

NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD

Uio Universitetet i Oslo NSSF

psykisk helsevern og barnefaglig spesialist utobehandling

Selvord under og etter behandling i psykisk helsevern; Kartleggingssystemet

Fredrik A. Walby
Forsker/ psykologspesialist
Prosjektleder: Kartleggingssystemet

Agenda

- Hovedfunn i rapporten «1910 døde pasienter»
- Hva betyr dette for selvmordsratene i Norge?
 - Hva så?
 - Mediafokus og nye myter om selvmord ???
 - To alternative modeller for selvmordsforebygging
- Hva kan vi lære /forbedre?
- Kartleggingssystemet er i gang!!

NSSF

Kartleggingssystemet | Samarbeidspartnere | Takk til:

Martin Ø. Myhre
Anne T. Kjønn

Norsk Pasientregister (NPR)
Dødsårsaksregisteret (DÅR)

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH)

MANCINI
University of Oslo

HelseDirektoratet

NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD

Bakgrunn; Selvmord under og etter behandling i psykisk helsevern

Psykisk helsevern → Selvmord

Psykisk helsevern → Psykiske lidelser → Selvmord

- 90 % av alle selvmord i befolkningen skjer i kontekst av en psykisk lidelse
- Pasienter i PHV høyriskogruppe
- Metaanalyse, internasjonalt: 26 % i kontakt med PHV siste år før suicid (Walby et al., 2018)
- Omfang og karakteristika av selvmord under behandling svært lite kjent i Norge

Cavanagh et al. (2002), Qin & Nordahl (2005), Walby (2008)

NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD

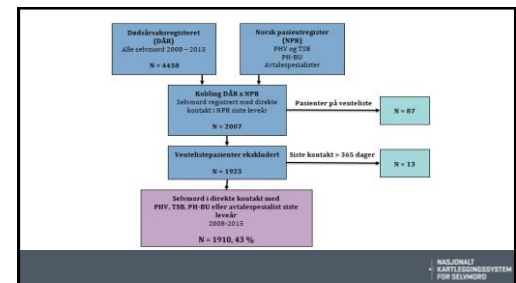
Registerstudie 2008-2015

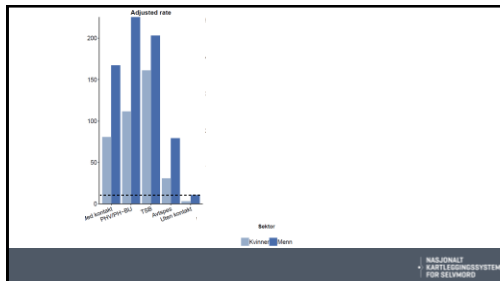
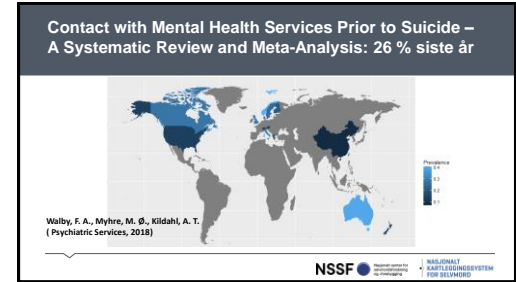
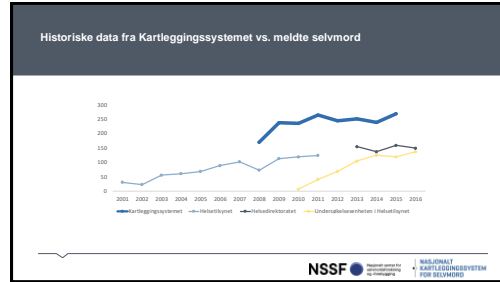
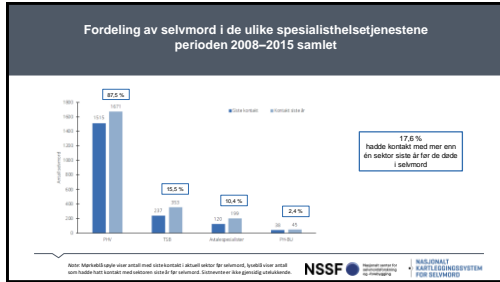
- Dødsårsaksregisteret
- Norsk pasientregister
 - PHV, PH-BU, TSB, Avt.spes
- Materialet er ikke det samme som Kartleggingssystemet**

1910 døde pasienter

Selvord i psykisk helsevern og tvungne psykiatrisert forbehandling 2008 til 2015

NSSF





- ### Noen nye feiloppfatninger?
- Statistiskmodellen:
 - «Selvmord er ikke mulig å forutsi....., så derfor er det ingenting vi kan gjøre.....»
 - Hammermodellen / quasi-etiker modellen:
 - «Vi hverken kan eller vil løse inn alle på isolat (etisk, juridisk, praktisk), så derfor er det lite / ingenting vi kan gjøre....»
 - Psykologmodellen:
 - «Pasientene trenger hjelp til å lære seg å akseptere og modulere egne følelser!?!»

