

RAPPORT

2026

Selv mord uten kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kjennetegn og muligheter for forebygging

Rapport

SELMORD UTEN KONTAKT MED PSYKISK HELSEVERN ELLER TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

KJENNETEGN OG MULIGHETER FOR FOREBYGGING

Carine Øien-Ødegaard

Pia Myklebust Johannessen

Sissel Marguerite Belanger

Anne Reneflot

Kim Stene-Larsen

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Folkehelse og forebygging
Avdeling for psykisk helse
Oktober 2026

Tittel:

SELVMORD UTEN KONTAKT MED PSYKISK HELSEVERN ELLER TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Forfatter(e):

Carine Øien-Ødegaard
Pia Myklebust Johannessen
Sissel Marguerite Belanger
Anne Reneflot
Kim Stene-Larsen

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-601-1

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/0n6e-1d66>

Emneord: selvmord, selvmordsforebygging, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sosiodemografiske kjennetegn, skytevåpen

FORORD

Selv mord er et betydelig folkehelseproblem og en viktig årsak til tap av leveår i Norge. Hvert år dør om lag 700 personer i selvmord, med store konsekvenser for familier, venner, lokalsamfunn og samfunnet som helhet. Forebygging av selvmord har derfor høy prioritet i norsk helse- og samfunnspolitikk.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) utgjør sentrale arenaer for selvmordsforebygging. Samtidig viser forskning og nasjonal statistikk at over halvparten av de som dør i selvmord ikke har vært i kontakt med disse tjenestene det siste leveåret. Dette reiser viktige spørsmål om hvordan samfunnet kan identifisere og støtte personer i risiko som ikke fanges opp av spesialisthelsetjenesten.

Denne rapporten retter oppmerksomheten mot to grupper som i begrenset grad har vært belyst gjennom tidligere registerbaserte studier: personer som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB det siste leveåret, og personer som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen. Gjennom analyser av nasjonale registerdata beskriver rapporten sosiodemografiske kjennetegn, tilknytning til ulike samfunnsarenaer og kontakt med helsetjenester i tiden før dødsfallet.

Funnene viser at mange av dem som dør i selvmord uten kontakt med spesialisthelsetjenesten, ikke står utenfor samfunnet. Tvert imot har mange kontakt med fastlege, deltar i arbeidslivet eller utdanning, mottar tjenester fra NAV eller inngår i familie- og nettverksrelasjoner. Dette understreker at selvmordsforebygging ikke kan være et ansvar for helsetjenesten alene, men krever innsats fra flere sektorer og samfunnsarenaer.

Målet med rapporten er å bidra med kunnskap som kan styrke det selvmordsforebyggende arbeidet, både innenfor og utenfor helsetjenesten. Vi håper at resultatene kan gi et bedre grunnlag for utvikling av tiltak, samarbeid og forskning som bidrar til at flere personer i risiko identifiseres og får hjelp før en selvmordskrise får fatale konsekvenser.

Til slutt vil vi rette en takk til alle som har bidratt til arbeidet med rapporten, herunder de virksomhetene som forvalter de nasjonale registrene som danner grunnlaget for analysene.

Oslo, september 2026

Kim Stene-Larsen

Fung. Avdelingsdirektør

Avdeling for psykisk helse

1 INNHOLD

Forord.....	3
Hovedbudskap.....	6
Sammendrag	7
Innledning.....	7
Metode.....	7
Resultat	7
Diskusjon	8
Konklusjon.....	8
Key messages (English).....	9
Executive summary (English)	10
Introduction	10
Methods	10
Results	10
Discussion.....	11
Conclusion	12
2 Innledning.....	13
2.1 Bakgrunn.....	13
2.1.1 Kjønn og alder.....	13
2.1.2 Primærhelsetjenesten	14
2.1.3 Arbeidsmarkedstilknytning og utdanning	14
2.1.4 Selvmord ved bruk av skytevåpen.....	15
2.2 Avgrensning og problemstilling	15
3 Datagrunnlag og metode	16
3.1 Registerdata	16
3.1.1 Datautvalget	16
3.1.2 Begreper	16
3.2 Metode	18
4 Resultater	19
4.1 Selvmord i perioden 2010 til 2021.....	20
4.1.1 Selvmord blant personer med og uten kontakt med psykisk helsevern.....	22

4.1.2	Primærhelsetjenesten	25
4.2	Selv mord blant menn i ulike aldersgrupper	27
4.2.1	Selv mordsrater i årene 2010 til 2021	27
4.2.2	Kontakt med psykisk helsevern	28
4.2.3	Primærhelsetjenesten	29
4.2.4	Parstatus og sivilstatus	31
4.2.5	Arbeidsmarkedstilknytning, utdanning og inntekt	33
4.3	Selv mord ved bruk av skytevåpen	35
4.3.1	Andeler selv mord ved bruk av skytevåpen	35
4.3.2	Primærhelsetjenesten	40
4.3.3	Parstatus og sivilstatus	42
4.3.4	Arbeidsmarkedstilknytning og utdanning	44
5	Oppsummering	46
6	Diskusjon	48
6.1	Selv mordsforebygging utenfor psykisk helsevern	48
6.2	Primærhelsetjenesten	49
6.3	Betydningen av relasjoner	50
6.4	Arbeidsmarkedstilknytning	51
6.5	Menn under utdanning	53
6.6	Selv mord ved bruk av skytevåpen	54
6.7	Begrensninger	56
7	Konklusjon og fremtidig arbeid	59
8	Referanser og datakilder	60

HOVEDBUDSKAP

Formålet med denne rapporten er å kartlegge selvmord blant personer som ikke var i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) det siste året før dødsfallet, og å identifisere arenaer der disse personene potensielt kan nås med forebyggende tiltak. Rapporten fokuserer primært på menn, da de er overrepresentert i selvmordsstatistikken og i mindre grad oppsøker helsehjelp for psykiske lidelser og plager. Videre har de som dør ved bruk av skytevåpen lavest kontakt med PHV/TSB sammenlignet med de som dør av selvmord ved andre metoder. Selvmord med skytevåpen er mest utbredt blant menn.

En stor andel menn som dør av selvmord utenfor PHV/TSB er samboer eller ektefelle. Det er likevel noen tendenser til flere selvmord blant enslige. Mange er i arbeid, men en betydelig andel mottar ytelser fra NAV. Funnene tyder også på at ensomhet og tilgang til skytevåpen er andre viktige områder for forebyggende innsats særlig blant eldre menn.

Det finnes ingen enkeltarena eller enkeltstående tiltak som vil nå alle som dør i selvmord uten å ha vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten det siste leveåret. Rapporten fremhever primærhelsetjenesten, arbeidsplassen, studentsamskipnaden, familievernkontorene, helsestasjonen, og NAV som viktige mulige arenaer for selvmordsforebyggende arbeid.

SAMMENDRAG

Innledning

Hvert år dør rundt 700 mennesker av selvmord i Norge. Over halvparten av disse har ikke kontakt med psykisk helsevern, herunder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB), siste leveår. Tre av fire som dør av selvmord i Norge er menn, og menn er underrepresentert blant de som er i behandling i psykisk helsevern. Blant menn som dør i selvmord er skytevåpen den nest vanligste metoden, og denne undergruppen av personer som dør i selvmord har minst kontakt med PHV/TSB siste leveår, sammenlignet med andre selvmordsmetoder. Selv om psykisk helsevern er en av de viktigste institusjonene for selvmordsforebygging er det viktig å også finne flere arenaer for å favne de som ikke nås av spesialisthelsetjenesten.

Formålet med denne rapporten er å kartlegge sosiodemografiske kjennetegn blant de som ikke er i kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord og/eller dør i selvmord ved bruk av skytevåpen, og bidra til å avdekke mulige arenaer for selvmordsforebyggende tiltak utenfor psykisk helsevern.

Metode

Resultatene i rapporten er basert på avpersonifiserte norske registerdata, som er koplet sammen ved hjelp av individuelle løpenummer. Det er kun personer som dør i selvmord som inngår, og disse er identifisert gjennom Dødsårsaksregisteret. Data om helsetjenestebruk kommer fra Norsk pasientregister og KUHR-databasen. Informasjon om sosiodemografiske kjennetegn er hentet fra Det sentrale folkeregisteret, Den nasjonale utdanningsdatabasen og Forløpsdatabasen FD-Trygd, fra Statistisk sentralbyrå. Informasjon om selvmordsmetode er hentet fra Dødsårsaksregisteret. Resultatene er stort sett presentert i figurer som viser andeler, som er laget i Stata. Selvmordsratene er beregnet i Excel med utgangspunkt i data fra Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

Resultat

Rapporten viser at i perioden 2010 til 2021 skjedde majoriteten av selvmordene blant personer som ikke hadde hatt behandling i PHV/TSB siste året før dødsfallet. Av de uten kontakt med PHV/TSB er det flere menn enn kvinner, spesielt i aldersgruppen 70 år og eldre.

Blant de uten i kontakt med PHV/TSB, er det en betydelig andel med minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten en måned før selvmordet. Det er vanlig å ha konsultasjoner hos fastlege, mens det er mindre vanlig med konsultasjoner på legevakt. Færre oppsøker primærhelsetjenesten grunnet psykiske plager sammenlignet med alle andre årsaker. Blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre er over 40 prosent i kontakt med fastlegen siste måneden før selvmordet, som indikerer at primærhelsetjenesten er en spesielt viktig arena for forebygging av selvmord blant eldre.

Omtrent halvparten av menn uten kontakt med PHV/TSB forut for selvmord mellom 2010 og 2021 er enslige, enten med eller uten barn, mens resten er samboere eller ektefeller. Videre har mellom seks og 10 prosent av menn i alderen 26 år og eldre opplevd samlivsbrudd innen de siste tre årene før selvmordet.

Blant menn i aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år som ikke er i kontakt med PHV/TSB før selvmord, er mellom 40 og 55 prosent i fulltidsjobb, mens omtrent 30 til 45 prosent mottar trygdeytelser fra NAV. Halvparten av menn i aldersgruppen 15 til 25 år er aktive studenter, og omtrent 40 prosent er i fulltid- eller deltidsjobb. Menn i aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år er overrepresentert i den laveste inntekstkvartilen.

Skytevåpen er den tredje mest vanlige selvmordsmetoden i perioden 2010 til 2021, og den nest vanligste metoden blant menn. Rapporten viser at selvmordsraten ved bruk av skytevåpen er høyere blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre, sammenlignet med menn i aldersgruppene 15 til 25 år, 26 til 45 år og 46 til 69 år.

Diskusjon

Samlet sett viser funnene at mange av mennene som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB ikke står utenfor etablerte samfunnsarenaer. Tvert imot har mange kontakt med fastlegen, er i arbeid, under utdanning eller inngår i familie- og nettverksrelasjoner. Dette peker på at selvmordsforebygging må forstås som et tverrsektorielt samfunnsansvar. Arbeidslivet, utdanningsinstitusjoner, NAV, primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og familier representerer ulike kontaktpunkter hvor personer med forhøyet risiko kan identifiseres og tilbys støtte. Samtidig viser resultatene at gruppen er svært heterogen, noe som tilsier at det ikke finnes én enkelt arena eller ett enkelt tiltak som vil kunne nå alle. Et effektivt forebyggende arbeid forutsetter derfor en kombinasjon av universelle, selektive og indikerte tiltak, samt gode samarbeidsstrukturer mellom ulike sektorer.

Funnene i rapporten illustrerer også betydningen av å utvikle mer kunnskap om grupper som i liten grad kommer til syne gjennom helsetjenestebruk før selvmord. Flere av mennene fremstår på overflaten som sosialt integrerte gjennom arbeid, partnerskap eller deltakelse i organiserte aktiviteter, samtidig som de ikke har kontakt med psykisk helsevern i perioden før dødsfallet. Dette kan tyde på at psykiske belastninger, livskriser og selvmordstanker i mange tilfeller forblir uoppdaget eller uformidlet til hjelpeapparatet. Registerdata gir verdifull informasjon om kontaktflater og kjennetegn, men kan i begrenset grad belyse de individuelle prosessene som leder frem til selvmord. Det er derfor behov for mer forskning som kombinerer registerbaserte analyser med kvalitative metoder og psykologiske autopsistudier, for bedre å forstå hvordan risikofaktorer, hjelpesøkingssatferd og utløsende hendelser virker sammen i gruppen som ikke har behandling i PHV/TSB før selvmord.

Konklusjon

Personer uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord står for over halvparten av alle selvmord i Norge. Mange av disse har likevel kontakt med andre samfunnsarenaer, spesielt primærhelsetjenesten, arbeidslivet, utdanningsinstitusjoner og NAV. Funnene viser at selvmordsforebygging må skje bredt i samfunnet og ikke bare innen psykisk helsevern. Økt kunnskap om risikofaktorer gjennom livsløpet kan bidra til mer treffsikre forebyggende tiltak og tidligere identifisering av personer i risiko.

KEY MESSAGES (ENGLISH)

The aim of this report is to examine suicides among individuals who had no contact with mental health services or interdisciplinary specialized substance use treatment services (MHS/SUD) during the year preceding death, and to identify settings in which these individuals may potentially be reached through preventive interventions. The report focuses primarily on men, as they are overrepresented in suicide statistics and to a lesser degree contact the healthcare services were mental health problems. Furthermore, individuals who die by firearm suicide have lower levels of contact with MHS/SUD than those who die by suicide using other methods. Firearm suicide is also most prevalent among men.

A large proportion of men who die by suicide without prior contact with MHS/SUD are married or cohabiting, but with some indication of higher suicide rates among single men. Many are employed, while a substantial proportion receive benefits through the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV). The findings also suggest that loneliness and access to firearms represent important targets for preventive efforts, particularly among older men.

No single setting or intervention is likely to reach all individuals who die by suicide without contact with specialist mental health services during their final year of life. The report highlights primary healthcare services, workplaces, student welfare organizations, family counselling services, child health clinics, and NAV as important potential arenas for suicide prevention efforts.

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

Introduction

Approximately 700 people die by suicide in Norway each year. More than half of them have had no contact with specialist mental health services, including interdisciplinary specialized substance use treatment services (MHS/SUD), during the last year of life. Three out of four who die by suicide in Norway are men, and men are also underrepresented among those who are treated in the specialist mental health services. Among men who die by suicide, firearms are the second most common method, and this group of suicide deceased has to a lower degree contact with MHS/SUD during the last year of life, compared to those who die by suicide using other methods. Although mental health services are a key setting for suicide prevention, it is important to identify additional arenas for reaching individuals who are not engaged with specialist mental health services.

The aim of this report is therefore to describe the sociodemographic characteristics of individuals who were not in contact with MHS/SUD during the year preceding suicide and/or who died by firearm suicide, and to identify potential arenas for suicide prevention outside mental health services.

Methods

The results presented in this report are based on de-identified Norwegian register data linked through unique individual identification numbers. Only individuals who died by suicide were included, identified through the Norwegian Cause of Death Registry. Information on healthcare utilization was obtained from the Norwegian Patient Registry and the KUHR database.

Sociodemographic characteristics were obtained from the Central Population Register, the National Education Database, and the FD-Trygd Event History Database administered by Statistics Norway. Information on suicide methods was also retrieved from the Cause of Death Registry.

Results are primarily presented as proportions in graphical figures produced in Stata. Suicide rates were calculated in Excel using population data from Statistics Norway's Statistical Bank.

Results

The report shows that during the period 2010 to 2021, the majority of suicides occurred among individuals who had not received treatment in MHS/SUD during the year preceding death. Among those without contact with MHS/SUD, men outnumbered women, particularly in the age group 70 years and older.

Among individuals without contact with MHS/SUD, a substantial proportion had at least one consultation in primary healthcare during the month preceding suicide. Consultations with general practitioners were common, whereas contacts with out-of-hours emergency services were less frequent. Fewer individuals sought primary healthcare for mental health problems compared with consultations for all other reasons. Among men aged 70 years and older, more

than 40 percent had been in contact with a general practitioner during the month before suicide, indicating that primary healthcare may be a particularly important setting for suicide prevention among older adults.

Approximately half of all men without contact with MHS/SUD prior to suicide between 2010 and 2021 were single, either with or without children, while the remainder were cohabiting or married. Furthermore, between 6 and 10 percent of men aged 26 years and older had experienced a relationship breakdown within the three years preceding suicide.

Among men aged 26 to 45 years and 46 to 69 years who had not been in contact with MHS/SUD before suicide, between 40 and 55 percent were employed full-time, while approximately 30 to 45 percent received social security or disability benefits through the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV). Half of the men aged 15 to 25 years were active students, and approximately 40 percent were employed either full-time or part-time. Men aged 26 to 45 years and 46 to 69 years were overrepresented in the lowest income quartile.

Firearms were the third most common suicide method during the period 2010 to 2021 and the second most common method among men. The report shows that firearm suicide rates were higher among men aged 70 years and older than among men aged 15 to 25 years, 26 to 45 years, and 46 to 69 years.

Discussion

Overall, the findings indicate that many men who die by suicide without prior contact with MHS/SUD are not disconnected from established societal settings. Rather, they are in contact with general practitioners, employed, enrolled in education, or involved in family and social relationships. This suggests that suicide prevention should be understood as a cross-sectoral societal responsibility. Workplaces, educational institutions, NAV, primary healthcare services, voluntary organizations, and families all represent important points of contact where individuals at elevated risk may be identified and offered support. At the same time, the findings demonstrate that this population is highly heterogeneous, suggesting that no single setting or intervention will be sufficient to reach everyone. Effective suicide prevention therefore requires a combination of universal, selective, and indicated interventions, supported by strong collaboration across sectors.

The findings also highlight the importance of developing more knowledge about groups that remain largely invisible through healthcare utilization prior to suicide. Many of the men appeared socially integrated through employment, partnerships, or participation in organized activities, while having no contact with mental health services before death. This may indicate that psychological distress, life crises, and suicidal thoughts often remain unnoticed or are not communicated to support services. Although register data provide valuable information about characteristics and points of contact, they offer limited insight into the individual processes leading to suicide. Further research combining register-based analyses with qualitative methods and psychological autopsy studies is therefore needed to improve understanding of how risk factors, help-seeking behaviour, and triggering events interact among individuals who are not receiving treatment in MHS/SUD before suicide.

Conclusion

Individuals with no contact with MHS/SUD during the year preceding suicide account for more than half of all suicides in Norway. Many of these individuals nevertheless have contact with other societal settings, particularly primary healthcare services, workplaces, educational institutions, and NAV. The findings demonstrate that suicide prevention must extend beyond mental health services and be broadly embedded across society. Increased knowledge of risk factors across the life course may contribute to more targeted preventive measures and earlier identification of individuals at risk.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Hvert år dør rundt 700 mennesker av selvmord i Norge (1). Tall fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) viser at selvmordsraten er omtrent 13 per 100 000 innbyggere (2). Selvmord er et alvorlig folkehelseproblem som krever målrettet forebygging på tvers av samfunnssektorer for å kunne redusere selvmordstallene.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) publiserer nasjonale rapporter om personer som dør i selvmord under og inntil ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus (herved kalt psykisk helsevern ¹). Den nyeste rapporten med data fra 2010 til 2021, viste at 44 prosent av dem som døde i selvmord hadde vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) i løpet av det siste året før dødsfallet (3). Dette betyr at over halvparten ikke hadde slik behandling i perioden før de døde, noe som peker på et betydelig potensial for selvmordsforebygging også utenfor PHV/TSB. For å utvikle målrettede selvmordsforebyggende tiltak utenfor PHV/TSB er det avgjørende å kartlegge andre arenaer for selvmordsforebygging hvor disse kan nås. Det overordnede målet med rapporten er å bidra til en kartlegging av alle selvmord i Norge uavhengig av kontakt med PHV/TSB. Resultatene i rapporten bør derfor sees i sammenheng med resultatene fra kartleggingssystemet ved NSSF. Fordi disse rapportene må ses i sammenheng for å få et helhetlig bilde har vi valgt å legge oss på samme analysenivå som i rapportene fra kartleggingssystemet.

En utfordring med å forebygge selvmord blant de som ikke har vært i kontakt med PHV/TSB er at man ikke vet hvilke arenaer disse best kan nås på med forebyggende tiltak. Generelt er det mindre kunnskap om de som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB. Formålet med denne rapporten er derfor å beskrive kjennetegn ved de som tar livet sitt uten å ha hatt kontakt med PHV/TSB, og identifisere potensielle forebyggingsarenaer. I tillegg har vi særlig fokus på hva som kjennetegner de som har tatt livet sitt med skytevåpen slik at eventuelle nye tiltak rettet mot denne gruppen kan bli enda mer målrettet. I rapporten forsøker vi ikke å estimere selvmordsrisiko blant de som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB året før død da dette faller utenfor oppdraget.

2.1.1 *Kjønn og alder*

Flere kvinner enn menn har selvmordstanker og selvmordsforsøk, mens flere menn enn kvinner dør av selvmord, noe som ofte kalles selvmordsparadokset (24-26). Dette kan både knyttes til valg av metode, hvor menn oftere velger metoder hvor sannsynligheten for å dø er høyere, og til at kvinner i større grad enn menn oppsøker helsetjenesten og får hjelp (5, 18). En rapport fra WHO viser at mer en halvparten av alle selvmord skjer før fylte 50 år (56 prosent) (27). Likevel er det en betydelig andel eldre personer over 70 år som dør av selvmord, både blant menn og kvinner (26). Til tross for dette har vi mindre kunnskap om selvmord blant eldre. Med tanke på at befolkningen stadig får en høyere andel eldre er mer kunnskap om selvmord i denne aldersgruppen viktig.

¹ **Psykisk helsevern** er undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser og rusproblemer. Psykisk helsevern omhandler både behandling på sykehus, i form av innleggelser, og distriktpsikiatriske sentre (DPS).

