

Selv mord og villet egenskade blant innvandrerbefolkningen i Norge: innsikt basert på norske registre

Ping Qin (Prosjektleder), Sadia Syeda, Lars Mehlum

Rapport utarbeidet av
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)
for
Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)



UNIVERSITETET
I OSLO



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Sammendrag	2
1. Bakgrunn	3
1.1 Innvandring i historisk perspektiv	3
1.2 Innvandring og psykisk helse	3
1.3 Selvmordsproblematikk hos innvandrere	4
1.4 Bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere.....	5
2. Problemstilling og formål med prosjektet	5
3. Metode	6
3.1 Populasjon	6
3.2 Datakilder og variabler	6
3.3 Statistiske analyser	7
3.4 Etisk godkjenning av medisinsk og helsefaglig forskning	7
4. Hovedfunn	8
4.1 Rater for selvmord og forekomst av villet egenskade etter innvandrerkategori.....	8
4.2 Relativ risiko for selvmord og villet egenskade blant befolkning med innvandrerbakgrunn.....	8
4.3 Relativ risiko for selvmord og villet egenskade etter innvandringsgrunn og landbakgrunn.....	9
4.4 Villet egenskade i aldersgruppen yngre enn 40 år	9
4.5 Kontakt med psykiske helsetjenester før og etter villet egenskade i aldersgruppen yngre enn 40 år	10
4.6 Kontakt med psykisk helsevern etter innvandringsgrunn og verdensdel	10
4.7 Alders- og kjønnsfordeling og bruk av psykiske helsetjenester i aldersgruppen yngre enn 40 år...	11
5. Oppsummering og implikasjoner	11
Referanser	13
Figurer og tabeller	15

SAMMENDRAG

Rapporten er basert på prosjektet *Selv mord og villet egenskade blant innvandrerbefolkningen i Norge: innsikt basert på norske registre*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) ga Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i oppdrag å utarbeide en kunnskapsoversikt over selvmordsproblematikk blant innvandrerbefolkningen i Norge. Bakgrunnen for prosjektet er forankret i tiltak i *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025* som understreker behovet for økt kunnskap om selvmordsatferd og selvmordsforebygging i innvandrerbefolkningen i Norge. Denne rapporten kartlegger omfanget av problemet og oppsummerer forskningsfunn i våre studier av forholdet mellom risiko for selvmord og villet egenskade og bruk av psykiske helsetjenester før og etter en episode med villet egenskade blant ulike innvandrergrupper sammenlignet med etnisk norske.

Prosjektet bygger på nasjonale data hentet fra Det sentrale folkeregister, Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Forløpsdatabasen Trygd (FD-Trygd) ved Statistisk Sentralbyrå (SSB), sammenkoblet på individnivå og anonymisert for hver enkelt person. Studiepopulasjonen omfatter alle personer som døde av selvmord i løpet av perioden 1992–2018, og alle personer som oppsøkte sykehustjenester for behandling av villet egenskade i perioden 2008–2018, gruppert etter innvandringsbakgrunn. Prosjektet er utført gjennom to ulike studier i perioden fra mai 2021 til april 2022.

Analysene våre viser at sammenlignet med innfødt norske, hadde innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (dvs. første- og andregenerasjonsinnvandrere) generelt lavere forekomst av både selvmord og villet egenskade, mens personer som var født i utlandet med én eller to norskfødte foreldre, hadde relativt høyere rater. Blant førstegenerasjonsinnvandrere varierte risikoen for selvmord og villet egenskade til en viss grad med fødeland, men risikoen varierte også betydelig avhengig av innvandringsgrunn. Risikoen for selvmord og villet egenskade var lavest blant innvandrere som kom til Norge på grunn av arbeid eller utdanning. Personer som var født i Afghanistan, Iran, Sør-Korea og Colombia, og spesielt unge mennesker, hadde høyest risiko for villet egenskade og selvmord sammenlignet med innfødte i samme aldersgruppe.

Analyser av hvorvidt unge som hadde mottatt sykehusbehandling etter villet egenskade også hadde brukt psykiske helsetjenester, viste at 58 % av disse unge menneskene hadde hatt kontakt med psykisk helsevern før episoden med villet egenskade, mens 81 % hadde slik kontakt i etterkant av episoden. Sammenlignet med unge etnisk norske pasienter hadde første- og andregenerasjonsinnvandrere en statistisk signifikant redusert sannsynlighet for kontakt med psykisk helsevern både før og etter behandlingskontakt for villet egenskade. De som var født i utlandet med én eller to norskfødte foreldre, hadde litt større sannsynlighet for å ha kontaktet psykisk helsevern før villet egenskade.

Disse funnene bidrar til vår kunnskap om villet egenskade og selvmord i innvandrerbefolkningen i Norge, kunnskap som er særlig viktig for beslutningstakere, helsepersonell, sosialarbeidere og medarbeidere i frivillige organisasjoner som iverksetter intervensjoner og forbyggende tiltak for styrket psykisk helse og velvære blant innvandrerbefolkningen. Rapporten kan også være nyttig for politikere, ansatte ved utdanningsinstitusjoner, forskere og allmenheten.

1. BAKGRUNN

1.1 INNVANDRING I HISTORISK PERSPEKTIV

I de siste tiårene har verden sett en kraftig vekst i internasjonal migrasjon, med en betydelig øking fra 173 millioner personer i 2000 til 281 millioner personer i 2020 [1]. Ifølge statistikk publisert av FNs høykommissær for flyktninger var 82,4 millioner mennesker tvangsfordrevet over hele kloden ved slutten av 2020, inkludert 4,1 millioner asylsøkere og 26,4 millioner flyktninger [2]. FNs internasjonale migrasjonsrapport i 2020 viser at nesten to tredjedeler av alle internasjonale migranter bor i høyinntektsland, 31 % i mellominntektsland og rundt 4 % i lavinntektsland [1]. Økonomisk induisert migrasjon på grunn av demografisk ubalanse eller tvangsflytting drevet av politiske og/eller sosiale konflikter er de viktigste årsakene til økt mobilitet over landegrensene. En viktig migrantgruppe er flyktninger, som ifølge FNs flyktningkonvensjon defineres som en personen som har rømt fra sitt opprinnelsesland av ideologiske, religiøse eller politiske årsaker og ikke er i stand til, eller ønsker, å returnere tilbake på grunn av frykt for forfølgelse eller tortur [3]. De fleste innvandrere er imidlertid dem som har valgt å migrere på jakt etter bedre sosioøkonomiske levekår, men uten risiko for forfølgelse [4, 5]. Den felles risikofaktoren for begge gruppene er gjenbosetting i ukjente miljøer. Migrasjon forandrer individets sosiale identitet, levekår, familie og støttesystem. Omfanget av stress som oppleves av innvandrere, er komplekst å tolke på grunn av samspillet mellom ulike psykologiske, samfunnsmessige, økonomiske, politiske og individuelle personlighetsfaktorer [6].

I de siste tiårene har innvandrerbefolkningen i Norge økt mye på same måte som i andre land i Norden og i utviklede land som USA og Storbritannia [7]. Antallet innvandrere har økt gradvis fra 1,5 % av den nasjonale befolkningen på begynnelsen av 1970-tallet til 18,5 % i januar 2021 [8]. Innvandringen til Norge før innvandringsstoppen, innført i 1975, besto for det meste av arbeidsinnvandrere. Flyktninger fra Chile, Vietnam, Iran og Sri Lanka ankom på slutten av 70- og 80-tallet, det tidligere Jugoslavia på 1990-tallet og mellom 2006–2012 kom innvandrerne i stor grad fra fire land: Afghanistan, Eritrea, Irak og Somalia. I de siste tiårene har over halvparten av arbeidsinnvandrerne kommet fra Vest-Europa og Østeuropeiske EU-land [9, 10]. Innvandrere i Norge er ulike med hensyn til grunn for innvandring og oppholdstid.

1.2 INNVANDRING OG PSYKISK HELSE

Ifølge Hobfolls «Conservation of Resources»-teori (COR) er det naturlig for oss mennesker å legge til rette for et liv med forutsigbarhet og kontroll. Teorien legger til grunn at vi gjennom livet jobber for å styrke vår egen psyke og vår sosiale og økonomiske kapital for å være best mulig forberedt på livets utfordringer [11]. Innvandrere, som opplever et brått tap av verdsette ressurser og autonomi ved overgangen til ny kultur, opplever vanskelige sosioøkonomiske omstendigheter ved ankomst og kanskje også bærer med seg traumatiske pre-migrasjonsopplevelser, kan være i fare for å utvikle psykiske helseproblemer og muligens økt risiko for selvmord. Forskning har anerkjent den såkalte «healthy migrant»-effekten, som innebærer at migranter ved ankomst og en tid etter ankomst kan ha en helsefordel fordi de representerer en positivt selektert gruppe av relativt friskere, sterkere og mer motstandsdyktige personer som valgte å migrere og som klarte å gjennomføre migrasjonsprosjektet. Men også andre faktorer spiller inn og påvirker over tid [12]. Den sosiokulturelle kapitalen innvandrere bringer med seg kan forandre seg over tid da de må tilpasse seg ulike krav fra hjemkulturen og

kulturen i vertslandet. En slik dynamisk og kompleks akkulturasjonsprosess på makro- og mikronivå har over tid betydning for det psykologiske velværet hos innvandrere.

Tidligere studier har identifisert migrantstatus som en predisponerende faktor for psykiske lidelser. En nylig publisert systematisk oversikt og metaanalyse fant globalt høyere prevalens av angstlidelser og PTSD blant innvandrere sammenlignet med øvrig befolkning [13].

Oppsummeringsartikler viser også at 13 av 21 studier fra ulike land i verden rapporterte at det var høyere risiko for psykiske lidelser blant innvandrere sammenlignet med den innfødte befolkningen [14] og at blant arbeidsinnvandrere og flyktninger var det høy risiko for depresjon og angstlidelser, men at risikoen også varierte mellom ulike innvandrer kategorier [15]. En studie av 7000 flyktninger gjenbosatt i Europa viste at flyktningene hadde 10 ganger økt sannsynlighet for å utvikle alvorlige psykiske problemer [16]. Den norske Levekårsundersøkelsen fra 2016 og en litteraturgjennomgang av studier publisert mellom 2009–2017 i Norge viste at innvandrerbefolkningen hadde økt prevalens av psykiske problemer når en sammenliknet med majoritetspopulasjonen, men raten varierte etter personlig sosiodemografisk status [17, 18].

1.3 SELVMORDSPROBLEMATIKK HOS INNVANDRERE

Ifølge Durkheim er hvert enkelt individ en del av et kollektivt samfunnssystem, og individuell selvmordstilbøyelighet øker når det er ubalanse i sosiale krefter og mangel på sosial og moralsk integrasjon i samfunnet [19, 20]. Innvandreres opplevelser som ensomhet, marginalisering, identitetskrise og akkulturasjons- og integreringsproblemer kan sette dem i fare for å utvikle selvmordsatferd.