To modeller for selvmordsforebygging i PHV (+TSB mm.)

Selvmordsforebygging er det viktigste av alt vi gjør i psykiatrien!

Alt det andre vi gjør / skulle ha gjort (u/ft. utrent)

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Hva kan vi gjøre?

- Ta inn over oss den voldsomme økte risikoen for selvmord i våre pasientgrupper (RR 20-50)
- Øke innsatsen for å få flere menn i kontakt med spesialisthelsetjenestene
- Sikre riktig diagnose
- Tilby behandlingsopplegg som er effektive og akseptable for alle
- Sikre omgivelsene under døgnoophold i psykiisk helsevern
- Oppfølging etter utskrivelse fra døgnoophold
- Innhold og varighet av polikliniske behandlingsopplegg

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Få flere menn i kontakt med PHV

- Folkeopplysning?
- Økt kunnskap i tjenestene?
- Henvissingspraksis?
- Behandlingstilnæringer....
- M.v.....

	Menn	Kvinner	N
Kontakt siste år	1182 (37,5 %)	728 (55,7 %)	1910
Ingen kontakt siste år	1970 (62,5 %)	578 (44,3 %)	2548
N	3152	1306	4458

Note: Data på selvmord over kontakt siste år basert på pasientregisteret til 01.03.2016.

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Sikre riktig diagnose og behandling av god kvalitet

Hoveddiagnose ved siste kontakt med PHV for voksne 2008-2015. N=1515

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Kan mer tvang løse problemet?

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Øke tilgang på behandlingsopplegg som er effektive og akseptable

- Bruk av evidensbaserte metoder
- Tiltak for å holde på pasienten tilstrekkelig lenge
 - Allianse, motivasjon, adekvate krav til samarbeid.
 - Omdømme?
 - Ressurser?
- Prioritere grupper med empirisk etablert evidens for effekt
- Ikke alle som dør er innenfor «klassisk psykiatri»
- Hvor går grensen for hva slags problemer vi kan behandle?

NSSF NASJONALT KAPTELINGSBYSTYRET FOR SELVMORD

Diagnose	Antall	Prosent	Antall	Prosent
	n	%	n	%
Personlighetsforstyrrelse (ICD-10 F60)	143	100,0	143	100,0
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	43	30,1	43	30,1
Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	10	7,0	10	7,0
Blandet / Andre personlighetsforstyrrelser	16	11,2	16	11,2
Engstelig / unnlukkede personlighetsforstyrrelse	8	5,6	8	5,6
Paranoid	7	4,9	7	4,9
Andre spesifikke	12	8,4	12	8,4
ANY PF hoveddiagnose	96	67,1	96	67,1
Any PF bidagnose	47	32,9	47	32,9
Totalt av alle (n = 1910)	143	7,4 %	143	7,4 %

Personlighetsforstyrrelsesdiagnoser (n=143) hos alle pasienter døde i selvmord (N=1910). Alle sektorer 2008-2015

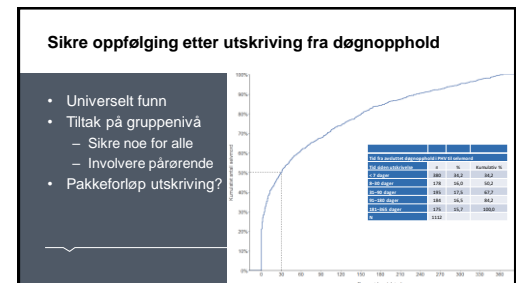
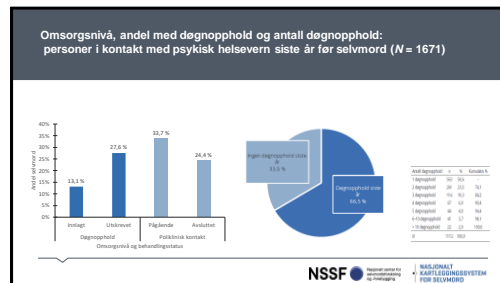
Diagnoser	n	%
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	43	30,1
Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	10	7,0
Blandet / Andre personlighetsforstyrrelser	16	11,2
Engstelig / unnlukkede personlighetsforstyrrelse	8	5,6
Paranoid	7	4,9
Andre spesifikke	12	8,4
ANY PF hoveddiagnose	96	67,1
Any PF bidagnose	47	32,9
Totalt av alle (n = 1910)	143	7,4 %

Selvmord hos pasienter med EUPF personlighetsforstyrrelsesdiagnose <12 mnd etter kontakt

	% av alle PF n (n=143)	% av alle selvmord (n=1910)
Hoveddiagnose	43	2,3
Bidagnose 1	11	0,6
Bidagnose 2	5	0,3
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse totalt	59	3,1

Sikre omgivelsene under døgnoophold i PHV og vurdere andre muligheter for metoderestriksjon

- Henging dominerende selvmordsmetode på sengeposter
 - Demonstrert effekt i UK og USA på å begrense muligheter for henging
- Fysisk sikring av sengeposter
 - + Systematiske vurdering av hvem som trenger ytterligere tiltak
- Ustabil personlighetsforstyrrelse: >50% inntox som metode
 - Henging hyppig brukt hos pas. med misbruk av illegale stoffer....