2.1.2 Primærhelsetjenesten

Studier har vist at det er vanlig å være i kontakt med fastlegen forut for selvmord, selv så nært som en måned før, og i noen tilfeller inntil en uke før (4). Dette finner man også i studier med norske data (5). Selv om det også er svært vanlig for den generelle befolkningen å være i kontakt med fastlegen, er primærhelsetjenesten trolig en viktig arena for selvmordsforebygging. Primærhelsetjenesten er både førstelinjekontaktpunkt for personer som trenger helsehjelp, og en portvokter for henvisning inn til spesialiserte helsetjenester. Primærhelsetjenesten omfatter både fastlegen og legevakten, noe som gir leger og annet helsepersonell et stort potensial for å gjøre selvmordsforebyggende arbeid.

En rekke studier har vist at samlivsbrudd er forbundet med økt risiko for selvmord også i norske studier (6-8). En av disse viser at både menn og kvinner som gjennomgår samlivsbrudd er mer i kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske lidelser og plager i tiden før, under og etter bruddet (8). Dersom det er barn med i bildet må foreldrene møte til mekling i Familievernkontoret (9). Disse funnene underbygger forebyggingspotensialet i primærhelsetjenesten, og de åpner for at Familievernkontoret kan være en potensiell arena for forebyggingstiltak.

2.1.3 Arbeidsmarkedstilknytning og utdanning

Flere studier har vist at det er høyere risiko for selvmord blant de som ikke er i arbeid (10-12). Denne sammenhengen har man også funnet i Norge (13). Det er ulike årsaker til at noen er utenfor arbeid, og i Norge betyr det ofte at en mottar stønader fra NAV. Hvis det er helsemessige årsaker til at man er uten arbeid, er det nødvendig med legeerklæringer eller spesialistutredninger for å motta stønader. For ytelser knyttet til arbeidsmarkedet for andre årsaker enn helse, eller knyttet til en vanskelig økonomisk situasjon, er NAV eneste kontaktpunkt (14-17). Dette kan gjøre NAV til en potensiell arena for forebyggingstiltak, fordi en høy andel av de som dør i selvmord er NAV-brukere (13).

Til tross for at det er høyere risiko for selvmord blant de utenfor arbeidslivet, er det en betydelig andel av de som dør i selvmord som er i jobb helt frem til året før død (18). Dette gjelder særlig menn, og denne gruppen har mindre helsetjenestebruk forut for selvmord enn de utenfor arbeidslivet. Dette gjør at denne gruppen er vanskelig å nå gjennom helsevesenet, og det er nødvendig med mer informasjon om disse individene for å kunne utvikle selvmordsforebyggende tiltak rettet mot for eksempel arbeidslivet.

Noen internasjonale studier peker også på en svak økende selvmordsrate etter 2009/2010 blant studenter i høyere utdanning (19), mens andre ikke finner belegg for en slik trend (20). Likevel viser tall fra Studentenes helse- og trivselsundersøkelse at det var en liten økning i selvrapporterte selvmordstanker blant norske studenter fra 2010 til 2018 (21) og en sterkere økning fra 2018 til 2021 (22). Fra 2018 til 2021 ble det også funnet en kjønnsforskjell, der det var en signifikant økning av selvskading og selvmordstanker blant menn og ikke kvinner (22). Til tross for økningen, var prevalensen av selvskading og selvmordstanker signifikant lavere blant menn enn blant kvinner. Siden antall studenter har økt betydelig fra 2015 til 2024 (23), kan studentsamskipnader også være en viktig arena for selvmordsforebygging.

2.1.4 Selvmord ved bruk av skytevåpen

Å redusere tilgangen på selvmordsmetoder er et godt dokumentert og effektivt selvmordsforebyggende tiltak (28), slik som å begrense tilgangen på skytevåpen i befolkningen. I 1990 kom det en endring i våpenloven i Norge, med krav om polititillatelse før anskaffelse av hagler (29). I etterkant av endringen var det en reduksjon av selvmord med skytevåpen blant menn (29). Ifølge tall fra Nasjonalt Våpenregister er det 1 425 662 registrerte skytevåpen i Norge fordelt på 473 728 registrerte private våpeneiere. Dette tilsvarer cirka tre skytevåpen i gjennomsnitt per person, men den reelle fordelingen varierer blant personer. I 2021 trådte en ny våpenlovforskrift i kraft, med strengere krav knyttet til aldersgrense, tillatelse fra politi og oppbevaring (30). Globalt sett har trenden av selvmord grunnet bruk av skytevåpen gått ned i årene 1990 til 2019 (31), og selv om årsakene til nedgangen er ukjent, kan slike regelverk knyttet til våpenbruk ha en positiv effekt (32, 33).

2.2 Avgrensning og problemstilling

Rapporten har som formål å identifisere kjennetegn blant menn som dør i selvmord uten å ha hatt kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, eller som dør ved bruk av skytevåpen, og arenaer hvor det er mulig å iverksette selvmordsforebyggende tiltak.

3 DATAGRUNNLAG OG METODE

3.1 Registerdata

Rapporten kombinerer informasjon fra flere registre. For å identifisere personer som dør av selvmord benyttes data fra Dødsårsaksregisteret (DÅR). DÅR er et register for dødsfall blant nordmenn bosatt i Norge og utlandet, og gir informasjon om dødsårsak og andre opplysninger knyttet til dødsfallet. For å identifisere de som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten, har vi brukt informasjon fra Norsk pasientregister (NPR). NPR inneholder opplysninger om alle pasienter som mottar eller er henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten, inkludert behandlingsdato, behandlingssted, henvisninger og diagnoser fra diagnosesystemet ICD-10. I denne rapporten inngår kun de som har vært til konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Fra NPR har vi informasjon om kontakt med psykisk helsevern, herunder avtalespesialister med offentlig avtale og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har ikke informasjon om private psykologer eller kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste.

For å undersøke kontakt med primærhelsetjenesten, anvendes informasjon fra databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR-databasen). KUHR inneholder informasjon om refusjonskrav fra behandlere og helsetjenester til staten, der regninger er grunnlaget. Informasjonen omhandler blant annet dato for behandling, behandlingssted (f.eks., legevakt eller fastlege) og pasientopplysninger (f.eks. diagnose) som lagres etter hver konsultasjon med behandler. Fra KUHR har vi informasjon om alle konsultasjoner med lege, som oftest fastleger, og legevakt. Primærhelsetjenesten benytter diagnosesystemet den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten (ICPC-2).

Rapporten benytter også informasjon fra registre som forvaltes av Statistisk sentralbyrå (SSB): Det sentrale folkeregisteret, Den nasjonale utdanningsdatabasen og Forløpsdatabasen FD-Trygd. Disse registrene gir opplysninger om blant annet folketall, sivilstand, velferdsytelser, arbeidsmarkedsstatus, utdanning og husholdninger.

3.1.1 Datautvalget

Datamaterialet baserer seg på informasjon fra DÅR om alle selvmord i perioden 2010-2021 registrert som selvmord (ICD-10 koder X60-X84 and Y87.0). Totalt er det 7211 selvmord i denne perioden i aldersgruppen 15 år og eldre. Etter uttrekket av antall selvmord per år i 2010 til 2021, kobles disse til NPR, KUHR og registrene fra SSB gjennom uidentifiserte unike løpenummer. Antallet observasjoner varierer noe, mellom figurer, ettersom det ikke finnes informasjon om alle de sosiodemografiske variablene for alle individene. Det totale antallet observasjoner (individer) som inngår i hver figur står skrevet i figurteksten til den enkelte figur.

3.1.2 Begreper

Psykisk helsevern (PHV/TSB) innebærer alle som har hatt minst en konsultasjon, behandling eller utredning hos avtalespesialister, på distriktpspsykiatriske sentre (DPS), poliklinikker og psykiatriske avdelinger ved sykehus, eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Både polikliniske konsultasjoner, dagbehandling og døgnbehandling er inkludert.

Primærhelsetjenesten innbefatter her kun fastlege og legevakt. Konsultasjoner i primærhelsetjenesten er delt i to; *p-konsultasjoner* og *andre konsultasjoner*. Det første henviser til konsultasjoner innenfor kapittelet om psykologiske symptomer, plager og lidelser i ICPC-2 (ICPC-2 koder P01-P99). Alle andre konsultasjoner er gruppert sammen. I gruppen «andre konsultasjoner», inngår ikke konsultasjoner innenfor kapittelet psykologiske symptomer, plager og lidelser. Personer kan imidlertid ha vært hos primærhelsetjenesten flere ganger innenfor tidsperiodene som blir undersøkt, og dermed telle både blant p-konsultasjonene og i andre konsultasjoner.

Parstatus viser til hvem man bor med. Det er seks kategorier:

- Bor med to foreldre
- Samboende eller ektefeller
- Enslige foreldre til barn under 18 år
- Enslige foreldre til barn over 18 år
- Enslige
- Enkemenn

For å være registrert som enslig forelder må barnet være bosatt hos den forelder. Dette har ikke nødvendigvis noe med fordeling av samvær å gjøre. Hvert barn kan kun være bosatt hos én forelder, også dersom samværet deles likt. Det er dermed mulig at flere av de enslige også har barn, men at barna er registrert hos den andre forelder. Der selvmordet skjer hos en person som er hjemmeboende med enslig forelder vil den personen telle i kategorien enslige, fordi det er sånn informasjonen har blitt utlevert fra SSB.

Sivilstatus refererer til offisiell sivilstatus, og endres kun ved inngått ekteskap/partnerskap, oppløsning av ekteskap/partnerskap eller ved død. Sivilstatus har fem kategorier: ugift (aldri gift), gift/registrert partner, separert, skilt og enkemann. Denne statusen oppdateres årlig i SSBs register.

Arbeidsmarkedstilknytning refererer til arbeidsmarkedsstatus for personen som dør av selvmord. Kategoriene er fulltid (arbeider 30 timer eller mer per uke), deltid (arbeider en til 29 timer per uke), aktiv student, mottar sykepenger, mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), mottar uføretrygd, mottar dagpenger eller er pensjonist. Når det gjelder de som arbeider fulltid, deltid eller er student, er dette målt året før død. Aktiv student refererer både til studenter/elever i videregående opplæring og studenter i høyere utdanning. Studenter i høyere utdanning er identifisert etter hvorvidt de mottar studielån.

For de som mottar trygdeytelser, er dette målt i dødsåret, og viser om personen har hatt ytelsene i måneden dødsfallet skjer. Hvis en person både er i arbeid eller er student, og mottar trygdeytelser, vil det vises som mottaker av trygd fordi det er den nyeste informasjonen som er tilgjengelig. Vi har ikke data for sykepenger lenger enn 2018, for arbeid og utdanning lenger enn 2019 og trygdeytelsene lenger enn 2020. I figurer som viser arbeidsmarkedstilknytning er dermed selvmordene fra 2021 ekskludert.

3.2 Metode

Dataene fra de ulike registrene er koplet sammen gjennom unike, avidentifiserte løpenummer. Dette er gjort i Stata. Videre er resultater i denne rapporten hovedsakelig presentert som andeler i figurer som også er laget i Stata. Der det rapporteres selvmordsrater per 100 000 er disse beregnet i Excel, hvor befolkningsgrunnlaget er funnet i SSBs statistikkbank. Tabellene i rapporten er også utformet i Excel.

4 RESULTATER

Kapittel 4.1 setter søkelys på selvmord i årene 2010-2021 blant menn og kvinner 15 år eller eldre. Kapittelet starter med å presentere selvmordsrater og antall selvmord i ulike aldersgrupper blant menn og kvinner, før vi presenterer figurer som illustrerer forskjellen mellom personer med og uten kontakt med PHV/TSB før selvmordet. Siste del ser på bruk av primærhelsetjenesten blant menn og kvinner som ikke behandles i PHV/TSB før selvmordet.

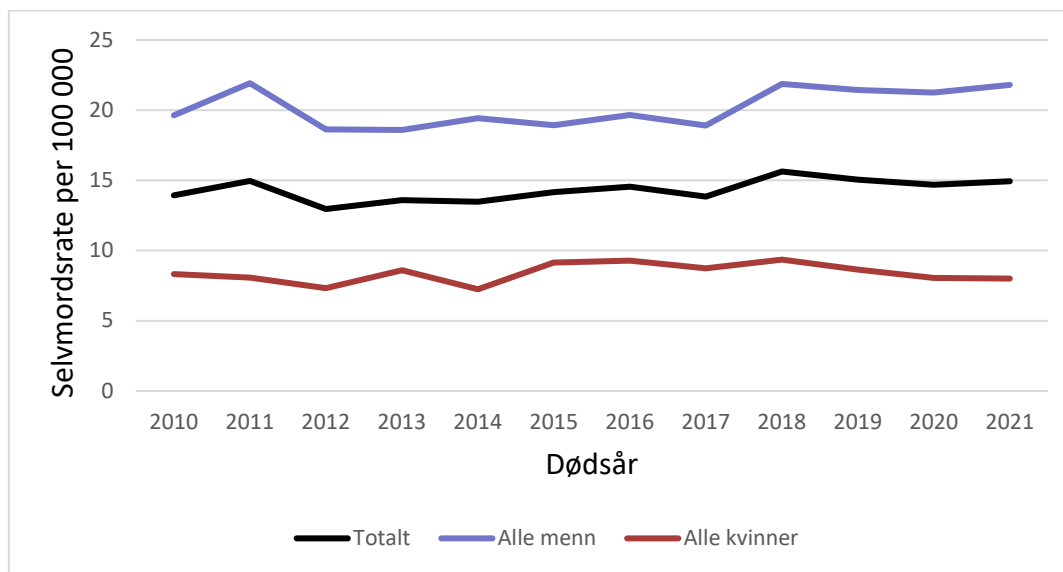
Kapittel 4.2 fokuserer på selvmord i årene 2010-2021 blant menn i fire ulike aldersgrupper; 15 til 25 år, 26 til 45 år, 46 til 69 år og 70 år og eldre. Kapittelet fokuserer på menn, ettersom denne gruppen er overrepresentert i selvmordsstatistikken (1). Menn har også mindre kontakt med helsevesenet generelt, hvilket øker behovet for å identifisere andre arenaer hvor disse kan nås med tanke på selvmordsforebyggende tiltak (34). Her presenteres resultater som omhandler menn uten kontakt med PHV/TSB og deres bruk av primærhelsetjenesten før selvmord, parstatus/sivilstatus, arbeidssituasjon og inntekt.

Kapittel 4.3 omhandler selvmord utført ved bruk av skytevåpen blant menn i de ulike aldersgruppene. Her sammenlignes menn som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen med menn som dør i selvmord med andre døds måter, uavhengig av kontakt med PHV/TSB før selvmord. Her presenteres bruk av skytevåpen på fylkesnivå, bruk av primærhelsetjenesten før selvmord, parstatus/sivilstatus og arbeidssituasjon.

4.1 Selvmord i perioden 2010 til 2021

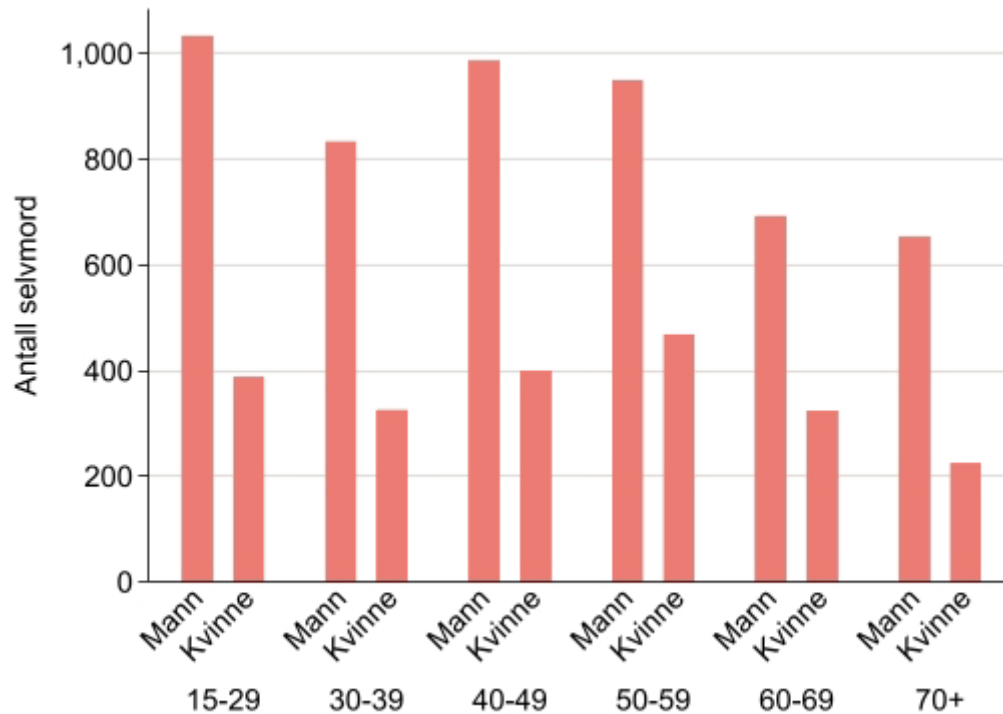
Kapittel 4.1 fokuserer på selvmord i perioden 2010-2021 blant innbyggere i Norge i alderen 15 år og eldre, basert på om de er i kontakt med PHV/TSB før selvmord eller ikke. Alle de følgende figurene er basert på data fra individer som ikke har vært i kontakt med PHV/TSB henholdsvis siste år før selvmord.

Figur 1: Selvmordsrate per 100 000 innbyggere i perioden 2010 til 2021



Figur 1: Selvmordsrate per 100 000 menn (blå linje), kvinner (rød linje) og totalt (svart linje) som er 15 år eller eldre i årene 2010-2021. Merknad: Figur 1 viser selvmordsrate for alderen 15 år og eldre, og er dermed høyere enn statistikken til Dødsårsaksregisteret, som også inkluderer de under 15 år. Ettersom det er få selvmord og mange individer under 15 år, blir ratene lavere når disse inkluderes i befolkningsgrunnlaget.

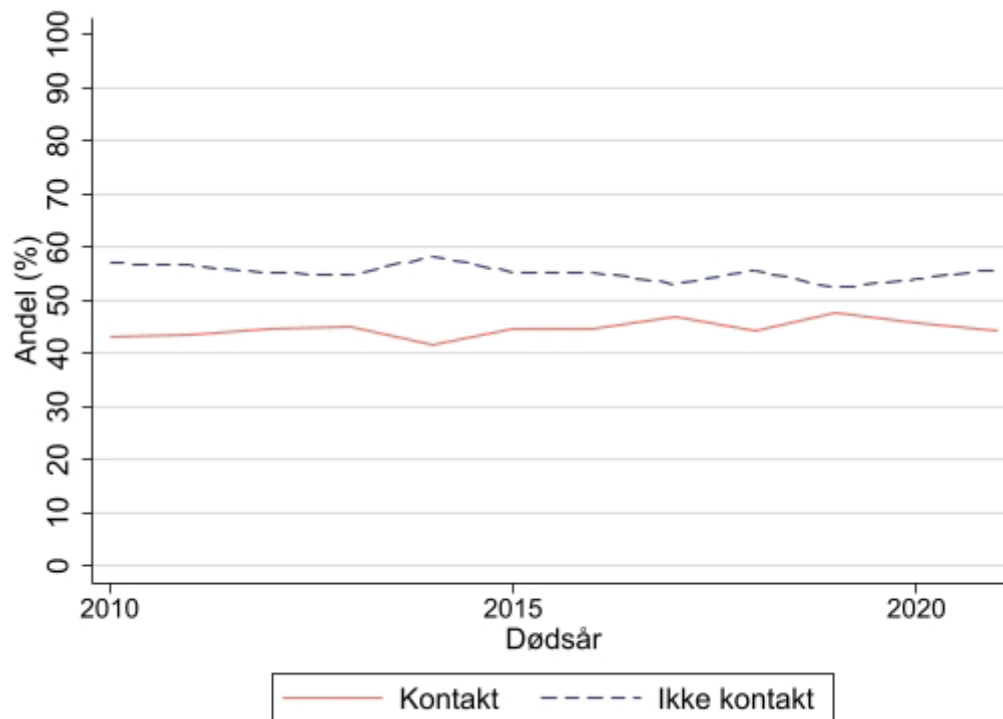
Figur 1 viser at selvmordsraten i Norge har vært ganske stabil i perioden 2010 til 2021, selv om det er noe variasjon mellom år. Det er en tydelig kjønnsforskjell, der menn konsekvent har en høyere selvmordsrate enn kvinner. Gjennomsnittlig selvmordsrate blant menn over 15 år per 100 000 er 20,2, mens for kvinner er den 8,4.

Figur 2: Antall selvmord blant menn og kvinner i perioden 2010 til 2021*Figur 1: Antall selvmord i perioden 2010-2021 blant kvinner og menn, fordelt på aldersgrupper. Totalt antall: 7211 (menn: 5105, kvinner: 2106).*

Det totale antallet selvmord blant personer i alderen 15 år og eldre i perioden 2010 til 2021 er 7211. Figur 2 viser kjønnsforskjellen ytterligere i de ulike aldersgruppene. Blant menn i alderen 15 til 29 år var det over 1000 selvmord, mens for kvinner i samme aldersgruppe, var det omtrent 400 selvmord. Tilsvarende mønstre kan observeres i alle aldersgrupper, der antallet selvmord blant menn er mer enn dobbelt så høyt som blant kvinner. I aldersgruppen 70 år og eldre er antallet selvmord blant menn om lag tre ganger så høyt (ca. 650) som blant kvinner (ca. 200).