Under det brede paraplybegrepet 'selvmordsatferd' kan villet egenskade forstås som det å påføre seg selv skade med hensikt uavhengig av suicidal intensjon [21, 22]. Etter denne definisjonen inkluderer villet egenskade både selvmordsforsøk og selvskading i former for selvpåført skade og forgiftning. I data fra europeiske multisenterstudier finner man at 27 av 56 innvandrergrupper hadde høyere selvmordsforsøksrater og bare 4 hadde lavere rater enn majoritetspopulasjoner. Noen av funnene peker på en positiv korrelasjon mellom innvandreres forekomst av villet egenskade og selvmordsrater i vertslandet sammenlignet med tilsvarende i opprinnelseslandet [23]. En oversiktsartikkel fra Storbritannia viser høyere rater for villet egenskade blant ikke-europeiske innvandrerkvinner, mens den viser lavere rater blant innvandrer menn sammenlignet med majoritetspopulasjon [24].

Internasjonal forskning på forekomst av selvmord blant innvandrere har vist inkonsistente funn [25, 26]. En oversiktsartikkel om selvmord blant innvandrere i Europa viser at innvandrere fra opprinnelsesland hvor selvmordsrisikoen var høy, hadde høyere selvmordsrater i forhold til grupper uten migrasjonsbakgrunn [27]. Funn fra Sverige [28] og internasjonale metaanalyser [29] støtter antagelser om genetiske risikofaktorer for selvmord. Norske studier på selvmord blant innvandrerbefolkning har vist lavere rater for selvmord blant første- og andregenerasjonsinnvandrere sammenliknet med tilsvarende grupper av etnisk norske, men høyere rater blant personer som har blandet norsk- og innvandrerbakgrunn. Studiene viser også at selvmordsrisikoen varierer etter innvandrerundergrupper, deres botid i Norge og sosioøkonomiske faktorer sammenliknet med etnisk norske [30-32]. Selv om forholdet mellom immigrasjon og selvmord og villet egenskade har vært forsket på i ulike samfunn, har man fortsatt utilstrekkelig kunnskap om selvmordsatferd som kan oppstå ved immigrasjon. Det trengs mer forskning for detaljert innsikt.

1.4 BRUK AV PSYKISKE HELSETJENESTER BLANT INNVANDRERE

Innvandrerers bruk av psykiske helsetjenester kan i stor grad være styrt av strukturelle barrierer, deres hjelpesøkende kompetanse samt med tidligere hjelpesøkende atferd. I Norge står psykisk helsevern for en femtedel av de totale helsekostnadene, med høyest bruk per innbygger blant ungdom og unge voksne [33]. Villet egenskade er blant unge en vanlig årsak til kontakt med psykisk helsevern [34], men studiene mangler data for gruppen innvandrere.

Forskning viser at majoriteten av dem som tar livet sitt, har vært i kontakt med psykisk helsevern i forkant av selvmordet. En systematisk oversiktsartikkel basert på 44 studier viser at gjennomsnittlig 31 % av selvmordsofre hadde hatt kontakt med psykiske helsetjenester i de siste 12 månedene før de tok liv sin [35]. Internasjonal forskning på ulikheter i bruk av psykiske helsetjenester mellom innvandrere og den øvrige befolkningen har vist lavere bruk av slike tjenester blant innvandrere – til tross for høyere forekomst av psykiske helseproblemer i denne gruppen [36]. En svensk studie viser at en lavere andel flyktninger og ikke-flyktningsmigranter med selvmordsforsøk brukte spesialisert helsehjelp på grunn av psykiske lidelser sammenliknet med svenskfødte med selvmordsforsøk [37]. En norsk studie peker på at bruk av primærhelsetjenester for psykiske lidelser for kvinner fra Pakistan og Irak kan være tegn på opplevde barrierer [38]. Ulike mønstre etter alder, kjønn, etnisk opprinnelse og kontekst for innvandring har også blitt forsket på [39], men ingen studie, så vidt vi vet, har undersøkt bruk av psykiske helsetjenester før og etter sykehusbehandlet villet egenskade blant ungdommer og unge voksne i henhold til deres innvandrerbakgrunn.

2. PROBLEMSTILLING OG FORMÅL MED PROSJEKTET

Norge har opplevd store demografiske endringer de siste tiårene på grunn av innvandring. I *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025* er det fastsatt en nullvisjon for selvmord i samfunnet. For å kunne virkeliggjøre en slik visjon er det behov for mer kunnskap om selvmordsatferd i ulike deler av befolkningen. Blant annet har man ønsket å styrke kunnskapen om selvmordsatferd, årsaker til selvmord og forebygging av selvmord i innvandrerbefolkningen. Dette prosjektet er en direkte konsekvens av denne målsettingen og har derfor som formål å utvide vår forståelse av selvmord hos personer med innvandrerbakgrunn ved å kartlegge omfanget av risikofaktorer og bruken av psykiske helsetjenester før og etter sykehusbehandling for en episode med villet egenskade blant ulike innvandrerundergrupper sammenliknet med etnisk norske.

Vi har gjennomført to studier der vi har forsøkt å besvare følgende spesifikke spørsmål:

- Hva er forskjellene i selvmordsdødelighet og insidensrate for villet egenskade blant innbyggere med og uten innvandrerbakgrunn i Norge?
- Hvilke forskjeller er det i risikoen for selvmord og villet egenskade mellom grupper med ulik innvandrerkategori?
- Hvordan varierer risikoen for selvmord blant dem som er født i utlandet med spesifikke fødeland og innvandringsgrunner?
- Hvor stor andel unge pasienter som hadde mottatt sykehusbehandling for villet egenskade hadde kontaktet psykiske helsetjenester før episoden med villet egenskade?

- Hvor stor andel unge pasienter som hadde mottatt sykehusbehandling for villet egenskade hadde kontaktet psykiske helsetjenester etter behandling for villet egenskade?
- Er det ulikheter mellom unge etnisk norske og unge innvandrere når det gjelder kontakt med psykiske helsetjenester før og etter villet egenskade?

3. METODE

3.1 POPULASJON

Prosjektet er basert på hele landets befolkning. I studien om forekomst av villet egenskade og selvmord omfattet studiepopulasjonene alle personer som døde av selvmord i løpet av perioden 1992–2018 samt alle personer som oppsøkte sykehustjenester for behandling av villet egenskade i 2008–2018 – gruppert etter innvandrerbakgrunn.

I studien om bruk av psykiske helsetjenester før og etter en villet egenskade, valgte vi å fokusere på ungdommer og unge voksne under 40 år. Begrunnelsen for å studere denne aldersgruppen er at det er særlig høy forekomst av villet egenskade i denne aldersgruppen.

Undersøkelsen bygger på nasjonale data hentet fra norske longitudinelle registre, det vil si Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, FD-Trygd databasen og Norsk pasientregister (NPR). Fødselsnummeret, som er unikt for alle norske innbyggere, gjør det mulig å koble sammen informasjon på individnivå på tvers av disse registrene. Alle variabler av interesse ble trukket ut fra registrene på datoen for selvmord og datoen for indeksepisode av villet egenskade.

3.2 DATAKILDER OG VARIABLER

Folkeregisteret, etablert i 1964, inneholder fødselsnummer, foreldrenes fødselsnummer og demografisk informasjon som kjønn, fødselsdato, bosted og innvandringsbakgrunn. I henhold til Statistisk sentralbyrås definisjon av personer etter innvandringsbakgrunn ble følgende informasjon hentet:

- Innvandrerkategori: (1) Etnisk norske (norskfødte med to norskfødte foreldre), (2) innvandrere eller førstegenerasjonsinnvandrere (utenlandsfødte med to utenlandsfødte foreldre), (3) andregenerasjons innvandrere (norskfødte med to utenlandsfødte foreldre), (4) norskfødte med én utenlandsfødt forelder, (5) utenlandsfødte med én norskfødt forelder, (6) utenlandsfødte med to norskfødte foreldre (utenlandsadopterte inkludert i gruppen)
- Innvandringsgrunn: Arbeid, familie, flukt, utdanning, annet, uoppgitt
- Fødeland og tilhørende verdensdel: Vest-Europa, Øst-Europa, Nord-Amerika, Afrika, Asia og andre land

Norske pasientregisteret (NFR) inneholder administrativ og helsemessig informasjon om all statlig finansiert spesialisthelsetjeneste (somatisk, psykiatrisk og behandling av ruslidelser) samt privatpraktiserende spesialister/tjenester og institusjoner som er under kontrakt med regionale helsemyndigheter. Registeret ble etablert i 1997 og informasjon på individuelt nivå ble tilgjengelig fra 2008. Diagnosekodene som brukes er i tråd med Norsk utgave av den 10. versjonen av WHO's sykdomsklassifisering ICD (International Classification of Diseases). Fra NPR ekstraherte vi informasjon om villet egenskade behandlet på somatiske sykehus og pasientkontakter med spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rus fra 2008. Siden villet

egenskade systematisk underrapporteres i NPR, har vi benyttet en datadrevet diagnostikkalgoritme til å identifisere episoder av villet egenskade (for detaljer om denne prosedyren, se Qin & Mehlum (2020) [40]).

Dødsårsaksregisteret inneholder administrative opplysninger om dødsårsak og dødsdato om personer som oppholdt seg i Norge på dødstidspunktet samt personer registrert som bosatt i Norge, men som døde i utlandet. Informasjonen er datastyrt og tilgjengelig fra 1969. Analyseperioden for prosjektet var 1992–2018. Selvmord i registeret er kodet med X60-X84 og Y87.0 i henhold til ICD-10.

FD-Trygd databasen, etablert i 1992 og administrert av Statistisk sentralbyrå (SSB), inneholder personlig sosioøkonomisk informasjon om alle innbyggere som er registrert i Folkeregisteret. De sosioøkonomiske dataene vi har inkludert er sivilstand (gift, ugift, separert, skilt, enke eller ukjent sivilstand), utdanning (barneskole, videregående, høyskole eller ukjent), inntektskvartiler (1. kvartil som lavest og 4. kvartil som høyest, i henhold til årlig kjønns- og aldersspesifikt inntektsnivå) og bostedsregion (Østlandet, Vestlandet, Sør-Norge, Midt-Norge eller Nord-Norge).

3.3 STATISTISKE ANALYSER

I den første studien er selvmordsdødelighet og forekomst av villet egenskade for den aktuelle studieperioden, beregnet som antall per 100 000 innbyggere ved bruk av årlig populasjon fordelt etter innvandrerbakgrunn, tilgjengelig fra Statistisk sentralbyrås nettside. Risikoen for selvmord og selvskading knyttet til innvandreres bakgrunnsvariabler ble estimert ved å bruke betinget logistisk regresjon. Alle tilfeller av selvmord (1992–2018) og villet egenskade (2008–2018) ble sammenlignet med en kontrollgruppe som ble valgt tilfeldig fra den nasjonale befolkningen og matchet på kjønn og alder gjennom et «nested case-control»-design.

