


Forebygging av selvmord, del 2

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 4-2007
Systematisk kunnskapsoppsummering



k Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Om rapporten: Kunnskapssenteret er bedt om å se på effekten av tiltak for å forebygge selvmord innen psykiatrisk spesialisthelsetenesten av Sosial- og helsedirektoratet. Høsten 2006 kom del 1 av oppdraget (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24-2006) om effekt av psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Nå følger del 2 om effekten av andre tiltak enn dette. Studiene som er vurdert i rapporten ble funnet etter systematiske litteratursøk i medisinske databaser. **Konklusjoner:**

- En rekke antatt selvmordsforebyggende tiltak tar sikte på å lette kontakten mellom psykisk helsevern og personer med problemer
- Metodiske svakheter gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner fra studier av behandlingstiltak
- Brevkontakt som oppfølging av lite behandlingsmotiverte pasienter hadde selvmordsforebyggende effekt i en studie
- Kortvarig telefonkontakt ble ikke vist å ha noen effekt
- Langtids telefonoppfølging kan ha primærforebyggende effekt for eldre kvinner
- Oppfølging ved psykiatrisk sykepleier etter kortvarig sykehusopphold er ikke vist å ha effekt
- I en case-control studie fant man at reduksjon av behandlingstilbudet var

(fortsetter på baksiden)

Utredningsgruppe:

Professor dr. med. Lars Mehlum, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, UiO
Forsker, dr. psychol Gudrun Dieserud, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Selvmordsforebyggende team, Bærum kommune

Professor dr. med Øivind Ekeberg, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus

Professor dr. med Berit Grøholt, Institutt for psykiatri, Klinikk for psykisk helse, barn og ungdom, Ullevål Universitetssykehus.

Forskningssykepleier Liv Mellesdal, Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen

Forsker og psykolog Fredrik Walby, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved UiO og Psykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

Seniorrådgiver cand. med. Kurt I. Myhre, Kunnskapssenteret (prosjektkoordinator)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

ISBN 978-82-8121-146-9 ISSN 1890-1298

nr 4-2007

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden) risikofaktor for selvmord • Ingen av de tre studiene av ”grønt kort” viste statistisk signifikant effekt av intervensjonen. I to små studier som ga mulighet for personlig kontakt med fagperson var det tendens til effekt av tiltaket, mens det i en tredje studie som bare ga adgang til telefonkontakt ikke var noen effekt • Metaanalyse av studier av lokalt baserte tverrfaglige psykiatri-team fant nær statistisk signifikant reduksjon i dødelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse • Det er ikke funnet studier av effekten av hospitalisering ved selvmordsfare som gir grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke pasienter som bør innlegges • Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av beskyttelsestiltak (begrenset tilgang til farlige midler og fysiske sikringstiltak i institusjoner, ”ikke-selvmordskontrakt”, overvåkning) på selvmordsatferd • Det er stort behov for forskning som evaluerer effekten av ulike typer intervensjoner.

Tittel	Forebygging av selvmord, del 2
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Lars Mehlum, Gudrun Dieserud, Øivind Ekeberg, Berit Grøholt, Liv Mellesdal, Fredrik Walby, Kurt I Myhre
ISBN	978-82-8121-146-9
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 4 – 2007
Produkt	Systematisk kunnskapsoppsummering
Prosjektnummer	220
Antall sider	48
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, januar 2007

Forord

Sosial- og helsedirektoratet ga høsten 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å utarbeide en rapport om selvmordsforebygging i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Følgende utredningsgruppe ble oppnevnt:

- Forsker, dr. psychol Gudrun Dieserud, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Selvmordsforebyggende team, Bærum kommune
- Professor dr. med Øivind Ekeberg, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus
- Professor dr. med Berit Grøholt, Institutt for psykiatri, Klinikk for psykisk helse, barn og ungdom, Ullevål Universitetssykehus.
- Professor dr. med Lars Mehlum, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo (faglig leder)
- Forskningssykepleier Liv Mellesdal, Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen
- Seniorrådgiver cand. med. Kurt I. Myhre, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (prosjektkoordinator)
- Forsker psykolog Fredrik Walby, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo og Psykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

Bibliotekar Sari Susanna Ormstad, Kunnskapssenteret har utført de systematiske litteratursøkene.

Dr. philos Roar Fosse, Regionalt ressurscenter – vold, traumer og selvmordsforebygging, Helse Øst har bidratt til arbeidet men ikke deltatt i ferdigstillingen av rapporten.

Alle deltakerne i gruppen har avgitt habilitetserklæring om at de ikke har kommersielle interesser eller bindinger som kan påvirke en objektiv vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Det er redegjort for økonomiske og faglige forhold, samt oppgaver eller verv som er av relevans for prosjektet.

Ved utarbeidelsen av rapporten ble det klart at forskjellige aspekter innen dette feltet var ganske ulikt behandlet i den vitenskapelige litteraturen. Det ble derfor funnet naturlig å dele rapporten i to, hvorav Del 1 omhandler psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi mens den foreliggende Del 2 tar for seg en del andre typer tiltak. For at delrapportene skal kunne leses hver for seg har det vært nødvendig med en del gjentakelser i innledningen og i diskusjonen.

Inger Natvig Norderhaug
Forskningsleder

Kurt I. Myhre
Fhv seniorrådgiver

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Kunnskapssenterets sammendrag og kommentarer	6
Bakgrunn	6
Metode og arbeidsform	6
Resultater og diskusjon	6
Konklusjoner	7
Innledning.....	8
Bakgrunn for prosjektet.....	8
Begreper	9
Epidemiologi	10
Selvmord i Norge	10
Selvmordsforsøk og villet egenskade i Norge.....	11
Sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmordsatferd.....	12
Selvmord	12
Selvmordsforsøk og andre former for selvmordsatferd	13
Aspekter ved omsorgen for selvmordstruede personer	13
Kontinuitet i behandling og oppfølging	14
Fjerne terskler og øke tilgjengelighet.....	14
Beskyttelsestiltak.....	14
Avgrensning av kunnskapsoversikten	15
Metode.....	16
Resultater.....	17
Kontinuitet i behandling og oppfølging	17
Behandlingskjeder	17
Brevkontakt	18
Telefonkontakt	19
Kort sykehusopphold fulgt av psykiatrisk hjemmesykepleie.....	19
Annen oppfølging.....	20
Fjerne terskler og øke tilgjengelighet.....	21
Grønt kort	21
Lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam.....	22
Innleggelse / ikke innleggelse i sykehus	22
Beskyttelsestiltak.....	23
Begrensning av tilgang til våpen og andre potensielt farlige midler.....	23
”Ikke-selvmordskontrakter”	24
Sikring av det fysiske miljøet i institusjoner	24
Overvåking	25

Diskusjon.....	26
Kontinuitet i behandling og oppfølging	26
Behandlingskjeder	26
Brevkontakt	27
Telefonkontakt	27
Kort sykehusopphold fulgt av psykiatrisk hjemmesykepleie.....	27
Annen oppfølging.....	28
Fjerne terskler og øke tilgjengelighet.....	28
Grønt kort	28
Lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam.....	28
Innleggelse / ikke innleggelse i sykehus	29
Beskyttelsestiltak.....	29
Begrensning av tilgang til våpen og andre potensielt farlige midler.....	29
Ikke-selvmordskontrakt.....	30
Sikring av det fysiske miljøet i institusjoner	30
Overvåking.	31
Begrensninger ved kunnskapsoversikten	33
 Konklusjoner	 35
 Scientific summary	 36
Background	36
Methods	36
Results and discussion.....	36
Conclusions	37
 Referanser.....	 38
 Vedlegg 1: Søkestrategi - Medline.....	 46
 Vedlegg 2: Konsulterte oversiktsartikler.....	 47

Kunnskapscenterets sammendrag og kommentarer

Bakgrunn

Kunnskapsoppsummeringen omhandler effekt av selvmordsforebyggende tiltak i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Delrapport 1 (Rapport fra Kunnskapscenteret nr 24-2006) omhandler psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi mens den foreliggende delrapport 2 tar for seg en del andre intervensjoner.

Rapporten er utarbeidet etter oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og er ment å være en del av grunnlagsmaterialet ved utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Metode og arbeidsform

Det ble søkt etter litteratur i Cochrane Library og Health Technology Assessment databasen, i Medline, Embase, Psychinfo og Cinahl. I søkestrategien ble det brukt et utvalg betegnelser for selvmord og selvskaade i kombinasjon med søkefilter utarbeidet av SIGN¹ for å begrense utvalget til systematiske oversikter. Søket ble gjort i januar 2006.

Denne søkestrategien ga 852 treff. Titler og abstracts ble lest av minst to av medlemmene i prosjektgruppen, de 29 oversiktsartiklene som ble funnet mulig relevante for denne delen av prosjektet av to personer ble innhentet i fulltekst og lest.

Oversiktsartiklene klarla hvilke intervensjoner som er diskutert i vitenskapelig litteratur. I resultatdelen er disse intervensjonene beskrevet med utgangspunkt i oversiktsartiklene. Det er videre presentert resultater fra primærlitteraturen som lå til grunn for disse.

Resultater og diskusjon

Det ble funnet litteratur om tiltak for å bedre kontinuitet i behandling og oppfølging (behandlingskjeder, brev- og telefonkontakt og oppfølging av psykiatrisk hjemmesykepleie), tiltak for å fjerne terskler og bedre tilgjengeligheten (grønt kort, lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam, innleggelse i sykehus) og beskyttelsestiltak ("ikke-selvmordkontrakter", sikring av det fysiske miljøet i institusjoner og overvåking).

I flere studier er standard behandling i både intervensjons- og kontrollgruppene dårlig beskrevet, hovedfokus var på tilleggstiltak for å sikre etterlevelse i intervensjonsgruppen. Dette kan komplisere tolkningen av både negative og positive funn.

Grunnlaget for relativt mange av studiene var intervensjoner overfor pasienter som er behandlet i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk / villet egenskade, der inklusjonskriteriene ofte er dårlig definert, og der intervensjonen varierer i tid, fra kortvarig

¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html>

telefonkontakt til innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det er uklart i hvilken grad resultatene fra disse studiene kan generaliseres til selvmordstruede pasienter i psykisk helsevern. Det er også uklart i hvilken grad resultater fra studier av intervensjon rettet generelt mot pasienter med en definert psykisk lidelse, og ikke spesielt mot pasienter som har gjort selvmordsforsøk eller på annen måte vurderes til å være selvmordstruet kan generaliseres til alvorlig selvmordstruede individer.

Konklusjoner

- En rekke antatt selvmordsforebyggende tiltak tar sikte på å lette kontakten mellom psykisk helsevern og personer med problemer
- Metodiske svakheter gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner fra studier av behandlingsskjedetiltak
- Brevkontakt som oppfølging av lite behandlingsmotiverte pasienter hadde selvmordsforebyggende effekt i en studie.
- Kortvarig telefonkontakt ble ikke vist å ha noen effekt.
- Langtids telefonoppfølging kan ha primærforebyggende effekt for eldre kvinner.
- Oppfølging ved psykiatrisk sykepleier etter kortvarig sykehusopphold er ikke vist å ha effekt.
- I en case- control studie fant man at reduksjon av behandlingstilbudet var risikofaktor for selvmord.
- Ingen av de tre studiene av ”grønt kort” viste statistisk signifikant effekt av intervensjonen. I to små studier som ga mulighet for personlig kontakt med fagperson var det tendens til effekt av tiltaket, mens det i en tredje studie som bare ga adgang til telefonkontakt ikke var noen effekt.
- Metaanalyse av studier av lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam fant nær statistisk signifikant reduksjon i dødelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.
- Det er ikke funnet studier av effekten av hospitalisering ved selvmordsfare som gir grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke pasienter som bør innlegges.
- Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av beskyttelsestiltak (begrenset tilgang til farlige midler og fysiske sikringstiltak i institusjoner, ”ikke-selvmordskontrakt”, overvåkning) på selvmordsatferd

Det er stort behov for forskning som evaluerer effekten av ulike typer intervensjoner

Innledning

Bakgrunn for prosjektet

Selv mord er et alvorlig folkehelseproblem. Antall personer som årlig tar sitt eget liv i Europa er anslått til 135 000 mens antallet for hele verden er mer enn 800 000 (1, 2). Norge hadde fram til 1970-tallet en lav selvmordsrate sammenliknet med andre land. Fra 1970 var det en klar økning i raten, mens det fra begynnelsen av 1990-årene er sett en betydelig reduksjon i tallene. Likevel registreres det fortsatt om lag 525 selvmord pr år i Norge, og det er vanlig å regne med at det offisielle tallet er 10-25 % lavere enn det reelle blant annet på grunn av mangler ved registreringssystemet (3, 4).

Sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord er velkjent, studier fra flere land tyder på at ca.90 % av dem som tar sitt liv har en psykisk lidelse ved tidspunktet for selvmordet (5, 6, 7). De samme studiene viser at personer med depressive lidelser er mest risikoutsatte, selv om de fleste psykiske lidelser har forhøyet risiko for selvmord.

