjelp men som får avslag på hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for de som egentlig har behov for psykisk helsehjelp, men som av diverse årsaker kan ha valgt å avslutte kontakten med PHV selv. Det er relevant å se på hva slags oppfølging som er tilgjengelig for pasienter etter avslutning av poliklinisk kontakt, uavhengig av om kontakten med PHV avsluttes av helsetjenesten eller av pasienten selv.

Mange pasienter har altså et selvopplevd behov for hjelp som har gjort at de har tatt kontakt med fastlegen og fått en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette gir grunnlag for å undersøke hvordan det da kan oppleves å få avslag på rett til nødvendig helsehjelp i møte med PHV. Det er rimelig å anta at det for en del vil øke terskelen for å ta kontakt igjen dersom de opplever en forverring. Mange vil kanskje miste håpet om at det er mulig å få hjelp i helsevesenet. Kanskje har de stått i mange uker på en venteliste og orker ikke gå gjennom prosessen på nytt. I tillegg kan det være at de føler på skam over å ha blitt avvist. Det kan oppleves som å bli fortalt at egne plager ikke er alvorlige nok slik at de føler at de burde være i stand til å håndtere det på egenhånd, noe som igjen kan øke suicidalitet. Om de skulle gå til fastlegen på nytt kan det hende at fastlegens terskel også har blitt høyere for å rehen vise. Det er altså flere faktorer som potensielt kan bidra til at terskelen for å søke hjelp

blir høyere hvis man tidligere har blitt avvist, og det kan tenkes at disse faktorene også vil kunne bidra til en økt følelse av håpløshet hos pasienten.

Det kan også tenkes at en del pasienter selv har valgt å avslutte kontakten med spesialisthelsetjenesten. For noen kan dette kanskje dreie seg om at kontakten har vært ufrivillig, for eksempel etter et suicidforsøk eller grunnet press fra familie eller fastlege. Andre har kanskje ikke opplevd kontakten med behandler som god, ikke følt at det kom til å hjelpe eller av andre grunner ombestemt seg etter det første eller få møter med PHV. I mange psykiske lidelser er også en del av tilstandsbildet ambivalens knyttet til å motta hjelp, som for eksempel ved psykose, forskjellige typer avhengighet eller spiseforstyrrelser, som kan føre til at pasienten selv avslutter kontakten med PHV. For å forebygge at pasienten avslutter terapien er det avgjørende at terapeuten i de første timene fokuserer på å bygge en god arbeidsallianse så pasienten kan oppleve enighet med terapeuten om hvordan de skal jobbe sammen, hva som er målet med terapien og at det er et emosjonelt klima preget av respekt og tillit (Bordin, 1979). Det at pasienten raskt opplever en rask lindring av symptomer kan også bidra til å forebygge at pasienten avslutter.

Uavhengig av om kontakten er avsluttet av PHV eller pasienten selv er en mulig tolkning av disse funnene at dette representerer en gruppe som potensielt kan ta livet sitt en stund etter at de var i kontakt med PHV, og som kanskje vegrer seg for å ta kontakt igjen. Det at det tar lenger tid fra siste kontakt til selvmord for denne gruppen gir et handlingsrom for forebyggende tiltak. Det er kommunehelsetjenestens ansvar å ha tilbud til de som har psykiske helseproblemer uten å ha rett på behandling eller selv ikke ønsker behandling i spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er en svært viktig del av helsevesenet, den skal være lettere tilgjengelig for befolkningen og skal kunne sørge for oppfølging over lengre tid. Derfor blir det i denne sammenheng relevant å stille spørsmål ved i hvilken grad pasienter som får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten, eller selv ikke ønsker behandling til tross for behov, får tilbud om kommunal oppfølging.