I den andre studien ble deskriptiv analyse brukt for å profilere ulikheter i bruk av psykiske helsetjenester mellom personer med og uten innvandrerbakgrunn. Forskjeller i baseline sosiodemografiske og kliniske variabler blant grupper ble testet ved bruk av kji-kvadrat-test. Logistisk regresjon ble brukt til å estimere assosiasjonen mellom innvandrerstatus og sannsynligheten for å ha hatt kontakt med psykisk helsevern før og etter sykehusbehandling for villet egenskade. Signifikansnivået ble satt til 5 % ($p < 0,05$).

3.4 ETISK GODKJENNING AV MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNING

Prosjektet er del av et stort pågående prosjekt med registerbaserte studier om selvmord og villet egenskade, ledet av professor Ping Qin, og var derfor omfattet av godkjenningene fra REK sør-øst, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet (DÅR), Helsedirektoratet (NPR) og Personvernkonsekvensvurdering (DPIA) ved Universitetet i Oslo (UiO).

4. HOVEDFUNN

4.1 RATER FOR SELVMORD OG FOREKOMST AV VILLET EGENSKADE ETTER INNVANDRERKATEGORI

Totalt 15 016 mennesker døde av selvmord i perioden 1992–2018 i Norge. Av disse var 13 270 (88,4 %) etnisk norske og 1 746 (11,6 %) hadde innvandrerbakgrunn, fordelt på følgende undergrupper: 926 førstegenerasjonsinnvandrere, 57 andregenerasjonsinnvandrere, 101 utenlandsfødte med én norskfødt forelder, 515 norskfødte med én utenlandsfødt forelder, og 147 utenlandsfødte med to norskfødte foreldre (Tabell 1.1). Selvmordsdødeligheten var høyest blant personer født i utlandet med to norskfødte foreldre (gjennomsnittlig rate: 19,4/100 000). Selvmordsraten var lavest blant andregenerasjonsinnvandrere (gjennomsnittlig rate: 3,1/100,000), etterfulgt av førstegenerasjonsinnvandrere (gjennomsnittlig rate: 9,4/100,000), i begge tilfeller betydelig lavere enn den etnisk norske befolkningen.

Totalt ble 69 569 episoder av villet egenskade identifisert fra Norsk pasientregister for perioden 2008–2018, hvorav 58 575 (82,1 %) var utført av etnisk norske og 10 984 (17,9 %) av personer med innvandrerbakgrunn (Tabell 1.1). Insidensraten for villet egenskade var høyest blant personer født i utlandet med to norskfødte foreldre (gjennomsnittlig rate: 280,9/100 000), noe som var over dobbelt så høyt som for den etnisk norske befolkningen (gjennomsnittlig rate: 130,8/100 000). Forekomsten av villet egenskade var lavest blant andregenerasjonsinnvandrere (gjennomsnittlig rate: 58,1/100,000), etterfulgt av førstegenerasjonsinnvandrere (gjennomsnittlig rate: 89,1/100,000), i begge tilfeller betydelig lavere enn den etnisk norske befolkningen.

Figur 1.1 viser årlige rater for selvmord (1992–2018) og villet egenskade (2008–2018) per 100 000 innbyggere – fordelt etter innvandrerbakgrunn. Selvmordstallene var stabile gjennom perioden for den etnisk norske befolkningen og første- og andregenerasjonsinnvandrere, mens det var en betydelig variasjon fra år til år for befolkningen med blandet innvandrerbakgrunn på grunn av den begrensede størrelsen på denne gruppen. Man kan særskilt legge merke til like mønstre av ustabile rater gjennom perioden for forekomst av villet egenskade blant utenlandsfødte med to norskfødte foreldre sammenlignet med rater i andre kategorier.

4.2 RELATIV RISIKO FOR SELVMORD OG VILLET EGENSKADE BLANT BEFOLKNING MED INNVANDRERBAKGRUNN

Sammenlignet med etnisk norske hadde første- og andregenerasjonsinnvandrere en signifikant lavere risiko for selvmord, omkring 50 % lavere risiko enn etnisk norske. Men risikoen var 1,5 ganger høyere blant individer som var født i utlandet med to norskfødte foreldre (HR=1,50, 95%KI 1,27–1,78) og 1,2 ganger høyere blant dem som var norskfødte med en utenlandsfødt forelder (HR=1,20 95%KI 1,09–1,31). Analyser viste nesten like tall etter justering for sosioøkonomiske variabler (Tabell 1.2). Analyse av risiko for villet egenskade viste lignende resultater som for selvmord, men det var i mindre grad estimert redusert risiko blant første- og andregenerasjonsinnvandrere.

Analyser av dataene stratifisert etter kjønn viste lignende risikomønstre for menn og kvinner, en betydelig redusert risiko for første- og andregenerasjonsinnvandrere og en signifikant økt risiko for dem som var født i utlandet med to norskfødte foreldre. Men den reduserte risikoen hos første- og andregenerasjonsinnvandrere så ut til å være mer fremtredende for menn enn for

kvinner, mens den økte risikoen hos dem født i utlandet med to norske foreldre var større for kvinner enn for menn (Tabell 1.3).

4.3 RELATIV RISIKO FOR SELVMORD OG VILLET EGENSKADE ETTER INNVANDRINGSGRUNN OG LANDBAKGRUNN

Våre analyser for førstegenerasjonsinnvandrere viste at risikoene for selvmord og villet egenskade varierte etter innvandringsgrunn. Innvandrere som kom til Norge på grunn av utdanning, hadde lavest risiko for selvmord og villet egenskade etterfulgt av arbeidsinnvandrere. I likhet med gruppene av dem som innvandret til Norge på grunn av arbeid eller utdanning, var risikoen for selvmord for gruppen familieinnvandrere lavere enn for den etnisk norske befolkningen. Samtidig var den betydelig høyere enn for gruppene arbeids- og utdanningsinnvandrere. Blant innvandrere som kom til Norge som flyktninger, var selvmordsrisikoen veldig lik den for arbeidsinnvandrere, men relativ risiko for villet egenskade var betydelig høyere.

Førstegenerasjonsinnvandrere fra alle verdensdeler hadde lav risiko for selvmord og villet egenskade, men med stor variasjon etter undergrupper (Tabell 1.2). Da vi så nærmere på forskjeller i risiko etter opprinnelsesland og innvandringsgrunn fant vi at arbeidsinnvandrere fra Polen, Litauen, Tyskland og Storbritannia hadde meget lav risiko for både villet egenskade og selvmord. Familieinnvandrere fra Somalia, Afghanistan, Irak, Iran og Brasil hadde en signifikant økt risiko for villet egenskade, men da vi kontrollerte for viktige sosioøkonomiske variabler, fant vi at innvandrere fra Iran var den eneste gruppen med signifikant økt risiko for villet egenskade (HR=1,33, 95% KI 1,01–1,74). Familieinnvandrere fra Polen, Litauen, Tyrkia og Thailand hadde betydelig lavere risiko for villet egenskade, men i mindre grad enn arbeidsinnvandrere fra samme land (Tabell 1.4). Selvmordsrisikoen for flyktninger var generelt lav – lavest for flyktninger fra Somalia (HR=0,15 95% KI 0,08–0,29) og Irak (HR=0,22, 95% KI 0,12–0,39). Flyktninger fra Iran (HR=1,36, KI 1,14–1,61) og Afghanistan (HR=1,34, KI 1,14–1,57), kontrollert for sosioøkonomisk status, hadde en signifikant høyere risiko for villet egenskade. Ytterligere analyser som stratifiserte dataene etter aldersgrupper, viste at den reduserte risikoen for villet egenskade blant familieinnvandrere og flyktninger fra de fleste land var mindre fremtredende hos innvandrere under 40 år enn hos de eldre innvandrerne og at den økte risikoen for villet egenskade blant familieinnvandrere eller flytninger fra Afghanistan, Sri Lanka, Irak og Iran var begrenset til de unge innvandrerne (Tabell 1.5).

Blant gruppen som var utenlandsfødte med to norskfødte foreldre, hadde gruppen fra Colombia betydelig økt risiko for villet egenskade (HR=2,69, 95% KI 2,22–3,27) fulgt av personer fra Sør-Korea (HR=1,36, 96% KI 1,11–1,68). Risikoen for selvmord var høyest blant personer som var født i Sør-Korea (HR=2,75, 95% KI 2,01–3,78) fulgt av personer som var født i Colombia (HR=1,75, 95% KI 0,99–3,08). Personene fra disse to landene er sannsynligvis adoptert til Norge.

4.4 VILLET EGENSKADE I ALDERSGRUPPEN YNGRE ENN 40 ÅR

Det var totalt 39 922 episoder av villet egenskade fordelt på 22 644 individer under 40 år. Av disse 22 644 individene var det 24 % som hadde innvandrerbakgrunn. 8 013 av totalt 39 922 episoder (20,1 %) knyttet seg til personer med innvandrerbakgrunn. (Tabell 2.1)

Ved den første sykehusbehandlede episoden for villet egenskade ble det notert psykiatrisk komorbiditet blant 46 % av alle pasienter. Utenlandsfødte pasienter med én eller to norskfødte foreldre skilte seg ut som gruppen med den høyeste andelen personer (50 %) med en komorbid psykiatrisk diagnose. Affektive lidelser (inklusive depresjon) og stress- og angstlidelser var mest vanlig hos førstegenerasjonsinnvandrere, og relativt mange utenlandsfødte innvandrere med én eller to norskfødte foreldre hadde komorbid schizofrenilidelse. Mens en større andel av etnisk norske pasienter hadde en komorbid alkoholmisbruksforstyrrelse, var rusmisbruk mer tydelig hos norskfødte med én utenlandsfødt forelder (Tabell 2.1).

4.5 KONTAKT MED PSYKISKE HELSETJENESTER FØR OG ETTER VILLET EGENSKADE I ALDERSGRUPPEN YNGRE ENN 40 ÅR

Blant personer yngre enn 40 år som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten for villet egenskade, hadde 58,3 % hatt kontakt med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) før indeksepisoden med villet egenskade. Størst sannsynlighet for slik kontakt ble observert hos dem som var født i utlandet med én eller to norskfødte foreldre (66,8 %) etterfulgt av personer med etnisk norsk bakgrunn (61,5%). Første- og andregenerasjonsinnvandrere hadde i noe mindre grad kontakt med psykiske helsetjenester i forkant av villet egenskade episoden – henholdsvis 38,9 % og 41,7 %, (Tabell 2.1).