4.1.1 Selvmord blant personer med og uten kontakt med psykisk helsevern

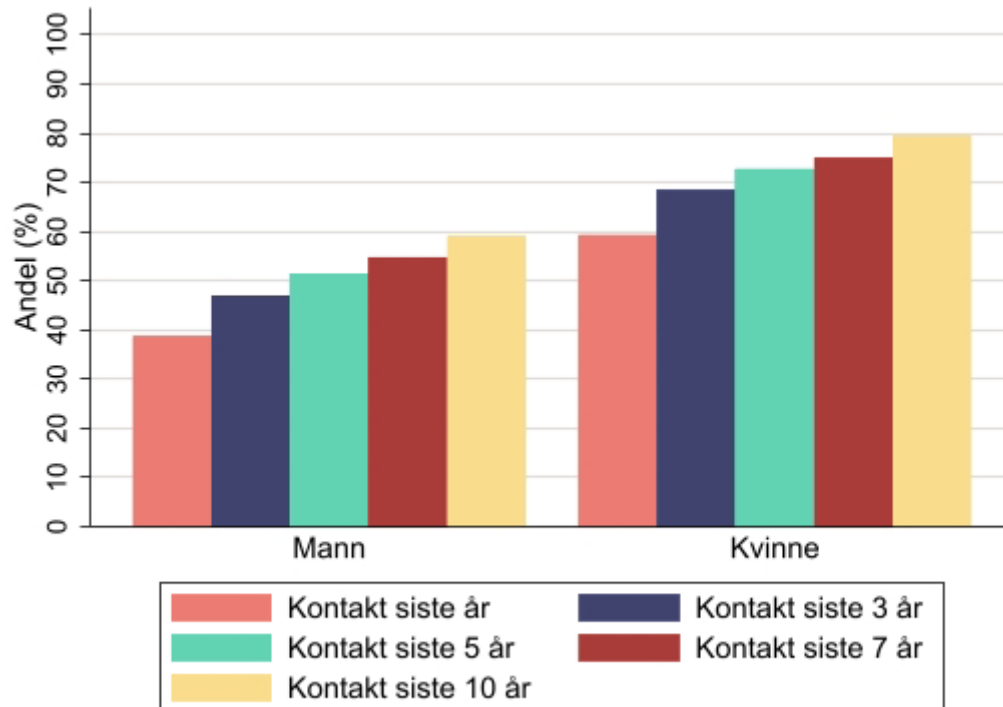
Figur 3: Andel personer med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord



Figur 3: Andel personer som dør i selvmord i perioden 2010 til 2021 med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før død. Totalt antall: 7211 (3983 uten kontakt og 3228 med kontakt).

PHV/TSB er en av de viktigste arenaene for selvmordsforebygging. Figur 3 viser at flertallet av de som dør i selvmord ikke har kontakt med PHV/TSB siste leveår. Forholdet mellom de med og uten kontakt er svært stabilt i perioden 2010 til 2021, selv om både starten og slutten av perioden har noe større avvik mellom kontakt og ikke kontakt. Mellom 50 og 60 prosent av de som dør i selvmord har ikke hatt kontakt med PHV/TSB siste leveår.

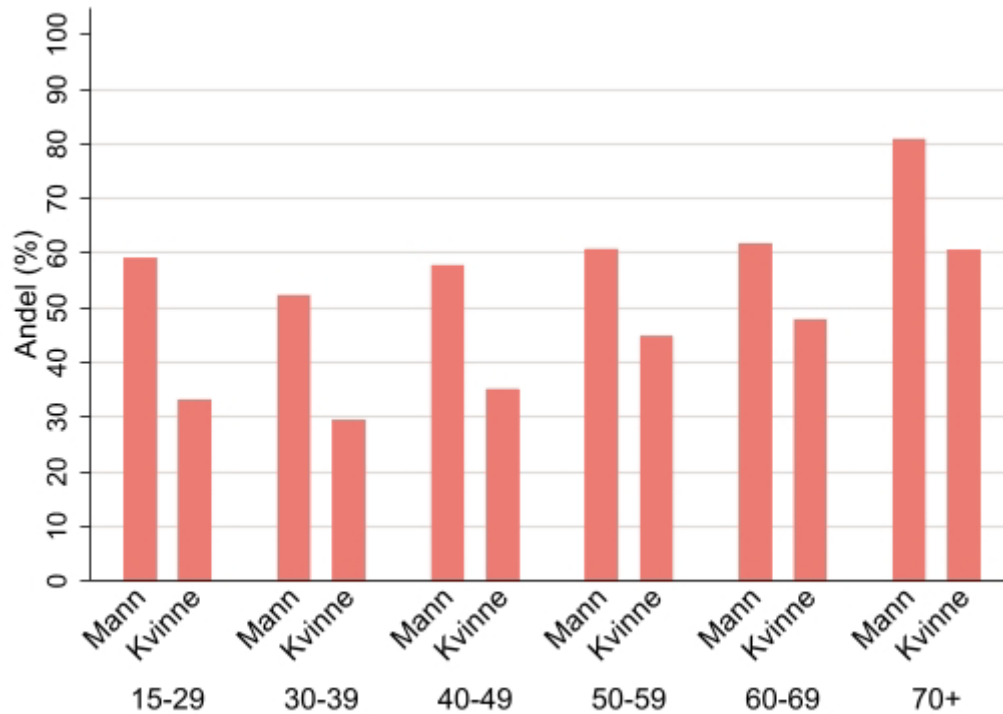
Figur 2. Andel menn og kvinner med kontakt med PHV/TSB siste år, tre år, fem år, syv år og ti år før selvmord



Figur 4: Andel personer som dør i selvmord i perioden 2010 til 2021 som har hatt kontakt med psykisk helsevern før selvmord, fordelt på kjønn og tidspunkt for siste kontakt. Merk: det er færre og færre personer inkludert for hvert tidsintervall for kontakt. For de med kontakt siste 10 år er det kun selvmordene i årene 2019 til 2021 som inngår.

Figur 4 viser klare kjønnsforskjeller blant de som har vært i kontakt med PHV/TSB før selvmord. Rundt 40 prosent av menn og 60 prosent av kvinner hadde PHV/TSB-kontakt siste året før selvmord. Andelene er rundt 60 prosent for menn og 80 prosent for kvinner 10 år før selvmordet. Dette innebærer at en betydelig andel av menn som dør i selvmord ikke har vært i kontakt med PHV/TSB, selv over et tiårsperspektiv. Jo lenger tilbake i tid før selvmordet man går, jo færre observasjoner inngår i resultatene. Estimaten for 10 år før selvmord er dermed kun basert på selvmord mellom 2019 og 2021. Dette overlapper med koronapandemien, noe som kan være med på å dempe kontaktraten, og det er viktig å ta i betraktning ved tolkning av disse resultatene.

Figur 5: Andel menn og kvinner uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, i perioden 2010 til 2021

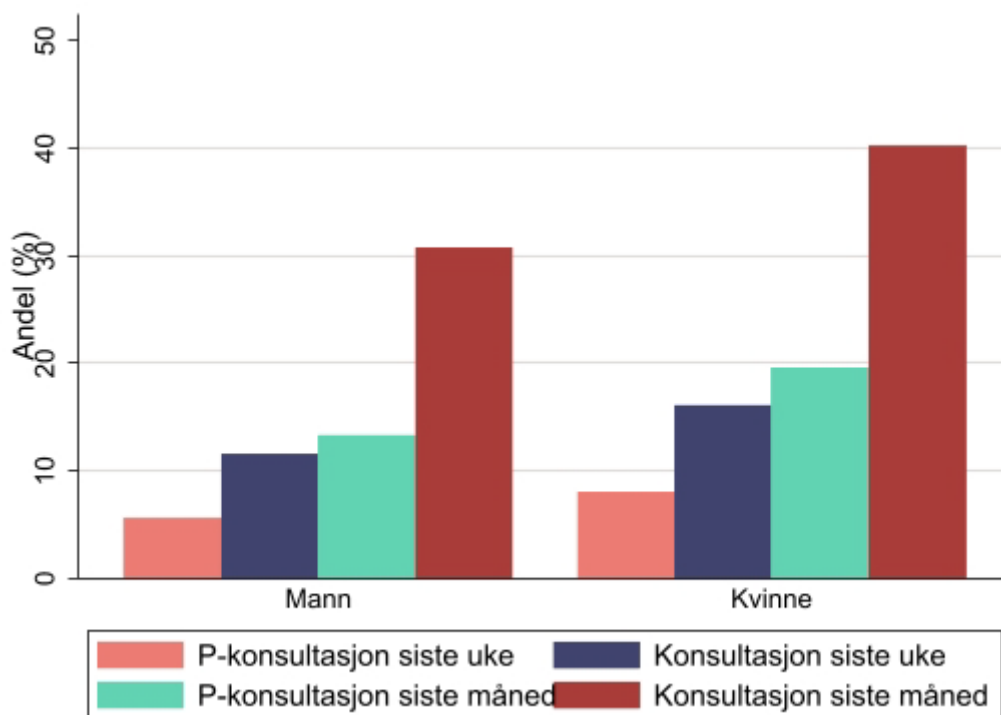


Figur 5: Andel av personer som dør i selvmord som ikke har vært i kontakt med PHV/TSB siste året før død, i perioden 2010 til 2021. Totalt antall: 3983 (menn: 3127, kvinner: 856).

Figur 5 viser andelene blant de uten kontakt med PHV/TSB siste året før selvmord, fordelt på kjønn og alder. Kjønnforskjellene er størst blant de yngste aldersgruppene, mens aldersgruppen med minst kontakt med PHV/TSB før selvmord på tvers av kjønn er aldersgruppen 70 år og eldre.

4.1.2 Primærhelsetjenesten

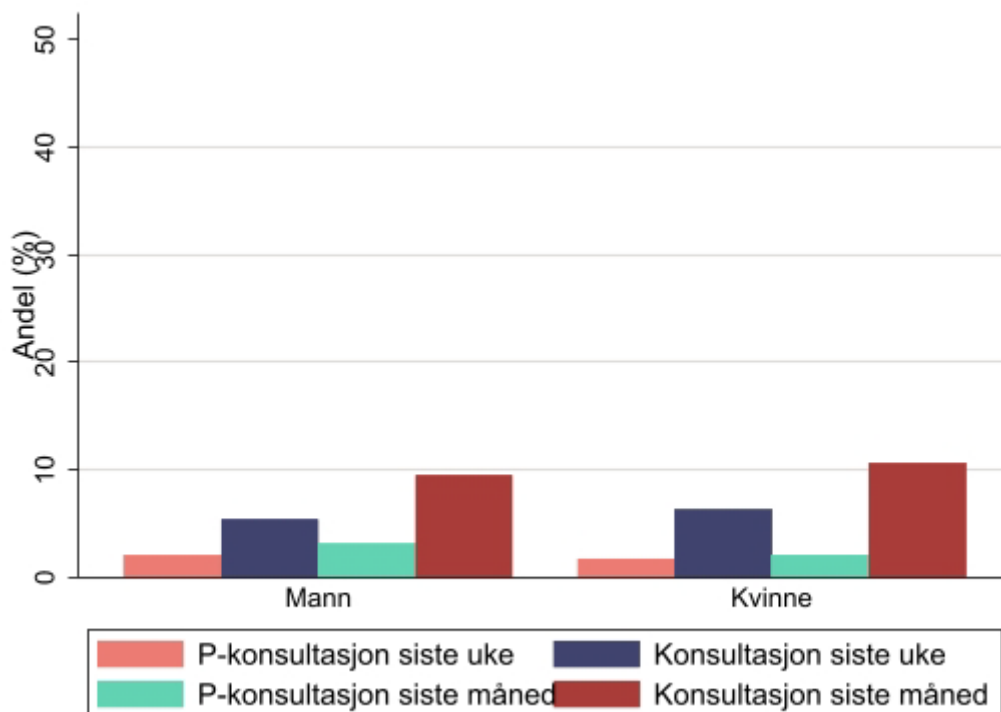
Figur 6: Kontakt med fastlegen blant menn og kvinner uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord



Figur 6: Andel av personer som dør i selvmord uten i kontakt med PHV/TSB siste året før død som har vært i kontakt med fastlegen, fordelt på kjønn, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 3983 (menn: 3127, kvinner: 856).

Figur 6 viser andelene fastlegekonsultasjoner blant menn og kvinner som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB siste leveår. Kvinner er mer i kontakt med fastlegen før selvmord enn menn. Omtrent 30 prosent av menn og 40 prosent av kvinner har hatt minst en konsultasjon med fastlegen den siste måneden før død. I overkant av 10 prosent av menn og underkant av 20 prosent kvinner, har hatt minst en konsultasjon på grunn av psykiske symptomer/plager/lidelser siste måneden før død. Den siste uken før død, har over 10 prosent av både menn og kvinner som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB, minst en konsultasjon med fastlegen. Under 10 prosent har hatt minst en konsultasjon med fastlegen på grunn av psykiske symptomer/plager/lidelser siste uken før død.

Figur 7: Kontakt med legevakt blant menn og kvinner uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord



Figur 7: Andel av personer som dør i selvmord uten i kontakt med PHV/TSB siste året før død som har vært i kontakt med legevakten, fordelt på kjønn, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 3983 (menn: 3127, kvinner: 856).

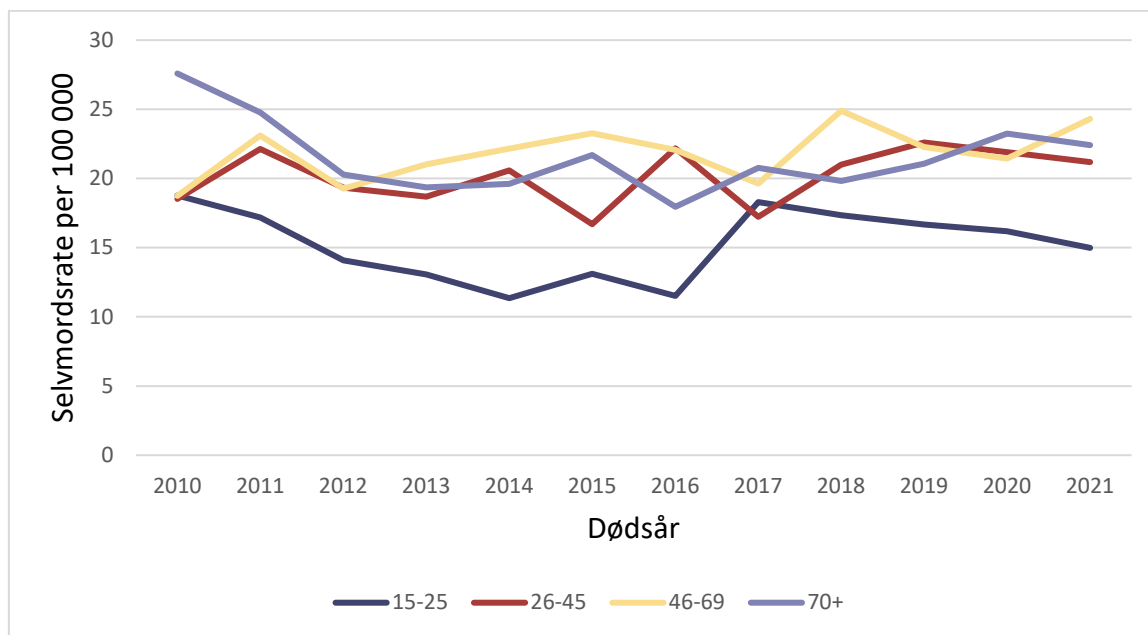
Figur 7 viser andeler av legevaktkonsultasjoner blant individer uten kontakt med PHV/TSB siste året før selvmord. Generelt er det betydelig færre som har hatt en legevaktkonsultasjon, enten siste uken eller måneden før død, sammenlignet med resultatene for fastlegekonsultasjoner. Likevel har omtrent 300 menn og i underkant av 100 kvinner hatt minst en konsultasjon siste måned før død. Dette utgjør rundt 10 prosent av selvmordene for både menn og kvinner. Det er mindre forskjell på andelene som har hatt minst en konsultasjon på legevakten grunnet psykiske symptomer/plager/lidelser, siste måneden og siste uken, enn det er for fastlegekonsultasjoner. Det er også lavere kjønnsforskjeller.

4.2 Selvmord blant menn i ulike aldersgrupper

Kapittel 4.2 omhandler kun selvmord blant menn som ikke er i kontakt med PHV/TSB før selvmordet. I kapittel 3.2 har vi delt menn inn i aldersgruppene 15 til 25 år, 26 til 45 år, 46 til 69 år og 70 år og eldre for å undersøke selvmord i perioden 2010 til 2021.

4.2.1 Selvmordsrater i årene 2010 til 2021

Figur 8: Selvmordsrate per 100 000 menn i ulike aldersgrupper

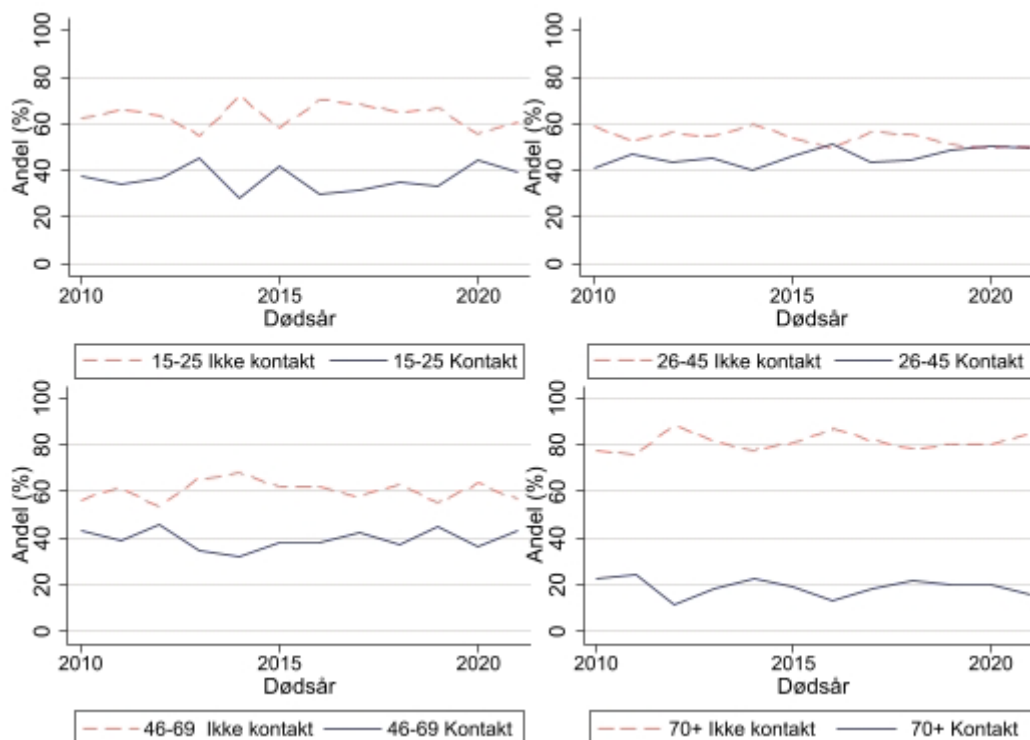


Figur 8: Selvmordsrate per 100 000 menn etter aldersgruppene 15 til 25 år (mørkeblå linje), 26 til 45 år (rød linje), 46 til 69 år (gul linje) og 70 år og eldre (lyseblå linje) i perioden 2010 til 2021.

Figur 8 viser selvmordsraten blant menn i de ulike aldersgruppene i perioden 2010 til 2021. Av figuren fremgår det at selvmordsraten har vært relativt stabil på rundt 20 til 25 selvmord per 100 000 i de tre eldste aldersgruppene sammenlignet med en mer varierende selvmordsrate i aldersgruppen 15 til 25 år. I den yngste aldersgruppen viser selvmordsraten to perioder med en nedadgående trend; den første i perioden 2010 til 2014 og den andre fra 2017 til 2021.

4.2.2 Kontakt med psykisk helsevern

Figur 9: Andel menn med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, i ulike aldersgrupper

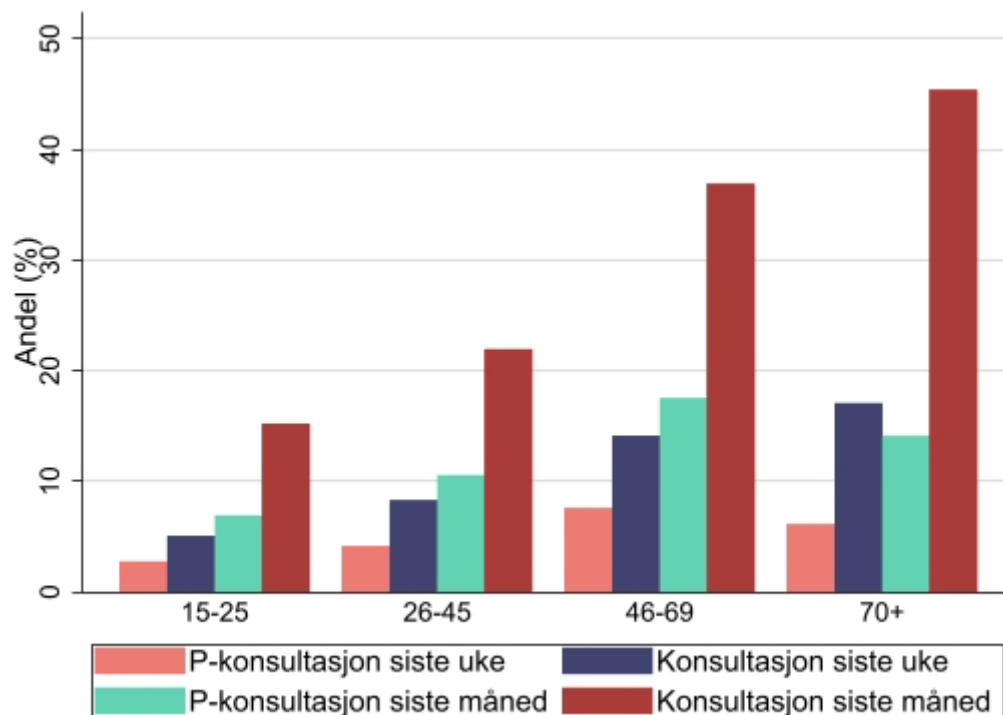


Figur 9: Andel personer som dør i selvmord i perioden 2010 til 2021 med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før død, fordelt på aldersgrupper. Totalt antall: 5105 (15-25: 682, 26-45: 1759, 46-69: 2013, 70+: 651).