En gjennomgang av alle selvmord i Danmark fra 1981 til 1997 viste at 37 % av alle danske menn og 57 % av alle danske kvinner som tok sitt liv i denne perioden hadde vært innlagt i psykiatrisk sykehus (8). Dette illustrerer hvor sterk sammenhengen er mellom status som tidligere eller stadig innlagt i psykiatrisk sykehus og selvmordsrisiko. Til tross for at disse pasientene hadde mottatt omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten hadde pasientene i denne studien en forhøyet risiko for selvmord både den første uken av sykehusoppholdet og den første uken etter utskrivning fra sykehuset.

Forekomsten av det totale omfang av selvmord for pasienter behandlet i psykisk helsevern i Norge er lite kjent. Det føres en løpende statistikk over innmeldte selvmord til Meldesentralen i Statens helsetilsyn. Meldingene omfatter imidlertid primært innlagte pasienter og informasjon om pasienter som tar livet av seg under ambulant behandling eller kort tid etter avsluttet behandling er trolig mangelfull. Det mangler systematisk registrering av selvmordsforsøk både i denne gruppen og nasjonalt. Tre norske studier tyder på at tendensen er den samme i Norge som i Danmark når det gjelder selvmord blant psykiatriske pasienter. Den ene fant en betydelig overdødelighet av selvmord blant pasienter som hadde vært innlagt i Åsgård sykehus i perioden 1950-92, særlig det første året etter utskrivning (9). I den andre fant man at av Oslos ca 100 årlige selvmord skjedde 25 % hos personer som hadde vært innlagt i psykiatrisk døgnavdeling mindre enn 3 år før selvmordet (10). Tjue prosent av disse selvmordene skjedde under innleggelse, resten i hovedsak de første ukene og månedene etter oppholdet. En tredje norsk studie viste en høy forekomst av selvmord under innleggelse ved Gaustad sykehus i perioden 1954 – 1991) (11).

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3 pålegger institusjonene å melde fra til Statens helsetilsyn om dødsfall som skyldes ulykker eller selvmord, men det kan ha vært underrapportering av slike dødsfall. Årsrapportene fra Meldesentralen (Statens helsetilsyn) i årene 2000 til og med 2004, viser at det ble registrert henholdsvis 32, 37, 28, 28 og 51 personer som tok sitt eget liv mens de var innlagt ved (eller var på permisjon fra) psykiatriske sykehus, eller under poliklinisk behandling. Det er usikkert hvor komplette meldingene er og om økningen fra 2003 til 2004 var reell eller et resultat av bedre melderutiner.

I løpet av de senere år er det gjennomført flere faglige tilsynssaker som har vist stor variasjon i den kliniske praksis for selvmordsforebyggende tiltak mellom ulike helseforetak og ikke sjelden er det avdekket betydelige mangler ved behandlings- og beskyttelsestiltak for selvmordsnære pasientgrupper (12). Ett av tiltakene i Opptappingsplanen for psykisk helse er å vurdere behovet for å utgi faglige retningslinjer. På det selvmordsforebyggende feltet har dette hittil resultert i utarbeiding av ”Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten” (Statens helsetilsyn 2001 IK 2743). Disse faglige retningslinjene omtaler selvmordsforsøkere innlagt i somatiske sykehus og legger hovedvekten på disse sykehusenes oppgaver, ansvar og organisering av samarbeid med primærhelsetjenesten.

Innen psykisk helsevern har man ikke tilsvarende faglige retningslinjer for vurdering, behandling eller oppfølging av pasienter som innlegges eller på annen måte behandles for psykiske lidelser som medfører risiko for selvmordsatferd. På bakgrunn av de beskrevne forhold og dokumenter nedsatte Sosial- og helsedirektoratet i 2004 etter henstilling fra Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging, Universitetet i Oslo derfor et utvalg som fikk i oppdrag å lage nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging. Utvalget kom langt med dette arbeidet, men det ble tydelig at det var behov for å få bedre oversikt over eksisterende kunnskap omkring selvmordsforebygging i forhold til personer som kommer i kontakt med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk derfor i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å gå systematisk gjennom vitenskapelige studier av tiltak for å forebygge selvmord hos denne gruppen.

Begreper

Selvmordsatferd er betinget av så vel sosiale, psykologiske som biologiske faktorer. De mange variantene av selvmordsatferd har vært forsøkt avgrenset og definert i tallrike teoretiske og empiriske arbeider. Likevel har man ikke kommet fram til noe entydig sett med begrepsdefinisjoner som er allment akseptert i fagfeltet. Dette har skapt store problemer for klinisk og epidemiologisk selvmordsforskning. Også i denne kunnskapsoversikten representerer uklarheter om begrepsinnhold en kilde til usikkerhet om hvordan rapporterte resultater skal forstås og om generaliserbarheten av funn. Noen av de mest sentrale begrepene i selvmordsforskningen kan defineres slik:

Selvmord (suicide) defineres som ”en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden” (4).

Selvmordsforsøk (attempted suicide) defineres som ”en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden” (4).

Villet egenskade (deliberate self harm, intentional self harm) defineres som ”skader individet har påført seg med vilje med eller uten suicidal intensjon” (13). Begrepet *parasuicid* har vært brukt synonymt med villet egenskade, men har aldri helt fått gjennomslag, og er nå mindre brukt.

I kunnskapsoppsummeringen er ikke inkludert studier der selvmord ikke synes å ha vært hensikten med handlingen, som ved habituell selvskading hos psykisk utviklingshemmete og andre grupper.

Selvordstanker (suicidal ideation, suicidal thoughts) defineres som ”den atferd hvor vedkommende selv beretter at han går med tanker om å gjøre slutt på livet, herunder tanker som blir spontant meddelt andre, eller som blir bekreftet, når man spør vedkommende” (4).

Selvordsatferd (suicidal behaviour) omfatter både selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker.

Selvordsnære/selvordstruede/suicidale personer forstås som ”personer som har alvorlige selvmordstanker og hvor det bedømmes at selvmordsrisiko foreligger. Likeledes personer som uten å ha selvmordstanker på grunn av omstendighetene ellers (psykisk sykdom, tap av nære kontakter, brudd på selvfølelse etc.) vurderes å befinne seg i risikogruppen for selvmord” (4).

Epidemiologi

Selvord i Norge

Selvordsraten i Norge var relativt stabil i 100 års-perioden 1870-1970. I de følgende 20 år var det en fordobling, med det høyeste antall på 708 selvmord i 1988. Deretter falt raten med ca 25 % de følgende 5-6 år, fra midten av 1990-årene har raten vært stabil.

I perioden 2000-2004 ble det i gjennomsnitt registrert 523 selvmord pr. År. For 2004 viste dødsårsaksstatistikken at det ble registrert 529 selvmord, fordelt på 359 menn og 170 kvinner (3). Forgiftning har lenge vært den vanligste metoden blant kvinner, tendensen er nå at hengninger er like hyppig. Blant menn er hengning, skyting og forgiftning de vanligste metodene.

Tabell 1. *Selvord i absolutte tall og rate (per 100 000 innbyggere), årlig gjennomsnitt 1999-2003, totalt og etter kjønn og alder (3).*

	Totalt	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-
Menn	397	3	23	79	77	69	61	37	49
Rate	18	2	17	26	22	22	21	12	24
Kvinner	137	1	10	20	23	31	21	16	15
Rate	6	1	7	7	7	10	8	9	5

Tabell 2. *Selvord i absolutte tall, årlig gjennomsnitt 1999-2003, etter døds måte (3).*

	Totalt	Gift	Hengning, kvelning	Drukning	Skyting	Skjærende, stikkende redskap	Sprang fra høyt sted	Annet
Menn	397	65	157	19	102	8	19	27
Kvinner	137	50	43	18	3	4	9	9

Internasjonalt ligger Norge i et mellomstjikt i forekomst av selvmord. Ratene er høyest i flere av de Østeuropeiske landene, spesielt de baltiske, som har rater som er 3-4 ganger høyere enn i Norge. Ratene er lavere særlig i muslimske land, men også i middelhavslanene. I Norden har Norge i mange tiår hatt en selvmordsrate som har ligget under det halve av ratene i

Sverige og Danmark. Ratene i Danmark og Sverige har imidlertid gått vesentlig mye mer ned enn i Norge de siste 10-15 år, og ratene er nå jevnstore i de tre skandinaviske landene (14, 15). I Norden står fortsatt Finland i en særstilling med sine relativt høye selvmordsrater, spesielt blant menn (4).

Selvmordsforsøk og villet egenskade i Norge

Man har et langt dårligere grunnlag for å beskrive omfanget av og utviklingstrender over tid i forekomsten av selvmordsforsøk og villet egenskade i Norge. Det eksisterer intet nasjonalt register over pasienter som behandles i helsevesenet etter selvmordsforsøk og villet egenskade. Befolkningsstudier indikerer imidlertid at omfanget er betydelig, særlig i den yngre del av befolkningen (16, 17).

Nasjonal pasientstatistikk gir oversikt over opphold (innleggelse og poliklinisk) i sykehus som kan relateres til skade og forgiftning. I en studie av Kopjar og medarbeidere basert på data fra Norsk pasientregister fant man at det i årene 2000-2002 var gjennomsnittlig om lag 4300 opphold ved somatiske sykehus hvor hovedtilstanden var kodet til forgiftning, men det er ukjent hvor mange av disse som var selvmordsforsøk (18).

Lokal løpende registrering av villet egenskade og selvmordsforsøk gjøres i noen områder i landet og disse registreringene kan tyde på at NPR-tallene for forgiftning gir et for lavt anslag for forekomsten av denne typen sykehusinnleggelse. Tall fra slike registreringer i Bærum og Sør-Trøndelag kan tyde på at antall sykehusopphold etter selvmordsforsøk har avtatt i løpet av 1990-tallet, selv om det også har vært en økning i visse aldersgrupper (19, 20). Registreringen i Bærum viser omtrent en halvering av selvmordsforsøksraten fra begynnelsen av 1980-årene til begynnelsen av 2000-årene (21).

Sammenlikner man tall fra Sør-Trøndelag og Bærum med gjennomsnittstall fra WHO/EURO-registreringslandene, viser de norske tallene et relativt lavt nivå sammenliknet med de europeiske for siste publiserte periode (1995-1999). Sør-Trøndelag hadde i denne perioden en gjennomsnittsrate på 130 /100 000 for kvinner og 90/100 000 for menn; tilsvarende i Bærum var 136 / 100 000 for kvinner og 67/100 000 for menn, mens gjennomsnittstall fra Europa viste rater på 209/100 000 for kvinner og 170/100 000 for menn (22, 23). Alle materialer er basert på samme inklusjonskriterier for selvmordsforsøk.

I 1980 var det 1125 innleggelse i medisinske avdelinger i Oslo på grunn av selvpåførte forgiftninger, med rater på 3,1/1 000 for menn og 2,6 for kvinner (24). Noe lavere tall er funnet i Sør-Trøndelag (20, 26). Rygnestad fant det samme mønsteret for selvpåførte forgiftninger som for selvmord, nemlig en økning i ratene fra 1978-1989, men deretter en nedgang (26).

Det er en ikke ubetydelig del av selvpåførte forgiftninger som er rusrelatert, hvertfall på 2000-tallet. I Bærum utgjorde rusrelaterte selvpåførte forgiftninger over 40 % av de selvpåførte sykehusbehandlede forgiftningene i 2005 (27). Sammenlikningen med selvmordsrate blir derfor noe upresis.

Tallene kan tyde på at ikke-dødelig selvmordsatferd som fører til sykehusinnleggelse er 10-20 ganger så hyppig som selvmord.

Sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmordsatferd

Det er en nær og godt dokumentert sammenheng mellom ulike psykiske lidelser og selvmord, selvmordsforsøk og andre former for selvmordsatferd.

Selvmord

Mer enn 20 studier fra ulike deler av verden viser konsistent at 80-90 % av voksne personer i den generelle befolkning som tar sitt eget liv har hatt en diagnostiserbar psykisk lidelse på dødstidspunktet (6). Nyere studier i Vesten rapporterer om lag 90 % (27, 28). Tilsvarende tall rapporteres også i en systematisk oversikt av selvmord hos yngre mennesker (29). I befolkningsutvalg er depressive lidelser og alkoholmisbruk eller -avhengighet de klart hyppigst forekommende diagnoser ved selvmord.

I Norge fant Grøholt og medarbeidere lignende hyppighet av psykiatriske diagnoser (74 %) hos ungdommer som hadde tatt livet sitt (30). De fant også at det var flere med psykiatriske diagnoser blant unge selvmordsforsøkere enn blant dem som hadde tatt livet sitt (31).

Det er dokumentert en klart økt selvmordsrisiko ved de aller fleste psykiske lidelser (5), og det synes å være en sammenheng mellom alvorlighetsgraden av den aktuelle tilstand, representert med hvilket omsorgsnivå pasienten har vært behandlet på, og grad av øket risiko. Dette er f. eks vist ved depresjon hvor innlagte pasienter har høyere risiko for selvmord sammenliknet med poliklinisk behandlede pasienter, som igjen har høyere risiko enn pasienter behandlet i allmennpraksis (32).

I studier utført i pasientgrupper er depresjon inkludert depresjon ved bipolar lidelse, schizofreni, rusmiddelmisbruk og ulike typer personlighetsforstyrrelser de psykiske lidelsene som oftest leder til selvmord. Metaanalyser basert på et stort antall studier av dødelighet anslår livstidsrisikoen for selvmord ved depresjon til ca 6 % (33), ved schizofreni til 4 -5 % (33, 34) og ved alkoholmisbruk til omkring 7 % (35). Undergrupper kan ha betydelig høyere risiko. For enkelte lidelser er risikoen størst tidlig i forløpet, mest uttalt er dette ved schizofreni (34). Personer med ustabil eller antisosial personlighetsforstyrrelse har en betydelig økt risiko (35-38). En metaanalyse anslår selvmordsraten ved personligforstyrrelser til mellom 4 % og 8 % (38).