De fleste personene i kohorten (81,3 %) hadde vært i kontakt med psykisk helsevern etter utskrivning fra somatisk behandling for villet egenskade. Det var i liten grad forskjell mellom personer født i utlandet med én eller to norskfødte foreldre (85,5%), dem som var født i Norge med én utenlandsfødt forelder (84,3 %) og etnisk norske (83,7 %) i andel med slik kontakt. Pasienter som var første- og andregenerasjonsinnvandrere, hadde imidlertid lavere grad av slik kontakt selv om også blant disse hadde flertallet kontakt, henholdsvis 67,2 % og 67,5 % (Tabell 2.1).

I forhold til etnisk norske hadde pasienter i gruppen første- og andregenerasjonsinnvandrere en statistisk lavere sannsynlighet for å ha hatt kontakt med psykisk helsevern både før (OR=0,45, 95% KI 0,41–0,49 for førstegenerasjonsinnvandrere og OR=0,48, 95% KI 0,40–0,57 for andregenerasjonsinnvandrere) og etter somatisk behandling av villet egenskade (OR=0,47, 95% KI: 0,42–0,53 og OR=0,46, 95% KI: 0,38–0,57, hhv). De som var født i utlandet med én eller to norskfødte foreldre, hadde litt større sannsynlighet for å ha hatt kontakt med psykisk helsevern for villet egenskade (OR=1,22, 95% KI: 1,03–1,45) sammenliknet med etnisk norske. De som var født i Norge med én utenlandsfødt forelder, hadde lik sannsynlighet som etnisk norske pasienter (Tabell 2.3).

4.6 KONTAKT MED PSYKISK HELSEVERN ETTER INNVANDRINGSGRUNN OG VERDENSDEL

Samlet sett hadde en stor andel av innvandrerne (61,0 %) ikke hatt noen kontakt med psykiske helsetjenester før indeksepisoden av villet egenskade – spesielt arbeidsinnvandrerne (70,2 %). Blant dem som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern før indeksepisoden, hadde flyktninger (42,0 %) den høyeste andelen (Tabell 2.2). Færre av innvandrerne fra Asia (35,6 %) hadde vært i kontakt med psykisk helsevern enn innvandrerne fra Nord-Amerika (61,9 %), Øst-Europa (43,7 %), Vest-Europa (39,3 %) og Afrika (43,2 %). Kontakten med psykisk helsevern etter behandling for villet egenskade var generelt høy blant alle innvandrer kategorier. Innvandrerne

fra Nord-Amerika hadde igjen den høyeste forekomsten (85,7 %) og innvandrerne fra Asia hadde den laveste (64,0 %).

4.7 ALDERS- OG KJØNNFORDELING OG BRUK AV PSYKISKE HELSETJENESTER I ALDERSGRUPPEN YNGRE ENN 40 ÅR

Som vist i Figur 2.1 og Figur 2.2, hadde aldersgruppen 10–19 år lavest prosentandel personer med kontakt med psykisk helsevern før villet egenskade – med høyere grad av kontakt blant jenter og med variasjoner avhengig av etnisitet. For kvinner i aldersgruppen 20–39 år var kontaktmønstret annerledes for første- og andregenerasjonsinnvandrere, som hadde en lav tendens til kontakt, mens blant dem uten innvandrerbakgrunn og blant norskfødte med én utenlandsfødt forelder var andelen med kontakt høyere enn for menn i samme kategori. Vi fant høyest andel med kontakt før og etter behandling for utenlandsfødte med én eller to norskfødte foreldre i aldersgruppen 20–39 år. Kontakt med psykisk helsevern var hyppigere etter behandling for villet egenskade. Det var generelt større grad av kontakt blant kvinner enn menn i alle aldersgrupper og etnisiteter, med unntak av menn i aldersgruppen 20–29 år av første- og andregenerasjonsinnvandrere som hadde større grad av kontakt enn kvinner i samme gruppe. Kontraktratene etter behandling for villet egenskade økte med økende alder i gruppen første- og andregenerasjonsinnvandrere (Figur 2.3).

5. OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER

Denne rapporten presenterer sentral nøkkelinformasjon om omfanget av selvmordsproblematikk i innvandrerbefolkningen i Norge basert på norske befolkningsdata. Våre funn utdyper det som tidligere forskning på temaet har beskrevet [30-32]. Et hovedfunn fra prosjektet er at det generelt er en relativt lavere selvmordsdødelighet og lavere forekomst av villet egenskade blant første- og andregenerasjonsinnvandrere sammenlignet med den etnisk norske befolkningen. Det er også tendens til relativt lavere bruk av psykisk helsevern før og etter behandling av villet egenskade. Unntak fra dette er individer i gruppen utenlandsfødte med norskfødte foreldre, som viser divergerende mønstre og kan identifiseres som en viktig risikogruppe for villet egenskade og selvmord. Imidlertid er det store variasjoner i risiko i forhold til ulike karakteristika ved undergrupper av innvandrere. Blant førstegenerasjonsinnvandrere varierer risikoen for selvmord og villet egenskade til en viss grad etter fødeland, men innvandringsgrunn har også betydelig innvirkning på den relative risikoen. Risikoen for selvmord og villet egenskade er lavest blant innvandrere som kom til Norge på grunn av arbeid eller utdanning. Risikoen blant familieinnvandrere og flyktninger er 2–3 ganger så høy som hos arbeidsinnvandrere generelt, også når vi ser på innvandrere som kommer fra samme land. Migranter, spesielt unge mennesker som er født i Afghanistan, Iran, Sør-Korea og Colombia, har høyest risiko for villet egenskade og selvmord sammenlignet med norskfødte i samme aldersgruppe.

Disse funnene støtter teorien om «den sunne migrant»-effekten og fremhever også viktigheten av integrering og sosial status i samfunnet. Sammenlignet med arbeidsinnvandrere har familieinnvandrere mindre kontakt med andre, og manglende språkkunnskaper i norsk eller engelsk kan begrense deres mulighet for å kommunisere med lokalbefolkningen og integrere seg. Den reduserte risikoen for villet egenskade og selvmord blant innvandrere er mindre tydelig for unge enn for eldre innvandrere, spesielt for dem som immigrerte til Norge av familiemessige grunner eller som flyktninger samt dem som var adopterte til Norge. Det er mulig at unge

innvandrere i mindre grad er påvirket av kulturelle faktorer fra deres opprinnelige land enn de eldre og mer følsomme for opplevelser av diskriminering og tilbakeslag under prosessen sin med å søke et bedre liv i mottakerlandet. Men våre data kan ikke kaste lys over hva som kan være årsaker til dette, men funnet bør føre til at utviklingen blant unge innvandrere på dette feltet bør følges nøye, både med tanke på nye epidemiologiske undersøkelser av den videre utviklingen av forekomst samt på undersøkelser med andre metoder som kan belyse hvilke forhold som gjør de unge relativt mer utsatt for risiko enn de eldre innvandrerne.

Når det gjelder kontakt med psykisk helsevern blant unge som kom til sykehus for behandling for villet egenskade, har innvandrerpasienter i mindre grad kontakt med psykisk helsevern enn etnisk norske pasienter, både før og etter villet egenskade. Dette kan skyldes mulige barrierer som hindrer tilgang til psykiske helsetjenester, slik som språkvansker, mangel på kunnskap om tilgjengelige tjenester, en annen kulturell forståelse av mental helse eller frykt for stigma forbundet med å ha psykiske helseproblemer. Vår undersøkelse kan ikke svare på hva som kan være årsaker til den lavere hyppigheten i bruk av psykiske helseverntjenester i innvandrerbefolkningen, selv om dette er vel kjent fra tidligere studier [36, 37]. Likevel bør dette forholdet vekke bekymring siden oppfølging fra psykisk helsevern er en svært viktig del av et behandlende og forebyggende helsetjenestetilbud for pasienter i etterkant av villet egenskade.

Norsk forskning på innvandreres psykiske helse og selvmordsproblematikk har hatt fremgang de siste årene, men det er stadig behov for mer kunnskapsforankring om innvandring generelt og særskilte utsatte innvandrergrupper spesielt. Bedre kunnskap om de ulike innvandrergruppene vil bidra til bedre intervensjoner og forebyggende tiltak på individnivå, samfunnsnivå og politisk nivå slik at det kan legges til rette for reduksjon av stressfaktorer knyttet til integrering etter innvandring.