Det er fremdeles slik at det er svært varierende i hvilken grad kommuner tilbyr organisert oppfølging etter utskrivelse eller avslag fra spesialisthelsetjenesten og at det i stor grad er opp til pasienten selv å finne eventuelle alternative hjelpetiltak. Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er i flere, men langt fra alle, kommuner satt i system gjennom kunnskaps- og modellbaserte løsninger som FACT-team eller ACT-team, eller andre oppsøkende samhandlingsteam (Ose et al., 2018). I en rapport fra SINTEF på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2018 fremkommer det at *under halvparten* av kommunene erfarer at

samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt (Ose et al., 2018). Dersom samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke er godt vil det kunne medføre at ansvaret for å skaffe seg nødvendig hjelp i stor grad blir hvilende på pasienten selv. Dersom pasienten er midt i en krise mangler vedkommende kanskje ressursene der og da til å søke hjelp et nytt sted. Pasienter i en suicidal tilstand vil kunne ha symptomer i form av redusert kognitiv kapasitet (Yaseen et al., 2019), som vil kunne medføre en mangel på mental fleksibilitet som kan vanskeliggjøre det å skulle finne og oppsøke nye hjelpeinstanser. Derfor er det spesielt viktig med godt samarbeid mellom kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenesten for denne sårbare pasientgruppen.

Det er også stor variasjon fra kommune til kommune når det gjelder hvilke psykiske helsetilbud som er tilgjengelig i førstelinjetjenesten (Ose et al., 2018). For eksempel tilbyr nå flere og flere kommuner tilbyr Rask psykisk helsehjelp (RPH), et lavterskel kommunalt tilbud med mål om å øke tilgangen på evidensbasert behandling som foreløpig viser god effekt (Knapstad et al., 2020). Et slikt type tilbud er rettet mot pasienter med lettere psykiske lidelser og kan ha en forebyggende effekt, men langt fra alle kommuner har tilsvarende tilbud. Et annet eksempel på forskjeller i kommunale tilbud som fremkommer i SINTEFs rapport fra 2018 er at det i 2018 kun var 52 kommuner eller bydeler som rapporterte om å ha kommunale behandlings- eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) (Ose et al., 2018). Slike tjenester følger opp brukere med stort behov, inkludert brukere som ikke nødvendigvis søker tjenestene selv. Det ser altså ut til at langt fra alle kommuner har slike tjenester tilgjengelig for sine innbyggere. Det betyr ikke at kommuner som ikke tilbyr disse psykiske helsetjenestene nødvendigvis har et dårligere tilbud til sine innbyggere, men disse to eksemplene illustrerer de store kommunale variasjonene i psykiske helsetjenester.

Det er interessant å undersøke hvilke tiltak som eventuelt kan iverksettes for å fange opp denne gruppen som har et behov for psykisk helsehjelp, men som ikke lenger har noe tilbud i spesialisthelsetjenesten, samt å identifisere hvilket nivå tiltakene eventuelt må iverksettes på. Ideelt sett ville man hatt muligheten til å systematisk ringe og følge opp pasienter som har blitt avvist og avsluttet i spesialisthelsetjenesten en viss tid etterpå. Terskelen burde da vært lav for rehenvisning ved forverring av symptomer eller om pasienter som selv ikke ønsket hjelp til tross for behov har endret mening. Imidlertid vil en slik ordning kreve økte ressurser og det vil være et tiltak med lav sensitivitet.

En annen inngang vil være å sørge for at sårbare pasienter ikke blir avsluttet eller avvist uten å vite hvor de kan henvende seg videre. Spesielt pasienter som ikke får tilbud om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør få tydelig informasjon om hvem de kan kontakte hvis de får det verre, helst hvilke førstelinjetilbud de kan benytte seg av i sin kommune. Det vil være hensiktsmessig å forbedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, også i de sakene hvor pasienten blir vurdert å ikke ha rett på helsehjelp.

Begrensninger ved studien

Det er viktig å understreke at vi basert på vårt observasjonelle design kun kan beskrive utvalget og se på assosiasjonen mellom variabler, ikke si noe om årsakssammenhenger. Populasjonen består utelukkende av pasienter der utfallet var selvmord, og vår oppgave vil altså begrense seg til å sammenligne to grupper der pasientene i hver av gruppene har endt opp med å ta sitt eget liv. Det ville vært interessant å sammenligne utvalget vårt også med en tilsvarende gruppe pasienter uten diagnoser som *ikke* har tatt sitt eget liv, som kunne fungert som et kontrollgruppe. Da kunne vi sagt mer om hvorvidt diagnose som variabel kunne forklare utfallet selvmord/ikke selvmord.