Pasienter som har så vidt alvorlige psykiske lidelser at de har behov for behandling ved innleggelse i psykiatrisk avdeling har særlig forhøyet selvmordsrisiko. Systematiske oversikter viser at mer enn 40 % har vært behandlet ved innleggelse siste året før selvmordet og at i hvert fall 1/3 har vært i kontakt med psykisk helsevern generelt (39, 40). Hos pasienter som er eller tidligere har vært innlagt er stemningslidelser den sterkeste diagnostiske prediktoren for selvmord (41, 42). Hos pasienter som legges inn er risikoen særlig stor den første tiden (første uke) av innleggelsen. Det første året etter utskrivelse er også en klar høyrisikoperiode. Selvmordsrisikoen er aller høyest utskrivelsesdagen for deretter å avta gradvis over lang tid (8).

Forekomsten av det totale omfang av selvmord for pasienter behandlet i psykisk helsevern i Norge er lite kjent. Den løpende statistikken over innmeldte selvmord til Meldesentralen i Statens helsetilsyn omfatter primært innlagte pasienter og pasienter som tar livet av seg under

ambulant behandling eller kort tid etter avsluttet behandling i eller utenfor institusjon og er trolig mangelfull.

En norsk studie har vist en betydelig økning av selvmord under innleggelse ved Gaustad sykehus i tiden 1954 – 1991 (11). I et sykehusområde i Nord-Norge er det tilsvarende vist en klar økning i selvmordsraten blant pasienter som hadde vært innlagt ved Åsgård sykehus i perioden 1950-92 (9).

Selvmordsforsøk og andre former for selvmordsatferd

Også når det gjelder ikke-dødelig selvmordsatferd er det en sterk sammenheng med psykiske lidelser, noe som blant annet er vist i befolkningsundersøkelser. I en ny amerikansk undersøkelse hadde mellom 80 og 90 % av dem som rapporterte enten alvorlige selvmordstanker, -planer, eller -forsøk i en 12 måneders periode minst én psykisk lidelse (diagnostisert etter kriteriene i kodeverket DSM-IV (43)) i det samme tidsvinduet (44). Man fant også en klar sammenheng mellom alvorlighetsgraden av selvmordsatferd og tendensen til å søke behandling. Dette samsvarer godt med at selvmordsfare ofte er grunn til, eller del av bakgrunnen for en stor andel av henvisningene til, kontaktene med og innleggelsene i psykisk helsevern. Tellingene fra Oslo og Bergen viser at selvmordsfare er anført som bakgrunn ved ca 50 % av innleggelsene i begge byer (45, 46).

Tidligere selvmordsforsøk er en av de viktigste risikofaktorene for gjennomført selvmord. I én meta-analyse fant man at tidligere selvmordsatferd ga en standardisert mortalitetsratio (SMR)¹ på 38.4 (5). Dette tallet er høyere enn for noen psykisk lidelse. Det er imidlertid slik at majoriteten av dem som forsøker å ta livet av seg har en psykisk lidelse. Pasienter med schizofreni har en livstidsinsidens av selvmordsforsøk på 23-55 % avhengig av utvalget som er studert (47).

Som for gjennomførte selvmord er vår kunnskap når det gjelder omfanget av selvmordsforsøk i relasjon til psykiatrisk behandling i vårt eget land begrenset. Det finnes heller ikke på dette området nasjonal statistikk.

Selvmordsforsøk og annen ikke-dødelig selvmordsatferd er viktige symptomer og relevante behandlingsmål i seg selv og ikke bare som risikofaktorer for gjennomført selvmord.

Aspekter ved omsorgen for selvmordstruede personer

Rapportens del 1 har omtalt de tiltak som tradisjonelt oppfattes som behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten overfor selvmordstruede personer (psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi). I praksis vil mange andre tiltak bli satt i verk fordi de oppfattes som selvmordsforebyggende. Disse er de hyppigst beskrevne i litteraturen, og oppfattes som viktige i det daglige arbeidet. Det kan dreie seg om organisering av hjelpeapparatet med mål å fange opp de selvmordstruede som ellers ikke ville motta hjelp. Noen typer tiltak oppleves som så nødvendige at en liten grad stiller spørsmål om

¹ Standardisert mortalitetsratio (SMR) er forholdet mellom observerte dødsfall og forventede dødsfall i en befolkning.

dokumentasjon, som for eksempel ekstra overvåking av innlagte pasienter, eller innleggelse i motsetning til poliklinisk behandling.

Kontinuitet i behandling og oppfølging

Den sterkeste kjente risikofaktor for selvmord er tidligere utført selvmordsforsøk (45). Det er økt risiko for selvmord i blant personer som har vært innlagt i sykehus for selvmordsforsøk, og stadige repeterte selvmordsforsøk øker risikoen for fatal utgang (48).

Psykiske vansker, men også andre livsvansker og risikofaktorer, vedvarer gjerne lenge utover en aktuell selvmordskrise og kan trolig forklare en stor del av den økte risikoen for selvmord. Mye vil avhenge av om pasienten får behandling for sine psykiske plager og/eller hjelp til å løse mellommenneskelige, sosiale, økonomiske eller andre vansker som har bidratt til å utløse selvmordsforsøket.

Det viser seg at en stor andel av de selvmordstruede ikke tilbys slik hjelp, eller hjelpen tilbys på en slik måte at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg den. Opp mot 40 % av selvmordsforsøkere følger ikke opp behandlingen de er blitt tilbudt (49). Mange pasienter er preget av depresjon, tiltaksløshet, skyld- og skamfølelse i tiden etter et selvmordsforsøk og ikke sjelden fører dette til svekket evne til å nyttiggjøre seg den behandlingen som tilbys.

En særlig utfordring i oppfølging av pasienter som har vært innlagt for selvmordsforsøk, er å skape en kontinuitet mellom behandlingen i somatisk sykehus og behandlingen som tilbys etter utskrivning. Mangel på gode samarbeidsrutiner, treg eller mangelfull informasjonsflyt, administrative eller økonomiske hindre er blant faktorer som kan skade kontinuiteten i behandlingen som tilbys selvmordsforsøkere.

Fjerne terskler og øke tilgjengelighet

Ikke bare begrensninger i pasienters evne til å nyttiggjøre seg behandling skaper hindringer for effektiv oppfølging ved selvmordsfare. Også høye terskler inn til behandlingsapparatet kan redusere relevansen og nytten av disse tjenestene for den enkelte pasient. Slike terskler kan bestå av mangel på kunnskap eller informasjon om behandlingstilbud, henvisningsplikt eller systemer for kontaktetablering mellom pasient og behandlere.

Nedbygging av sengetallet i psykisk helsevern, reduksjon i antall og varighet av sykehusopphold og overføring av stadig mer av behandlingen til ambulant form innebærer fare for at noen pasientgrupper får svekket sitt behandlingstilbud ettersom behandlingen spres på langt flere enheter og personer enn tidligere.

Det har vært reist spørsmål om ambulant behandling eller sykehusinnleggelse vil være best for selvmordsnære pasienter

Beskyttelsestiltak

Selvmordsforebyggende tiltak for pasienter som behandles i psykisk helsevern kan være ulike former for sikringstiltak. Dette kan være i form av endringer i det fysiske behandlingsmiljøet,

reduksjon på tilgang til selvmordsmidler og bruk av personellressurser til gradert overvåking. Flere av disse tiltakene er i daglig bruk ved enhver sengeavdeling i akuttpsykiatriske behandlingssenheter.

Ulike sikringstiltak kan også iverksettes utenfor institusjoner. Eksempler på dette er sikring av broer og redusert tilgang til skytevåpen og farlige medikamenter. Få slike tiltak administreres av spesialisthelsetjenesten.

”Ikke-selvmordskontrakter” (no-suicide / no-harm contracts) er ulike former for avtaler som gjøres mellom behandler og pasient hvor pasienten avgir løfte om ikke å skade seg eller ta sitt liv. Avtalene kan være skriftlige eller muntlige og er tidsbegrensede, f. eks under innleggelse, under pågående behandling, eller frem til neste avtale.

Avgrensning av kunnskapsoversikten

Kunnskapsoversikten begrenser seg til å se på intervensjoner foretatt for å forebygge eller hindre selvmordsatferd blant personer som behandles innenfor psykisk helsevern. Ved selvmordsatferd menes selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker.

Et begrenset antall studier har hatt påvirkning av selvmordsatferd som det primære målet. Langt flere studier har hatt påvirkning av selvmordsatferd som et indirekte mål. Eksempel på dette er intervensjoner overfor depresjonslidelser, men hvor man også har studert selvmordsatferd som nært knyttet til lidelsen og som et relevant utfallsmål. For å bli inkludert i kunnskapsoversikten, må studiene dreie seg om selvmordsatferd, enten i form av primærforebygging (pasienten har risikofaktorer for selvmordsatferd) eller sekundærforebygging (pasienten har vist selvmordsatferd).

Kunnskapsoversikten begrenser seg til å omtale effekter av intervensjonene på selvmordsatferd. Intervensjonene kan i mange tilfeller også ha en rekke andre gunstige og/eller ugunstige virkninger som faller utenfor rammen for denne.

Det beste designet for effektstudier anses å være randomisert kontrollerte studiedesign. Men hvis kravene til det forskningsmessige designet blir for strenge, kan viktig kunnskap gå tapt. I denne kunnskapsoversikten er kasus – kontroll studier, andre kontrollerte studier eller studier med annet relevant design også omtalt hvis de for øvrig var av akseptabel kvalitet.

Selv mord har lav insidens. Hvis studier av intervensjoner skal ha tilstrekkelig styrke til å påvise klinisk relevant effekt kreves store pasientmaterialer (50). Hvis man skulle studere selvmordsforsøk som endepunktvariabel, kan man klare seg med et lavere, men fortsatt høyt antall deltakere i studien. Det er derfor en viss risiko for at studier feilaktig kan konkludere med manglende effekt av et tiltak mens studien i virkeligheten i utgangspunktet var for liten til å kunne påvise effekt (type 2 feil).

Metode

Det ble søkt i Cochrane Library og Health Technology Assessment databasen, i Medline, Embase, Psychinfo og Cinahl. I søkestrategien ble det brukt et utvalg betegnelser for selvmord og selvskade i kombinasjon med søkefilter utarbeidet av SIGN¹ for å begrense utvalget til systematiske oversikter. Søket ble gjort i januar 2006. Søkestrategien brukt i Medline er gjengitt i vedlegg 2.

Denne søkestrategien ga 852 treff. Titler og abstracts ble lest av minst to av medlemmene i prosjektgruppen, de 29 oversiktsartiklene som ble funnet mulig relevante for denne delen av prosjektet av to personer ble innhentet i fulltekst og lest. Vedlegg 2 er oversikt over disse.

Oversiktsartiklene klarla hvilke intervensjoner som er diskutert i vitenskapelig litteratur. I resultatdelen er disse intervensjonene beskrevet med utgangspunkt i oversiktsartiklene, det er videre presentert resultater fra primærlitteraturen som lå til grunn for disse.

¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html>

Resultater

Kontinuitet i behandling og oppfølging

Behandlingskjeder

Det finnes flere ulike modeller for oppfølging av selvmordsforsøkere som har det til felles at helsepersonell tar direkte kontakt med personen etter avsluttet sykehus- eller legevaktbehandling. Slike oppfølgingstiltak har en rekke forskjellige og forholdsvis uspesifikke betegnelser. I Norge har man brukt begreper som "oppfølging etter selvmordsforsøk", "tiltakskjede etter selvmordsforsøk", "Bærumsmodellen", "psykososial oppfølging av selvmordsforsøkere" og "kommunale selvmordsforebyggende team". Engelsktalende land bruker betegnelser som "intensive intervention", "special aftercare", "open telephone", "outreach", "chain of care" og "psychosocial crisis intervention".

Det ble funnet seks systematiske oversikter som gjennomgikk primærstudier vedrørende oppsøkende oppfølging med personlig kontakt etter selvmordsforsøk: En HTA-rapport, en Cochraneoversikt og fire tidsskriftartikler (51-56). Fire av disse refererte i stor grad til de samme fem primærstudiene (57-61). Manns oversikt hadde i tillegg tatt med studien til Dieserud og medarbeidere og MacGowans oversikt inkluderte en primærstudie av Greenfield og medarbeidere (62, 63).

Følgende tiltak var omtalt:

- Hjemmebesøk til selvmordsforsøkere (57-59).
- Hjemmebesøk til pasienter som ikke møter opp til polikliniske avtaler etter selvmordsforsøk (60, 61)
- Systematisk oppfølging av selvmordsforsøkere (62).
- Hurtigrespons med polikliniske møter med ungdommer som nettopp er utskrevet fra somatisk akuttenhet eller somatisk barneavdeling etter selvmordsforsøk og med deres familier. Et team bestående av psykiater og psykiatrisk sykepleier står for oppfølgingen (63).