REFERANSER

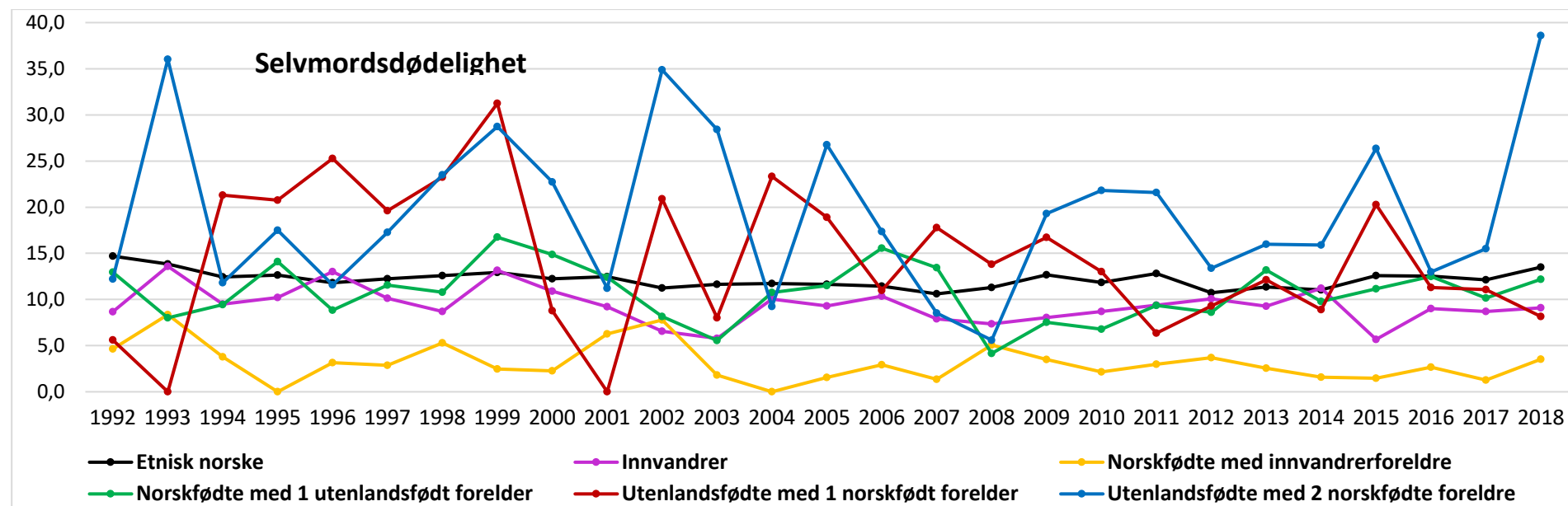
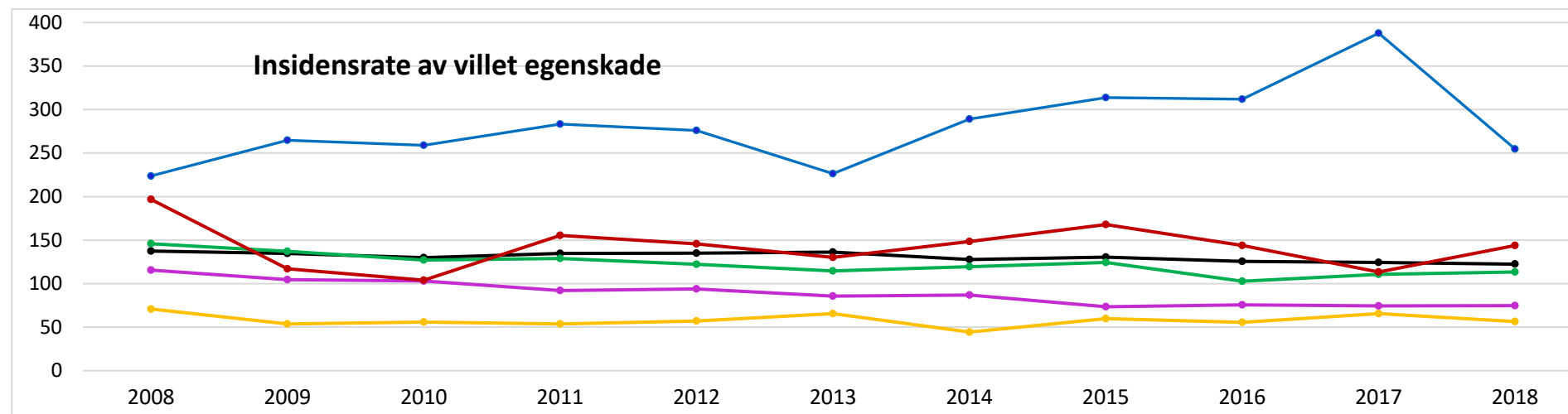
1. United Nations Department of Economics and Social Affairs, *International Migration Highlights*. 2020.
2. UNHCR, *Global Trends: Forced Displacement in 2020*. 2021.
3. UNHCR. *Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees*. 2010; Available from: <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>.
4. United Nations. *Refugees and Migrants*. Available from: <https://refugeesmigrants.un.org/definitions>.
5. International Organization for Migration. *About Migration*. 2009; Available from: <https://www.iom.int/about-iom>.
6. Watters, C., *Emerging paradigms in the mental health care of refugees*. Social science & medicine, 2001. **52**(11): p. 1709-1718.
7. Shier, M.L., S. Engstrom, and J.R. Graham, *International migration and social work: A review of the literature*. Journal of Immigrant & Refugee Studies, 2011. **9**(1): p. 38-56.
8. SSB. *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre*, . 2021; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>.
9. Lofthus, E., *Immigrants in Norway: a summary of findings*. 1998: Statistisk sentralbyrå.
10. Brochmann, G. and K. Kjeldstadli, *A history of immigration: the case of Norway 900-2000*. 2008: Universitetsforlaget.
11. Silove, D., P. Ventevogel, and S. Rees, *The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges*. World psychiatry, 2017. **16**(2): p. 130-139.
12. Kennedy, S., J.T. McDonald, and N. Biddle, *The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries*. 2006.
13. Amiri, S., *Global prevalence of anxiety and PTSD in immigrants: a systematic review and meta-analysis*. neuropsychiatrie, 2022: p. 1-20.
14. Bas-Sarmiento, P., et al., *Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature*. Arch Psychiatr Nurs, 2017. **31**(1): p. 111-121.
15. Lindert, J., et al., *Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis*. Social science & medicine, 2009. **69**(2): p. 246-257.
16. Fazel, M., J. Wheeler, and J. Danesh, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. The Lancet, 2005. **365**(9467): p. 1309-1314.
17. SSB. *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*; Available from: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?ts=15c2f714b48ok.
18. Kale, E. and K. Hjelde, *Mental health challenges of immigrants in Norway*. Norwegian Centre for Migration and Minority Health (NAKMI). Available online at: <http://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/mentalhealth-challenges-of-immigrants-in-norway-NAKMI-rapport-1-2017.pdf> (accessed February 10, 2017), 2017.
19. Durkheim, E., *Suicide: A study in sociology*. 2005: Routledge.
20. Mueller, A.S., et al., *The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention*. Frontiers in psychology, 2021. **12**: p. 621569-621569.
21. Nock, M.K., *Self-injury*. Annual review of clinical psychology, 2010. **6**: p. 339-363.
22. Pattison, E.M. and J. Kahan, *The deliberate self-harm syndrome*. The American journal of psychiatry, 1983.

23. Bursztein Lipsicas, C., et al., *Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. **47**(2): p. 241-51.
24. Bhui, K., K. McKenzie, and F. Rasul, *Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review*. BMC Public Health, 2007. **7**(1): p. 336.
25. Amin, R., et al., *Suicide attempt and suicide in refugees in Sweden - a nationwide population-based cohort study*. Psychol Med, 2021. **51**(2): p. 254-263.
26. Sundaram, V., P. Qin, and L. Zöllner, *Suicide risk among persons with foreign background in Denmark*. Suicide Life Threat Behav, 2006. **36**(4): p. 481-9.
27. Spallek, J., et al., *Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review*. Eur J Public Health, 2015. **25**(1): p. 63-71.
28. Westman, J., et al., *Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden*. Archives of Suicide Research, 2006. **10**(3): p. 239-248.
29. Voracek, M. and L.M. Loibl, *Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis*. Acta Psychiatr Scand, 2008. **118**(4): p. 259-71.
30. Puzo, Q., L. Mehlum, and P. Qin, *Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway: A register-based national study*. J Psychiatr Res, 2018. **100**: p. 99-106.
31. Puzo, Q., L. Mehlum, and P. Qin, *Suicide among immigrant population in Norway: a national register-based study*. Acta Psychiatr Scand, 2017. **135**(6): p. 584-592.
32. Puzo, Q., L. Mehlum, and P. Qin, *Rates and characteristics of suicide by immigration background in Norway*. PLoS One, 2018. **13**(9): p. e0205035.
33. Kalseth, J. and T. Halvorsen, *Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data*. BMC health services research, 2020. **20**: p. 1-14.
34. Suominen, K., et al., *Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters*. Psychological Medicine, 2004. **34**(2): p. 313-321.
35. Stene-Larsen, K. and A. Reneflot, *Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017*. Scandinavian Journal of Public Health, 2019. **47**(1): p. 9-17.
36. Sarría-Santamera, A., et al., *A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations*. Public Health Rev, 2016. **37**: p. 28.
37. Niederkrotenthaler, T., et al., *Previous suicide attempt and subsequent risk of re-attempt and suicide: Are there differences in immigrant subgroups compared to Swedish-born individuals? J Affect Disord*, 2020. **265**: p. 263-271.
38. Straiton, M., A. Reneflot, and E. Diaz, *Immigrants' use of primary health care services for mental health problems*. BMC Health Serv Res, 2014. **14**: p. 341.
39. Abebe, D.S., L. Lien, and J.I. Elstad, *Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2017. **52**(6): p. 679-687.
40. Qin, P. and L. Mehlum, *Deliberate self-harm: Case identification and incidence estimate upon data from national patient registry*. PloS one, 2020. **15**(4): p. e0231885-e0231885.

Tabell 1.1. Insidensrater av villet egenskade og død ved selvmord per 100 000 innbyggere 10 år og over, fordelt på innvandrerkategori

Innvandrerkategori	Villet egenskade 2008-2018			Selvmord 1992-2018		
	Insidens, N	Person-år	Insidensrate (95% KI)	Dødelighet, N	Person-år	Rate (95% KI)
Etnisk norske	58575	44 781 752	130.8 (127.3-134.3)	13270	109 044 622	12.2 (11.8-12.5)
Innvandrere	5508	6 375 826	89.1 (79.5-98.7)	926	10 163 663	9.4 (8.6-10.2)
Norskfødte med innvandrerforeldre	767	1 323 588	58.1 (53.2-62.9)	57	2 033 577	3.1 (2.3-4.0)
Utenlandsfødte med én norskfødt forelder	3042	2 504 597	122.4 (114.2-130.7)	515	4 828 410	10.7 (9.5-11.9)
Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	516	362 993	142.5 (124.8-160.1)	101	723 663	14.3 (11.3-17.4)
Utenlandsfødte med to norskfødte foreldre	1161	412 303	280.9 (250.0-311.9)	147	768 569	19.4 (16.0-22.9)
Total befolkning	69569	55 761 059	125.0 (120.3-129.6)	15016	127 562 504	11.8 (11.4-12.2)

Figur 1.1. Årlig forekomst av villet egenskade (2008–2018) og selvmordsdødelighet (1992–2018) i undergruppebefolkning etter innvandrerbakgrunn, per 100 000 innbyggere



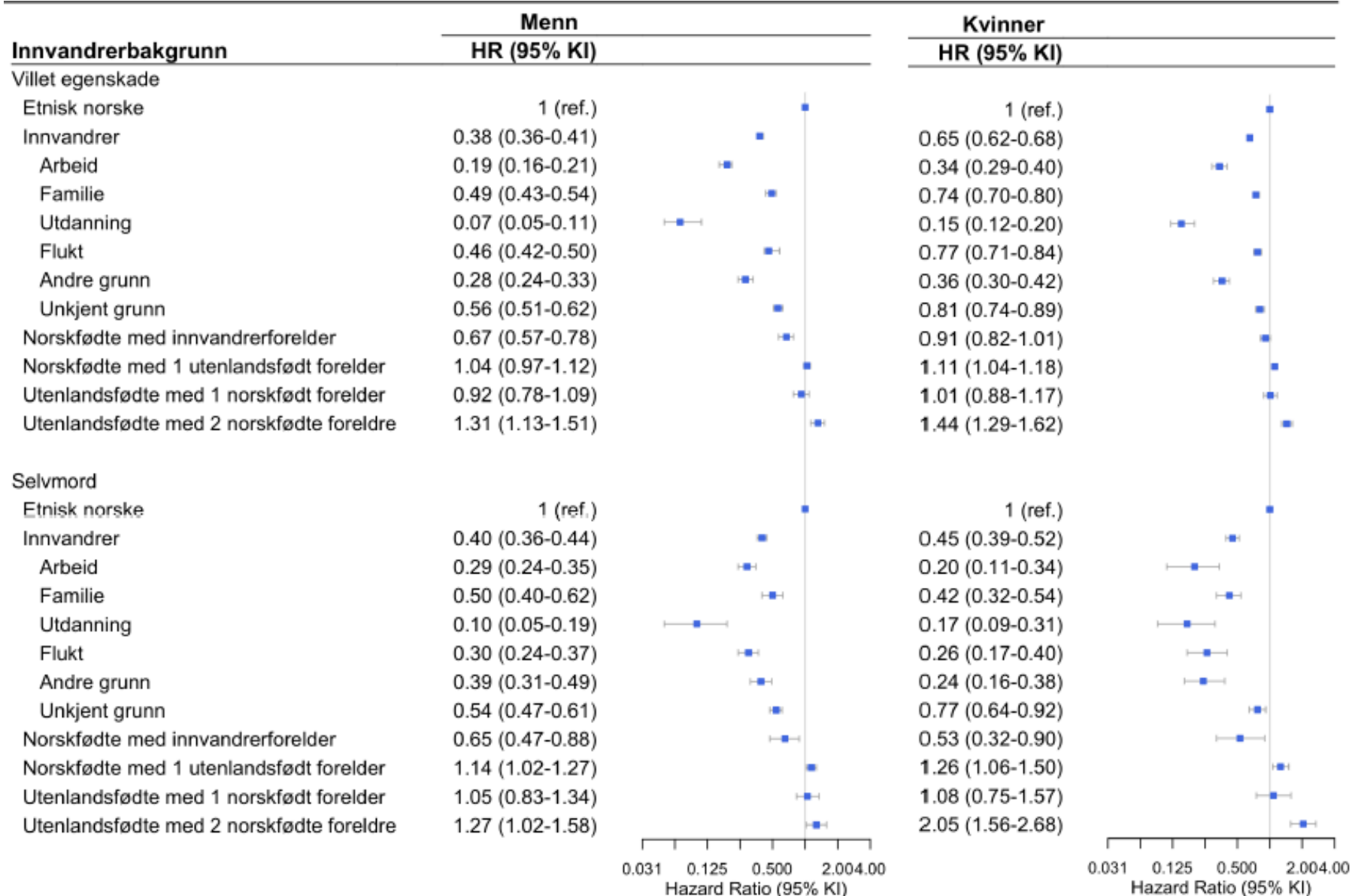
Tabell 1.2. Antall av villet egenskade (n=43 153) og selvmord (n=15 016) og relativ risiko etter innvandrerbakgrunn og innvandringsgrunn sammenlignet med etnisk norske