Figur 9 viser en tydelig forskjell i andelen selvmord blant menn med og uten kontakt med PHV/TSB i de fire aldersgruppene. Menn i alderen 26 til 45 år har minst forskjell mellom andel selvmord med og uten kontakt med PHV/TSB. For aldersgruppene 15 til 25 år og 46 til 69 år, ligger andelen med og uten kontakt med PHV/TSB før selvmord ganske likt som det totale gjennomsnittet vist i figur 3. Omtrent 40 prosent har kontakt med PHV/TSB, og omtrent 60 prosent har ikke kontakt med PHV/TSB siste år før død i disse aldersgruppene. Blant de i alderen 70 år og eldre, er det størst forskjell på andelen med og uten kontakt siste år før selvmord. Omtrent 80 prosent av de som dør i selvmord i denne aldersgruppen har ikke kontakt med PHV/TSB siste leveår.

4.2.3 Primærhelsetjenesten

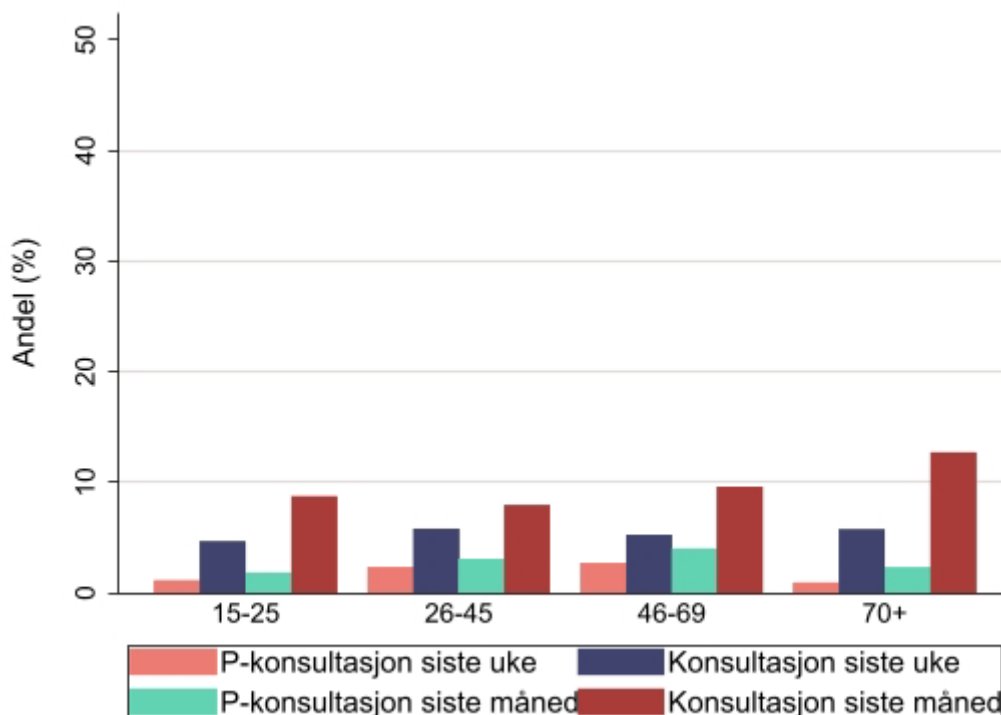
Figur 10: Kontakt med fastlegen blant menn uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, i ulike aldersgrupper



Figur 10: Andel av menn som dør i selvmord uten i kontakt med PHV/TSB siste året før død som har vært i kontakt med fastlegen, fordelt på aldersgrupper, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 3127 (15-25: 434, 26-45: 947, 46-69: 1219, 70+: 527).

Figur 10 viser andel fastlegekonsultasjoner blant menn som ikke er i kontakt med PHV/TSB siste året. Det er lavest andeler i den yngste aldersgruppen, og en generell økning med alder. Samtidig er det en lavere andel i den eldste aldersgruppen som har en p-konsultasjon den siste uken eller måneden før selvmord, sammenlignet med aldersgruppen 46 til 69 år. Menn i alderen 70 år og eldre har høyest andel med minst en konsultasjon siste måneden før død, noe som er å forvente da denne aldersgruppen ofte har en nedadgående helsesituasjon. For alle menn i alderen 26 år til 70 år og eldre, ligger andelen ved en p-konsultasjon siste måneden før død på over 10 prosent.

Figur 11: Kontakt med legevakten blant menn uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, i ulike aldersgrupper

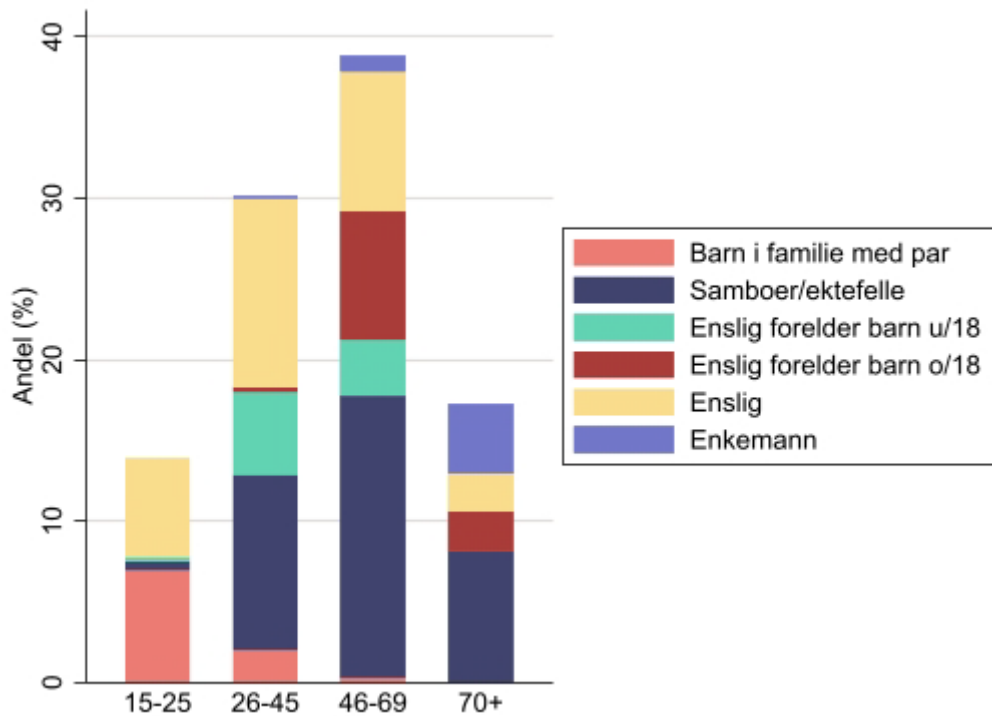


Figur 11: Andel av menn som dør i selvmord uten i kontakt med PHV/TSB siste året før død som har vært i kontakt med legevakt, fordelt på aldersgrupper, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 3127 (15-25: 434, 26-45: 947, 46-69: 1219, 70+: 527).

Figur 11 indikerer at en lavere andel menn har konsultasjoner på legevakt før selvmord sammenlignet med konsultasjoner med fastlegen. Totalt er det om lag syv prosent til 13 prosent som har minst en konsultasjon måneden før selvmordet, med høyest andel i aldersgruppen 70 år og eldre. Det er en lavere andel som har legevaktkonsultasjon grunnet psykiske plager siste uke og måned før selvmord, men slike typer konsultasjoner er noe høyere i aldersgruppen 46 til 69 år. Det er mindre forskjeller mellom aldersgruppene når det gjelder legevaktkonsultasjoner, sammenlignet med fastlegekonsultasjoner. Det er lavest forskjell i andeler med kontakt med fastlegen og legevakt siste måneden før selvmord blant de i aldersgruppen 15 til 25 år.

4.2.4 Parstatus og sivilstatus

Figur 12: Parstatus i dødsåret blant menn uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, i ulike aldersgrupper



Figur 12: Andel av menn som dør i selvmord i uten kontakt med psykisk helsevern siste år før død, fordelt på aldersgrupper og parstatus. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 3053 (15-25: 423, 26-45: 919, 46-69: 1185, 70+: 526).

Figur 12 viser parstatus blant menn som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB siste leveår. Figuren viser selvmord fordelt på aldersgruppe, og andelen innenfor hver aldersgruppe med de ulike parstatusene. Blant menn i alderen 15 til 25 år er det en ganske jevn fordeling å være barn i en familie hvor foreldrene er et par, og å være enslig/hjemmeboende med enslig forelder. Noen få i denne aldersgruppen er også samboende/ektefeller eller er foreldre til et barn.

I aldersgruppen 26 år til 45 år er det omtrent like stor andel som er samboende/ektefelle (36 prosent), og enslig uten barn/hjemmeboende med enslig forelder (39 prosent). Omtrent 16 prosent er enslige foreldre med barn under 18 år, noe som utgjør omtrent fem prosent av alle selvmordene. En liten andel er hjemmeboende i familie hvor foreldrene er et par.

I aldersgruppen 46 år til 69 år er det vanligst å være samboende/ektefelle, og disse utgjør under 20 prosent av alle selvmordene uten kontakt med PHV/TSB siste leveår. Samtidig utgjør denne gruppen under halvparten av selvmordene i denne aldersgruppen, fordi de som er enslige er delt mellom enslige, enslig forelder til barn under 18 år og enslig forelder til barn over 18 år. En liten andel av denne aldersgruppen er også enkemenn.

Blant menn i alderen 70 år og eldre, er det også mest vanlig å være samboende/ektefelle, men også her er de enslige også delt i ulike grupper. Den største av disse er enkemenn, men noen er også enslige eller enslig forelder til barn over 18 år.

Tabell 1. Antall selvmord blant menn uten kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år, fordelt på endring i sivilstatus og samlivsbrudd.

Selvmord i aldersgrupper	Brudd, sivilstatus siste år (%)	Brudd, sivilstatus siste 3 år (%)	Samlivsbrudd siste 3 år (%)
26-45 år 947	18 (2%)	43 (5%)	99 (10%)
46-69 år 1219	32 (3%)	74 (6%)	101 (8%)
70+ år 527	26 (5%)	49 (9%)	56 (11%)
Totalt 26+ år 2693	76 (3%)	166 (6%)	256 (10%)

Notat: Antall og prosentandel av menn i ulike aldersgrupper, som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste leveår, og som har opplevd brudd i sivilstatus eller samlivsbrudd. I sivilstatus inngår separasjon, skilsmisse og overgang til å bli enkemann, og i samlivsbrudd inngår oppløsning av samboerskap eller giftemål og overgang til å bli enkemann.

Tabell 1 viser at blant menn i alderen 26 år eller eldre som ikke er i kontakt med PHV/TSB, har totalt tre prosent opplevd brudd i sivilstatus siste året før selvmord. Videre er det totalt seks prosent og 10 prosent som enten har opplevd brudd i sivilstatus eller samlivsbrudd (som også inkluderer brudd i samboerskap i tillegg til ekteskap) siste tre år før selvmord.

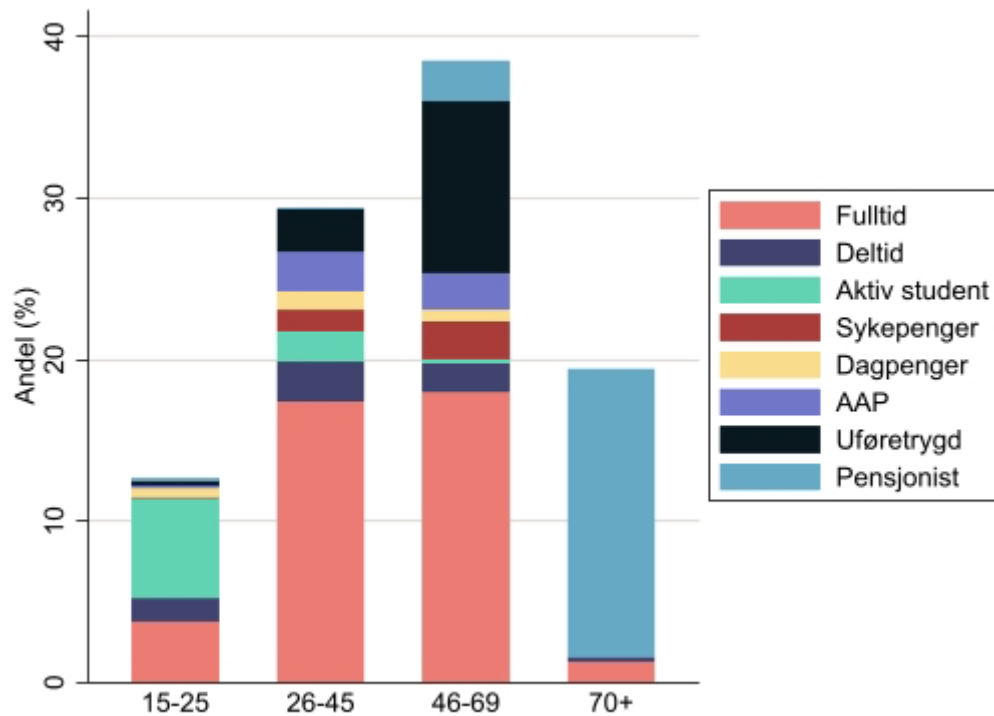
Det er to prosent av menn i aldersgruppen 26 til 45 år som ikke er i kontakt med PHV/TSB som har gjennomgått separasjon, skilsmisse eller blitt enkemann det siste året før de døde i selvmord. Fem prosent har opplevd brudd i sivilstatus siste tre år før selvmord, mens 10 prosent av menn i denne aldersgruppen har opplevd samlivsbrudd i denne perioden.

Blant menn i alderen 46 til 69 år har tre prosent opplevd brudd i sivilstatus siste året før de døde i selvmord, uten at de har vært i kontakt med PHV/TSB. Videre har seks prosent opplevd brudd siste tre år før selvmord, mens åtte prosent har opplevd samlivsbrudd.

Blant menn som er 70 år og eldre er det fem prosent som opplevde brudd i løpet av det siste året før de døde i selvmord. De siste tre årene før selvmord var det ni prosent som opplevde brudd i sivilstatus og 11 prosent som opplevde samlivsbrudd uten å være i kontakt med PHV/TSB.

4.2.5 Arbeidsmarkedstilknytning, utdanning og inntekt

Figur 13: Arbeidsmarkedstilknytning blant menn som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB siste leveår, i ulike aldersgrupper



Figur 13: Andel av menn som dør i selvmord i uten kontakt med psykisk helsevern siste år før død, fordelt på aldersgrupper og arbeidsmarkedsstatus. Merk: fulltid, deltid og aktiv student måles siste år før dødsåret, mens trygdeytelsene måles i dødsåret. Vi har ikke data på sykepenger lenger enn 2018. Periode: 2010 til 2020. Totalt antall: 2488 (15-25: 313, 26-45: 737, 46-69: 973, 70+: 465).

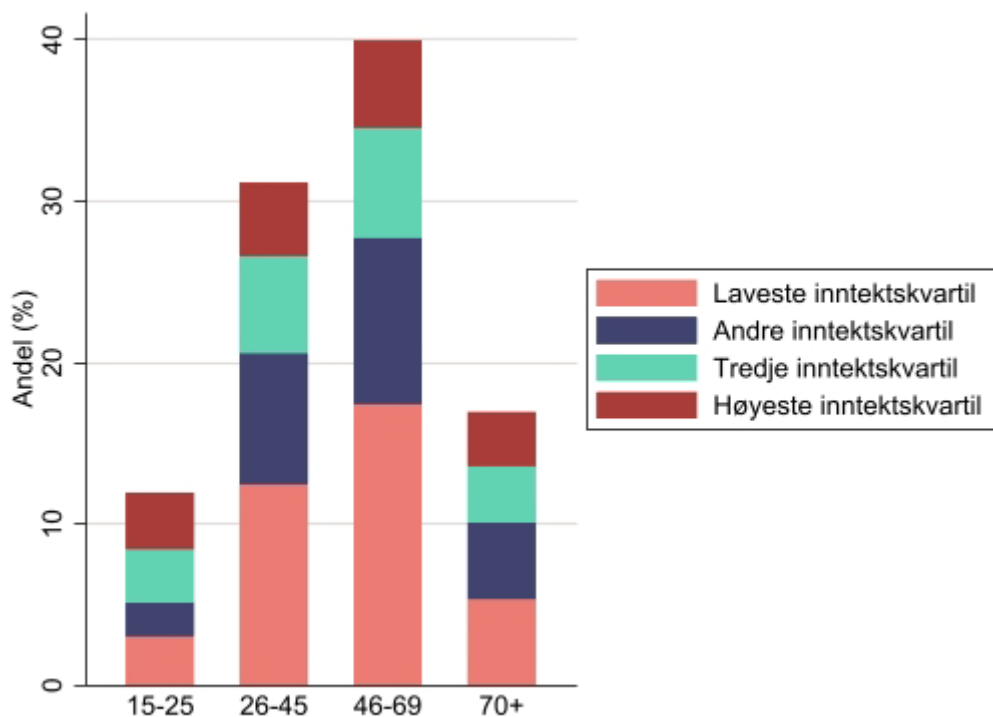
Figur 13 viser arbeidsmarkedstilknytningen blant menn i de ulike aldersgruppene som døde av selvmord uten kontakt med PHV/TSB det siste året. I den yngste aldersgruppen er det vanligst å være aktiv student (nesten 50 prosent av denne aldersgruppen), men både heltids- og deltidsarbeid er utbredt i denne gruppen (til sammen over 40 prosent).

I aldersgruppen 26 år til 45 år er fulltidsarbeid mest utbredt, og utgjør arbeidsmarkedssituasjonen over halvparten av mennene i den aldersgruppen. Noen er også deltidsansatte. Til sammen er i underkant av 30 prosent av denne aldersgruppen mottakere av ulike trygdeytelser, noe som utgjør under 10 prosent av alle selvmordene blant menn uten kontakt med PHV/TSB siste året før selvmord.

I aldersgruppen 46 til 69 år er også heltidsansatt den vanligste arbeidsmarkedssituasjonen, og andelen utgjør omtrent 45 prosent av selvmordene i denne gruppen, og nesten 20 prosent av alle selvmordene blant menn uten kontakt med PHV/TSB. Uføretrygd er mer utbredt blant de som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB før død i denne aldersgruppen, sammenlignet med de yngre. Det er den vanligste trygdeytelsen og utgjør over en fjerdedel av selvmordene i denne aldersgruppen.

Aldersgruppen 70 år og eldre utgjør omtrent 20 prosent av selvmordene, og den store majoriteten i denne aldersgruppen er pensjonister.

Figur 14: Inntektsfordeling blant menn som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB siste leveår, i ulike aldersgrupper



Figur 14: Andel av menn som dør i selvmord i uten kontakt med psykisk helsevern siste år før død, fordelt på aldersgrupper og inntekt. Periode: 2010 til 2020. Totalt antall: 2488 (15-25: 313, 26-45: 737, 46-69: 973, 70+: 465).

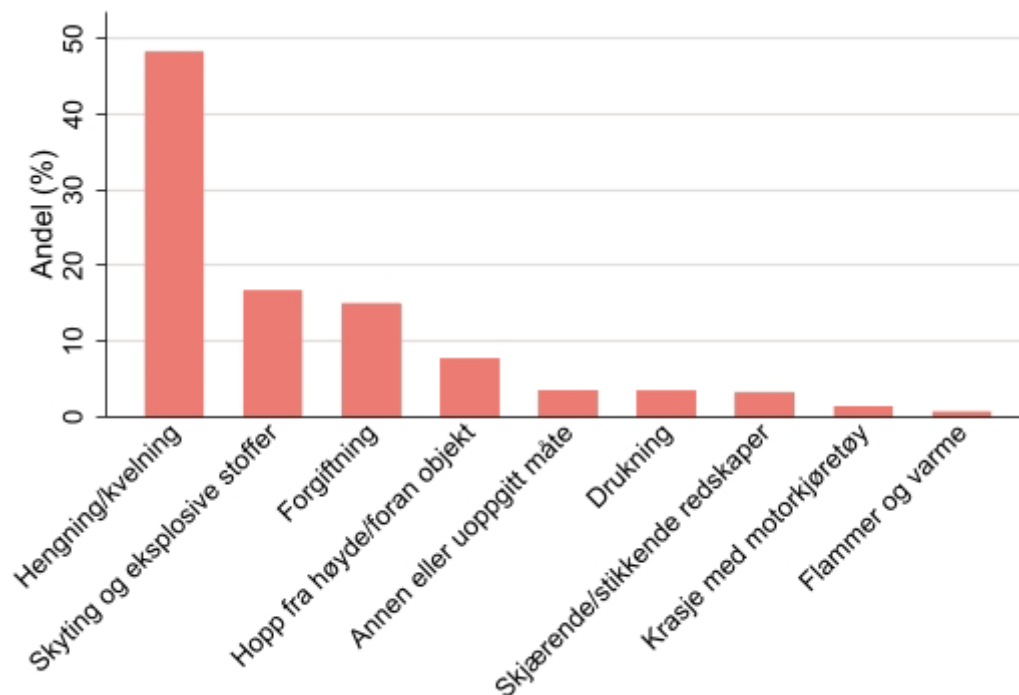
Figur 14 viser andelene av menn som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB siste år før død i hvert inntektskvartil. Blant de i aldersgruppen 15 til 25 år er inntektskvartilene relativt jevnt fordelt. Aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år er svært like i sin fordeling, og omtrent av 40 prosent av mennene i disse gruppene befinner seg i den laveste inntektskvartilen. Til sammen utgjør de omtrent 30 prosent av alle selvmordene blant menn uten kontakt med PHV/TSB. I disse gruppene er det lavest andel i den høyeste inntektskvartilen, og de utgjør i overkant av 10 prosent av hver aldersgruppe. Blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre, er det ganske lik fordeling mellom de fire inntektskvartilene, selv om det også her er høyest andel i den laveste inntektskvartilen.