Innholdet i tiltakene varierte fra sosial og praktisk rådgivning til kognitivt orienterte psykoterapeutiske intervensjoner (inkludert problemløsningsterapi). Flere av tiltakene siktet mot å styrke pasientenes motivasjon for behandling og mot å opprettholde behandlingskontakt med pasienten. De ulike spesifikke psykoterapeutiske behandlingsmetodene blir omtalt i del 1 av denne rapporten. Ulike profesjoner sto for gjennomføringen av intervensjonene. Kontrollgruppene fikk ulike former for poliklinisk behandling eller dagbehandling. En forutsetning for slik behandling var som regel at pasientene selv kunne ta ansvar for å oppsøke den personen eller instansen de hadde fått tildelt time hos. I kontrollgruppene var det ikke vanlig å kontakte pasienter som ikke dukket opp til avtalte timer.

I Cochraneoversikten fant man ikke dokumentasjon for at denne typen intervensjoner hadde effekt i forhold til å forebygge selvmord (52). Samlet odds ratio for sammenligningen av "Intensive intervention plus outreach" vs. "Standard aftercare" var 0,84 (CI 0,62-1,15).

Resultatene ble ikke vesentlig endret når kun de studiene med de strengeste kravene til inklusjonsprosedyre og kontrollgruppe var med: OR=0,86 (CI 0,60-1,23).

Dieseruds monitoreringsstudie (2000) beskrev erfaringene etter at Bærum kommune i 1984 innførte systematisk oppsøkende oppfølging av selvmordsforsøkere behandlet ved Bærum sykehus ("Bærumsmodellen") (62). Alle selvmordsforsøkere som ikke ble innlagt i psykiatrisk sykehus fikk tilbud om kontakt med helsesøster i en støttefunksjon i tillegg til standard behandling. Helsesøster var en del av et psykologledet kommunalt selvmordsforebyggende team som samarbeidet med et team på sykehuset bestående av sosionom og psykiater. Kontakten ble etablert umiddelbart etter utskrivning fra sykehus, og varte så lenge selvmordsforsøker og nærmeste pårørende hadde behov for den type støtte.

I kommunen var det i løpet av 12-års perioden 1984-1996 et fall på over 50 % i selvmordsforsøksraten. Studien benyttet ikke kontrollgruppe.

Greenfield og medarbeideres ikke-randomisert kontrollerte studie viste lavere rater av gjeninnleggelser i somatisk eller psykiatrisk sykehus for selvmordsrelatert atferd blant ungdommer som fikk oppfølging av psykiater og psykiatrisk sykepleier umiddelbart etter utskrivning fra somatisk avdeling enn hos dem som fikk standard behandling (63). Ellers var det ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt selvmordsatferd.

Brevkontakt

De tre systematiske oversiktene som omtaler dette henviste alle til den samme randomisert kontrollerte studien av Motto og Bostrom (56, 64-66).

Studien inkluderte 843 personer som ble skrevet ut fra psykiatriske sykehus i perioden 1969-74. Pasientene hadde en måned etter utskrivning fra sykehuset enten avslått behandling eller ikke møtt opp til den etterbehandlingsavtalen de hadde fått. De ble randomisert til intervensjonsgruppe (389 personer) eller til kontrollgruppe (454 personer).

De fire første månedene i intervensjonsperioden ble det sendt ut et kort brev en gang i måneden til pasientene i kontaktgruppen, mens kontrollgruppen ikke ble kontaktet. Deretter ble det sendt et brev annenhver måned frem til åtte måneder etter utskrivning, så hver tredje måned i de neste fire årene. Etter ca fem år ble brevkontakten avsluttet. I brevet fra sykehuset ble det uttrykt håp om at det gikk bra med pasienten og vedkommende ble invitert til å svare (frankert returkonvolutt fulgte med) hvis han/hun ønsket det. Hvis pasienten skrev noe tilbake, ble det referert til dette i det neste brevet fra sykehuset.

Studien viste at dødeligheten ved selvmord de to første årene var signifikant lavere i gruppen av pasienter som hadde mottatt brevoppfølging enn i kontrollgruppen (1,8 % og 3,5 %, $p=0,043$). Etter fem år var forskjellen mellom kontaktgruppen og kontrollgruppen ikke lenger signifikant. Etter 15 år var det ingen forskjell mellom gruppene.

Telefonkontakt

En randomisert kontrollert primærstudie av Cedereke fra Lund i Sverige er nevnt i litteraturoversikten til Hepp (67, 64). Målgruppen for denne studien var pasienter som hadde vært innlagt i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk.

Pasientene ble grundig undersøkt av psykiater og sosionom mens de var innlagt i sykehuset. På bakgrunn av den vurderingen som ble gjort, ble de henvist til videre oppfølging. Vanligvis var dette generell psykiatrisk oppfølging (ikke nærmere beskrevet i artikkelen). Pasientene ble informert om at de ville bli kontaktet av en prosjektmedarbeider en måned etter at de ble utskrevet. Ved dette personlige møtet ble pasientene kartlagt på ny, med hensyn til psykiske problemer, selvmordstanker/atferd og aktuelle problemer.

Etter vurderingssamtalen ble de spurt om å delta i studien. Deltakerne ble deretter randomisert til kontaktgruppe eller kontrollgruppe. Kontaktgruppen ble oppringt etter 4 og 8 måneder med hensikt å motivere til å ta imot og fullføre den oppfølgende behandlingen de ble henvist til. Det var 107 personer i intervensjonsgruppen og 109 personer i kontrollgruppen. Etter 12 måneder ble begge grupper undersøkt.

Både i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen gjorde 17 % minst ett selvmordsforsøk i observasjonsperioden. Det var heller ingen forskjell med hensyn til hvor mange som fortsatt var i det behandlingssopplegget de hadde fått fra starttidspunktet.

Kort sykehusopphold fulgt av psykiatrisk hjemmesykepleie

I kunnskapsoversikten fra New Zealand Health Technology Assessment vedrørende dagbehandling vs poliklinisk behandling vs hjemmebasert behandling ble to randomisert kontrollert studier omtalt (68-70).

Van der Sande og medarbeidere sammenlignet sykehusopphold etterfulgt av hjemmebasert oppfølging med ”vanlig behandling” av selvmordsforsøkere (69).

Målgruppen for behandlingen var somatisk sykehusbehandlede selvmordsforsøkere over 15 år. Pasienter med habituell selvskading, stoff- eller alkoholavhengighet og psykose ble ekskludert. De 274 pasientene som deltok i undersøkelsen ble randomisert til en eksperimentgruppe (n=140) eller kontrollgruppe (n= 134).

Pasienter i eksperimentgruppen fikk et sykehusopphold på en til fire dager i en liten spesialavdeling for selvmordsforsøkere. Det ble lagt vekt på kontinuitet i behandlingen idet pasientene ble introdusert for den psykiatriske sykepleieren som skulle følge vedkommende opp etter sykehusoppholdet mens de var innlagt. Oppfølgingstilbudet til pasientene i kontrollgruppen var ”vanlig behandling i psykisk helsevern”. En fjerdedel av pasientene i kontrollgruppen ble direkte innlagt i psykiatrisk sykehus etter somatisk behandling. Blant de 75 % som ble direkte utskrevet fra det somatiske sykehuset, fikk 90 % tilbud om oppfølging i psykiatrisk poliklinikk.

I løpet av oppfølgingsperioden på 12 måneder var det ingen signifikante forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppen når det gjaldt repetisjon av selvmordsatferd. I intervensjonsgruppen var det 17 % og i kontrollgruppen 15 % som hadde gjort minst et selvmordsforsøk. Hazard ratio for repetisjon av selvmordsforsøk blant pasienter i eksperimentgruppen vs. blant pasienter i kontrollgruppen var 1,24 (95 % CI 0,68-2,27).

Van Heeringen og medarbeidere inkluderte 516 pasienter som ikke møtte til første polikliniske avtale etter selvmordsforsøk (70). Det var samme antall personer i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Personene i intervensjonsgruppen fikk besøk en gang av en hjemmesykepleier som kartla pasientenes grunner for ikke å møte til avtalen de hadde fått. Kontrollgruppen ble ikke kontaktet selv om de ikke møtte. Oppfølgingstiden var ett år og resultatmål var gjentakelse av selvmordsatferd og etterlevelse i forhold til behandlingen.

Informasjon om gjentatt selvmordsatferd var tilgjengelig for 75,8 % av pasientene. Det var nær signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til gjentakelse av selvmordsatferd (10,7 i intervensjonsgruppen mot 17,4 % i kontrollgruppen ($p=0,056$)). I gruppen som fikk hjemmebesøk, økte etterlevelsen signifikant fra 42,5 % til 51,2 % ($p=0,01$) mens den var 39 % i kontrollgruppen.

Annen oppfølging

Appleby og medarbeideres case- control studie undersøkte om det var forskjell med hensyn til type oppfølging blant 149 personer som hadde vært innlagt ved psykiatrisk sykehus og som tok livet av seg i løpet av en fem års periode etter innleggelsen og en kontrollgruppe (71). Kontrollgruppen var matchet med hensyn til alder, kjønn, diagnose, at de hadde blitt innlagt i løpet av samme tidsperiode som den de ble matchet mot og at de hadde vært utskrevet omtrent like lenge som den de ble matchet mot. Personene var ikke innlagt på tidspunktet for selvmordet.

Oppfølgingsvariabler som ble registrert var kontakt med psykiater, psykiatrisk sykepleier, rehabiliteringsopplegg, bosituasjon og etterlevelse i forhold til behandlingen.

Det var ikke signifikante forskjeller med hensyn til type oppfølging i selvmordsgruppen og kontrollgruppen. Den eneste forskjellen mellom selvmordsgruppen og kontrollgruppen var at flere i selvmordsgruppen hadde fått sitt tilbud redusert ved den siste avtalen før selvmordet (44 % mot 26 %, OR 3,7 (CI 1,8-7,6)).

Sammenfatning

Man fant ikke dokumentasjon fra intervensjonsstudier for at behandlingsskjedetiltak har effekt i forhold til å redusere gjentatt selvmordsatferd. I en norsk monitoreringsstudie ble det funnet reduksjon i selvmordsforsøksraten etter innføring av et systematisk behandlingsskjedetiltak.

En studie av brevkontakt som oppfølging av pasienter som hadde avslått behandling eller ikke møtt opp til den etterbehandlingsavtalen de hadde fått etter utskrivning fra psykiatrisk sykehus viste selvmordsforebyggende effekt i en tidsbegrenset periode.

I den ene studien av telefonkontakt (to samtaler) med hensikt å motivere til å ta imot og fullføre oppfølgende behandling ble det ikke påvist noen effekt på forekomsten av gjentatt selvmordsatferd.

I to randomisert kontrollerte studier av oppfølging ved psykiatrisk sykepleier etter kortvarig sykehusopphold ble det ikke påvist noen effekt når det gjaldt gjentakelse av selvmordsatferd.

I en case- control studie var det signifikant flere blant pasienter som hadde tatt sitt liv som hadde fått sitt behandlingstilbud redusert ved den siste avtalen før selvmordet enn i den matchede kontrollgruppen.

Fjerne terskler og øke tilgjengelighet

Grønt kort

Målgruppen er personer som har vært i kontakt med allmennlegevakt eller innlagt i somatisk sykehus etter villet egenskade/selvmordsforsøk. Det finnes noen få randomisert kontrollerte studier hvor pasientene i tillegg til standard oppfølging ved utskrivning fra somatisk sykehus fikk med seg et grønt kort på størrelse med et kredittkort. På kortet var det blant annet oppgitt et telefonnummer som pasientene kunne ringe når som helst på døgnet for å få kontakt med lege eller annen fagperson. En Cochraneoversikt og en nyere oversikt omtaler til sammen tre slike studier (52, 64, 72-74).

Cotgrove og medarbeidere inkluderte 105 barn og unge til og med 16 år i studien (47 til intervensjonsgruppen, 58 til kontrollgruppen) (72). Barna kunne være enten førstegangsforsøkere eller ha en historie med tidligere villet egenskade. Alle kategorier av villet egenskade ble inkludert. Det grønne kortet ga direkte tilgang til å bli lagt inn i en barneavdeling ved deres lokalsykehus. Studien hadde en oppfølgingsperiode på 12 måneder.

Morgan og medarbeidere inkluderte 212 personer der alle var voksne førstegangsforsøkere (101 til intervensjonsgruppen, 111 til kontrollgruppen) (73). Det grønne kortet ga både invitasjon til å ringe til sykehuset for å snakke med en terapeut og direkte tilgang til å bli lagt inn igjen. Studien hadde en oppfølgingsperiode på 12 måneder.

Evans og medarbeidere inkluderte 827 voksne personer behandlet i somatisk sykehus etter villet egenskade (417 til intervensjonsgruppen, 410 til kontrollgruppen) (74). I denne studien besto begge grupper av både personer med en førstegangsepisode av villet egenskade og personer med tidligere villet egenskade. Intervensjonsgruppen i studien til Evans ble tilbudt telefonkontakt med behandler (vakthavende lege ved psykiatrisk avdeling) i tillegg til standard behandling, men ikke ansikt-til-ansikt konsultasjon eller direkte tilgang til innleggelse. Kontrollgruppen ble kun tilbudt standard behandling. Oppfølgingsperioden var seks måneder.

Standard oppfølging i alle studiene kunne innebære henvisning til primærhelsetjenesten, poliklinisk spesialisthelsetjeneste eller innleggelse i psykiatrisk sykehus.