Innvandrerbakgrunn	Villet egenskade, 2008-2018			Selvmord, 1992-2018		
	Nummer (%)	HR (95% KI), ujustert	HR (95% KI), justert	Nummer (%)	HR (95% KI), ujustert	HR (95% KI), justert
Etnisk norske	35419 (82.1)	1		13270 (88.3)	1	1
Innvandrere	4389 (10.2)	0.49 (0.48-0.51)*	0.52 (0.50-0.54)*	926 (6.2)	0.40 (0.38-0.43)*	0.41 (0.38-0.45)*
Innvandringsgrunn [†]						
Arbeid	470 (1.1)	0.20 (0.19-0.22)*	0.24 (0.22-0.27)*	143 (1.0)	0.24 (0.21-0.29)*	0.28 (0.23-0.33)*
Familie	1465 (3.4)	0.68 (0.65-0.72)*	0.64 (0.61-0.68)*	160 (1.1)	0.46 (0.40-0.54)*	0.46 (0.39-0.54)*
Utdanning	76 (0.2)	0.12 (0.09-0.14)*	0.11 (0.09-0.14)*	19 (0.1)	0.14 (0.09-0.22)*	0.13 (0.08-0.20)*
Flukt	1081 (2.5)	0.76 (0.72-0.81)*	0.61 (0.57-0.65)*	117 (0.8)	0.33 (0.27-0.40)*	0.29 (0.24-0.35)*
Andre grunn	321 (0.7)	0.32 (0.29-0.36)*	0.32 (0.28-0.36)*	104 (0.7)	0.38 (0.31-0.47)*	0.35 (0.28-0.43)*
Ukjent grunn	976 (2.3)	0.66 (0.62-0.70)*	0.68 (0.64-0.73)*	383 (2.5)	0.60 (0.54-0.67)*	0.60 (0.54-0.66)*
Landbakgrunn verdensdel [‡]						
Vest-Europa	1534 (3.5)	0.34 (0.32-0.36)*	0.40 (0.37-0.42)*	521 (3.5)	0.45 (0.41-0.49)*	0.49 (0.44-0.54)*
Øst- Europa	331 (0.8)	0.47 (0.42-0.52)*	0.49 (0.44-0.54)*	58 (0.4)	0.34 (0.26-0.44)*	0.35 (0.27-0.45)*
Nord Amerika	60 (0.1)	0.26 (0.20-0.33)*	0.33 (0.26-0.43)*	33 (0.2)	0.44 (0.31-0.62)*	0.54 (0.38-0.77)*
Afrika	498 (1.2)	0.53 (0.48-0.58)*	0.41 (0.37-0.44)*	74 (0.5)	0.33 (0.26-0.42)*	0.28 (0.22-0.36)*
Asia	1759 (4.1)	0.79 (0.75-0.83)*	0.74 (0.70-0.78)*	195 (1.3)	0.33 (0.29-0.39)*	0.34 (0.29-0.39)*
Andre land	207 (0.5)	0.68 (0.60-0.79)*	0.66 (0.57-0.76)*	45 (0.3)	0.58 (0.43-0.78)*	0.54 (0.40-0.74)*
Norskfødte med innvandrerforeldre	572 (1.3)	0.81 (0.74-0.88)*	0.81 (0.74-0.88)*	57 (0.4)	0.64 (0.49-0.83)*	0.60 (0.46-0.78)*
Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	1898 (4.4)	1.10 (1.05-1.16)*	1.08 (1.03-1.14)*	515 (3.4)	1.19 (1.09-1.30)*	1.17 (1.06-1.28)*
Utenlandsfødte med én norskfødt forelder	349 (0.8)	1.00 (0.90-1.12)	0.95 (0.85-1.05)	101 (0.7)	1.14 (0.93-1.39)	1.05 (0.86-1.29)
Utenlandsfødte med to norskfødte foreldre	526 (1.2)	1.39 (1.27-1.52)*	1.39 (1.27-2.15)*	147 (1.0)	1.50 (1.26-1.77)*	1.51 (1.27-1.78)*

Notat: HR ble justert for kjønn, alder og kalendertid gjennom matching. Justerte HR ble videre justert for sivilstand, utdanning, inntekt og bosted i Norge. Justert analyse for † og ‡ ble utført i separat full modell og med alle andre innvandrerundergrupper inkludert. *: p<0,01.

Tabell 1.3. Kjønnfordeling ved risiko for villet egenskade og selvmord, etter innvandrerkategori og grunn for innvandring

(Notat: HR ble justert for sivilstand, utdanning, inntekt og bosted i Norge, og for alder og kalendertid, gjennom matching.)



Tabell 1.4. Relativ risiko for villet egenskade og død ved selvmord blant innvandrere etter innvandringsgrunn og fødeland

(Etniske nordmenn var generisk referansegruppe for alle estimater av selvmord og villet egenskade)

Etter innvandringsgrunn og fødeland ‡			Ujustert HR (95%KI)		Justert HR (95% KI)	
			Villet egenskade	Selvmord	Villet egenskade	Selvmord
Innvandrere	Arbeid	Polen	0.24 (0.21-0.28)*	0.31 (0.24-0.40)*	0.30 (0.26-0.35)*	0.37 (0.28-0.48)*
		Litauen	0.20 (0.15-0.26)*	0.35 (0.23-0.53)*	0.22 (0.17-0.28)*	0.39 (0.25-0.60)*
		Tyskland	--	0.31 (0.19-0.51)*		0.31 (0.19-0.52)*
		Storbritannia	0.34 (0.25-0.47)*	--	0.44 (0.32-0.60)*	--
		Andre land	0.16 (0.14-0.18)*	0.16 (0.12-0.22)*	0.19 (0.16-0.22)*	0.18 (0.14-0.25)*
	Familie	Polen	0.67 (0.56-0.79)*	0.70 (0.42-1.16)	0.69 (0.59-0.82)*	0.75 (0.45-1.26)
		Litauen	0.54 (0.39-0.77)*	1.09 (0.51-2.33)	0.57 (0.40-0.80)*	1.16 (0.54-2.50)
		Russland	0.79 (0.62-1.00)#	0.82 (0.45-1.50)	0.76 (0.60-0.97)	0.77 (0.42-1.41)
		Tyrkia	0.91 (0.71-1.17)	--	0.71 (0.55-0.91)*	--
		Marokko	0.99 (0.69-1.43)	--	0.73 (0.50-1.06)	--
		Somalia	0.61 (0.49-0.78)*	--	0.44 (0.35-0.56)*	--
		Afghanistan	1.36 (1.04-1.76)#	--	1.28 (0.98-1.67)	--
		Sri Lanka	0.71 (0.49-1.01)	--	0.68 (0.47-0.97)#	--
		Irak	1.38 (1.17-1.64)*	--	1.17 (0.99-1.39)	--
		Iran	1.49 (1.14-1.94)*	--	1.33 (1.01-1.74)#	--
		Pakistan	0.67 (0.52-0.86)*	--	0.64 (0.49-0.82)*	--

	Thailand	1.03 (0.87-1.21)	0.43 (0.22-0.87) [#]	0.79 (0.66-0.93) [*]	0.38 (0.19-0.77) [*]	
	USA	--	0.67 (0.37-1.23)		0.68 (0.37-1.24)	
	Brasil	1.36 (1.02-1.83) [#]	--	1.15 (0.85-1.56)	--	
	Andre land	0.48 (0.44-0.52) [*]	0.40 (0.33-0.49) [*]	0.48 (0.44-0.52) [*]	0.39 (0.32-0.48) [*]	
	Utdanning	0.12 (0.09-0.14) [*]	0.14 (0.09-0.22) [*]	0.11 (0.09-1.14) [*]	0.13 (0.08-0.20) [*]	
	Flukt	Russland	0.69 (0.51-0.94) [#]	--	0.52 (0.38-0.71) [*]	--
		Bosnia Hercegovina	0.49 (0.38-0.63) [*]	0.36 (0.22-0.58) [*]	0.54 (0.42-0.69) [*]	0.34 (0.21-0.57) [*]
		Kosovo	0.43 (0.33-0.56) [*]	0.29 (0.15-0.55) [*]	0.40 (0.30-0.52) [*]	0.28 (0.15-0.54) [*]
		Eritrea	0.41 (0.31-0.55) [*]	0.50 (0.28-0.91) [#]	0.25 (0.19-0.34) [*]	0.38 (0.21-0.69) [*]
		Somalia	0.38 (0.30-0.48) [*]	0.20 (0.10-0.39) [*]	0.24 (0.19-0.30) [*]	0.15 (0.08-0.29) [*]
		Afghanistan	1.49 (1.27-1.74) [*]	0.42 (0.23-0.79) [*]	1.34 (1.14-1.57) [*]	0.43 (0.23-0.80) [*]
		Sri Lanka	1.54 (1.10-2.16) [*]	--	1.37 (0.98-1.94)	--
		Irak	0.93 (0.79-1.08)	0.24 (0.13-0.42) [*]	0.76 (0.65-0.89) [*]	0.22 (0.12-0.39) [*]
		Iran	1.75 (1.48-2.07) [*]	0.81 (0.49-1.33)	1.36 (1.14-1.61) [*]	0.63 (0.38-1.05)
		Syria	1.34 (1.06-1.69) [#]	--	1.21 (0.95-1.54)	--
		Andre land	0.63 (0.55-0.72) [*]	0.29 (0.21-0.41) [*]	0.51 (0.45-0.58) [*]	0.26 (0.19-0.37) [*]
	Uspesifikk grunn	Danmark	0.23 (0.18-0.31) [*]	0.30 (0.19-0.47) [*]	0.23 (0.18-0.31) [*]	0.28 (0.18-0.45) [*]
		Finland	0.31 (0.22-0.44) [*]	0.58 (0.36-0.93) [#]	0.31 (0.22-0.44) [*]	0.52 (0.32-0.84) [*]
		Sverige	0.30 (0.26-0.36) [*]	0.33 (0.24-0.44) [*]	0.30 (0.25-0.35) [*]	0.29 (0.21-0.40) [*]