Videre er datagrunnlaget registerdata som opprinnelig er laget for administrative forhold og som inneholder kvantitativ informasjon basert på grove kategorier, og det er visse mangler det er viktig å være oppmerksom på i tolkningen av resultater. Én av disse manglene er at registeret ikke har informasjon om hvorvidt pasienter som var innlagt på døgnavdeling på dødstidspunktet var inne på avdelingen eller ute på permisjon. Det hadde også vært nyttig å ha informasjon om de pasientene som hadde avsluttet kontakt selv valgte å avslutte kontakten med PHV eller om de ble vurdert å være ferdig behandlet eller eventuelt ikke hadde rett på videre behandling. Hvorvidt pasientene i vårt utvalg hadde kommet i kontakt med PHV på bakgrunn av suicidalitet ville også gitt nyttig informasjon. Vi har ikke hatt tilgang på tilstrekkelig klinisk informasjon til å trekke konklusjoner rundt hvorvidt det at pasienter ikke hadde en registrert diagnose ved siste kontakt hadde noe å si for kvaliteten på oppfølgingen pasientene fikk i møtet med PHV. Registeret mangler også klinisk relevant informasjon som kunne hjulpet oss å identifisere undergrupper, som for eksempel data om tidligere suicidforsøk og villet egenskade, som begge er etablerte risikofaktorer for senere selvmord (Walby et al., 2018). I tillegg ville mer detaljert informasjon som

sosiodemografiske variabler tillatt oss å undersøke fellestrekk ved individer som ikke har fått en diagnose, men med våre data er vi begrenset til å si noe om hvordan pasientene har blitt behandlet på systemnivå. En annen begrensning er at vi kun har data fra det siste året. Det kan altså være at flere i gruppen uten diagnose siste år har fått en diagnose av PHV tidligere i livet, noe som ville vært interessant å vite.

En begrensning ved datagrunnlaget er at dekningsgraden til NPR var mindre komplett de første årene. Dette var på bakgrunn av at NPR ble personidentifiserbart først i 2008. Derfor mangler det sannsynligvis noen personer som skulle vært inkludert i de første årene, og antallet i kontakt med tjenestene før selvmord i disse årene er sannsynligvis noe underestimert.

Det er også viktig å nevne at studien baserer seg på selvmord mellom 2008 og 2018. Som vi har vist i analysene har det gjennom disse årene skjedd endringer blant annet med tanke på praksis for registrering av diagnoser fra 2016 til 2017. Det må derfor tas forbehold om at situasjonen kan se noe annerledes ut i dag. Allikevel er det rimelig å anta at funnene i studien er like relevant for PHV i 2021.

Styrker ved studien

Denne studien har også spesifikke styrker som er verdt å trekke frem. For det første har vi her undersøkt en gruppe pasienter som vanligvis faller utenfor inklusjonskriteriene til tilsvarende studier. De fleste registerstudier tar utgangspunkt i å undersøke sammenhengen mellom selvmord og spesifikke psykiske lidelser. Så langt vi vet er dette den første studien internasjonalt som tar for seg en populasjon som har tatt livet sitt etter å ha fått en uspesifikk eller ingen diagnose i møte med spesialisthelsetjenesten.

Videre bør det nevnes at utvalget i denne studien er stort med tanke på populasjonen som undersøkes ettersom studien samler 11 år med nasjonale data og inkluderer tilnærmet alle selvmord som har skjedd i Norge etter at personen har vært i kontakt med PHV. Materialet er således representativt for PHV i Norge.

En styrke som skiller denne studien fra mange andre studier av selvmord er at variablene som benyttes ble registrert mens pasienten enda levde. Som nevnt benytter mange studier metoder som psykologisk autopsi og andre metoder som baserer seg på retrospektiv skåring av variabler. Når variabler registreres prospektivt mens pasienten fortsatt lever blir

registreringen ikke preget av visshet om utfallet. Dette er ikke minst sentralt når man undersøker så sensitive og emosjonelt ladede fenomener som selvmord.

Konklusjon med implikasjoner

Formålet med denne studien var å undersøke hva som kjennetegner pasienter uten spesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV som døde i selvmord og deres kontakt med spesialisthelsetjenesten, og å sammenligne denne gruppen med de som var registrert med en spesifikk F-diagnose ved siste kontakt.