4.3 Selvmord ved bruk av skytevåpen

Kapittel 4.3 viser resultater knyttet til selvmord blant menn ved bruk av skytevåpen. I denne delen er både de med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før død inkludert. Noen figurer viser forskjellen mellom de med og uten kontakt siste år før død, men i hovedsak er skillet i denne delen mellom de som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen, og de som dør i selvmord med andre døds måter. I Dødsårsaksregisteret er selvmord ved bruk av skytevåpen og selvmord ved bruk av eksplosiver kodet sammen, og vi har fulgt samme inndeling. Det er imidlertid en svært liten andel som er selvmord ved bruk av eksplosiver. I det følgende omtaler vi dermed denne gruppen som selvmord ved bruk av skytevåpen.

4.3.1 Andeler selvmord ved bruk av skytevåpen

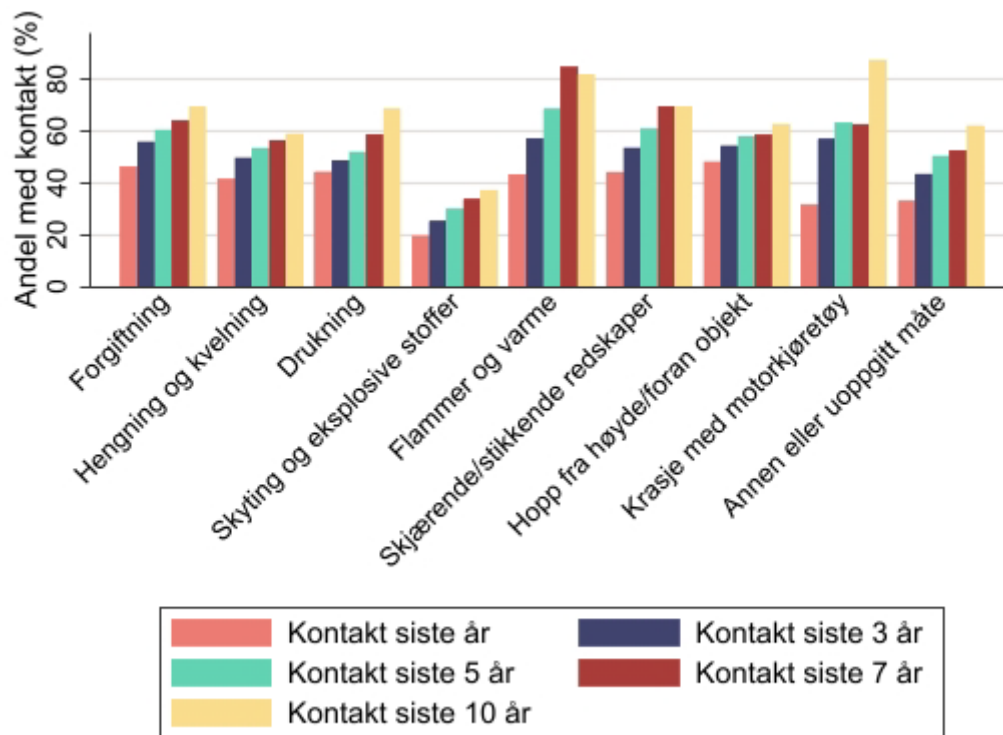
Figur 15: Distribusjon av selvmordsmetode i perioden 2010 til 2021



Figur 15: Andel selvmord blant menn i perioden 2010 til 2021 fordelt på selvmordsmetode. Totalt antall: 5105.

Figur 15 viser fordelingen av selvmordsmetoder blant alle menn som døde av selvmord i perioden 2010 til 2021. Hengning og kvelning står for nesten halvparten av alle selvmordene, mens skyting og eksplosive stoffer er den nest vanligste døds måten blant menn. Denne metoden utgjør 17 prosent av selvmord blant menn.

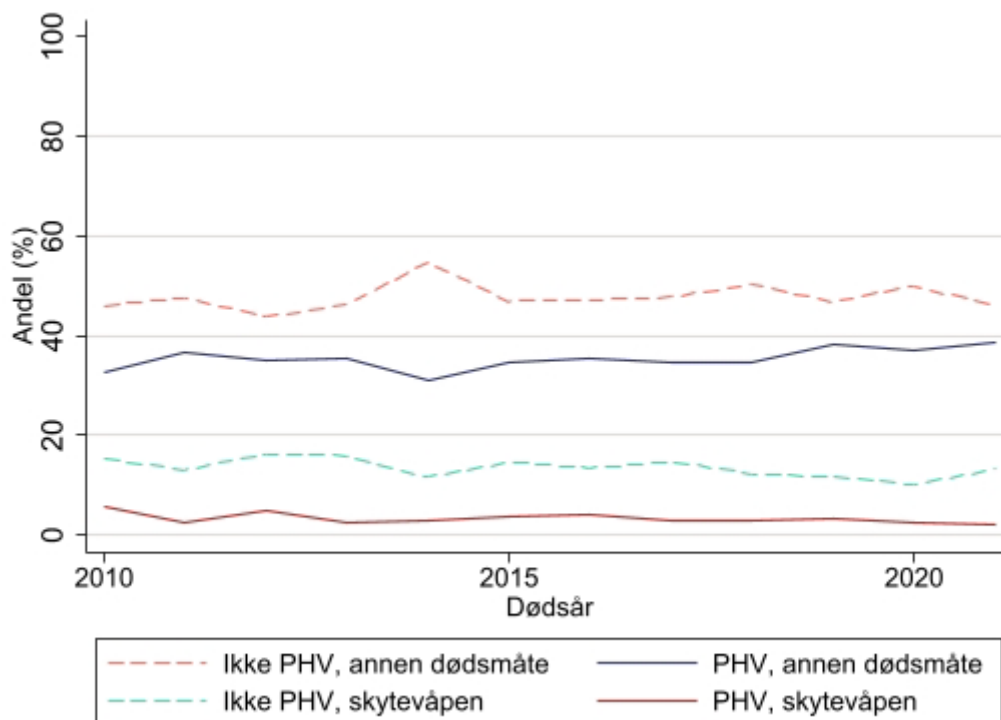
Figur 16: Andel personer med kontakt med PHV/TSB siste år, tre år, fem år, syv år og ti år før selvmord, etter selvmordsmetode



Figur 16: Andel menn som dør i selvmord i perioden 2010 til 2021 som har hatt kontakt med psykisk helsevern før selvmord, fordelt på selvmordsmetode og tidspunkt for siste kontakt. Merk: det er færre og færre personer inkludert for hvert tidsintervall for kontakt. For de med kontakt siste 10 år er det kun selvmordene i årene 2019 til 2021 som inngår.

Figur 16 viser andelen av menn som dør i selvmord med ulike selvmordsmetoder, som har vært i kontakt med PHV/TSB siste år, tre år, fem år, syv år, og 10 år. Det er ganske jevnt mellom de ulike metodene, med ett unntak; de som dør ved bruk av skytevåpen. Omtrent 20 prosent av disse har hatt konsultasjon med PHV/TSB siste året før død, og under 40 prosent har hatt noen konsultasjon i løpet av de siste 10 årene før død. Dette er tall som skiller seg betydelig fra gjennomsnittet av menn (som vist i figur 4). Figur 4 viser at i gjennomsnitt har 40 prosent av menn som dør i selvmord kontakt med PHV/TSB siste år, og at omtrent 60 prosent har vært i kontakt innen de siste 10 årene før død.

Figur 17: Andel menn med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord, etter døds måte



Figur 17: Andel menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen eller annen selvmordsmetode, med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før død. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: Skytevåpen: 852, annen døds måte: 4253.

Figur 17 viser andelene med og uten kontakt med PHV/TSB siste år før død fordelt mellom skytevåpen eller annen døds måte. Figuren viser at andelene holder seg stabile over tid, og at menn som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen uten kontakt med PHV/TSB utgjør rundt 15 prosent av selvmord blant menn.

Tabell 2. Andel selvmord ved bruk av ulike typer skytevåpen

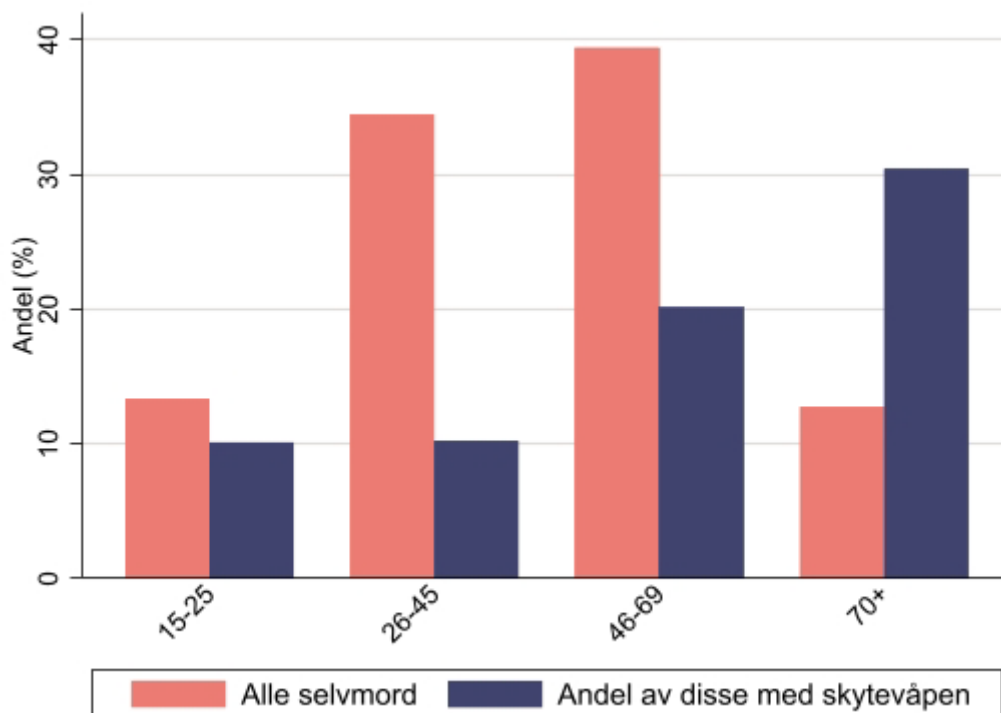
Diagnose ICD-10 døds melding	Antall	Andel
X72 (håndvåpen)	67	8 %
X73 (rifles, hagle og større skytevåpen)	370	44 %
X74 (andre og uspesifiserte skytevåpen)	404	48 %
Total	841	100 %

Tabell 2: Andeler av selvmord utført ved skytevåpen, etter type våpen oppført i døds meldningen

Blant menn som dør av selvmord grunnet bruk av skytevåpen, er en liten andel utført med håndvåpen (åtte prosent) og en større andel utført med hagle, rifle og større skytevåpen (44

prosent). Dette gjenspeiler typiske våpen brukt i jakt. Likevel er den største kategorien selvmord utført ved bruk av andre og uspesifiserte skytevåpen (48 prosent).

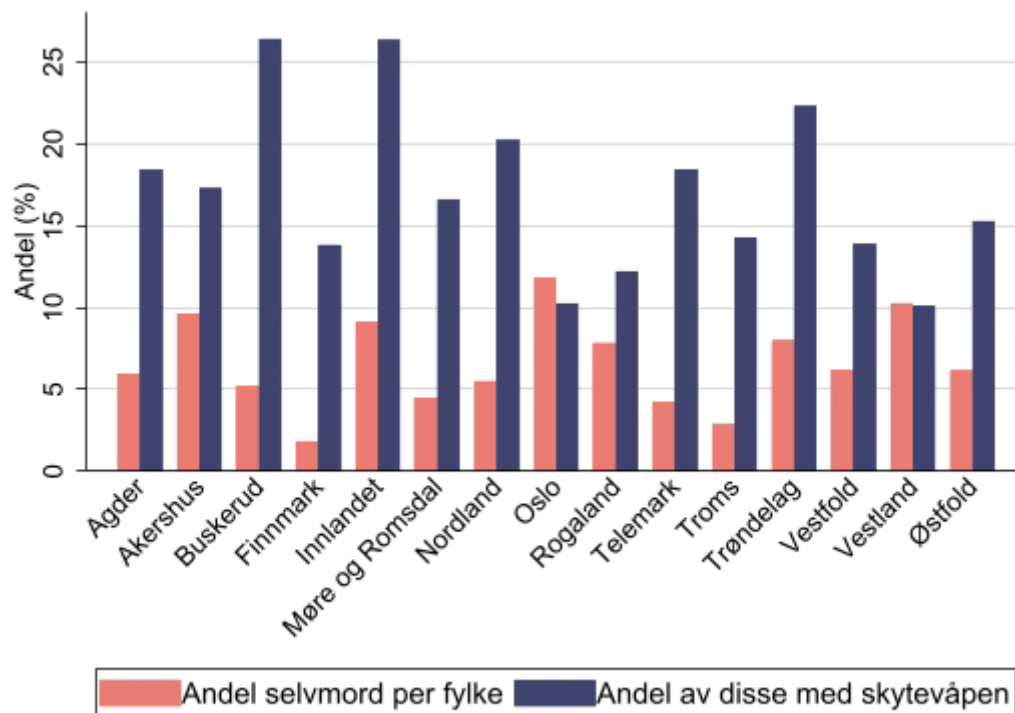
Figur 18: Andel selvmord i hver aldersgruppe, og andelen av disse utført ved skytevåpen



Figur 18: Andel menn som dør i selvmord i ulike aldersgrupper (røde søyler), og andelen av disse utført med skytevåpen (blå søyler). Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 5105 (15-25: 682, 26-45: 1759, 46-69: 2013, 70+: 651).

Figur 18 viser fordelingen av alle selvmord blant menn innenfor de fire aldersgruppene (røde stolper), og hvor stor andel av disse som er utført ved hjelp av skytevåpen (blå stolper). I de to yngste aldersgruppene utgjør skytevåpen omtrent 10 prosent av selvmordene. I aldersgruppen 46 til 69 år er andelen selvmord ved bruk av skytevåpen 20 prosent, mens for de i aldersgruppen 70 år og eldre er andelen omtrent 30 prosent. Andelen er betydelig høyere i den eldste aldersgruppen, mens i antall utgjør dette i underkant av 200 selvmord i perioden 2010 til 2021. Antallet selvmord med skytevåpen i aldersgruppen 46 til 69 år er omtrent 400.

Figur 19: Andel selvmord i hvert fylke, og andelen av disse utført ved skytevåpen

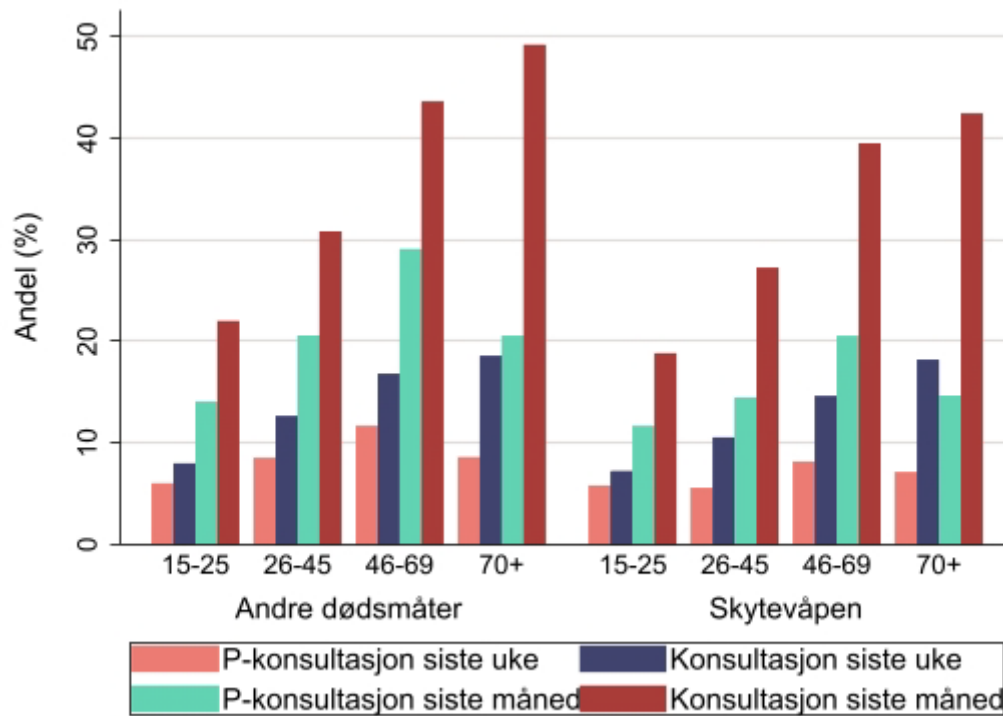


Figur 19: Andel menn som dør i selvmord i ulike fylker (røde søyler), og andelen av disse utført med skytevåpen (blå søyler). Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 5105.

Figur 19 viser fordelingen av alle selvmord blant menn innenfor hvert fylke (røde stolper), og andelen av disse utført med skytevåpen (blå stolper). Særlig Buskerud og Innlandet skiller seg ut med andeler selvmord utført med skytevåpen på over 25 prosent. Selvmordene utført i Nordland og Trøndelag har også høye andeler av skytevåpen, i overkant av 20 prosent. Fylkene Oslo og Vestland har de laveste andelene selvmord utført med skytevåpen, og her er andelene omtrent 10 prosent.

4.3.2 Primærhelsetjenesten

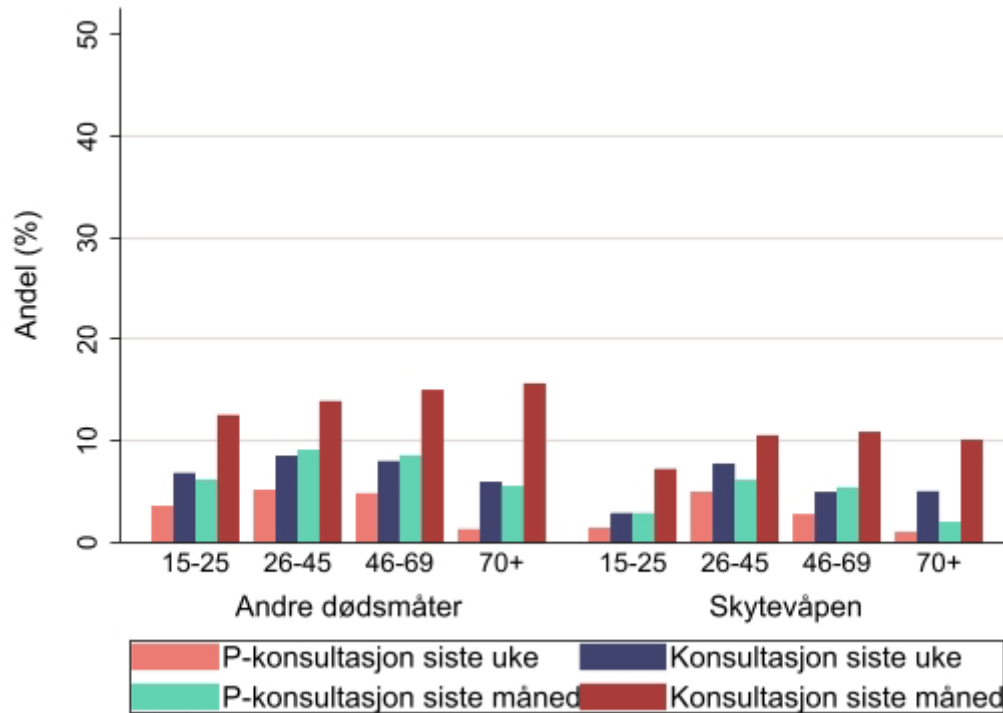
Figur 20: Kontakt med fastlegen blant menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen og andre døds måter, i ulike aldersgrupper



Figur 20: Andel av menn som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen eller andre døds måter, som har vært i kontakt med fastlegen, fordelt på aldersgrupper, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: Skytevåpen: 852, annen døds måte: 4253.

Figur 20 viser andelene innenfor hver aldersgruppe som har hatt kontakt med fastlegen siste måneden og uken før død, fordelt etter skytevåpen og andre døds måter. Den generelle trenden er lik uavhengig av døds måte, men andelene som er i kontakt med fastlegen er lavere blant de som bruker skytevåpen. Dette gjelder alle aldersgrupper. Andelene som har hatt p-konsultasjoner er også gjennomgående høyere blant de som bruker andre selvmordsmetoder enn skytevåpen.