I både Cotgrove og Morgans studier var det en ikke-signifikant tendens til at personene i intervensjonsgruppene hadde reduksjon i antall gjentatte selvmordsforsøk/villet egenskade i

forhold til personene i kontrollgruppene (hos Cotgrove 6,4 og 12 %, hos Morgan 5,0 og 11 %).

Det forekom ingen dødsfall under oppfølgingsperioden i disse to studiene.

I studien av Evans og medarbeidere fant man at 17 % av deltakerne i intervensjonsgruppen hadde gjentatt selvskade i oppfølgingsperioden, mot 15 % i kontrollgruppen (OR=1,20, CI 0,82-1,75, altså ingen signifikant forskjell). Det ble rapportert om to dødsfall (begge selvmord) i intervensjonsgruppen, mens det var tre dødsfall i kontrollgruppen i løpet av oppfølgingsperioden. Ett var antatt selvmord, ett ble beskrevet som ulykkestilfelle, mens det tredje hadde annen årsak.

Ingen av studiene hadde detaljert beskrivelse av psykiatriske diagnoser blant de inkluderte.

Lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam

Samtidig med nedbyggingen av heldøgnsinstitusjoner for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det i mange land bygget opp lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam. En Cochraneoversikt (også publisert som tidsskriftartikkel) har sett på studier som sammenlignet effekten av slike team i forhold til det som ellers var standard behandling og oppfølging i de aktuelle geografiske områdene der studiene foregikk (75, 76).

Fem studier ble inkludert, flere rapporterte resultater i mer enn en artikkel (77-86). Tre av studiene ble gjennomført i England, mens en studie ble gjennomført i Australia og en i Canada. Oppfølgingsperioden i studiene varierer mellom 3 måneder og 2 år. Totalt antall pasienter som deltok i de fem studiene var 869, de fleste hadde alvorlig psykisk lidelse (schizofreni og alvorlige ikke-psykotiske lidelser). Studiene var forholdsvis like i design og metodologi og resultatene beskrives derfor i det følgende under ett.

I enkeltstudiene som inngikk i oversiktsartiklene var det for små tall til å fastslå effekt på dødelighet av intervensjonene. Ved analyser av resultatene fra alle studiene samlet, var forskjellen nær statistisk signifikant til fordel for psykiatriteamene. Blant pasientene i intervensjonsgruppen døde totalt 1,7 % av pasientene mot 3,8 % i kontrollgruppen (OR= 0,47, CI 0,21-1,06) ($p=0,07$). Død ved selvmord eller under "mistenkelige omstendigheter" var 0,48 % og 1,8 % (OR= 0,32 (CI 0,09-1,12) ($p=0,07$)).

Innleggelse / ikke innleggelse i sykehus

En kunnskapsoversikt fra University of York (1998) påpekte store forskjeller med hensyn til om pasienter som hadde gjort selvmordsforsøk ble innlagt i somatisk sykehus eller ble ferdigbehandlet i akuttmottak (51). Det ble funnet en randomisert kontrollert studie av effekten av innleggelse i somatisk sykehus (87).

Waterhouse og Platts studie inkluderte pasienter som ble behandlet i akuttmottak i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk, og som ikke ble vurdert til å ha behov for medisinsk eller psykiatrisk behandling utover den somatiske førstehjelpen (87). Pasientene ble randomisert til en eksperimentgruppe (38 personer) som ble overført til et opphold i somatisk sykehus før utskrivning og en kontrollgruppe (39 personer) som ble direkte utskrevet. Tjuesju pasienter

(71 %) som ble trukket ut til eksperimentgruppen sa seg villig til å delta, mens 25 (64 %) av dem som ble trukket ut til kontrollgruppen deltok i studien.

Sykehusoppholdet besto stort sett bare i at pasientene fikk en seng, med oppfordring om å være i sykehuset i minst 12 timer. Median oppholdstid var 17 timer. Begge grupper ble rådet til å oppsøke sin allmenlege snarest mulig dersom de hadde behov for mer hjelp.

Etter 16 uker var det ikke signifikante forskjeller på gruppene med hensyn til repetisjon av selvmordsforsøk: Tre av de 27 i eksperimentgruppen og 4 av de 25 i kontrollgruppen hadde gjort nye selvmordsforsøk.

Boyce refererer i sin oversikt til engelske og australske studier som har funnet at henholdsvis 5-10 % og 21.4 % av dem som kommer til legevakt eller akuttavdeling ved somatiske sykehus etter selvmordsforsøk, blir overført til psykiatriske sykehus etter at den somatiske tilstanden er stabilisert (54, 88, 89). Ellers nevner Boyce at det ikke er funnet noen randomisert kontrollert studie av tvangsinnleggelse som selvmordsforebyggende tiltak (54).

Sammenfatning

Ingen av de tre studiene av ”grønt kort” viste statistisk signifikant effekt av intervensjonen. I to små studier som ga mulighet for personlig kontakt med fagperson var det tendens til effekt av tiltaket, mens det i en tredje studie som bare ga adgang til telefonkontakt ikke var noen effekt.

I en meta-analyse basert på fem studier av en oppfølgingsmodell basert på lokale og tverrfaglige psykiatriteam, hovedsakelig rettet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse ble det påvist en nær statistisk signifikant reduksjon i dødelighet totalt og av selvmord/mulig selvmord.

Det er ikke funnet studier av effekten av hospitalisering ved selvmordsfare som gir grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke pasienter som bør innlegges, i hvilke avdelinger eller varigheten av eventuelle opphold.

Den ene studien av innleggelse i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk vs. direkte utskrivning viste ingen effekt av kortvarig innleggelse med hensyn til forekomsten av gjentatt selvmordsatferd.

Det ble ikke funnet effektstudier av innleggelse i psykiatrisk sykehus etter selvmordsforsøk.

Beskyttelsestiltak

Begrensning av tilgang til våpen og andre potensielt farlige midler

Links og Hoffman nevner i sin oversikt en primærstudie av barn og unge 6-19 år som kom til akuttavdeling ved et sykehus i USA (65, 90). Hvis den unge ble vurdert som selvmordsnær, gjennomgikk foreldrene en pedagogisk intervensjon. Målet var at de skulle fjerne midler som

ungdommene kunne skade seg selv eller andre med (våpen, tabletter, alkohol etc.). Deretter ble foreldrene kontaktet per telefon etter ca. 2 mnd.

Foreldre som hadde fått informasjon om tiltak for å begrense tilgang på våpen og andre farlige midler i husstanden hadde i større grad iverksatt slike tiltak enn de som ikke hadde fått det. Man undersøkte ikke hvilken effekt intervensjonen hadde mht selvmordsatferd.

”Ikke-selvmordskontrakter”

To oversiktsartikler omtalte primærartikler som omhandler såkalte ”Ikke-selvmordskontrakter” (91, 92). Artiklene var enten deskriptive, rådgitende eller de er innlegg i debatten om bruk av slike kontrakter.

Slike kontrakter ble først omtalt av Drye og medarbeidere som brukte kontraktene overfor risikoutsatte pasienter der behandlingsrelasjonen allerede var etablert (93).

Miller og medarbeidere intervjuet 112 psykologer og psykiatere omkring deres bruk av ”ikke-selvmordskontrakter” (94). De fant at de færreste av behandlerne hadde fått opplæring i bruk av slike kontrakter. Miller problematiserer også begrepet ”kontrakt” i denne sammenhengen, med henvisning til det ulike innholdet i begrepet i henholdsvis klinisk og juridisk sammenheng. Konklusjonen deres er at så lenge det ikke finnes dokumentasjon på at ”ikke-selvmordskontrakter” har selvmordsforebyggende effekt, så bør det velges andre og bedre dokumenterte tilnærminger i behandling av selvmordsutsatte mennesker.

Brent ga eksempel på en form for ”ikke-selvmordskontrakt” som blir praktisert ved flere behandlingssentra for ungdommer som har gjort selvskaade (95). Det ble laget individuelle opplegg for hver enkelt ungdom der avtalene inneholdt forslag til hva de skulle gjøre i stedet for å skade seg. Før ungdommene ble skrevet ut til poliklinisk oppfølging, samtykket de muntlig i at de skulle forholde seg til de alternativene de har blitt enige om dersom de skulle få impulser/tanker om å skade seg igjen. Fra behandlingssenhetens side ble avtalene fulgt opp ved for eksempel lett tilgang til profesjonell hjelp 24 timer i døgnet.

Kroll innhentet opplysninger om bruk av ikke-selvmordskontrakter blant psykiatere i Minnesota (96). Halvparten av dem som svarte brukte slike kontrakter, av disse hadde 41 % opplevd at pasienter hadde tatt sitt liv eller gjort alvorlige selvmordsforsøk etter å ha undertegnet slik kontrakt.

Det ble ikke referert til empiriske studier som dokumenterte at slike kontrakter har selvmordsforebyggende effekt.

Sikring av det fysiske miljøet i institusjoner

Links og Hoffman refererte til the National Suicide Prevention Strategy in England som gir retningslinjer (”guidelines”) for forebygging av selvmord (65, 97). Retningslinjene la vekt på å få redusert tilgang til selvmordsmidler, for eksempel skarpe gjenstander, snorer og belter på psykiatriske avdelinger.

Gunnell og medarbeideres systematiske oversikt over epidemiologi og forebygging av selvmord ved henging bygget på 15 epidemiologiske studier som til sammen omtalte mer enn 2200 tilfeller av henging (98).

Oversiktsartiklene nevner ingen studier som dokumenterte endring i selvmordsatferd etter endring av det fysiske miljø.

Overvåking

Pasienter som antas å ha særlig høy selvmordsrisiko blir vanligvis innlagt i en avdeling med høy grad av oversikt og kontroll. Der det er antatt fare for at pasienten kan komme til å skade seg på tross av innleggelse i en slik avdeling, er det vanlig å iverksette tiltak i form av særlig tett observasjon. De fleste avdelinger har lokale begreper for ulike grader av overvåking. Den mest intense formen kalles på norsk gjerne for "fotfølging" (engelsk: "constant observation" etc). Andre steder brukes begreper som "A-vakt" eller "frimerke-vakt".

Bowers og Park publiserte i 2001 en systematisk litteraturoversikt vedrørende slike tiltak (99). Det ble utelukkende funnet rent deskriptiv litteratur. Nyere oversiktslitteratur refererer til de samme studiene.

Sammenfatning

Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av de omtalte beskyttelsestiltak på selvmordsatferd.

Diskusjon

Litteraturgjennomgangen av oversikter som omhandler andre selvmordsforebyggende tiltak enn psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektroterapi, resulterte i funn av få studier som evaluerte tiltak rettet mot selvmordstruede pasienter i psykisk helsevern på en slik måte at behandling ble beskrevet i både en intervensjons- og kontrollgruppe. Ytterst få tiltak ble evaluert i randomisert kontrollerte studier. Noen av tiltakene var utelukkende beskrevet i arbeider hvor kvalitative eller rent deskriptive metoder ble benyttet.

Kontinuitet i behandling og oppfølging

Mange tiltak tar sikte på å sikre kontinuitet i behandlingen, eller god samhandling mellom nivåene i hjelpeapparatet. I Norge har en rekke kommuner etablert spesielle team og tiltakskjeder som har som oppgave å oppsøke og følge opp selvmordstruede. Den såkalte ”Bærumsmodellen” (21) er eksempel på dette. I dag skal pasienter med sammensatte problemer få tilbud om en individuell plan som regulerer samarbeid mellom instanser i første- og annenlinjetjenesten (100). Mange selvmordstruede vil tilhøre denne gruppen.

Behandlingskjeder

De seks systematiske oversiktsartiklene gjennomgikk primærartikler som evaluerte oppfølgende tiltak for pasienter som hadde vært behandlet i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk (51-56). Ingen av de nevnte tiltakene var spesielt rettet mot pasienter med psykiske lidelser, men mange pasienter ble fulgt opp i psykisk helsevern som en del av standard behandling. Av mangel på kartlegging av psykiske lidelser i utvalgene er det ikke mulig å vite i hvilken grad resultatene kan generaliseres til en populasjon bestående av personer med alvorlig psykisk sykdom.

Studiene som inngikk i oversiktene kunne ikke vise at oppsøkende oppfølging forebygger selvmord blant pasienter som hadde vært innlagt på somatisk sykehus i forbindelse med selvmordsforsøk. Dette resultatet må imidlertid ses i forhold til at det skal svært stort materiale til for å vise effekt av intervensjon der selvmord er utfallsmålet (50) og at ingen av studiene hadde stort nok materiale (statistisk styrke) til å vise en slik effekt. Studiene viste en statistisk ikke-signifikant tendens til at oppsøkende oppfølging kan redusere forekomsten av gjentatt villet egenskade.

Dieseruds studie ble publisert etter at Cochrane-oversikten sist ble oppdatert (62). Studien var ukontrollert og kan dermed av designmessige grunner ikke påvise eventuelle effekter av intervensjonen.

Det er noe usikkert i hvilken grad resultatene fra somatiske sykehus kan generaliseres til psykisk helsevern, men mange av de sykehusbehandlede selvmordsforsøkerne er under poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Effekten av tiltak som sikrer kontinuitet i behandling / oppfølging bør undersøkes videre i nye studier.