Mange pasienter i utvalget hadde fått en spesifikk diagnose tidligere samme år. Administrative rutiner rundt registrering av diagnoser kan være årsaken til at mange sto uten spesifikk diagnose ved siste kontakt selv om de hadde en spesifikk diagnose fra tidligere samme år. Dette støttes av funn av signifikante forskjeller mellom helseregioner i andel pasienter som hadde en uspesifikk diagnose ved siste kontakt, noe som neppe gjenspeiler forskjeller i populasjonen i regionene og dermed sannsynligvis kan tilskrives forskjeller mellom regionale helseforetak.

Nedgangen i bruk av uspesifikke diagnoser etter innføringen av innsatsstyrt finansiering for poliklinisk aktivitet i 2017 tyder på at mange pasienter som i perioden 2008-2016 har fått en uspesifikk diagnose i realiteten har hatt en diagnostiserbar psykisk lidelse. Dette støtter hypotesen om at manglende spesifikk diagnose for mange pasienter kan tilskrives diagnostisk praksis eller administrative rutiner for registrering av diagnoser.

Pasienter som fikk en uspesifikk diagnose ved siste kontakt med PHV og som senere tok livet sitt kjennetegnes hovedsakelig av at de hadde hatt kortere og færre kontakter med PHV og færre hadde hatt døgninnleggelse. Dette gjelder i enda større grad for de som ikke hadde fått noen spesifikk diagnose tidligere samme år. Mange pasienter dør altså i selvmord etter kun få kontakter med psykisk helsevern, og hvordan man møter pasienter i de første timene kan dermed være avgjørende. Vi har drøftet flere viktige fokusområder, og trukket frem viktigheten av oppdagelse av underliggende psykisk lidelse og utarbeidelse av en god problemforståelse og behandlingsplan som kan gi håp om bedring. Presis diagnostikk vil trolig være viktig i denne sammenheng, spesielt for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Noen pasienter har kanskje en symptomutforming som gjør det vanskelig å stille en spesifikk F-diagnose og klinikere opplever kanskje et behov for tidvis å kunne ta i bruk mer generelle kategorier. Dette kan dreie seg om et diagnosesystem som ikke er tilstrekkelig dekkende for alle pasienters tilstandsbilder, det kan dreie seg om klinikers mangelfulle utredningskompetanse eller det kan gjenspeile en manglende systematisk oppfølging av at utredning og diagnostisering utføres i tråd med lovgivning.

Det kan være at noen pasienter har behov for behandling i PHV og står i fare for å ta livet sitt uten å tilfredsstillte kriteriene for en spesifikk F-diagnose eller uttrykke selvmordstanker og -planer eksplisitt. De vil i dag kunne få avslag på rett til helsehjelp i PHV og vi har derfor løftet forslaget om at en selvmordsspesifikk diagnose kunne bidratt til at disse pasientene ble fanget opp og fikk nødvendig hjelp.

Pasienter som har hatt få kontakter med PHV som ikke har fått noen spesifikk diagnose har i median lenger tid mellom siste kontakt og selvmord. Dette betyr at det er et vindu der man har mulighet til å fange opp og forebygge disse selvmordene. Dette vil sannsynligvis kreve mer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å sørge for et helhetlig tilbud og videre oppfølging etter behandling.

Videre forskning

Denne studien har forsøkt å kaste lys over en pasientgruppe det er lite kunnskap om både i Norge og internasjonalt, og det gjenstår mange spørsmål.

Funnene fra denne studien peker i retning av at det finnes en undergruppe pasienter som ikke får noen spesifikk diagnose som deler visse karakteristikk på systemnivå i sitt møte med PHV. Det ville vært interessant å undersøke denne gruppen nærmere for å finne ut om de også deler noen demografiske egenskaper. Mer kunnskap om sosioøkonomiske forhold som sivilstatus, bostatus, økonomisk situasjon m.m kan potensielt være nyttig i utarbeiding av forebyggende tiltak for disse pasientene.