Figur 21: Kontakt med legevakten blant menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen og andre døds måter, i ulike aldersgrupper

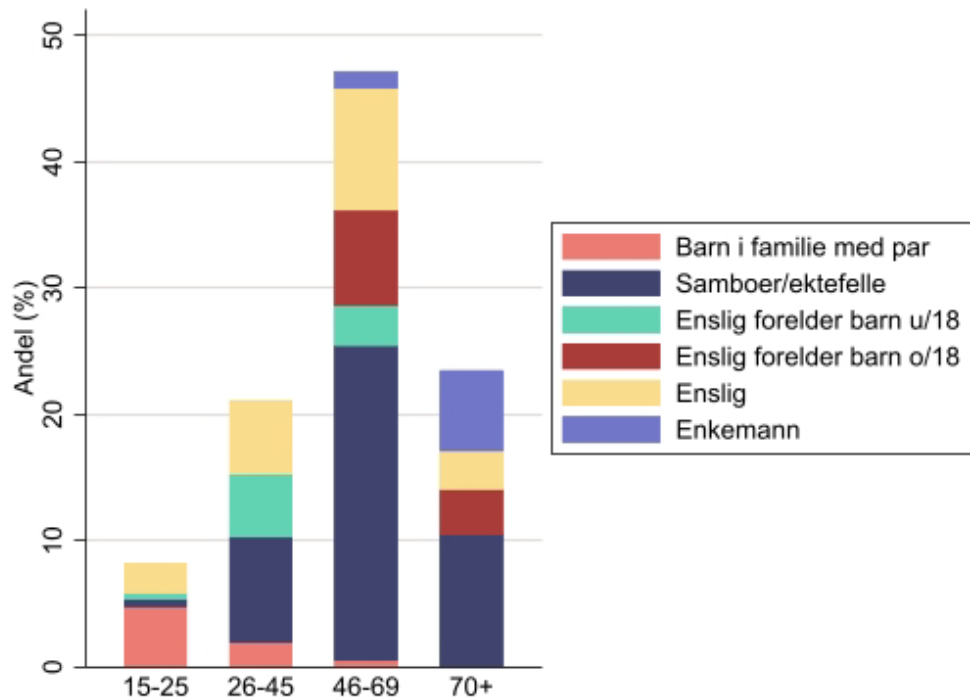


Figur 21: Andel av menn som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen eller andre døds måter, som har vært i kontakt med legevakt, fordelt på aldersgrupper, tidspunkt og årsak (psykiske symptomer/plager/lidelser, eller andre årsaker) for siste konsultasjon. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: Skytevåpen: 852, annen døds måte: 4253.

Figur 21 viser tilsvarende fordeling som figur 20, men for kontakt med legevakt siste måned og uke før død. Her er også andelene gjennomgående høyere blant de som bruker andre metoder enn skytevåpen. Det er generelt større forskjell blant de som har hatt en p-konsultasjon siste uke eller måned, særlig i gruppen 70 år og eldre.

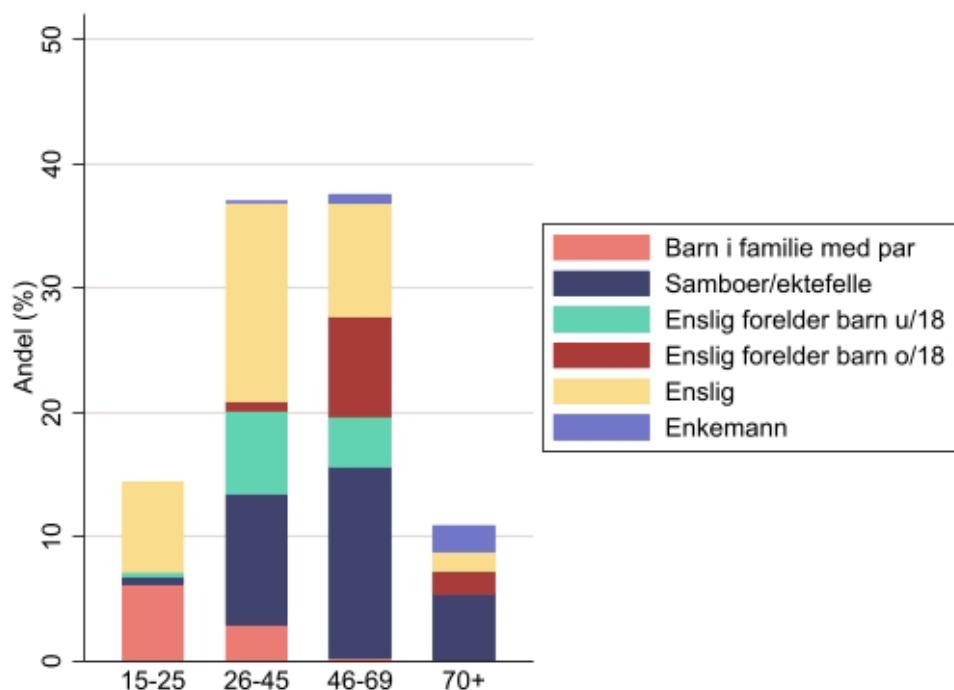
4.3.3 Parstatus og sivilstatus

Figur 22: Parstatus i dødsåret blant menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen, i ulike aldersgrupper



Figur 22: Andel av menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen, fordelt på aldersgrupper og parstatus. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 838 (15-25: 69, 26-45: 177, 46-69: 395, 70+: 197).

Figur 23: Parstatus i dødsåret blant menn som dør i selvmord ved bruk av andre selvmordsmetoder, i ulike aldersgrupper



Figur 23: Andel av menn som dør i selvmord ved bruk av andre selvmordsmetoder, fordelt på aldersgrupper og parstatus. Periode: 2010 til 2021. Totalt antall: 4134 (15-25: 598, 26-45: 1530, 46-69: 1554, 70+: 452).

Figurene 22 og 23 viser fordelingen av parstatus på selvmordene i hver aldersgruppe, hvor figur 22 omhandler selvmord utført ved hjelp av skytevåpen, og figur 23 selvmord ved hjelp av andre døds måter. Figur 22 viser at aldersgruppen 46 til 69 år utgjør den høyeste andelen av selvmord utført med skytevåpen. I denne gruppen er i overkant av halvparten samboende eller ektefeller, og i underkant av halvparten enslige, fordelt på enslige foreldre med barn under 18 år, over 18 år, enslige uten barn og enkemenn. I aldersgruppen 70 år og eldre, er underkant av halvparten samboende eller ektefeller. Det er markant færre enkemenn blant de som dør ved bruk av andre selvmordsmetoder enn blant de som dør ved bruk av skytevåpen. Figur 23 viser at aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år utgjør omtrent like store andeler av selvmord utført med andre døds måter enn skytevåpen. I disse gruppene er under halvparten samboende eller ektefelle. Blant de i alderen 26 til 45 år utgjør enslige den største andelen. Dette skiller seg ganske klart fra de som dør ved hjelp av skytevåpen. Blant de i alderen 46 til 69 år er samboende og ektefeller den største andelen, også blant de som dør ved bruk av andre selvmordsmetoder.

Tabell 3. Antall selvmord blant menn uten kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år, fordelt på endring i sivilstatus og samlivsbrudd

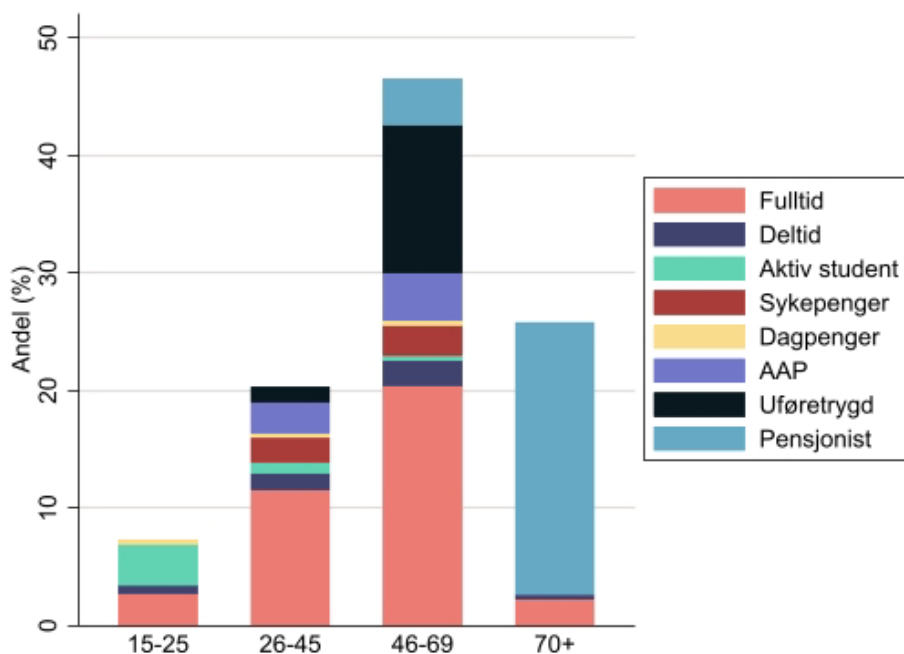
Selvmord ved bruk av skytevåpen	Brudd, sivilstatus siste år (%)	Brudd, sivilstatus siste 3 år (%)	Samlivsbrudd siste 3 år (%)
852	21 (2%)	52 (6%)	63 (7%)

Notat: Antall og prosentandel av menn som dør ved hjelp av skytevåpen, som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste leveår, og som har opplevd brudd i sivilstatus eller samlivsbrudd. I sivilstatus inngår separasjon, skilsmisse og overgang til å bli enkemann, og i samlivsbrudd inngår oppløsning av samboerskap eller giftemål og overgang til å bli enkemann.

Av menn som døde ved hjelp av skytevåpen opplevde to prosent brudd i sivilstatus siste året før selvmord. Videre er det seks prosent av menn som dør ved bruk av skytevåpen som har gjennomgått et brudd i sivilstatus tre år før død. Andelen med samlivsbrudd i samme periode er syv prosent.

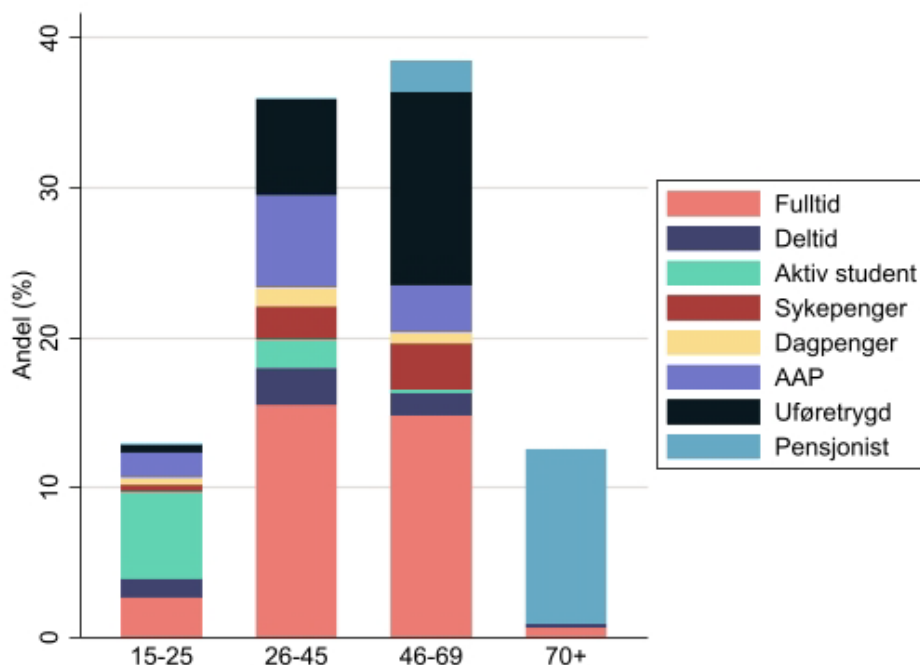
4.3.4 Arbeidsmarkedstilknytning og utdanning

Figur 24: Arbeidsmarkedstilknytning blant menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen, i ulike aldersgrupper



Figur 24: Andel av menn som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen, fordelt på aldersgrupper og arbeidsmarkedsstatus. Merk: fulltid, deltid og aktiv student måles siste år før dødsåret, mens trygdeytelsene måles i dødsåret. Vi har ikke data på sykepenger lenger enn 2018. Periode: 2010 til 2020. Totalt antall: 708 (15-25: 51, 26-45: 148, 46-69: 333, 70+: 176).

Figur 25: Arbeidsmarkedstilknytning blant menn som dør i selvmord ved bruk av andre selvmordsmetoder, i ulike aldersgrupper



Figur 25: Andel av menn som dør i selvmord ved bruk av andre døds måter, fordelt på aldersgrupper og arbeidsmarkedsstatus. Merk: fulltid, deltid og aktiv student måles siste år før dødsåret, mens trygdeytelsene måles i dødsåret. Vi har ikke data på sykepenger lenger enn 2018. Periode: 2010 til 2020. Totalt antall: 3309 (15-25: 433, 26-45: 1195, 46-69: 1279, 70+: 402).

Figurene 24 og 25 viser fordelingen av arbeidsmarkedstilknytning blant de som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen (figur 24) og selvmord med andre døds måter (figur 25). Gjennomgående er det ikke veldig store forskjeller i arbeidsmarkedstilknytning etter selvmordsmetode, selv om det er store forskjeller i gruppestørrelser. I den yngste aldersgruppen er det flere som mottar ulike trygdeytelser blant de som dør ved bruk av andre selvmordsmetoder, enn blant de som dør ved bruk av skytevåpen. I aldersgruppen 26 til 45 år, er fordelingen av arbeidsmarkedstilknytning også relativ lik etter selvmordsmetode, men denne aldersgruppen utgjør en mye lavere andel av de som dør ved bruk av skytevåpen. Det ser likevel ut til å være en noe større andel som mottar trygdeytelser blant de som ikke dør ved hjelp av skytevåpen. I aldersgruppen 46 til 69 år er det en høyere andel som er fulltidsarbeidene blant de som dør ved bruk av skytevåpen enn de som dør av andre metoder. Det er en noe høyere andel pensjonister i denne aldersgruppen blant de som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen enn andre metoder. Aldersgruppen 70+ utgjør en større andel av de som dør ved bruk av skytevåpen, og andelen pensjonister utgjør omtrent like stor andel av denne aldersgruppen i begge figurer.

5 OPPSUMMERING

Majoriteten av selvmord i perioden 2010 til 2021 skjer blant personer som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) det siste året før død. Av disse er det flere menn enn kvinner som ikke er i kontakt med PHV/TSB, og aldersgruppen 70 år og eldre peker seg ut med lav grad av kontakt. Denne rapporten beskriver flere kjennetegn ved de som ikke er i kontakt med psykisk helsevern siste år før selvmord, eller som dør i selvmord ved hjelp av skytevåpen.

En betydelig andel av personer uten kontakt med PHV/TSB siste leveår, har minst en konsultasjon i primærhelsetjenesten så kort som en måned eller uke før selvmordet. Dette er viktig fordi det indikerer at primærhelsetjenesten kan være en mulig arena for universelle selvmordsforebyggende tiltak hvor man kan nå en gruppe mennesker man per i dag ikke fanger opp. Det er vanlig å ha konsultasjoner hos fastlegen, men færre har konsultasjoner grunnet psykiske plager sammenlignet med konsultasjoner for andre årsaker. Særlig blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre er mange i kontakt med fastlegen siste måned før selvmord. Dette kan tyde på at primærhelsetjenesten kan være en spesielt viktig arena for forebygging av selvmord blant eldre. Noen har også legevaktkonsultasjoner den siste måneden før selvmord, selv om andelen er lave.

I aldersgruppen 15 til 25 år bor omtrent halvparten av de uten kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord hjemme hos to foreldre. Nesten like mange bor hos aleneforelder eller er enslige selv. Blant menn i alderen 26 til 45 år er de fleste enslige, hvorav et mindretall har barn. I aldersgruppen 46 til 69 år, derimot, er nesten halvparten samboende eller ektefelle. De fleste enslige har barn. Blant de som er enslige fedre, kan vi ikke vite hvor mange som er aleneforsørgere. Nesten halvparten av menn som er 70 år og eldre er også samboende eller ektefelle, men i denne aldersgruppen er den største enslig-kategorien enkemann. Videre har omtrent en av 10 menn i alderen 26 år og eldre som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB opplevd samlivsbrudd i løpet av de tre siste årene før dødsfallet.

Blant menn i aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år uten kontakt med PHV/TSB siste året før selvmord, er de fleste i fulltidsjobb. Samtidig mottar et betydelig antall menn i denne aldersgruppen stønad fra NAV. De fleste menn i aldersgruppen 15 til 25 år aktive studenter, men mange er også i fulltid- eller deltidsjobb. Alle aldersgruppene, bortsett fra de som er 15 til 25 år, har flest menn i den laveste inntektskvartilen. Særlig er det mange menn i alderen 26 til 45 og 46 til 69 som befinner seg blant de 25 prosentene med lavest inntekt. Det er også en del menn i disse to aldersgruppene som befinner seg i den nest laveste inntektskvartilen. Videre er det få, men jevnt fordelt på alder, hvor mange som dør i selvmord i den høyeste inntektskvartilen.

Blant menn er selvmord ved bruk av skytevåpen den nest vanligste selvmordsmetoden, og disse individene har lavest kontakt med PHV/TSB sammenlignet med de som dør av andre metoder. Rapporten viser at andelen selvmord ved bruk av skytevåpen er høyere blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre, sammenlignet med aldersgruppene 15 til 25 år, 26 til 45 år og 46 til 69 år. Det er likevel aldersgruppen 46 til 69 år som utgjør den største andelen av selvmord ved bruk av skytevåpen. Alderen blant de som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen er i

gjennomsnitt høyere enn blant alderen blant menn som dør av selvmord ved bruk av andre metoder.

Basert på disse resultatene fremhever rapporten primærhelsetjenesten, særskilt fastlegekontorer, arbeidsplasser, NAV, og studentsamskipnader som potensielle arenaer for å iverksette selvmordsforebyggende tiltak for å nå personer som ikke er i kontakt med PHV/TSB før de dør av selvmord.

6 DISKUSJON

6.1 Selvmordsforebygging utenfor psykisk helsevern

Det gjøres allerede mye god selvmordsforebygging på befolkningsnivå i Norge, også utenfor PHV/TSB. For eksempel har Vivat selvmordsforebygging kurs og veiledning rettet mot hele befolkningen, og NSSF og Helsedirektoratet har gjennomført universelle kampanjer. Denne rapporten bidrar med kunnskap om kjennetegn ved de som ikke er til behandling i PHV/TSB siste året før selvmord med sikte på å identifisere samfunnsarenaer hvor ytterligere selvmordsforebyggende innsats kan være særlig relevant.

Basert på registerdata i perioden 2010 til 2021 støtter rapporten tidligere forskning som viser høyere selvmordsrate blant menn enn kvinner. Samtidig viser resultatene at menn er en heterogen gruppe, med betydelige forskjeller på tvers av aldersgrupper. Det er også store forskjeller blant de som dør i selvmord utenfor PHV/TSB, og det utpeker seg ikke en enkeltarena der man treffer alle. Dette underbygger behovet for brede universelle folkehelseiltak som treffer hele eller store deler av befolkningen, på tvers av ulike sektorer og instanser. Dette samsvarer med funn fra en rekke tidligere artikler (10, 35-37). Samtidig må det selvmordsforebyggende arbeidet kombineres med målrettede og treffsikre tiltak mot grupper med særlig risiko. Det er også avgjørende at samhandlingen mellom ulike tjenester og sektorer fungerer godt slik at personer i risiko ikke faller mellom eksisterende tilbud og tiltak.

Omtrent 60 prosent av menn har ikke hatt en konsultasjon med PHV/TSB siste året før selvmord. Ser man 10 år tilbake i tid gjelder dette fortsatt rundt 40 prosent (se figur 4). Estimatenes for de siste 10 år er riktignok kun basert på selvmordene i årene 2019 til 2021, så det er heftet noe mer usikkerhet til disse resultatene. Den overordnede lavere bruken av helsetjenestene blant menn i alle aldersgrupper understreker betydningen av tiltak rettet mot å øke bruken av helsetjenesten blant menn som har behov for det. Det er flere barrierer knyttet til å oppsøke helsehjelp i PHV/TSB blant menn, slik som stereotypisk maskulinitet, stigma, i mindre grad gjenkjenne symptomer på psykiske lidelser, manglende kunnskap om de ulike tjenestene og sosial isolasjon (38-41). Det er kjent at menn i lavere grad enn kvinner oppsøker helsehjelp før selvmord (4, 5, 42). Videre viser figur 2 at det er over 1000 selvmord blant menn i aldersgruppen 15 til 29 år, og figur 5 viser at nesten 60 prosent av disse ikke er i kontakt med PHV/TSB siste år før selvmord. Figur 10 viser at det også er lite bruk av fastlegen siste måned før selvmord blant de yngste. Tiltak for å nå unge menn peker seg ut som svært viktig.

Selv om denne rapporten ikke har undersøkt årsakene til den lave bruken av PHV/TSB blant menn, peker funnene på et behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker menns bruk av slike tjenester. Tiltak som adresserer barrierene omtalt ovenfor, kan være aktuelle å undersøke nærmere for å vurdere deres potensial for å styrke menns tilgang til og bruk av helsehjelp ved psykiske lidelser og plager.

6.2 Primærhelsetjenesten

Blant menn som ikke er i kontakt med PHV/TSB før de dør, er det høyest andel som har minst en konsultasjon (alle årsaker) hos fastlegen siste måned før selvmordet (se figur 10). Menn i alderen 70 år og eldre har den største andelen av slike konsultasjoner (over 40 prosent). Siden konsultasjonene ikke gjelder psykiske plager, kan resultatene ikke belyse hvorvidt individene også har andre helseutfordringer, om disse er relatert til selvmordsproblematikken, eller i hvilken grad eventuelle psykiske plager kommuniseres til fastlegen.

Videre har omtrent 10 prosent minst en konsultasjon grunnet psykiske plager den siste måneden før selvmord og omtrent samme andel har minst en konsultasjon (alle slags årsaker) den siste uken. Dette kan underbygge behovet for universelle tiltak i fastlegetjenesten.