Innhold og varighet av polikliniske behandlingsopplegg

Personer som døde i selvmord under eller etter poliklinisk kontakt hadde ofte få kontakter og korte forløp

Antall kontakter siste år	Alle kontakter			Direkte kontakter*		
	n	%	Kumulativ %	n	%	Kumulativ %
1-5 kontakter	519	34,6		624	42,4	
5-10 kontakter	254	16,9	51,5	260	17,7	60,1
10-20 kontakter	317	21,1	72,6	303	20,6	80,7
20-30 kontakter	165	11,0	83,6	126	8,6	89,3
30-40 kontakter	78	5,2	88,8	60	4,1	93,4
40-50 kontakter	58	3,9	92,7	40	2,7	96,1
> 50 kontakter	109	7,3	100,0	58	3,9	100,0
N	1500	100,0		1471	100,0	

*Kontakter der pasienten fysisk er tilstede (NPR, 2015)

Vi trenger mer klinisk suicidologisk forskning

- Omfanget av selvmord i tjenestene nå godt dokumentert
 - Vi forstår for dårlig hvem som er i risiko, hvor og hvorfor.....
 - Studier av årsaker, mekanismer og oppleveler
 - Identifisere undergrupper
 - Utvikle modeller
 - Utvikle og evaluere intervensjoner
 - Brukernes opplevelser og ikke minst preferanser
 - Pårørendes perspektiver og hvordan hjelpe etterfallet

Kartleggingssystemets formål

- Fremskaffe opplysninger om **alle selvmord under og i de første 12 mnd. etter** behandling i PHV og TSB (inkludert BUP og avtalespesialister).
- Løpende systematisk og **strukturert** innsamling av data om pasientene, behandlingen og omstendigheter ved dødsfallet.
- Identifisere potensiell svikt på **systemnivå** og områder for iverksetting av forebyggende tiltak. **Utvikle og evaluere slike tiltak på gruppenivå.**

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord

- Metode
 - Nettskjema fylles ut av behandler etter suicid
 - Suppleres med registerdata (DÅR + NPR)
- Oppstart: 28.03.19

Kartleggingssystemet: Datakilder

Kartleggingsskjema = 60 variabler

- Demografiske variabler
- Psykososial historie
- Informasjon om selvmordet
- Selvmord i dagbehandling
- Behandling og etterlevelse
- Siste kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Synspunkter på forebygging
- Organisatoriske tiltak etter selvmordet
- Kontaktperson

Registerdata

- **Norsk pasientregister**
 - Demografiske variabler
 - Psykososial historie
 - Sykehistorie/behandling
 - Formålta
- **Dødsårsaksregisteret**
 - Informasjon om selvmordet

Om registrering:

www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/

- Dødsfall registreres ved å fylle ut nettskjema
- Skal registreres av en med klinisk kjennskap til pasienten
 - Ikke merkantil/administrativt personale
- For å få tilgang til skjemaet:
 - Enhetens organisasjonsnummer
 - Pasientens NPR-ID
 - Pasientens fødselsnummer (fjernes i TSD, brukes kun til korrekt kobling med registerne)

Når får vi oppdaterte nasjonale retningslinjer?



- Ny evidens om behandling (Cristea 2017)
- Ny evidens for effekt av metoderestriksjon (Kapoor 2006, Watts 2012)
- Ny evidens for intervensjoner på systemnivå (Wise 2012)
- Evidens for nytten av sikkerhetsplaner (Shawley 2018)
- Ny kunnskap om selvmord i tjenestene (Waltz 2018)
- Tverrfaglig spesialisert behandling
- Samtykkekompetanse (Wise 2017)
- BEHOV FOR EN BEDRE PEDAGOGISK

Ny handlingsplan mot selvmord, enstemmig vedtatt i Stortinget 19.04.18

- Det ble **enstemmig vedtatt å be regjeringen legge fram en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, inkludert forebygging av selvmord blant pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern.** Fagmiljø, pasient- og pårørende grupper må involveres i utarbeidningen, og **nullvisjon må vurderes som overordnet målsetting.**



Oppsummering

- Rett under halvparten av alle som dør i selvmord i Norge har kontakt med psykisk helsevern, TSB eller avtalespesialister
- De fleste har lite omfang av kontakt og dør i nært i tid
- Rikt land, omfattende tjenestetilbud viktig forklaring
- Gir store muligheter for å forebygge flere selvmord
- Hvor stort er potensialet og for hvilke grupper kan vi gjøre mest?
 - Bedre diagnostikk, mer systematisk behandling, intervensjoner på systemnivå beste kandidater
- Kartleggingssystemet vil sikre betydelig bedre data!

Kontakt oss



www.uio.no/kartleggingssystemet



nssf-kartlegging@klmmed.uio.no



@NSSFKartlegging