Funnene fra denne studien kunne blitt tydeligere og mer nyansert om vi hadde hatt tilgang på mer klinisk informasjon om innholdet i kontakten pasientene har hatt med helsetjenesten. Ved å samle inn informasjon om hva slags helsehjelp pasientene har mottatt kunne man vurdert hvorvidt spesifikk diagnose eller ikke hadde sammenheng med kvaliteten på helsehjelpen som ble gitt. Med mer kunnskap om blant annet hva slags symptombilde disse pasientene presenterte, hva som var klinikerens vurdering og hvilke tiltak som ble forsøkt kan eventuelle fellestrekk ved de første møtene med PHV identifiseres. Dette vil man eksempelvis kunne gjøre ved hjelp av kvalitative data fra både terapeutintervjuer og observasjoner av terapiprosesser, samt prosessmål av for eksempel arbeidsalliansen. Dette ville kunne gi mer inngående og nyansert kunnskap om terapeutenes vurderinger og aspekter ved behandlingsprosessene som kan være av betydning.

Det ville vært nyttig med mer informasjon om hvilken kontakt pasientene eventuelt hadde hatt med kommunehelsetjenesten før de tok livet sitt. Mer kunnskap om innholdet i kontaktene og hvordan samarbeidet var mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ville gi et mer fullstendig bilde av bruken av helsetjenestene før et selvmord. Dette ville være nyttig kunnskap i utviklingen av selvmordsforebyggende tiltak.

Referanser

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforl.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Bakken, I. J., Surén, P., Håberg, S. E., Cappelen, I., & Stoltenberg, C. (2014). Norsk pasientregister – en viktig kilde for forskning. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1417>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 234(11), 1146–1149.
- Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., Evatt, D. P., Tucker, J., & Skopp, N. A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 642–651.
- Benard, V., Vaiva, G., Masson, M., & Geoffroy, P. A. (2016). Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. *L'Encephale*, 42(3), 234–241.
- Berge, T., & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utgave., p. 484) [484 s. ill.]. Gyldendal akademisk.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 1(3), 181–185.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice: The Official Journal of Division 49, Group Psychology and Group Psychotherapy of the American Psychological Association*, 16(3), 252–260.
- Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Sachs, G., Yatham, L. N., Behnke, K., Mehtonen, O.-P., Montgomery, P., Ascher, J., Paska, W., Earl, N., DeVeugh-Geiss, J., & Lamictal 605 Study Group. (2003). A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *The Journal of Clinical*

- Psychiatry*, 64(9), 1013–1024.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- Craddock, N., & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(2), 93–95.
- Erlangsen, A., Qin, P., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Studies of suicidal behavior using national registers: An adventure without boundaries? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(3), 153–158.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 4, 7.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet (2020). Dødsårsaksregisteret (DÅR). Hentet 30.10.20 fra: <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/dodsarsaksregisteret/>
- Fredrik A. Walby, Martin Myhre, Anita Tørmoen, Anine T. Kildahl, Lars Mehlum. (2001). Myter og fakta om selvmordsforebygging [Review of *Myter og fakta om selvmordsforebygging*]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 57(4), 294–297.
- Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147–158.
- Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., & Goodwin, G. M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 217–222.
- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 295–300.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. <https://psycnet.apa.org/record/2014-52056-000>

- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903–920.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269–276.
- Helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Nasjonale faglige retningslinjer. Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>
29.03.21
- Helsedirektoratet (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf 14.10.20
- Helsedirektoratet (2018a). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2017. Norsk Pasientregister. Helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> 02.11.2020
- Helsedirektoratet (2018b). Årsrapport 2018, Norsk Pasientregister. Helsedirektoratet. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norsk-pasientregister-arsrapporter>

Helsedirektoratet (2019). Prioriteringsveilederne som verktøy ved rettighetstildeling. Aktuell

informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringsveilederne-som-verktoy-ved-rettighetstildelin>

Helsedirektoratet (2020). Norsk Pasientregister. Helsedirektoratet, 2020

(<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>)

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> 02.11.20

Høyen, K. S., Solem, S., Cohen, L. J., Prestmo, A., Hjemdal, O., Vaaler, A. E., Galynker, I., &

Torgersen, T. (2021). Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates. *Death Studies*, 1–9.

Isometsä, E. T. (2020). Suicides in Mood Disorders in Psychiatric Settings in Nordic National

Register-Based Studies. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 11, 721.