Betydelig færre individer er i kontakt med legevaktjenesten enn med fastlegetjenesten i perioden før selvmord (se figur 11). Det forekommer likevel konsultasjoner både i løpet av den siste måneden og den siste uken før dødsfallet, noe som kan indikere muligheter for å identifisere personer i akutt krise. Personer som har hatt kontakt med legevakten tett opptil selvmordet, kan imidlertid skille seg fra dem som oppsøker fastlegen, ettersom legevaktkontakter ofte skjer i akutte situasjoner og ikke nødvendigvis er initiert gjennom ordinær helsesøking. Det kan derfor være nyttig å undersøke disse konsultasjonene nærmere for å få bedre innsikt i karakteristika ved denne gruppen og eventuelle muligheter for forebyggende tiltak.

Det kan være relevant å vurdere tiltak som styrker fastlegenes kompetanse i selvmordsforebygging, særlig når det gjelder eldre pasienter. Kunnskapsgrunnlaget for effekten av slike tiltak er imidlertid begrenset, og det er derfor behov for mer forskning om forventet effekt, hensiktsmessig utforming og hvordan tiltakene eventuelt kan implementeres i praksis. Selv om betydelig færre individer har kontakt med legevakten enn med fastlegen i tiden før selvmord, kan det også være aktuelt å undersøke potensialet for forebyggende tiltak i legevaktjenesten. Kompetanseheving blant fastleger kan dessuten ha overføringsverdi til legevakten, ettersom mange fastleger også arbeider der. Det kan for eksempel være relevant å vurdere om dagens rutiner for identifisering og oppfølging av tilstander med særlig høy selvmordsrisiko, som depresjon med psykotiske symptomer, er tilstrekkelige.

Innen helsetjenesten er samspillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten særlig viktig for å sikre at den enkelte mottar riktig hjelp på riktig nivå til riktig tid. Primærhelsetjenesten omtales ofte som førstelinjetjenesten og forbindes derfor gjerne med den delen av pasientforløpet som finner sted før eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten. Samtidig har primærhelsetjenesten en viktig rolle også etter avsluttet behandling eller opphold i spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom oppfølging og videre ivaretagelse av pasienter som skrives ut.

Utskrivning fra PHV er en overgang som er kjent for å gi økt risiko for selvmord (43), og en norsk studie viser at utskrivning fra akutte innleggelser i somatikken også gir økt risiko for selvmord, særlig for de som er 65 år eller eldre (44). Denne rapporten inkluderer bare individer uten kontakt med PHV/TSB siste år. Samtidig viser figur 4 at ved å gå lenger tilbake, øker andelen som har hatt minst en konsultasjon med PHV/TSB. Dette innebærer at noen av individene i denne rapporten har vært i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten under

observasjonsperioden. Denne rapporten kan ikke gi informasjon om de som har hatt minst en konsultasjon i primærhelsetjenesten det siste året nylig har blitt utskrevet fra PHV/TSB, men hvor godt disse fanges opp burde undersøkes i fremtidig forskning.

6.3 Betydningen av relasjoner

De fleste menn som ikke har kontakt med PHV/TSB siste året før død i aldersgruppen 26 til 45 er enslige (se figur 12). Et mindretall av disse er enslige fedre med barn under 18. Mellom 30 og 40 prosent er samboer eller ektefelle. Menn i denne aldersgruppen som har barn, har gjerne små barn. I tiden etter fødsel screenes mødre for fødselsdepresjon, men også fedre kan oppleve dette (45). Det kan derfor være relevant å undersøke om økt inkludering av fedre i kartlegging og oppfølging kan bidra til tidligere identifisering av psykiske helseutfordringer. Familiene følges videre av helsestasjonen i barnets første to leveår. Det kan være mulig å undersøke om noe økt fokus på foreldrerollen også månedene/årene etter fødsel kan være med på å oppdage psykiske utfordringer.

Målt i antall selvmord utenfor PHV/TSB, er aldersgruppen 46 til 69 år den største gruppen i denne rapporten. Enslige menn med barn i denne aldersgruppen utgjør i overkant av 10 prosent av alle selvmord blant menn uten kontakt med PHV/TSB siste leveår. Enslige menn og enkemenn utgjør ytterligere 10 prosent. Det kan tenkes at det å ha en partner påvirker menns hjelpesøkningsatferd på to måter: både å få mennene til å forstå at de har et problem, og for å faktisk oppsøke hjelp. Tabell 1 viser at kun en liten andel av menn har opplevd brudd siste året før selvmord, mens omtrent 10 prosent innen de siste tre årene. Dette begrenser seg imidlertid til de bruddene det er mulig å identifisere i registrene. Det kan være en betydelig andel som opplever brudd i en romantisk relasjon som ikke er registrert.

Selv om denne gruppen utgjør et begrenset antall personer, kan det være mulig å identifisere enkelte i forbindelse med samlivsbrudd, gjennom tjenester som fastlege, familievernkantor eller skilsmisseadvokater, særlig når barn under 16 år er involvert. Gruppen representerer en potensiell målgruppe for forebyggende tiltak og bør undersøkes nærmere i fremtidig forskning.

Det er foreløpig begrenset kunnskap om hvilke kjennetegn som karakteriserer disse mennene. Det er uklart om dette primært er menn med stabile sosioøkonomiske forhold, herunder arbeid, inntekt og familietilknytning, eller om gruppen i større grad består av menn med langvarige erfaringer med marginalisering og utenforskap. Dersom utenforskap utgjør en sentral risikofaktor, kan dette ha røtter tilbake til skolealder eller tidlig voksenliv. Dette understreker betydningen av tidlig identifisering av risikofaktorer og forsterket innsats gjennom livsløpet.

Registerdata gir begrenset innsikt i de underliggende mekanismene som kan ha betydning for selvmordsrisiko. Kvalitative studier eller psykologiske autopsistudier kan derfor være verdifulle for å belyse forhold som ikke fanges opp i eksisterende registre. Omtrent halvparten av mennene i alderen 46 til 69 år er gift eller samboende på dødstidspunktet. Disse utgjør om lag 15 til 20 prosent av selvmordene blant menn som ikke har hatt kontakt med PHV/TSB det siste året før selvmordet.

Samtidig har relativt få menn i denne aldersgruppen hatt konsultasjoner hos fastlege for psykiske plager i den siste måneden før dødsfallet. Tiltak som bidrar til økt bruk av helsetjenester blant

menn kan potensielt føre til at flere mottar nødvendig utredning og behandling. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hvem disse mennene er, hvilke risikofaktorer som kjennetegner dem, og hvilke arenaer som gir de beste mulighetene for identifisering og forebyggende intervensjon.

Blant menn i aldersgruppen 70 år og eldre er andelen som er gift eller samboende ved dødstidspunktet om lag like høy som blant menn i alderen 46 til 69 år. Den viktigste forskjellen mellom aldersgruppene når det gjelder parstatus, er den betydelig høyere andelen enkemenn i den eldste aldersgruppen. Videre har kun et fåtall av disse mennene hatt konsultasjoner for psykiske plager den siste måneden før selvmordet.

Funnene indikerer et behov for økt kunnskap om selvmordsatferd blant enkemenn i høy alder. Fremtidig forskning bør undersøke hvilken betydning tap av partner, sosial isolasjon, fysisk sykdom, funksjonssvikt og hjelpesøkingssatferd har for selvmordsrisiko i denne gruppen. Slike studier kan bidra til en bedre forståelse av underliggende risikofaktorer og identifisere mulige inngangspunkter for forebyggende intervensjoner.

Det er kun en liten andel menn som ikke var i behandling i PHV/TSB før selvmordet som har opplevd en form for samlivsbrudd siste år (tre prosent) eller tre år (seks til 10 prosent) før død (se tabell 1). Det kan tenkes at denne prosenten er noe lav, ettersom endringer kun blir oppdatert en gang i året i registeret. Hvis det er barn involvert i samlivsbrudd eller separasjoner, kan familievernkontorer være en mulig arena for å iverksette selvmordsforebyggende tiltak. Brudd i parforhold og ekteskap er relatert til en økt risiko for selvmord (7). Nyoppståtte endringer kan tenkes å være vanskeligere å håndtere, og en studie fant at separasjon var assosiert med en høyere selvmordsrisiko enn skilsmisse (46). Å miste ektefellen øker også risikoen for selvmord, spesielt blant (eldre) menn (47, 48). Dersom advokater involveres i skilsmisseoppgjør eller arveoppgjør etter dødsfall, kan denne yrkesgruppen også være en mulig arena for å møte personer som kan ha forhøyet selvmordsrisiko.

6.4 Arbeidsmarkedstilknytning

Denne rapporten fremhever flere mulige arenaer for forebygging av selvmord utenfor helsetjenestene. Et eksempel er arbeidsplassen. De fleste menn i aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år, som ikke er i kontakt med PHV/TSB før de dør, er i fulltidsarbeid (se figur 13). Arbeidsplassen representerer en viktig arena for selvmordsforebygging. En rekke aktører kan bidra til å identifisere medarbeidere i risiko, vise omsorg og støtte, samt legge til rette for at personer med behov for hjelp kommer i kontakt med relevante helsetjenester. Forebyggende tiltak kan rettes mot ledere, ansatte, verneombud og bedriftshelsetjenesten, med mål om å styrke kompetansen på selvmordsforebygging. Dette kan eksempelvis omfatte opplæring i faresignaler, risikofaktorer og selvmordsatferd, samt kurs i psykisk førstehjelp og støttende samtaleteknikker.

Kompetansehevende tiltak kan gjennomføres på arbeidsplassen og tilbys både utvalgte nøkkelpersoner og større grupper av ansatte. Økt kunnskap blant medarbeidere og ledere kan bidra til at bekymringsfulle endringer i atferd, fungering eller trivsel identifiseres tidligere, noe som igjen kan øke sannsynligheten for tidlig støtte og oppfølging. Ledere har i denne sammenheng en sentral rolle, blant annet gjennom medarbeidersamtaler og annen løpende

oppfølging av ansatte. Ved å skape rom for samtaler om psykisk helse og ved å våge å stille spørsmål når bekymring oppstår, kan ledere bidra til å senke terskelen for å søke hjelp.

Også andre etablerte funksjoner på arbeidsplassen, som verneombud, HMS-ansvarlige og bedriftshelsetjenesten, kan spille en viktig rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet. Disse kontaktpunktene er allerede integrert i arbeidslivets organisering, men for at de skal kunne utnyttes effektivt i forebyggende arbeid, er det behov for økt kunnskap om hvordan selvmordsrisiko kan identifiseres, håndteres og følges opp i en arbeidskontekst.

Samtidig er det behov for mer forskning og kunnskapsutvikling om hvordan ulike arbeidsforhold påvirker psykisk helse og selvmordsrisiko. Faktorer som ansettelsesform, sektor tilknytning, arbeidsbelastning, arbeidspress og organisatoriske forhold kan ha betydning og bør undersøkes nærmere. Et effektivt forebyggende arbeid forutsetter dessuten god opplæring, økt bevissthet om psykisk helse og tydelig informasjon om hvilke støtte- og hjelpetilbud som er tilgjengelige.

Innen arbeidslivet finnes det allerede veletablerte strukturer for håndtering av bekymringer knyttet til rus- og avhengighetsproblematikk, blant annet gjennom AKAN. Tilsvarende er det mulig for ledere, kolleger og andre interesserte å benytte tilbud fra Vivat selvmordsforebygging for kurs, opplæring og veiledning. Det kan imidlertid også være behov for å utvikle mer målrettede tiltak som fremmer åpenhet om livskriser, psykiske helseutfordringer og selvmordsrelaterte problemstillinger i arbeidslivet. En slik tilnærming kan bidra til å styrke arbeidsplassen som arena for tidlig identifikasjon, støtte og forebygging.

Til tross for at mange i aldersgruppene 26 til 45 år og 46 til 69 år er i fulltidsarbeid, er det likevel også en betydelig andel som enten arbeider deltid, er uføretrygdet eller får annen støtte fra NAV (se figur 13). Det å ikke være i arbeid er relatert til en høyere risiko for selvmord (13). Å stå utenfor arbeidslivet innebærer ofte står svakere økonomisk, som er forbundet med økt selvmordsfare, og lavere grad av hjelpsøking (10-12, 49). Det kan tenkes at isolasjon eller mangelen på daglig sosial kontakt i jobb kan øke risikoen for selvmord i denne gruppen som ikke er i kontakt med PHV/TSB før de dør.

NAV utgjør også en potensiell arena for selvmordsforebyggende arbeid, ettersom mange mennesker med ulike former for økonomiske, helsemessige og sosiale utfordringer er i kontakt med tjenesten. Flere av disse utfordringene er kjente risikofaktorer for psykiske helseproblemer og selvmordsatferd, noe som innebærer at NAV-ansatte i mange tilfeller kan møte personer med forhøyet selvmordsrisiko. Et forebyggende tiltak man kan vurdere å se nærmere på er å styrke kompetansen blant NAV-ansatte når det gjelder identifisering av selvmordsfare, håndtering av bekymringsfulle signaler og henvisning videre til relevante hjelpetjenester. Et slikt tiltak kan for eksempel omfatte opplæring i samtaler om psykisk helse, risikovurdering og kunnskap om tilgjengelige behandlings- og oppfølgingstilbud, herunder henvisning til eller tilrettelegging for psykisk helsehjelp.

For personer som mottar langvarige eller permanente ytelser, kan kontakten med NAV i enkelte tilfeller være begrenset til få og spredte kontaktpunkter. Dersom mottakeren samtidig har et begrenset sosialt nettverk, kan dette bidra til sosial isolasjon og ensomhet, som begge er faktorer som er assosiert med økt risiko for psykiske helseutfordringer. Det kan derfor være grunn til å

vurdere om enkelte grupper av stønadsmottakere bør tilbys tettere og mer systematisk oppfølging, med sikte på å identifisere hjelpebehov og risikofaktorer på et tidligere tidspunkt.

Gitt den høye andelen selvmord blant personer i de laveste inntektskvartilene, kan tiltak som rettes mot denne gruppen være relevante i et selvmordsforebyggende perspektiv. Selv om noen av mennene i den laveste inntektskvartilen er yrkesaktive, er de fleste mottakere av velferdsytelser fra NAV. Det kan tenkes at disse individene dermed opplever belastning på flere områder av livet, noe som kan øke risiko for selvmord. Økonomiske belastninger, gjeldsproblemer og vedvarende økonomisk usikkerhet kan påvirke psykisk helse og livskvalitet negativt, og dermed utgjøre faktorer som øker sårbarheten for psykiske vansker og selvmordsatferd. Det er særlig menn mellom 26 og 69 år som er overrepresentert i den laveste inntektskvartilen.

Kunnskapsgrunnlaget for hvordan NAV best kan bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet er imidlertid begrenset. Det er derfor behov for videre forskning og kunnskapsutvikling om sammenhengen mellom NAV-brukeres livssituasjon, tjenstekontakt og selvmordsrisiko, samt om effekten av ulike forebyggende tiltak. En slik kunnskapsutvikling bør skje i tett samarbeid med NAV og relevante fagmiljøer for å sikre at eventuelle tiltak er både kunnskapsbaserte og praktisk gjennomførbare.

6.5 Menn under utdanning

Blant menn i alderen 15 til 25 år som ikke er i kontakt med PHV/TSB før selvmord er de fleste enten aktive studenter eller i full- eller deltidsjobb (se figur 13). Noen vil også være skoleelever. I tillegg til arbeidsplassen, fremstår derfor utdanningsinstitusjoner og skoler som sentrale arenaer for forebyggende innsats. Medstudenter og medelever kan spille en viktig rolle i å fange opp jevnaldrende om strever, men dette forutsetter tilstrekkelig kunnskap om psykisk helse, selvmordsatferd og tilgjengelige hjelpetilbud. Utdanningsinstitusjoner kan også bidra til å øke bevisstheten om hvor og hvordan hjelp kan søkes ved selvmordstanker eller andre alvorlige psykiske belastninger. På samme måte som bedriftshelsetjenesten kan ha en viktig funksjon i arbeidslivet, kan skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og helsetjenester tilknyttet studentsamskipnadene utgjøre sentrale ressurser i det forebyggende arbeidet. Det kan derfor være grunn til å vurdere om disse tjenestene bør styrkes gjennom økt bemanning og tilgang til ressurser, slik at de i større grad kan ivareta forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av unge i risikosituasjoner.

Ifølge Helsedirektoratets bemanningskalkulator for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen beregnes det at en ungdomsskole med 380 elever følges opp av én helsesykepleier i 100 prosent stilling (50). Tilsvarende bemanningskalkulator for videregående skole er foreløpig ikke publisert. Her gjelder Helsedirektoratets normtall fra 2010, som angir én helsesykepleier i 100 prosent stilling per 800 elever i videregående skole (51). Det er imidlertid grunn til å anta at normtallene underestimerer det faktiske behovet (52). Dette understøttes blant annet ved at anbefalt elevtall per helsesykepleier i ungdomsskolen er redusert fra tidligere norm på 550 elever til 380 elever i bemanningskalkulatoren. I tillegg rapporterer de fleste kommuner at bemanningen samlet sett ligger under anbefalte normtall (52). Konsekvensen kan være at ikke alle barn og unge får den hjelpen de har behov for. Et sentralt tiltak vil derfor være å styrke kapasiteten og tilgjengeligheten

i skolehelsetjenesten, en helsefremmende og forebyggende lavterskeltjeneste som skal være tilgjengelig der de fleste ungdom tilbringer store deler av sin hverdag, på skolen.

I Helsedirektoratets veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge er det også nedfelt at alle kommuner skal ha en egen tjeneste for psykisk helse rettet mot barn og unge, ut over helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tjenesten skal samarbeide på individnivå, med barnehage og skole, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlege, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnevernstjenesten, familievernkontoret, NAV- kontoret, psykisk helsevern for barn og unge og andre offentlige tjenester eller frivillig sektor når det er nødvendig. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, åpent for alle barn og unge i kommunen og deres familier. Videre er den uten henvisning og tilbys digitalt ved behov. I denne rapporten har vi ikke tilgang til informasjon om bruk av denne tjenesten, men fremtidig forskning burde undersøke effekten av innføring av dette tjenestetilbudet og undersøke om det er forskjell mellom ulike kommuner.

6.6 Selvmord ved bruk av skytevåpen

Til tross for at det har vært en reduksjon i selvmordsraten ved bruk av skytevåpen etter endring i våpenlovgivningen i Norge i 1990 og 2003, er bruk av skytevåpen fortsatt den tredje største gruppen av selvmordsmetoder, og utgjør omtrent 10 til 15 prosent av alle selvmord, og den nest vanligste metoden blant menn. Tabell 2 viser at 48 prosent av selvmordene er med andre og uspesifiserte skytevåpen. Når det er uvisst hva slags skytevåpen som brukes er det vanskelig å begrense, så mer informasjon om hva slags våpen dette er trengs for å kunne utforme tiltak.

Figur 18 viser fordelingen av alle selvmord fordelt på aldersgrupper, og andelen av disse utført med skytevåpen. I aldersgruppene 15 til 25 år og 26 til 45 år er andelen av selvmord med skytevåpen omtrent 10 prosent. I aldersgruppen 46 til 69 år er andelen 20 prosent, mens blant menn i alderen 70 år og eldre er andelen omtrent 30 prosent. Det betyr at den eldste aldersgruppen, som er overrepresentert blant selvmord utenfor PHV/TSB, også er overrepresentert blant de som dør i selvmord grunnet skytevåpen. Figur 19 viser andelen av selvmord ved bruk av skytevåpen av alle selvmord i alle Norges fylker (per 2025). Det er Innlandet, Buskerud, Trøndelag og Nordland seg ut med høyest andeler av selvmord ved bruk av skytevåpen. De folkerike fylkene Oslo og Vestland har de laveste andelen av selvmord med skytevåpen, men også Rogaland er i det lavere sjiktet.

De fleste selvmord ved bruk av kjent skytevåpen i Norge er utført med jaktvåpen (se tabell 2). Både Innlandet, Trøndelag og Finnmark har mange registrerte jegere per 100 000 mannlige innbyggere (53), mens Oslo og Rogaland har få. Det ser også ut til at det er flere selvmord ved bruk av skytevåpen i fylker med lav befolkningstetthet. Samtidig skiller Finnmark seg ut, både ved å ha lavest befolkningstetthet og flest jegere per 100 000 mannlige innbyggere, men likevel ikke blant fylkene med høy andel av selvmord ved bruk av skytevåpen.

Figur 20 viser at andelen med kontakt med primærhelsetjenesten siste uken og måneden før selvmord er jevnt over høyere blant de som dør i selvmord med andre døds måter enn skytevåpen. I likhet med selvmord blant menn generelt er det en økning med alder. Individer i den eldste aldersgruppen er mer utsatt for somatiske lidelser og plager. Det burde undersøkes nærmere om selvmord ved bruk av skytevåpen i den eldste aldersgruppen kan være relatert til

nyoppståtte og/eller kroniske somatiske lidelser eller forventet kognitiv svikt. Figur 21 viser andelene som har hatt kontakt med legevakt siste uken og måneden før selvmord, og det er gjennomgående lave andeler blant de som dør grunnet skytevåpen sammenlignet med andre døds måter. Det er lavere andeler både med p-konsultasjoner og andre konsultasjoner, men det er særlig lave andeler med p-konsultasjoner siste uken og måneden i alle aldersgrupper blant menn som dør av skytevåpen.