Brevkontakt

Studien til Motto og Bostrøm er en av de få studiene i denne del-rapporten som retter seg mot pasienter som har vært innlagt i psykiatrisk sykehus på grunn av depresjon eller selvmordsrisiko, der utgangspunktet var at pasienten ikke fulgte opp den etterbehandlingen de var blitt henvist til (66).

Det er spesielt interessant at den positive effekten som denne enkle intervensjonen hadde, var størst i den kritiske fasen de første månedene etter utskrivning. I det lange løp utjevnet forskjellene seg slik at intervensjonen kan se ut til å ha utsatt selvmordet for en del av pasientene.

Telefonkontakt

Den ene randomiserte studien som har studert effekten av telefonkontakt som selvmordsforebyggende tiltak overfor pasienter som var innlagt i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk, fant at intervensjonen ikke resulterte i en redusert forekomst av repetert villet egenskade/selvmordsforsøk (67).

En stor ikke-randomisert italiensk studie konkluderte med selvmordsforebyggende effekt av telefonkontakt (101). Profesjonelle helsearbeidere ringte gjennom en tiårsperiode minst to ganger i uken til 18 600 enslige, hjemmeboende eldre i en region i Nord-Italia. De som mottok tilbudet var også tilknyttet et alarmsystem og de hadde mulighet for selv å ringe til ”telehjelpen” når som helst på døgnet. Blant kvinner var det signifikant reduksjon i selvmordsraten blant dem som mottok tilbudet sammenliknet med tilsvarende gruppe i den generelle befolkningen i området. Blant menn var reduksjonen ikke statistisk signifikant. Denne studien var ikke omtalt i de oversiktsartiklene som ligger til grunn for kunnskapsoversikten.

Siden det hittil foreligger så få studier er evidensgrunnlaget for å hevde at telefonkontakt har noen effekt svakt.

Kort sykehusopphold fulgt av psykiatrisk hjemmesykepleie

På grunnlag av studiene til van der Sande og van Heeringen er det ikke mulig å fastslå om manglende effekt av intervensjonen skyldes svakheter ved studiedesign og stort frafall, eller om behandlingen faktisk ikke hadde effekt i forhold til å redusere selvmordsatferd hos den aktuelle pasientgruppen (69, 70). En mulig svakhet ved studiene er at det ikke ble tatt hensyn til at studiepopulasjonen var svært heterogen, med ulike problemer og behov. For eksempel kan intervensjonen ha hatt forebyggende effekt for enkelte undergrupper i eksperimentgruppen, mens det motsatte kan være tilfellet for andre undergrupper.

Det er behov for flere studier med større materiale som også tar hensyn til at det kan være undergrupper med vidt forskjellige problemer og dermed ulike behov for tilnærming i oppfølgingen.

Annen oppfølging

Appleby og medarbeideres psykologiske autopsistudie¹ viste noe om betydningen av oppfølging av selvmordsforsøkere (71). Denne type studier kan likevel ikke si noe om effekter av intervensjoner.

Fjerne terskler og øke tilgjengelighet

Ikke bare begrensninger i pasienters evne til å nyttiggjøre seg behandling skaper hindringer for effektiv oppfølging ved selvmordsfare. Også høye terskler inn til behandlingsapparatet kan vesentlig redusere relevansen og nytten av disse tjenestene for den enkelte pasient.

Grønt kort

Alle studiene med design som tilfredsstilte metodekravene for å bli inkludert i Cochraneoversikten og i Hepps oversikt inkluderte pasienter som hadde vært behandlet i somatisk sykehus eller legevakt etter selvmordsforsøk (52, 64). Resultatene i de tre studiene var ikke entydige (72-74). Det var en tendens til reduksjon av antall hendelser med gjentatt villet egenskade i Cotgroves og Morgans studier, selv om ingen av dem viste signifikant reduksjon (72, 73). I Evans studie ble det ikke påvist effekt (74).

Intervensjoner av denne typen er enkle og lite tid- og kostnadskrevende. Det gir en trygghet for pasientene at de blir oppfordret til å kontakte hjelpeapparatet og at terskelen for å gjøre det er lav. De uensartede funnene viser at det er behov for å utføre flere studier for bedre å avklare evidensgrunlaget eventuelle effekter av utdeling av grønt kort, og for eventuelt å avklare bedre hvilke grupper av selvmordsforsøkere som kan ha nytte av et slikt tiltak.

Lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam

Oppfølging av pasienter med en alvorlig psykisk lidelse ved hjelp av lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam ser ut til å kunne føre til reduksjon i forekomsten av selvmord og dødsfall under uklare omstendigheter. Hva som er virksomme elementer i slik behandling er uklart. Man kan tenke seg flere gunstige virkninger av å sikre langtidskontakt med denne pasientgruppen i en poliklinisk setting, blant annet ved økt etterlevelse av psykoterapeutisk og medikamentell behandling. Pasienter som følges tett opp vil trolig også raskere bli oppfanget i faser med økt selvmordsrisiko.

I norsk psykisk helsevern vil lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam innholdsmessig ligge nærmest det man finner i distriktpsikiatriske sentra.

¹ Psykologisk autopsi er en metode for innsamling av ulike typer data (for eksempel fra intervju med etterlatte, avskjedsbrev, obduksjonsrapport, helseopplysninger fra journal eller intervju med behandler) for å få mer kunnskap om hva som kan ha vært forklaringer på at en person tok livet sitt. Betegnelsen psykologisk autopsi stammer fra Shneidman (102).

Innleggelse / ikke innleggelse i sykehus

Klinikere står ofte overfor vanskelige avgjørelser når de skal vurdere om en pasient kan/bør behandles poliklinisk, eller om innleggelse i psykiatrisk sengeavdeling er nødvendig for å gi pasienten nødvendig overvåking og beskyttelse. Det ble likevel funnet få studier som sammenlignet effekt av sykehusinnleggelse vs ulike former for dagbehandling eller poliklinisk behandling. Årsaken kan delvis være at det i perioder med høy selvmordsrisiko neppe er forsvarlig å randomisere til poliklinisk behandling.

I studien til Waterhouse og Platt ble pasienter randomisert til i snitt 17 timers opphold i somatisk avdeling etter akutt behandling ved legevakt (87). En så begrenset intervensjon, som ikke var klart medisinsk indisert og som ikke fokuserte på pasientenes hovedproblemer, og som ble iverksatt overfor en så liten gruppe, hadde heller ingen effekt på et så alvorlig symptom som selvmordsforsøk.

Beskyttelsestiltak

Endret tilgang på metoder som benyttes av personer som tar sitt eget liv har vist effekt (56). Få av disse tiltakene administreres av spesialisthelsetjenesten, men parallelle hensyn kan taes innenfor og utenfor en avdeling.

Mange selvmord skjer innenfor institusjon som beskrevet over. En legger vekt på å plassere og innrede psykiatriske avdelinger slik at selvmordsfaren blir redusert. For eksempler ansees det uhensiktsmessig å legge slike avdelinger i øvre etasjer. Her finnes det ingen retningslinjer, og vanligvis baserer en innredning av avdelinger på skjønn.

Begrensning av tilgang til våpen og andre potensielt farlige midler

Det er en utberedt antagelse at redusert tilgjengelighet av metoder brukt ved selvmord kan påvirke forekomsten av selvmord i den generelle befolkning.

En del slike tiltak er etisk ukontroversielle og har vist seg effektive for å redusere selvmord med den aktuelle metode, det gjelder eksempelvis fjerning av karbonmonoksyd fra gass levert til private husholdninger og å gjøre medikamenter som barbiturater, paracetamol og dekstropropoksyfen mindre tilgjengelige. Slike tiltak er antagelig særlig nyttige når metoden som fjernes er langt farligere enn brukeren hadde tenkt seg, slik at det som var ment å være et tilfelle av forbigående selvskade kan få dødelig utgang. Mer usikkert er det om tiltak som begrenset adgang til skytevåpen og til broer og andre høye steder kan påvirke den totale forekomsten av selvmord, eller om de personene det gjelder vil finne andre egnede metoder og utgangspunkter.

Noen slike tiltak har tradisjonelt vært brukt i institusjoner. Det er ikke gjort intervensjonsstudier i slike populasjoner, men tiltaket er begrunnet i klinisk pragmatisme.

Det er neppe grunn til å undersøke behovet for eller nytten av å hindre tilgangen til farlige midler som skyte-, stikk, og slagvåpen på psykiatriske avdelinger. Det er imidlertid mer usikkert, og i behov av videre studier, hva som kan oppnås med mer omfattende og varige tiltak på dette området overfor pasientgrupper i andre sammenhenger.

Ikke-selvordskontrakt

Ulike varianter av ikke-selvordskontrakter brukes aktivt både i somatiske og psykiatriske behandlingssammenhenger, innenfor polikliniske rammer så vel som i sykehus. Den utstrakte bruken i hele den vestlige verden kan tyde på at klinikere har tro på at det er dokumentert at slike kontrakter har selvordsforebyggende effekt. De fleste artikler som omhandler ikke-selvordskontrakter er imidlertid deskriptive og viser til subjektive ekspertvurderinger (91, 92).

Ulike varianter av ikke-selvordskontrakter brukes aktivt både i somatiske og psykiatriske behandlingssammenhenger, både i og utenfor institusjon. Nøyaktig oversikt over hvor ofte tiltaket benyttes i Norge finnes ikke, men det er grunn til å tro at mange behandlere enten rutinemessig eller sporadisk bruker ikke-selvordskontrakter som et selvordsforebyggende tiltak.

Dette skjer på tross av at denne litteraturgjennomgangen, så vel som andre, ikke har kunnet finne evidens for effekt av tiltaket.

Reid hevder at en slags samarbeidsavtale kan ha en verdi dersom de inngår som et av flere elementer i en bredere vurdering, behandling og beskyttelse av pasienten (103). Han argumenterer for at begrepet "allianse" ville være mer passende å bruke enn kontrakt i en slik sammenheng. Rudd bruker noe han kaller "commitment to treatment statement" i sitt behandlingsopplegg for selvordsforsøkere, han er svært kritisk til de tradisjonelle "no suicide contracts" (104, 105).

Klinisk erfaring tilsier også at det hos enkelte pasienter kan være nødvendig å etablere slike ytre rammer for overhode å komme i posisjon til å etablere samarbeid om behandling av pasientens grunnleggende lidelse.

Rutinemessig bruk kan føre til at andre forhold overses. Samtidig kan man ikke se bort i fra at en gjennomtenkt bruk av slike avtaler, som ledd i et etablert behandlingsforhold, og gjennomarbeidet med pasienten, sammen med andre tiltak kan ha en så lang udokumentert forebyggende effekt.

Sikring av det fysiske miljøet i institusjoner

Det ble ikke funnet studier som evaluerte effekten av å endre det fysiske miljøet på avdelingene. Deskriptive studier viste at det på de fleste institusjoner finnes gjenstander som kan anvendes til selvskading, både til kutting og til henging. Rom blottet for slike gjenstander (safer cells) er prøvet i England, men uten at effekten på selvordsatferd er studert.

Det er begrenset hvor langt man kan gå før man får fysiske miljøer og inngrep i personlige forhold som oppfattes som nedverdiggende. I evalueringen av det britiske "safer cell"-prosjektet kom det frem at de fleste innsatte og ansatte hadde blandede følelser i forhold til slike rom (106).

Tiltak mot henging

Gunnell og medarbeidere publiserte i 2005 en systematisk oversikt over epidemiologi og forebygging av selvmord ved henging (98). De fant 15 epidemiologiske studier som til sammen omtalte mer enn 2200 tilfeller av henging. En stor andel av selvmordene i psykiatriske heldøgnsinstitusjoner og i fengsler skjer ved henging, men det store flertallet av slike dødsfall skjer utenfor institusjon. En oversikt over festepunkter og ligaturer som er anvendt ved hengning i institusjoner gir indikasjoner på hvilke deler av det fysiske miljøet det kan være aktuelt å endre. Vanligste festepunkter var krok eller dørhåndtak mens vanligste ligatur var belte, skolisse, laken og håndkle.

I kontrollerte miljøer i institusjoner er det til en viss grad mulig å begrense tilgangen til festepunkter og ligatur som ellers er fritt tilgjengelig i samfunnet. Rom kan planlegges slik at det ikke finnes festepunkter ("safer cell design"), og man inndra potensielle ligaturer.

Noen tilfeller av selvmord ved henging i institusjon kan antagelig forebygges ved konsekvente tiltak som begrenser tilgangen på festepunkter og fjerner potensielle ligaturer.

Igjen synes det å være behov for forskning om avgrensning av tilstander og perioder hvor behovet for slike foranstaltninger er særlig nødvendig.

Overvåking

Pasienter som antas å ha særlig høy selvmordsrisiko blir vanligvis innlagt i en avdeling med høy grad av oversikt og kontroll. Der det er antatt fare for at pasienten kan komme til å skade seg på tross av innleggelse i en slik avdeling, er det vanlig å iverksette tiltak i form av særlig tett observasjon. De fleste avdelinger har lokale begreper for ulike grader av overvåking. Den mest intense formen kalles på norsk gjerne for "fotfølging" (engelsk: "constant observation" etc). Andre steder brukes begreper som "A-vakt" eller "frimerke-vakt".

Bowers og Park publiserte i 2001 en systematisk litteraturoversikt vedrørende slike tiltak (99). Nyere oversiktslitteratur refererer til de samme studiene.