Joiner, T. E., Simpson, S., Rogers, M. L., Stanley, I. H., & Galynker, I. I. (2018). Whether Called

Acute Suicidal Affective Disturbance or Suicide Crisis Syndrome, a Suicide-specific Diagnosis Would Enhance Clinical Care, Increase Patient Safety, and Mitigate Clinician Liability. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(4), 274.

Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric

diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4–12.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation.

Annual Review of Clinical Psychology, 12, 307–330.

Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of

Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological

Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105.

- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276–286.
- Malt, U. F. (2018). *Lærebok i psykiatri* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 294*(16), 2064–2074.
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American Journal of Psychiatry*, appiajp202020060864.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 253*(1), 1–8.
- Murru, A., & Carpiniello, B. (2018). Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience Letters, 669*, 59–67.
- Njis, K. (2020). Påtvingne diagnoser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 57*(4), 305–306.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry, 68*(10), 1058–1064.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal

- behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1383–1384.
- Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Ådnanes, M., Lassemo, E. Kalseth, J. (2018). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. (SINTEF rapport 2018). Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf den 10.03.21
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2004). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *The Journal of ECT*, 20(1), 13–20.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> 02.11.20
- Pedersen, A. G., & Ellingsen, C. L. (2015). Datakvaliteten i Dødsårsaksregisteret. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1065>
- Psykologforeningen (1998). Ethiske prinsipper for nordiske psykologer. Psykologforeningens landsmøte 1998. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/content/download/44772/749256/version/1/file/Etiske+prinsipper+for+nordiske+psykologer.pdf>
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427–432.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 59–70.
- Rogers, M. L., Galynker, I., Yaseen, Z., DeFazio, K., Joiner, T. E., & Others. (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*, 47(8), 416–420.
- Rønneberg, U., & Walby, F. A. (2008). Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskriftet for Norsk Legeforening*, 128(2), 180–183.
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017).

- Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, 12(7), e0180292.
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 223–239.
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2020). Feeling ill at ease with a new disease: Labeling suicide-related behaviors as a DSM-5 diagnosis. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(4), 241–247.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. (IS 1511/2008) Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> 09.11.20.
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0274>
- Torgalsbøen, A.-K., & Vaskinn, A. (2014). Diagnostisering: Norske psykologers unnlåtelsessynd? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 753–758.
- Tucker, R. P., Michaels, M. S., Rogers, M. L., Wingate, L. R., & Joiner, T. E., Jr. (2016). Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of Affective Disorders*, 189, 365–378.
- 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. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet 20.09.20

- Walby, F., 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).
- Walby, F., Myhre M. Ø., Tørmoen, A., Kildahl, A. T., Mehlum, L. (2020). Myter og fakta om selvmordsforebygging. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 57(4), 294-297.
- Walby, F.A. *Personlig kommunikasjon vedrørende upubliserte data*, 14. april 2021
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 241, 475–483.
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79–81.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021–1037.
- Yaseen, Z. S., Hawes, M., Barzilay, S., & Galynker, I. (2019). Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1124–1135.
- Ying, G., Cohen, L. J., Lloveras, L., Barzilay, S., & Galynker, I. (2020). Multi-informant prediction of near-term suicidal behavior independent of suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 291, 113169.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over av alle variabler inkludert i studien, og hvilket register disse opprinnelig er hentet fra

Navn	Beskrivelse	Register
Kjønn	Pasientens kjønn.	DÅR
Alder	Pasientens alder på dødstidspunktet.	DÅR
Dødsår	Året pasienten døde.	DÅR
Selvordsmetode	Diagnose for underliggende dødsårsak.	DÅR
Helseregion	Episodens helseregion.	NPR
Omsorgsnivå	Nivå for siste direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten.	NPR
Spesifikk/uspesifikk diagnose	Hvorvidt pasienten hadde en spesifikk F-diagnose eller ikke ved siste direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten.	NPR
Behandlingsstatus	Hvorvidt pasienten var under aktiv behandling ved dødstidspunktet eller om behandlingen var avsluttet.	NPR
Tid fra siste kontakt	Antall dager fra siste direkte kontakt til dødsdato.	DÅR/ NPR
Antall innleggelse	Antall døgninnleggelse siste år, inkludert innleggelse i TSB.	NPR
Antall polikliniske kontakter	Antall polikliniske kontakter siste år, inkludert polikliniske kontakter med TSB og avtalespesialister.	NPR
Spesifikk F-diagnose siste år	Angir hvorvidt pasienten på noe tidspunkt i året forut for dødstidspunkt har vært registrert med en spesifikk F-diagnose.	NPR
Antall bidiagnoser	Angir antall bidiagnoser som var registrert på pasienten ved siste kontakt med spesialisthelsetjenesten.	NPR
Varighet av siste innleggelse	Dager fra oppstart av siste periode med døgnbehandling til avslutning eller dødsdato.	DÅR/ NPR