		Andre land	0.47 (0.38-0.58)*	0.52 (0.35-0.78)*	0.44 (0.35-0.54)*	0.46 (0.31-0.69)*
	Ukjent grunn		0.66 (0.62-0.70)*	0.60 (0.55-0.67)*	0.68 (0.64-0.73)*	0.59 (0.53-0.66)*
Utenlandsfødte med én norskfødt forelder		Danmark	0.97 (0.71-1.34)	1.08 (0.63-1.84)	0.95 (0.69-1.31)	1.03 (0.60-1.76)
		Sverige	1.06 (0.85-1.33)	1.21 (0.79-1.83)	0.99 (0.79-1.24)	1.13 (0.74-1.73)
		Storbritannia	--	1.25 (0.72-2.18)		1.14 (0.65-2.00)
		USA	0.72 (0.51-1.02)	--	0.68 (0.48-0.97)#	--
		Andre land	1.05 (0.91-1.21)	1.11 (0.84-1.47)	0.98 (0.85-1.14)	1.00 (0.76-1.33)
Utenlandsfødte med to norskfødte foreldre		Sverige	1.20 (0.94-1.53)	1.36 (0.90-2.05)	1.21 (0.94-1.55)	1.32 (0.87-2.00)
		Sør Korea	1.42 (1.15-1.75)*	2.97 (2.17-4.07)*	1.36 (1.11-1.68)*	2.75 (2.01-3.78)*
		USA	0.85 (0.61-1.16)	0.89 (0.54-1.46)	1.00 (0.72-1.38)	0.97 (0.59-1.61)
		Colombia	3.26 (2.70-3.94)*	1.97 (1.12-3.47)#	2.69 (2.22-3.27)*	1.75 (0.99-3.08)#
		Andre land	1.18 (1.03-1.36)#	1.21 (0.91-1.61)	1.20 (1.04-1.38)*	1.26 (0.95-1.68)

‡: Landsspesifikke data ble oppført kun for land med 30 eller flere tilfeller av villet egenskade og land med 10 eller flere som døde i selvmord. *: p<0.01; #: p<0.05; --: kategorisert i nærmeste gruppe av andre land grunnet få antall tilfeller. HR ble justert for kjønn, alder og kalendertid gjennom matching. Justerte HR ble videre justert for sivilstand, utdanning, inntekt og bosted i Norge. Gruppene andregenerasjonsinnvandrere og norskfødte med 1 utenlandsfødte foreldre ble inkludert i alle modeller, men ikke presentert i tabellen.

Tabell 1.5. Relativ risiko av villet egenskade og død ved selvmord blant innvandrere etter innvandringsgrunn og fødeland, fordelt på gruppene unge og middelaldrende

Fødeland	10-39 år			40-64 år		
	Arbeid	Familie	Flukt	Arbeid	Familie	Flukt
Villet egenskade						
Polen	0.29 (0.24-0.35)	0.65 (0.53-0.70)		0.27 (0.21-0.34)	0.75 (0.53-1.07)	
Litauen	0.20 (0.15-0.27)	0.56 (0.39-0.81)		0.17 (0.11-0.28)	0.40 (0.15-1.09)	
Storbritannia	0.69 (0.46-1.03)			0.22 (0.13-0.38)		
Russland		0.84 (0.62-1.12)	0.49 (0.34-0.69)		0.49 (0.32-0.76)	0.38 (0.20-0.72)
Bosnia-Hercegovina						0.40 (0.26-0.61)
Tyrkia		0.76 (0.57-1.01)			0.32 (0.17-0.59)	
Kosovo			0.28 (0.19-0.41)			0.48 (0.32-0.71)
Eritea			0.23 (0.18-0.32)			0.09 (0.03-0.24)
Somalia		0.48 (0.38-0.61)	0.24 (0.19-0.31)		0.03 (0.01-0.22)	0.09 (0.05-0.18)
Afghanistan		1.27 (0.97-1.68)	1.31 (1.11-1.55)		0.56 (0.18-1.80)	0.54 (0.30-0.96)
Sri Lanka		0.85 (0.55-1.31)	1.86 (1.24-2.79)		0.47 (0.23-0.95)	0.62 (0.32-1.23)
Irak		1.25 (1.05-1.49)	0.85 (0.71-1.02)		0.12 (0.04-0.37)	0.32 (0.23-0.46)
Iran		1.64 (1.19-2.26)	1.46 (1.18-1.80)		0.61 (0.34-1.11)	0.80 (0.59-1.09)
Pakistan		0.72 (0.55-0.96)			0.30 (0.16-0.59)	
Tailand		0.85 (0.71-1.03)			0.33 (0.22-0.50)	
Selvmord						
Polen	0.27 (0.18-0.40)	0.78 (0.43-1.44)		0.42 (0.29-0.61)	0.57 (0.21-1.56)	
Litauen	0.39 (0.24-0.63)	1.27 (0.59-2.76)		0.21 (0.08-0.55)	--	
Tyskland	0.21 (0.09-0.47)			0.38 (0.20-0.71)		
Bosnia-Hercegovina			0.27 (0.12-0.61)			0.45 (0.24-0.84)
Kosovo			0.17 (0.06-0.46)			0.41 (0.17-0.99)
Eritea			0.27 (0.14-0.56)			0.44 (0.14-1.40)
Somalia			0.14 (0.07-0.30)			0.10 (0.03-0.42)
Afghanistan			0.45 (0.24-0.85)			--
Irak			0.22 (0.11-0.45)			0.16 (0.06-0.42)
Iran			0.28 (0.10-0.75)			0.90 (0.50-1.63)

‡ Bare land med minst én signifikant HR ble oppført. Etniske nordmenn var generisk referansegruppe for alle våre estimer for selvmord og villet egenskade. HR ble justert for kjønn, alder, kalendertid gjennom matching og videre justert for sivilstand, utdanning, inntekt og bosted i Norge. HR i fet skrift er statistisk signifikante ($p < 0.01$).

Tabell 2.1. Fordeling av sosiodemografiske og kliniske karakteristikk blant 22664 personer < 40 år behandlet for villet egenskade

Karakteristikk	Etnisk norske	Innvandrere	Norskfødte med innvandrere foreldre	Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	Utenlandsfødte med én eller to norskfødte foreldre
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Individer	17146 (75.6)	2903 (12.8)	530 (2.3)	1435 (6.3)	650 (2.8)
Menn	7259 (42.3)	1073 (37)	154 (29)	556 (38.7)	259 (40.0)
Kvinner	9887 (57.7)	1830 (63.0)	376 (71)	879 (61.3)	391 (60.0)
Alder					
10-19	5258 (30.7)	675 (23.3)	274 (51.6)	591 (41.2)	240 (37.0)
20-29	7147 (41.7)	1186 (41.0)	217 (41.0)	550 (38.3)	272 (41.8)
30-39	4741 (27.7)	1042 (36.0)	39 (7.4)	294 (20.5)	138 (21.2)
Utdanning					
Barneskole	10528 (61.4)	1313 (45.2)	314 (59.2)	848 (59.1)	397 (61.1)
Videregående	3890 (22.7)	447 (15.4)	86 (16.2)	274 (19.1)	122 (18.8)
Høy utdanning	1141 (6.7)	289 (10.0)	30 (5.7)	78 (5.4)	50 (7.7)
Ikke registret/ukjent	1587 (9.3)	854 (29.4)	100 (18.9)	235 (16.4)	81 (12.5)
Sivilstand					
Gift	725 (4.2)	607 (20.9)	36 (6.8)	41 (2.9)	24 (3.7)
Singel	15500 (90.4)	1796 (61.9)	474 (89.4)	1338 (93.2)	593 (91.2)
Separert/skilt/enke	921 (5.4)	367 (12.6)	20 (3.8)	56 (3.9)	33 (5.1)
Inntektskvartiler					
1. kvartil	7366 (43.0)	1101 (37.9)	233 (44.0)	657 (45.8)	261 (40.2)
2. kvartil	4712 (27.5)	846 (29.1)	123 (23.2)	362 (25.2)	171 (26.3)

3. kvartil	2907 (17.0)	523 (18.0)	83 (15.7)	208 (14.5)	119 (18.3)
4. kvartil (Høyst)	2149 (12.5)	408 (14.1)	76 (14.3)	164 (11.4)	93 (14.3)
Ukjent	12 (0.1)	25 (0.9)	15 (2.8)	44 (3.1)	6 (0.9)
Bosted					
Østlandet	7885 (46.0)	1741 (60.0)	413 (78.0)	741 (51.6)	314 (48.3)
Vestlandet	4575 (26.7)	613 (21.1)	81 (15.3)	400 (28.0)	193 (30)
Sørlandet	1245 (7.3)	195 (6.7)	16 (3.0)	118 (8.2)	48 (7.4)
Midt-Norge	1343 (7.8)	165 (5.7)	10 (2.0)	72 (5.0)	42 (6.5)
Nord-Norge	1972 (11.5)	172 (6.0)	9 (1.7)	96 (6.7)	45 (6.9)
Ukjent	126 (0.7)	17 (0.6)	1 (0.2)	8 (0.6)	8 (1.2)
Psykiatrisk komorbidet					
Nei	9026 (52.6)	1716 (59.1)	383 (72.3)	802 (56.0)	330 (50.8)
Ja	8120 (47.4)	1187 (41)	147 (27.7)	633 (44.1)	320 (49.2)
Komorbid psykiatrisk diagnose					
Depresjon/affektive lidelser	2859 (16.7)	556 (19.2)	65 (12.3)	222 (15.5)	115 (17.7)
Stress/angst lidelser	783 (4.6)	179 (6.2)	28 (5.3)	53 (3.7)	34 (5.2)
Schizofreni spekter lidelser	399 (2.3)	66 (2.3)	7 (1.3)	22 (1.5)	24 (3.7)
Personlighetslidelser	515 (3.0)	40 (1.4)	3 (0.6)	28 (2.0)	25 (3.8)
Alkohol-brukslidelser	2321 (13.5)	246 (8.5)	26 (5.0)	176 (12.3)	65 (10)
Ruslidelser	1858 (10.8)	198 (6.8)	24 (4.5)	170 (11.8)	63 (9.7)
Kontakt med psykisk helsevern					
Med kontakt	10540 (61.5)	1130 (39.0)	221 (42.0)	883 (61.5)	434 (67.0)
Uten kontakt	6606 (38.5)	1773 (61.0)	309 (58.0)	552 (38.5)	216 (33.0)