På tross av at kontinuerlig overvåking (eller ulike grader av overvåking) er et av de vanligste tiltakene som iverksettes overfor pasienter som har antatt høy selvmordsrisiko, ble det ikke funnet en eneste studie som evaluerte effekten av denne typen intervensjon. Bruk av overvåking er basert på klinisk pragmatisme, "sunn fornuft" og tradisjoner, ikke på vitenskapelig dokumentasjon. Mangelen på evalueringsstudier kan forklares ut fra at det ville være faglig og etisk uforsvarlig å randomisere til en kontrollgruppe som ikke blir overvåket dersom der foreligger antatt høy selvmordsrisiko.

Bowers og Park omtaler også hvordan særskilt overvåking utføres i praksis, og hvordan tiltaket oppleves av sykepleiere og pasienter.

Flere studier har konkludert med at når det finnes retningslinjer for slik overvåking ble de i liten grad fulgt i praksis. Sykepleierne opplevde disse situasjonene som etisk sensitive og vanskelige og hadde ofte sterke følelser og meninger omkring praksisen. Det kunne være

vanskelig å gå ut over egne grenser og handle paternalistisk i forhold til pasientene. Pasientene var gjerne ambivalente: På den ene siden følte de seg trygge og kommunikasjonen med overvåkeren kunne være positiv, men situasjonen kunne også oppleves som nedverdiggende og som uønsket inntrengning i den mest private sfære.

Slike tiltak kan for noen pasienter tenkes å ha negative konsekvenser, slik det er beskrevet i single case studier (107). Det er imidlertid uklart hvilke pasientgrupper dette gjelder utfra den identifiserte litteraturen, og mulige skadelige effekter må naturligvis veies opp mot muligheten for livreddende inngripen.

Spesiell overvåking er begrunnet i klinisk pragmatisme utfra behovet for å kontrollere akutt overhengende selvmordsfare. Det er behov for mer systematisk kunnskap om effekten av overvåking, særlig i forhold til indikasjon og varighet av tiltaket.

Begrensninger ved kunnskapsoversikten

Både forhold ved forskningen som er gjort innen fagfeltet og de valgte strategier for innhenting av informasjon legger begrensninger i generaliserbarheten av de presenterte resultatene (108).

- *Design:* Det beste designet for effektstudier anses å være randomisert kontrollerte studier. I denne kunnskapsoversikten er kasus kontroll-studier, andre kontrollerte studier eller studier med annet relevant design (observasjonsstudier, deskriptive studier, monitoreringsstudie) også tatt med hvis de for øvrig er av akseptabel kvalitet. Ingen studier med kvalitativt forskningsdesign er tatt med i kunnskapsoversikten. Ved komplekse og lavprevalente fenomener som selvmordsatferd kan viktig kunnskap gå tapt ved en slik metodebegrensning.
- *Utvalg:* Kunnskapsoversiktens Del 2 er primært basert på intervensjoner av ikke-psykoterapeutisk eller medikamentell karakter, foretatt for å forebygge eller redusere selvmordsatferd blant personer som i varierende grad behandles innenfor den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Grunnlaget for relativt mange av studiene var intervensjoner overfor pasienter som var behandlet i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk eller villet egenskade, der inklusjonskriteriene ofte var dårlig definert, og der intervensjonen varierte i tid, fra kortvarig telefonkontakt til innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det er uklart i hvilken grad resultatene fra disse studiene kan generaliseres til selvmordstruede pasienter i psykisk helsevern. Det er også uklart i hvilken grad resultater fra studier av intervensjon rettet generelt mot pasienter med en definert psykisk lidelse, og ikke spesielt mot pasienter som har gjort selvmordsforsøk eller på annen måte vurderes til å være selvmordstruet kan generaliseres til alvorlig selvmordstruede individer.
- *Indirekte mål:* Selvmord og selvmordsforsøk er lavprevalente fenomener. For å påvise effekt av intervensjon må man ha store utvalg. For å øke utvalgsstørrelsen brukes ikke selvmord, men gjentatte selvmordsforsøk / villet egenskade som utfallsmål i de fleste undersøkelser som er inkludert i kunnskapsoversikten. I tillegg brukes det i noen studier indirekte (surrogate) effektmål som f. eks. grad av motivasjon for å begynne i behandling, eller mål på deltakelse i oppfølging (etterlevelse).
- *Kontrollgruppe-intervensjon:* I flere kontrollerte studier var den behandlingen som kontrollgruppen hadde mottatt (standard behandling) dårlig beskrevet, både i omfang og innhold. I flere studier var standard behandling i både intervensjons- og kontrollgruppene dårlig beskrevet, fordi hovedfokus var på tilleggstiltak for å sikre etterlevelse i intervensjonsgruppen. Dette kan komplisere tolkningen av både negative og positive funn.
- *Metodesvakheter:* Noen av de refererte undersøkelsene beskrev kortvarige intervensjoner og hadde metodiske svakheter som gir små muligheter for å påvise effekter. Andre omhandlet tiltak som varte over lengre tid, men der effekt fra intervensjonen var vanskelig å skille fra annen pågående behandling. Flertallet av studiene var fra andre samfunn og kulturer enn den norske, med andre helsetjenestesystemer. Dette kan redusere generaliserbarheten til norsk klinisk virkelighet.
- *Kombinasjonsbehandling:* Til tross for at mange av studiene dreide seg om kombinasjonsbehandling, der intervensjonen kommer i tillegg til standard behandling i både

intervensjons- og kontrollgruppene, var standard behandling ikke nærmere beskrevet i studiene. Dette svekker overføringsverdien til klinisk praksis, der ulike former for kombinasjonsbehandling trolig er det vanlige.

- *Gruppegjennomsnitt:* Epidemiologiske data der effekter måles i forskjeller på gruppegjennomsnitt etter intervensjons- / kontrollbetingelser kan ha begrenset relevans i forhold til intervensjon overfor enkeltindivider.
- *Skadelige effekter av intervensjon:* Det kan ikke utelukkes at kortvarige intervensjoner for individer i selvmordsfare kan være direkte skadelige. En del av de intervensjonene som beskrives i kunnskapsoppsummeringens del 2 er av kort varighet (f. eks. to telefonsamtaler, eller et snaut døgn innleggelse i somatisk avdeling etter selvmordsforsøk). Det har for eksempel vært hevdet at den dårlige prognosen som ofte tilskrives pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse delvis kan være en følge av behandlingen (109). Mange selvmordstruede har problemer med å bygge opp tillit til andre mennesker etter tidligere opplevelser av å bli sviktet. Hvis terapien avsluttes for tidlig (se del 1), kan de oppleve ny svikt som kan aktivisere selvmordsatferd. Hvis også intervensjonene som beskrives i del 2 er av kort varighet, kan man ikke se bort fra skadelige effekter. Kontrollerte undersøkelser må i mange tilfeller begrenses i tid pga begrensede ressurser. Dette problematiseres i liten grad i artiklene der intervensjonen er av kort varighet.
- *Få studier av undergrupper:* Vanskene med å oppnå tilstrekkelig statistisk styrke i behandlingsstudier av pasienter med selvmordsatferd medfører at studiene i liten grad kan analysere effekter for undergrupper i pasientmaterialet. Det er for eksempel grunn til å tro at ulike diagnostiske grupper, og ulike individer, vil ha behov for ulik behandling, og det er et problem at flere studier ikke skiller mellom ulike diagnosegrupper.
- *Komorbiditet:* I de fleste studier har man ikke beskrevet komorbiditet med f. eks. rusmisbruk, psykose eller personlighetsforstyrrelser, eller grupper med disse diagnosene er ekskludert. I klinisk praksis har mange selvmordstruede pasienter utstrakt komorbiditet og studienes generaliserbarhet til slike pasientgrupper blir derved begrenset.
- *Barn og ung:* Det ligger en betydelig begrensning i at så få studier fokuserte på barn og unge.
- *Risiko for at virksomme tiltak forkastes:* Fordi flertallet av studiene hadde manglende eller mangelfull beskrivelse av standard behandling gitt i tillegg til intervensjonen, reduseres muligheten for å påvise effekter i tillegg til at risikoen for at reelle behandlingseffekter kan ha blitt oversett øker (type II feil). Ingen evidens for effekt er ikke det samme som evidens for ingen effekt.

Konklusjoner

- En rekke antatt selvmordsforebyggende tiltak tar sikte på å lette kontakten mellom psykisk helsevern og personer med problemer
- Metodiske svakheter gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner fra studier av behandlingsskjedetiltak
- Brevkontakt som oppfølging av lite behandlingsmotiverte pasienter hadde selvmordsforebyggende effekt i en studie.
- Kortvarig telefonkontakt ble ikke vist å ha noen effekt.
- Langtids telefonoppfølging kan ha primærforebyggende effekt for eldre kvinner.
- Oppfølging ved psykiatrisk sykepleier etter kortvarig sykehusopphold er ikke vist å ha effekt.
- I en case- control studie fant man at reduksjon av behandlingstilbudet var risikofaktor for selvmord.
- Ingen av de tre studiene av ”grønt kort” viste statistisk signifikant effekt av intervensjonen. I to små studier som ga mulighet for personlig kontakt med fagperson var det tendens til effekt av tiltaket, mens det i en tredje studie som bare ga adgang til telefonkontakt ikke var noen effekt.
- Metaanalyse av studier av lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam fant nær statistisk signifikant reduksjon i dødelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.
- Det er ikke funnet studier av effekten av hospitalisering ved selvmordsfare som gir grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke pasienter som bør innlegges.
- Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av beskyttelsestiltak (begrenset tilgang til farlige midler og fysiske sikringstiltak i institusjoner, ”ikke-selvmordskontrakt”, overvåkning) på selvmordsatferd
- Det er stort behov for forskning som evaluerer effekten av ulike typer intervensjoner

Scientific summary

Prevention of suicide. Part 2: Other interventions.

Background

The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs made an inquiry to the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) to do a health technology assessment (HTA) of the effects of interventions by the psychiatric health services for the prevention of suicide. The HTA will be part of the basis for national guidelines for suicide prevention.

Psychotherapy, drug intervention and electroconvulsive therapy have been discussed in part 1 of the report (report 24-2006). The present part 2 focuses on other interventions.

Methods

The work was carried out by a review team of external professionals. A literature search was performed in January 2006 in order to find systematic reviews. The Cochrane databases and the Health Technology Assessment database, in Medline, Embase, Psychinfo and Cinahl were searched using terms for suicide and self harm combined with a search filter developed by SIGN¹ (appendix 1).

Of the 852 hits 29 reviews were deemed relevant by at least two group members after reading titles and abstracts (appendix 2).

These 29 articles made it clear what interventions have been described in the scientific literature. The systematic reviews were the starting point for the current review but results from the primary articles have been included wherever relevant.

Results and discussion

Literatur was found about interventions to improve continuity of care and follow-up (chain of care, letter and telephone contact, home visits by psychiatric community nurse), interventions to make care more accessible (green card, community mental health teams, hospitalization) and protective interventions (no-suicide contracts, securing the physical environment, special observation).

In a number of studies “usual care” given the control group was poorly described in the article.

Several studies described care given patients treated in somatic hospitals after suicide attempts, inclusion criteria were often poorly described, and the duration of the interventions differed considerably.

¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html>

Results from studies of interventions given psychiatric patients in general may not apply to seriously suicidal persons.

These and other factors complicate the interpretation of both positive and negative results and reduces the external validity of the studies.

Conclusions

- A number of interventions aim to make psychiatric health care more accessible to persons with mental health problems
- Methodological issues make it hard to draw conclusions from studies of chain-of-care interventions
- Follow-up with letters to patients with little motivation for treatment had preventive effect in one study
- Short-term telephone contact did not have any effect
- Long-term telephone contact with elderly women may have primary preventive effect
- Follow-up by psychiatric nurse after hospitalization has not been shown to have effect
- In one case-control study reduction of care was a risk factor for suicide
- None of the three studies of green cards showed significant effect of the intervention. Two small studies that also offered possibility of personal contact had trends toward effect, a third study of telephone contact alone found no effect
- Metaanalyses of studies of community mental health teams found a near statistically significant reduction of total mortality and death from suicide
- No studies of the effect of hospitalization allow conclusions as to what patients should be admitted
- No studies evaluating the effect of protective interventions were found

There is a considerable need for research into the effects of the different kinds of interventions offered suicidal patients.

Referanser

1. Hoyert DL, Kochanek MA, Murphy S. Deaths: Final data for 1997. Natl Vital Stat Rep 1999;47;19.
2. The world health report 2001 – Mental health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva: 2001. <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index6.html> (03.10.06).
3. Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/> (23.09.06).
4. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. Selvmord: Et personlig og samfunnsmessig problem, Gyldendal Akademisk. Oslo: 2002.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
6. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405.
7. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI. Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci 1995;49 Suppl 1:S111-6.
8. Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. Arch General Psych 2005;62:427-32.
9. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation. Br J Psychiatry 2001;179:438-43.
10. Walby FA, Odegaard E, Mehlum L. Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. J Affective Disorders 2006;92:253-260.
11. Hytten K, Mehlum L. Selvmord blant innlagte pasienter i Gaustad sykehus 1954-91. Tidsskr Nor Laegeforen 1993;113:1974-7.
12. Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Helsetilsynet, Oslo: 2005. http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_7172.aspx (03.10.06).
13. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 2002;325:1207-11.
14. Dödsorsaker 2003. Socialstyrelsen, Stockholm: 2005. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9154/2006-42-3.htm> (03.10.06).
15. Danmark Statistikk. <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280> (03.10.06).