Vedlegg 2: Univariat logistisk regresjonsanalyse av forskjeller mellom personer med spesifikk/uspesifikk diagnose ved siste kontakt og spesifikk/uspesifikk diagnose siste år.

	Forskjeller mellom spesifikk F-diagnose ved siste kontakt (ref) og ingen spesifikk diagnose ved siste kontakt		Forskjeller mellom spesifikk F-diagnose siste år (ref) og ingen spesifikk diagnose siste år	
	Odds ratio (95% konfidensintervall)	P	Odds ratio (95% konfidensintervall)	P
Kjønn				
Kvinne			1(ref)	
Mann			1.55 (1.19–2.16)	0.009
Sykehusregion				
Helse Sør-Øst	1(ref)		1(ref)	
Helse Midt-Norge	0.97 (0.64-1.47)	0.886	1.84 (1.19-2.86)	0.007
Helse Vest	0.80 (0.56-1.14)	0.222	0.47 (0.28-0.78)	0.003
Helse Nord	2.01 (1.24-3.27)	0.005	1.73 (1.06-2.83)	0.028
Behandlingsstatus				
Pågående poliklinisk kontakt	1(ref)		1(ref)	
Avsluttet poliklinisk kontakt	1.26 (0.90-1.76)	0.185	1.98 (1.38-2.84)	< 0.001***
Innlagt døgnavdeling	0.81 (0.52-1.25)	0.333	0.30 (0.15-0.60)	0.001
Utskrevet døgnavdeling	0.38 (0.26-0.55)	< 0.001***	0.45 (0.27-0.75)	0.002
Omsorgsnivå ved siste kontakt				
Døgnbehandling	1 (ref)		1(ref)	
Poliklinisk behandling (inkludert dagbehandling)	2.18 (1.63-2.91)	< 0.001***	3.51 (2.35-5.24)	< 0.001***
<i>Missing: n=3</i>				
Døgnbehandling siste år				
Nei	1(ref)		1(ref)	
Ja	0.45 (0.34-0.60)	< 0.001***	0.098 (0.07-0.14)	< 0.001***
Poliklinisk kontakt siste år				
Nei	1(ref)		1(ref)	
Ja	1.73 (1.09-2.75)	P=0.02	1.03 (0.61-1.75)	0.918
Antall døgninnleggelser siste år				
0	1 (ref)		1(ref)	
1	0.5(0.36-0.69)	<0.001	0.2 (0.13-0.29)	< 0.001***
2	0.41 (0.29-0.57)	< 0.001***	0.02 (0.01-0.04)	< 0.001***
Antall polikliniske kontakter siste år				
0	1(ref)		1(ref)	
1-5	2.79 (1.69-4.61)	< 0.001***	2.51 (1.44-4.36)	0.001
6-20	1.46 (0.89-2.40)	0.14	0.59 (0.33-1.07)	0.083
>20	1.04 (0.61-1.77)	0.89	0.19 (0.09-0.43)	< 0.001***
Varighet av siste innleggelse				
1-7 dager	1(ref)		1(ref)	
8-30 dager	0.60 (0.39-0.93)	0.023	0.22 (0.08-0.56)	0.002
> 30 dager	0.54 (0.35-0.82)	0.004	0.19 (0.07-0.49)	0.001
<i>Missing (ingen innleggelse) : n=345</i>				
Dager fra siste kontakt til død				
< 90 dager			1 (ref)	
91-180 dager			1.82 (1.15-2.89)	0.011
181-365 dager			2.69 (1.71-4.25)	< 0.001***