Figurene 22 og 23 viser parstatus blant menn som dør av selvmord grunnet skytevåpen og selvmord med andre metoder. Andelene enslige er lavere blant de som dør grunnet skytevåpen, særlig i aldersgruppen 46 til 69 år. I denne aldersgruppen er omtrent 25 prosent samboere eller ektefeller. I den eldste aldersgruppen er omtrent 10 prosent som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen samboer eller ektefeller, mens i overkant av fem prosent er enkemenn. Den tilsvarende andelen blant de som dør ved bruk av andre selvmordsmetoder er omtrent to prosent, og andelen samboende eller ektefelle er omtrent fem prosent. Den eldste aldersgruppen er dermed den eneste aldersgruppen hvor det er en høyere andel enslige, enslige foreldre eller enkemenn blant dem som dør ved bruk av skytevåpen, sammenlignet med andre selvmordsmetoder.

Det er høyere andeler som arbeider fulltid blant de som dør i selvmord grunnet skytevåpen i alle de tre yngste aldersgruppene, sammenlignet med de som dør ved bruk av andre selvmordsmetoder (se figurene 24 og 25). Det er også høyere andeler som mottar uføretrygd av de som dør med bruk av andre selvmordsmetoder enn de som dør av selvmord ved bruk av skytevåpen. Blant de i alderen 15 til 25 år og 26 til 45 år, er det også høyere andeler som mottar AAP i gruppen av andre selvmordsmetoder. Andelen pensjonister er noe høyere i aldersgruppen 46 til 69 år blant de som dør ved bruk av skytevåpen sammenlignet med tilsvarende aldersgruppe blant de med andre selvmordsmetoder.

Gruppen som er 70 år og eldre er nesten utelukkende pensjonister, men denne gruppen har høyt aldersspenn. I fremtidige rapporter/forskning burde denne gruppen utforskes nærmere, da det kan være store forskjeller mellom å være 70 år og 90 år. Det er også en betydelig andel av selvmordene utført med skytevåpen blant de som mottar uføretrygd. Blant både uføretrygdde og alderspensjonister kan det være relevant å undersøke nærmere om funksjonstap, samt somatiske lidelser med forventet reduksjon i funksjonsnivå, har betydning for risikoen for selvmord ved bruk av skytevåpen.

Til sammen er det gjennomgående flere menn som er samboende eller ektefelle og som er i arbeid blant de som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen. Dette er faktorer som ofte betraktes som beskyttende mot selvmord. Med de dataene som er tilgjengelig i denne rapporten er det ikke mulig å identifisere hendelser som inntreffer svært kort tid før i selvmordet. Gitt den lave andelen med kontakt med PHV/TSB i denne gruppen, kan det imidlertid ikke utelukkes at akutte livshendelser eller kriser spiller en viktig rolle i prosessen frem mot selvmordet. Dette er problemstillinger som bør undersøkes nærmere ved hjelp av andre datakilder og forskningsmetoder.

Jeger- og fiskerforbund, jaktlag og sportsskytterforbund kan være relevante arenaer for å identifisere og følge opp medlemmer det er grunn til bekymring for. Som vist i denne rapporten er en betydelig andel av personene som dør i selvmord ved bruk av skytevåpen enslige og

alderspensjonister. Dette kan indikere at sosiale nettverk og felleskap har en viktig funksjon både når det gjelder å fange opp tegn til psykiske belastninger eller livskriser, og å bidra med sosial støtte i sårbare perioder. De kan også tenkes å ha en rolle i å varsle politi eller helsetjenestene ved bekymring for eventuell selvmordsrisiko. Et annet område hvor selvmordsforebyggende tiltak kan vurderes, er regelverket og praksisen knyttet til våpentillatelser. Det kan være relevant å gjennomgå rutinene for både tildeling og tilbakekalling av våpentillatelser. Primærhelsetjenesten kan i denne sammenheng være en sentral aktør, ettersom en betydelig andel har hatt kontakt med fastlegen i perioden før de dør av selvmord grunnet skytevåpen.

6.7 Begrensninger

Denne rapporten omfatter kun dødsfall blant personer kategorisert som selvmord i perioden 2010 til 2021, og deres kontakt med PHV/TSB og primærhelsetjenesten før død. Rapporten er ment som et supplement til NSSFs rapporter om personer som har vært til behandling i PHV/TSB siste året før selvmordet. For å sikre sammenlignbarhet med disse rapportene er resultatene også her basert på siste året før selvmordet. Samtidig viser figur 4 at andelen som har hatt kontakt med PHV/TSB før selvmord øker når observasjonsperioden utvides utover det siste året. Når de siste 10 årene før selvmord inkluderes, har 60 prosent vært i kontakt med PHV/TSB. Dette innebærer at en del av personene som er inkludert i rapporten har hatt konsultasjoner med PHV/TSB, men ikke det siste året.

I arbeidet hadde vi heller ikke tilgang på informasjon om konsultasjoner der personen ikke har møtt opp, henvisninger som blir avvist, eller hvorvidt fastleger har vurdert behovet for hjelp i spesialisthelsetjenesten som for lavt til å henvise. Resultatene gir informasjon om fordeling og kontaktflater blant personer som dør av selvmord, men kan ikke brukes til å identifisere risikogrupper eller fastslå forebyggingspotensial i de ulike arenaene. Analysene i denne rapporten er deskriptive og det foretas i begrenset grad sammenligninger med andre grupper. Resultatene gir derfor ikke grunnlag for å vurdere relativ risiko knyttet til de identifiserte arenaene, eller for å fastslå om kontakt med arenaene representerer en forhøyet selvmordsrisiko i seg selv. Funnene bør primært tolkes som kartlegging av kontaktflater der mennesker som senere dør av selvmord ofte befinner seg, og som kan være relevante for forebyggingstiltak, snarere enn som identifikasjon av risikogrupper.

I rapporten har vi forsøkt å identifisere arenaer for selvmordsforebygging utenfor PHV/TSB ved bruk av informasjon fra ulike nasjonale registre. Registerkoblingene vi har benyttet har noen viktige begrensninger. Mye av informasjonen i registerkoblingene våre, slik som parstatus og inntekt, har vi kun data på frem til 2020, og informasjon angående sykepenges frem til 2018. Vi manglet også informasjon om arbeidsmarkedsstatus i dødsåret, så her er det benyttet informasjon fra året før. Dette reduserer presisjonen ved funnene noe da vi ikke har kunnet ta høyde for hendelser som kan ha oppstått rett før selvmordet som for eksempel det å bli arbeidsledig. Når det gjelder kontakt med primærhelsetjenesten og PHV/TSB har vi kun hatt data frem til 2021. For å kunne gjennomføre tilsvarende kartlegginger av selvmord blant personer uten kontakt med PHV/TSB i årene etter 2021 er det nødvendig å oppdatere registerkoblingen.

En annen viktig videreutvikling av kartleggingen kan være å koble på informasjon fra flere datakilder. Dette kan bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag og en mer helhetlig forståelse av

personer som ikke har vært i kontakt med PHV/TSB før selvmord. I den sammenheng kan informasjon fra den somatiske spesialisthelsetjenesten kan være særlig relevant for å belyse mulig betydning av somatiske sykdommer og funksjonstap, spesielt blant eldre.

En annen begrensning ved datagrunnlaget er mangelen på detaljert informasjon om konsultasjoner i primærhelsetjenesten. For konsultasjoner som ikke omhandler psykiske plager, foreligger det i begrenset grad informasjon om hvilke helse- eller livsutfordringer kontakten gjaldt. Mer detaljert informasjon om konsultasjonsårsaker, særlig i tiden nærmest før selvmordet, kunne gitt viktig kunnskap om muligheter for tidlig identifisering og forebygging. Manglende tilgang til Z-diagnoser i primærhelsetjenesten begrenser også muligheten til å undersøke betydningen av sosiale, relasjonelle og økonomiske belastninger i perioden før dødsfallet.

I denne rapporten har vi benyttet oss av registerdata. Dette er helseregistre hvor hovedformålet er administrativt og ikke forskning. Dette gir enkelte begrensninger med tanke på hva som er mulig å undersøke. For eksempel viser tabell 1 og 3 separasjoner, skilsmisser, oppløsning av samboerskap og overgang til å bli enkemann, men ikke årsaken til bruddene. Å supplere registerdata med informasjon fra noen av de store helseundersøkelsene kan muligens bidra til å øke detaljnivået i informasjonen. Potensielt kan dette bidra med mer utfyllende informasjon på spørsmål vi ikke kan besvares med registerdata alene.

I fremtidige kartlegginger kan det også være nyttig å supplere resultatene fra registerdataene med informasjon fra kvalitative intervjuer rettet mot utvalgte grupper eller problemstillinger. For eksempel er aldersgruppen 70 år og eldre en gruppe som kunne vært undersøkt nærmere med intervju. I den sammenheng kan det være relevant å undersøke om selvmordsprosesser blant eldre skiller seg fra dem blant yngre. Dersom selvmord blant de eldste i mindre grad er preget av impulsivitet og i større grad av langvarige overveielser, kan tiltak som primært har til hensikt å begrense tilgangen til bestemte metoder ha en annen effekt enn hos yngre aldersgrupper. Samtidig kan tap av partner, arbeidsevne, førerkort eller andre sentrale roller og funksjoner oppleves som tap av identitet og tilhørighet, og dermed utgjøre viktige belastningsfaktorer. Økt kunnskap om slike mekanismer vil kunne bidra til mer målrettede forebyggende tiltak og gi et bedre grunnlag for å vurdere effekten av virkemidler som begrenset tilgang til skytevåpen.

Denne rapporten hverken kan eller forsøker å estimere risiko for, identifisere årsaker til, eller å predikere selvmord. Selv om selvmord er et betydelig folkehelseproblem er det et marginalt fenomen, som gjør det vanskelig å forutse hvem som rammes. Sannsynligvis er hvert selvmord et resultat av flere faktorer som sammen påvirker personen, kanskje over lang tid. Dette gjør at det er lite sannsynlig at et enkelttiltak alene vil være tilstrekkelig i det forebyggende arbeidet. Dette taler det for brede, befolkningsrettede tiltak - også på systemnivå – slik som inntektssikring, lav ledighet, gode arbeidstakervilkår, gode boliger, tiltak mot sosial nød og sosial ulikhet og tiltak som reduserer sjansen for samlivsbrudd. Det selvmordsforebyggende arbeidet bør skje tverrsektorielt og på tvers av flere institusjoner. Med brede folkehelseiltak kan det være vanskelig å måle effekten av tiltakene fordi det kan gå lang tid mellom årsak og effekt (54). For eksempel kan et tiltak som rettes mot å forhindre utenforskap og frafall i skolen føre til at noen ikke havner utenfor som ung, og dermed går inn i voksenlivet med et annet livsløp enn de eller ville hatt, og at dette gjør at de ikke dør i selvmord ved en senere livskrise. Kunnskapsutvikling for evaluering av folkehelseiltak må derfor inkludere effekter av faktorer langs hele årsakskjeden, inkludert

evaluering av sammensatte tiltak eller tiltakspakker (54). Med sammensatte tiltak og tiltak rettet mot bakenforliggende årsaker er det sannsynligvis nødvendig med kunnskap fra flere fagdisipliner for å vurdere virkninger av tiltakene.

7 KONKLUSJON OG FREMTIDIG ARBEID

En betydelig andel av personene som dør i selvmord uten kontakt med PHV/TSB det siste året før dødsfallet, har hatt kontakt med primærhelsetjenesten i perioden før dødsfallet. Mange av mennene er enten samboende/gift eller enslige, og en betydelig andel er i arbeid, mens andre mottar ytelser fra NAV. Funnene peker også på at ensomhet, sosial isolasjon og tilgang til skytevåpen kan være viktige områder for forebyggende innsats, særlig blant eldre menn. Resultatene understreker at selvmordsforebygging må skje på flere arenaer enn i psykisk helsevern og rusbehandling. Primærhelsetjenesten, arbeidslivet, NAV, familievernkontor, helsestasjoner, utdanningsinstitusjoner, studentsamskipnader og jeger- og fiskerorganisasjoner fremstår som potensielle arenaer for identifisering, støtte og forebyggende tiltak.

Det er samtidig behov for mer kunnskap om selvmordsrisiko i et livsløpsperspektiv. Forhold tidlig i livet, som skolefravær, skoleprestasjoner, læringsutfordringer, kontakt med barnevernet og andre erfaringer som kan bidra til utenforskap, kan ha betydning for senere psykisk helse, arbeidsdeltakelse og selvmordsrisiko. Bedre kunnskap om slike sammenhenger kan gi grunnlag for tidligere og mer målrettede forebyggende tiltak for sårbare barn og unge. Regelmessige nasjonale analyser basert på oppdaterte registerdata vil kunne bidra til økt forståelse av komplekse risikoforløp og styrke kunnskapsgrunnlaget for fremtidige folkehelseiltak. Siden personer uten kontakt med PHV/TSB utgjør over halvparten av alle selvmord i Norge, representerer denne gruppen et særlig viktig område for videre forskning og forebygging. Fremtidige rapporter bør også belyse betydningen av faktorer som rus- og alkoholproblemer, kriminalitet, spilleavhengighet, barnevernserfaringer, innvandringsbakgrunn og andre former for sosial sårbarhet.

Fremtidige rapporter kan også undersøke betydningen av funksjonsnedsettelse og minoritetsstatus. For funksjonsnedsettelse kan enkelte registerkilder gi indirekte informasjon gjennom somatiske diagnoser og diagnosegrunnlag for uføretrygd, selv om tilgang til slike data kan kreve særskilte vurderinger og godkjenninger. Opplysninger om seksuell orientering, kjønnsidentitet og LHBTQ-status registreres derimot i liten eller ingen grad i nasjonale registre, noe som begrenser mulighetene for registerbaserte analyser av disse gruppene. Dette understreker behovet for andre datakilder og forskningsdesign for å belyse eventuell økt risiko og relevante forebyggende tiltak.

8 REFERANSER OG DATAKILDER

1. Norwegian Institute of Public Health. Suicide in Norway: Norwegian Institute of Public Health; 2025 [updated 03.12.25. Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>.
2. Norwegian Institute of Public Health. Fortsatt høye selvmordstall fhi.no: Norwegian Institute of Public Health; 2025 [updated 08.04.25. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2025/fortsatt-hoye-selv-mordstall/>.
3. Walby FA, Astrup H, Giil E, Myhre MØ. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2021 – Selvmord etter kontakt med avtalespesialister innen psykisk helse og rus. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo; 2024.
4. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019;47(1):9-17.
5. Hauge LJ, Stene-Larsen K, Grimholt TK, Øien-Ødegaard C, Reneflot A. Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. *BMC health services research*. 2018;18(1):619.
6. Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*. 2021;152:106498.
7. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population Health Metrics*. 2021;19(1):33.
8. Reneflot A, Øien-Ødegaard C, Hauge LJ. Marital separation and contact with primary healthcare services for mental health problems: a register-based study. *BMC Psychology*. 2020;8(1):124.
9. Barne- u-ofB. Samlivsbrudd og skilsmisse bufdir.no: Bufdir; 2025 [Available from: <https://www.bufdir.no/familie/samlivsbrudd/>].
10. Sinyor M, Silverman M, Pirkis J, Hawton K. The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. *The Lancet Public Health*. 2024;9(10):e802-e6.
11. Goulas E, Zervoyianni A. Suicide mortality, long-term unemployment, and labor-market policies: Evidence from European countries. *Bulletin of Economic Research*. 2023;75(4):1112-39.
12. Roelfs DJ, Shor E. Financial Stress, Unemployment, and Suicide – A Meta-Analysis. *Crisis*. 2023;44(6):506-17.
13. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Stene-Larsen K, Christiansen STG, Bjertness E, Reneflot A. Widening the knowledge of non-employment as a risk factor for suicide: a Norwegian register-based population study. *BMC public health*. 2023;23(1):1181.
14. Norwegian Labour and Welfare Administration. Work assessment allowance (AAP) NAV.no2025 [updated 25.03.2025. Available from: <https://www.nav.no/aap>].
15. Norwegian Labour and Welfare Administration. Unemployment benefits NAV.no2025 [updated 18.03.2025. Available from: <https://www.nav.no/dagpenger>].
16. Norwegian Labour and Welfare Administration. Disability pension NAV.no2025 [updated 14.03.25. Available from: <https://www.nav.no/uforetrygd>].
17. Norwegian Labour and Welfare Administration. Sickness benefit nav.no: Norwegian Labour and Welfare Administration; 2025 [updated 14.03.25. Available from: <https://www.nav.no/sykepengen>].
18. Øien-Ødegaard C, Christiansen STG, Hauge LJ, Stene-Larsen K, Bélanger SM, Bjertness E, et al. Variations in healthcare utilization for mental health problems prior to suicide by

socioeconomic status: a Norwegian register-based population study. BMC health services research. 2024;24(1):648.

19. Gunnell D, Caul S, Appleby L, John A, Hawton K. The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001–2016/2017: Record linkage study. Journal of affective disorders. 2020;261:113-20.
20. McManus S, Gunnell D. Trends in mental health, non-suicidal self-harm and suicide attempts in 16–24-year old students and non-students in England, 2000–2014. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020;55(1):125-8.
21. Sivertsen B, Hysing M, Knapstad M, Harvey AG, Reneflot A, Lønning KJ, et al. Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. BJPsych Open. 2019;5(2):e26.
22. Sivertsen B, Knapstad M, Petrie K, O'Connor R, Lønning KJ, Hysing M. Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: a national repeated cross-sectional analysis. BMJ Open. 2022;12(2):e057492.
23. Haugen A, Holme T, Rabben ÅK. Tilstandsrapport for høyere utdanning 2025. 2025. Report No.: 06/2025. Available from: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/tilstandsrapport-for-hoyere-utdanning-2025>.
24. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International Journal of Public Health. 2019;64(2):265-83.
25. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders. 2012;138(1):19-26.
26. Davis Weaver N, Bertolacci GJ, Rosenblad E, Ghoba S, Cunningham M, Ikuta KS, et al. Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Public Health. 2025;10(3):e189-e202.
27. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. who.int; 2025. Report No.: ISBN: 978-92-4-011006-9. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>.
28. Hestetun I. Skytevåpen og forebygging av selvmord. Suicidologi. 2004;9(1).
29. Gjertsen F, Leenaars A, Vollrath ME. Mixed impact of firearms restrictions on fatal firearm injuries in males: a national observational study. International journal of environmental research and public health. 2014;11(1):487-506.
30. Forskrift om våpen, skytevåpen, våpendelar og ammunisjon (våpenforskrifta), FOR-2021-05-07-1452 (2021). Available from: [Forskrift om våpen, skytevåpen, våpendelar og ammunisjon \(våpenforskrifta\) - Lovdata](#)
31. Ilic I, Zivanovic Macuzic I, Kocic S, Ilic M. Worldwide suicide mortality trends by firearm (1990–2019): A joinpoint regression analysis. PloS one. 2022;17(5):e0267817.
32. Saadi A, Choi KR, Takada S, Zimmerman FJ. The impact of gun violence restraining order laws in the U.S. and firearm suicide among older adults: a longitudinal state-level analysis, 2012–2016. BMC public health. 2020;20(1):334.
33. Beautrais AL, Fergusson DM, Horwood LJ. Firearms Legislation and Reductions in Firearm-Related Suicide Deaths in New Zealand. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(3):253-9.
34. Golinelli D, Sanmarchi F, Guarducci G, Palombarini J, Benetti P, Rosa S, et al. Gender differences in healthcare utilization across Europe: Evidence from the European Health Interview Survey. Health Policy. 2025;162:105448.
35. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton K. Preventing suicide: a public health approach to a global problem. The Lancet Public Health. 2024;9(10):e787-e95.

36. Turner K, Pisani AR, Svetlicic J, O'Connor N, Woerwag-Mehta S, Burke K, et al. The Paradox of Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(22):14983.
37. Henry M. Suicide prevention: A multisectorial public health concern. *Prev Med*. 2021;152(Pt 1):106772.
38. Rasmussen ML, Heidi H, and Dieserud G. Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death Studies*. 2018;42(2):96-103.
39. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):113.
40. Steele L, Dewa C, Lee K. Socioeconomic Status and Self-Reported Barriers to Mental Health Service Use. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52(3):201-6.
41. Reneflot A, Stene-Larsen K. Hjelpesøking forut for selvmord blant menn.
42. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*. 2018;69(7):751-9.
43. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2017;74(7):694-702.
44. Asheim A, Nilsen SM, Svedahl ER, Kaspersen SL, Bjerkeset O, Janszky I, et al. Risk of suicide after hospitalizations due to acute physical health conditions-a cohort study of the Norwegian population. *BMC Med*. 2024;22(1):396.
45. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016;206:189-203.
46. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Selvmordsrisiko etter ekteskapsbrudd. *Suicidologi*. 2023;28(01).
47. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(8):795-800.
48. Grande E, Alicandro G, Vichi M, Pompili M, Frova L. Suicide After Partner's Death in the Elderly Population: Results From a Nationwide Cohort Study in Italy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2024;32(7):825-31.
49. Meiler B, Franke AG, Scherbaum N, Rabl J. Psychiatric Morbidity, Utilization and Quality of Mental Health Care in Long-Term Unemployed People. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2023; 20(6).
50. Norwegian Directorate of Health. Kalkulator for bemanningsbehov i skolehelsetjenesten på ungdomskolen Helsedirektoratet.no: Norwegian Directorate of Health; [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/kalkulator-bemanning-skolehelsetjenesten>].
51. Norwegian Directorate of Health. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2010. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/8a58834a-8bd4-424d-b741-41d694447639:8129412f157d03fef0975de933d5f0523a1428f9/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf.
52. Lassemø E, Melby L. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. SINTEF; 2020 2020-12-21. Available from: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf.
53. Statistics Norway. Registrerte jegere 2025 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/09285/tableViewLayout1/>].

54. NOU 2025: 8. Folkehelse - verdier, kunnskap og prioritering. In: Services MoHaC, editor. www.regjeringen.no: Government of Norway; 2025.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Oktober 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no