16. Rossow I, Wichstrom L. Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994;24:174-83.
17. Ystgaard M., Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123:2241-5.
18. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125:1798-1800.
19. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Selvmord og selvmordsforsøk i Bærum 1984 - 95. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121:1026-31.
20. Hjelmeland H. WHO-undersøkelsen i Sør-Trøndelag: Parasuicidraten øker for unge kvinner. *Suicidologi* 2001;6:12-3.
21. Dieserud G, Rasmussen ML, Fagernes A, Jakhelln F. Bærumsmodellen 1984-2004. Rapport. Bærum; 2004.
22. Hjelmeland H. Suicidal behaviour in Norway. I A Schmidtke, U Bille-Brahe, D De Leo and A Kerkhof (Eds). *Suicidal behaviour in Europe*, s. 57-69. Hogrefe & Huber; Cambridge, Mass 2004.
23. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D and Kerkhof A (Eds) (2004). *Suicidal behaviour in Europe*. Hogrefe & Huber; Cambridge, Mass:2004.
24. Jacobsen D, Frederichsen PS, Knutsen KM, Sorum Y, Talseth T, Odegaard OR. A prospective study of 1212 cases of acute poisoning: general epidemiology. *Hum Toxicol* 1984;3:93-106.
24. Rygnestad T, Fagerhaug O Acute deliberate self-poisonings in the area of Trondheim, 1978-2002. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124:2736-9.
26. Dieserud G, Rasmussen ML, Fagernes A, Jakhelln F. Bærumsmodellen. Årsrapport 2005. Bærum: 2006.
27. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI.. Mental disorders and suicide prevention. *Psych Clin Neurosci* 1995;49 Suppl 1:S111-6.
28. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.
29. Fleischmann AP, Bertolote JMM., Belfer MM, Beautrais AP. Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *Am J Orthopsych* 2005;75:676-83.
30. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:250-63.

31. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:868-75.
32. Simon GE, VonKorff M. Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol* 1998;147:155-60.
33. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:35-7.
34. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psych* 2005;62:247-53.
35. Duberstein PR, Conwell Y. Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review. *Clin Psychology: Science and Practice* 1997;4:359-76.
36. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999;175:322-326.
37. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1999;175:175-9.
38. Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour; personality disorders. I: K.Hawton & K.Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 147-178). John Wiley & Sons, Chichester: 2000.
39. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998;173:462-74.
40. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psych* 2002;159:909-16.
41. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2002;355:9-12.
42. Walby FA, Odegaard E, Mehlum L. Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *J Affect Disord* 2006;92:253-60.
43. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C: 1994
44. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. (2005). Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293:2487-95.
45. Walby F, Ødegaard E, Mehlum L. Risk Factors for completed suicide in psychiatric inpatients. XXIIIth Congress of International Association for Suicide Prevention. Book of abstracts. Durban: 2005.

46. Mellesdal L, Mehlum L, Jørgensen H. Suicidality in psychiatric emergency admissions – the SIPEA study. A prospective follow-up study. XXIIIth Congress of International Association for Suicide Prevention. Book of abstracts. Durban: 2005.
47. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. Washington: 2003..
http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm (09.10.06).
48. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70-75.
49. Runeson, B. & Wassermann, D. (1994). Management of suicide attempters: what are the routines and the cost? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 222-228).
50. Gunnell D, Frankel S: Prevention of suicide: aspirations and evidence. Review. *Br. J Medicine* 1994;308:1227-33.
51. University of York. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Deliberate self-harm. *Effective Health Care* 1998;4:1-12.
52. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art. No.: CD001764.
53. Van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:43-50.
54. Boyce P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:868-884.
55. Macgowan MJ. Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research. *Res Soc Work Pract* 2004;14:147-162.
56. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA* 2005; 294:2064-2074.
57. Allard R, Marshall M, Plante M-C. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeted suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22: 303-314.
58. Welu T. A follow-up programme for suicide attempters – evaluation of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav* 1977;7:17-30.
59. Hawton K, Bankroft J, Catalan J, Kingston B, Stedford A, Welsh N. Domiciliary and outpatient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychol Med* 1981;11:169-177.
60. Chowdhury N, Hicks RC, Kreitman N. Evaluations of an after-care service for parasuicide (attempted suicide) patients. *Soc Psychiatry* 1973;8:67-81.

61. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, Bacquer D de, van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995;25:963-970.
62. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: A 12-year study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Treat Behav* 2000;30:61-73.
63. Greenfield B, Larson C, Hechtman L, Rousseau C, Platt R. A rapid-response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatr Serv* 2002;53:1574-1579.
64. Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis* 2004;25:108-117.
65. Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *Can J Psychiatry* 2005;50:490-496.
66. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv* 2001;52:828-833.
67. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. A Telephone contact with patients in the year after suicide attempt: Does it affect treatment attendance and outcome? A randomized controlled study. *Eur Psychiatry* 2002;17:82-91.
68. Hall K. Suicide prevention topic 11: What is the effectiveness of day care versus outpatient care versus community care for suicidal patients? NZHTA Report 2002.
69. Van der Sande R, Van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawthorn K, Van der Graaf Y, Van England H. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *Br J Psychiatry* 1997;171:35-41.
70. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995;25:963-70.
71. Appleby L, Dennehy J, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet* 1999;353:1397-1400.
72. Cotgrove AJ, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *J Adolesc* 1995;18:569-577.
73. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry* 1993;163:111-112.

74. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 1999;175:23-27.
75. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998; Issue 4. Art. No.: CD000270.
76. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health teams management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001;178:497-502.
77. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson T. Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *Lancet* 1992;339:1311-4.
78. Tyrer P, Merson S, Onyett S, Johnson T. The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychol Med* 1994;24:731-40.
79. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Olivier A. A controlled trial of home-based acute psychiatric services: I. Clinical and social outcome. *Br J Psychiatry* 1993;163:49-54.
80. Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S, Dickson M. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II. Treatment patterns and costs. *Br J of Psychiatry* 1993;163:55-61.
81. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont O, Harrison-Reed P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ* 1998;316:106-9.
82. Hoult J. Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. *Aust N Z J Psychiatry* 1983;17:160-7.
83. Hoult J, Reynolds I. Schizophrenia: A comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:359-72.
84. Hoult J, Rosen A, Reynolds I. Community oriented treatment compared to psychiatric hospital oriented treatment. *Soc Sci Med* 1984;18:1005-10.
85. Fenton Fr, Tessier, L, Struening EL, Contandriopoulos AP, Nguyen H, Struening EL,. A comparative trial of home and hospital psychiatric care: One-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1073-9.
86. Fenton Fr, Tessier, L, Struening EL, Smith FA, Benoit C, Contandriopoulos AP. A two-year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Can J Psychiatry* 1984;29:205-11.
87. Waterhouse J, Platt S. General hospital admission in the management of parasuicide: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990;156:236-42.

88. Kapur N, House A, Creed F, Feldman E, Friedman T, Guthrie E. Management of deliberate self poisoning in adults in four teaching hospitals: descriptive study. *BMJ* 1998;316:831-832
89. McGrath J. A survey of deliberate self poisoning. *Med J Aust* 1989;150:317-322.
90. Kruesi MJP, Grossman J, Pennington JM, Woodward PJ, Duda D, Hirsch JG. Suicide and Violence Prevention: Parent Education in the Emergency Department. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:250-255.
91. Boyce P, Carter G, Penrose-Wall J, Wilhelm K, Goldney R. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm. *Australasian Psychiatry* 2003;11:150-155
92. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
93. Drye RC, Goulding RL, Goulding ME. No-suicide decisions: patient monitoring of suicidal risk. *Am J Psychiatry* 1973;130:171-174.
94. Miller MC, Jacobs DG, Gutheil TG. Talisman or taboo: the controversy of the suicide-prevention contract. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6:78-87.
95. Brent DA. Practitioner review: The Aftercare with Adolescents with Deliberate Self-harm. *J Child Psychiatry* 1997;38: 277-286.
96. Kroll J. Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry* 2000;157:1684-1686.
97. Departement of Healt. National Suicide Prevention Strategy for England. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/fs/en
98. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2005;34:433-42.
99. Bowers L, Park A. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2001;22:769-786.
100. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. *NOU* 2005: 3.
101. De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry* 2002;181:226-9.
102. Shneidman, E. The Psychological Autopsy. I A.A. Leenaars (Red.). *Lives and Deaths. Selections from the works of Edwin S. Shneidman* (s. 387-411). Philadelphia: Taylor & Frances, 1999.

103. Reid WH. Contracting for Safety Redux. *J Psychiatr Pract* 2005;11:54-57.
104. Rudd MD, Joiner T, Tajab MH. Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. New York: Guilford; 2001: 179-82.
105. Rudd MD, Mandruisal M, Joiner T. The case against No-Suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol* 2005;62:243-51.
106. Burrows T, Brock AP, Hulley S, Smith C, Summers L. Safer Cells Evaluation. Full Report. The Jill Dando Institute of Crime Sciences, London.
107. Pauker SL, Cooper AM. Paradoxical patient reactions to psychiatric life support: clinical and ethical considerations. *Am J Psychiatry* 1990;147:488-491.
108. Lambert H, Gordon EJ, Bogdan-Lovis EA. Introduction: Gift horse or Trojan horse? Social science-perspectives on evidence-based health care. *Soc Sci Med* 2006;62:2613-20.
109. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;188:1-3.

Vedlegg 1: Søkestrategi - Medline

1. self-injurious behavior/ or self mutilation/ or suicide/ or suicide, attempted/
2. (self adj injurious adj behavio?r\$).tw.
3. (self adj destructive adj behavio?r\$).tw.
4. parasuicid\$.tw.
5. suicid\$.tw.
6. (self adj mutilation\$).tw.
7. self killing\$.tw.
8. self poisoning\$.tw.
9. (self adj inflicted adj (injur\$ or wound\$)).tw.
10. (self adj (harm\$ or injur\$ or wounding\$)).tw.
11. automutilation\$.tw.
12. (auto adj mutilation\$).tw.
13. artificial skin lesion\$.tw.
14. or/1-13

15. Meta-analysis/
16. meta analy\$.tw.
17. metaanaly\$.tw.
18. meta analysis.pt.
19. (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
20. exp Review Literature/
21. cochrane.ab.
22. embase.ab.

23. (psychlit or psyclit).ab.
24. (psychinfo or psycinfo).ab.
25. (cinahl or cinhal).ab.
26. science citation index.ab.
27. bids.ab.
28. cancerlit.ab.
29. reference list\$.ab.
30. bibliograph\$.ab.
31. hand-search\$.ab.
32. relevant journals.ab.
33. manual search\$.ab.
34. selection criteria.ab.
35. data extraction.ab.
36. 34 or 35
37. review.pt.
38. 36 and 37
39. comment.pt.
40. letter.pt.
41. editorial.pt.
42. animal/
43. human/
44. 42 not (42 and 43)
45. or/39-41,44
46. or/15-33,38
47. 46 not 45

48. 14 and 47

Vedlegg 2: Konsulterte oversiktsartikler

Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1122-1129.

Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self harm in primary and secondary care - guidelines (project). National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004.

Blue Cross Blue Shield Association. Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. 2005. Chicago IL: Blue Cross Blue Shield Association (BCBS)

Bowers L, Park A. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2001;22:769-786.

Boyce P, Carter G, Penrose-Wall J, Wilhelm K, Goldney R. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm (2003). *Australas Psychiatry* 2003;11:150-155.

Boyce P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Austr N Z J Psychiatry* 2004;38:868-884.

Comtois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatr Serv* 2002;53:1138-1144.

Dew MA, Bromet EJ, Brent D, Greenhouse JB. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:239-244.

Doughty C. Suicide topic 9. What evidence is there about the use of seclusion or containment for patients presenting with suicidal behaviours at emergency departments, tertiary mental health services or inpatient units? NZHTA Report 2002.

Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.

Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994;308:1227-1233.

Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2005;34:433-442.

Guo B, Scott A, Bowker S. Suicide prevention strategies: evidence from systematic reviews. 2003. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR).

Hall K. Suicide prevention topic 11: What is the effectiveness of day care versus outpatient care versus community care for suicidal patients? NZHTA Report 2002.

Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art. No.: CD001764.

- Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis* 2004; 25:108-117.
- Johnstone P, Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *BMJ* 1999;318:1387-1390.
- Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide Life-Threat Behav* 1997;27:304-310.
- Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *Can J Psychiatry* 2005;50:490-496.
- Macgowan MJ. Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research. *Res Soc Work Pract* 2004;14:147-162.
- MacLeod AK. Suicide and parasuicide. *Br J Clin Psychol* 1995;34:481-482.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA* 2005; 294:2064-2074.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-75.
- Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R. Where schizophrenic patients commit suicide: A review of suicide among inpatients and former inpatients. *Int J Psychiatry Med* 2005;35:171-190.
- Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health teams management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001;178:497-502.
- Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life-Threat Behav* 2005;35:365-387.
- Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998; Issue 4. Art. No.: CD000270.
- University of York.NHS Centre for Reviews and Dissemination. Deliberate self-harm. *Effective Health Care* 1998; 4:1-12.
- Van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:43-50.