Tabell 2.2. Kontakt med psykisk helsevern før og etter sykehusbehandling ved villet egenskade blant innvandrere etter innvandringsgrunn og landbakgrunn samlet i verdensdel

	Totalt		Menn		Kvinner	
	N (%)	95% CI for %	N (%)	95% CI for %	N (%)	95% CI for %
Kontakt før villet egenskade						
Innvandringsgrunn						
Arbeid	87 (29.8)	24.6-35.4	46 (26.1)	20.0-32.9	41 (35.3)	27.0-44.3
Familie	435 (36.6)	33.9-39.5	120 (41.1)	35.5-46.8	315 (35.2)	32.1-38.4
Utdanning	22 (31.4)	20.9-43.6	5 (29.4)	11.7-52.9	17 (32.1)	20.6-45.3
Flukt	360 (42.0)	38.7-45.4	171 (47.1)	42.0-52.2	189 (38.3)	34.0-42.6
Andre grunn	81 (44.2)	36.9-51.7	27 (37.0)	26.1-47.0	54 (49.0)	39.1-58.3
Ukjent grunn	145 (46.2)	40.5-51.8	76 (50.0)	42.1-57.9	69 (42.6)	35.1-50.3
Landbakgrunn verdensdel						
Vest-Europa	317 (39.3)	35.9-42.7	113 (32.7)	27.9-37.8	204 (44.1)	39.7-48.7
Øst- Europa	93 (43.7)	36.9-50.6	37 (50.0)	38.8-61.2	56 (40.2)	32.4-48.6
Afrika	171 (43.2)	38.2-48.2	75 (48.1)	40.3-55.9	96 (40.0)	33.9-46.3
Asia	469 (35.6)	33.0-38.2	195 (43.9)	39.3-48.6	274 (31.4)	28.3-34.5
Nord Amerika	13 (61.9)	38.4-81.9	5 (62.5)	29.0-89.0	8 (61.5)	34.8-84.1
Andre land	67 (45.2)	37.0-53.6	20 (43.4)	28.9-58.8	47 (45.6)	35.7-55.7
Kontakt etter villet egenskade						
Innvandringsgrunn						

Arbeid	183 (62.7)	56.8-68.2	109 (61.9)	54.6-68.9	74 (63.7)	54.8-72.2
Familie	785 (66.1)	63.4-68.8	203 (69.5)	64.1-74.6	582 (65.0)	61.9-68.1
Utdanning	47 (67.1)	54.9-77.9	11 (64.7)	41.1-84.2	36 (67.9)	54.7-79.4
Flukt	562 (65.6)	62.3-68.8	240 (66.1)	61.1-70.9	322 (65.2)	60.9-69.3
Andre grunn	134 (73.2)	66.1-79.4	51 (69.8)	58.0-80.0	83 (75.4)	66.3-83.1
Ukjent grunn	239 (76.1)	71.2-80.6	112 (73.7)	66.3-80.3	127 (78.4)	71.6-84.3
Landbakgrunn verdensdel						
Vest-Europa	564 (70.0)	66.6-73.0	233 (67.5)	62.5-72.3	331 (71.6)	67.4-75.6
Øst- Europa	149 (70.0)	63.3-76.0	47 (63.5)	52.2-73.9	102 (73.4)	65.7-80.3
Afrika	262 (66.2)	61.3-70.8	107 (68.6)	61.0-75.5	155 (64.6)	58.4-70.5
Asia	843 (64.0)	61.3-66.6	302 (68.0)	63.6-72.2	541 (61.9)	58.6-65.1
Nord Amerika	18 (85.7)	63.7-97.0	7 (87.5)	55.5-99.2	11 (84.6)	59.6-97.3
Andre land	114 (77.0)	69.4-83.5	30 (65.2)	49.7-78.6	84 (82.3)	73.5-89.1

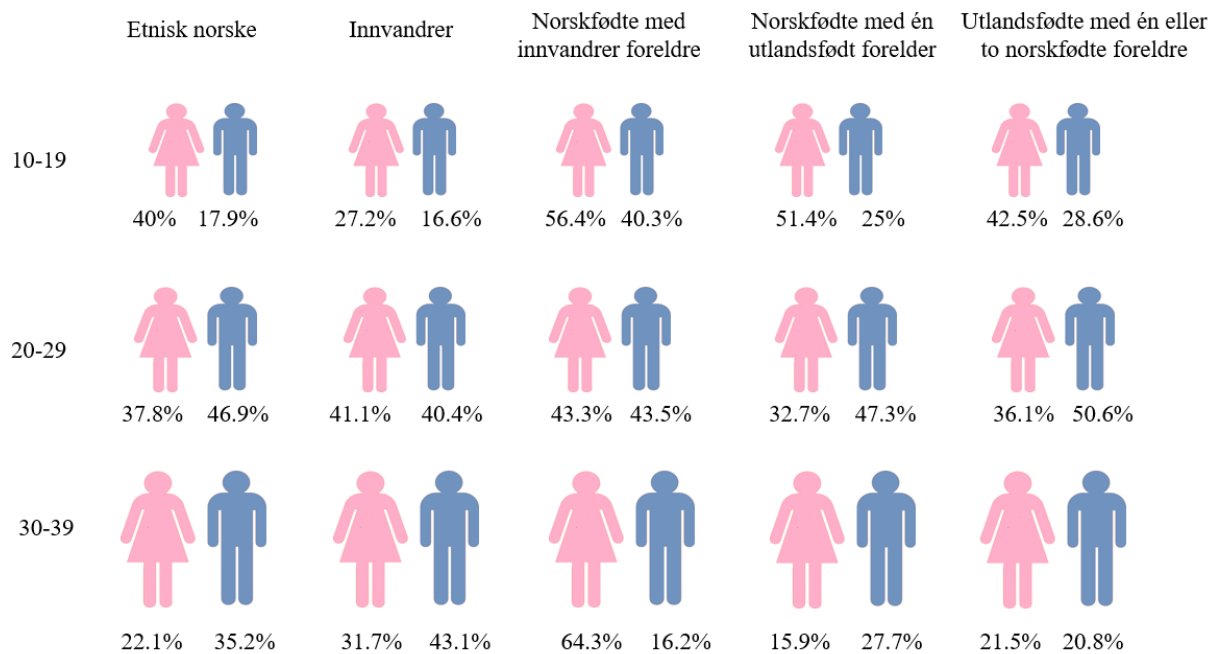
Notat: One sample binomial test ble brukt for å generere proporsjoner med 95 % konfidensintervall.

Tabell 2.3. Odds ratio (OR) for kontakt med psykisk helsevern før og etter sykehusbehandling av villet egenskade blant innvandrerkategori

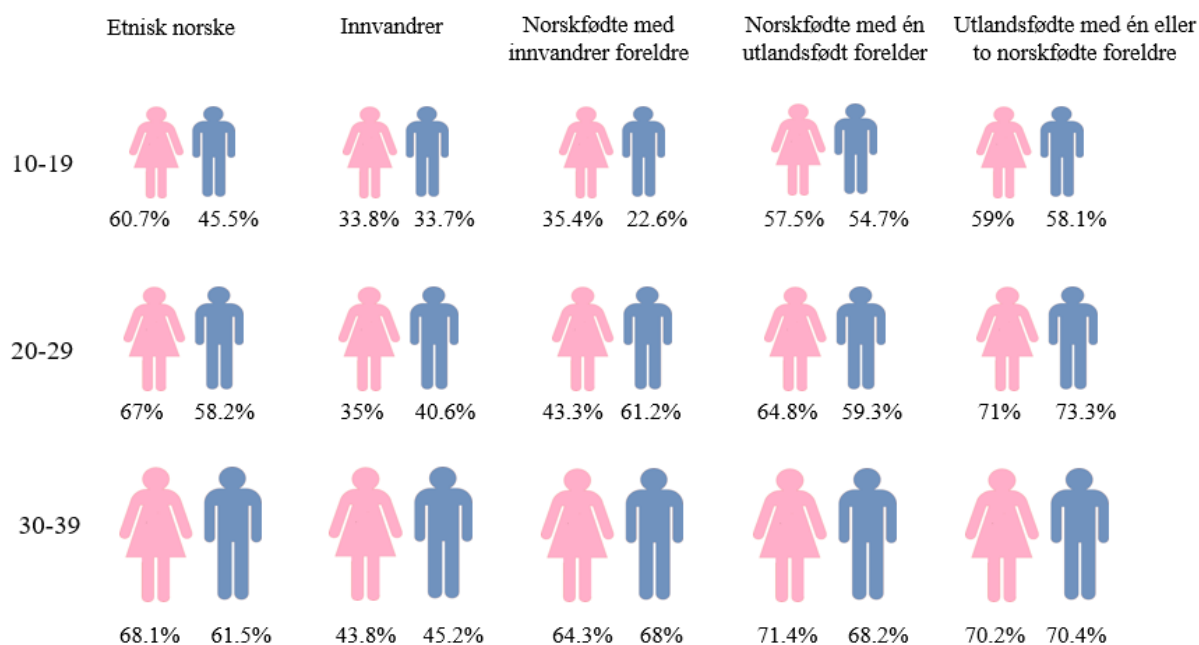
Innvandrerkategori	Psykiske kontakt før villet egenskade			Psykiske kontakt etter villet egenskade		
	N (%)	OR (95% KI) Ujustert	OR (95% KI) Justert	N (%)	OR (95% KI) Ujustert	OR (95% KI) Justert
Totalt						
Etnisk norske	10540 (61.5)	1	1	14356 (83.7)	1	1
Innvandrere	1130 (38.9)	0.39 (0.36-0.43)*	0.46 (0.42-0.50)*	1950 (67.2)	0.39 (0.36-0.43)*	0.41 (0.37-0.45)*
Norskfødte med innvandrerforeldre	221 (41.7)	0.44 (0.37-0.53)*	0.47 (0.39-0.56)	358 (67.5)	0.40 (0.33-0.48)*	0.40 (0.33-0.48)*
Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	883 (61.5)	1.00 (0.89-1.12)	1.03 (0.92-1.15)	1209 (84.3)	1.04 (0.89-1.20)	1.03 (0.89-1.20)
Utenlandsfødte med én eller to norskfødte foreldre	434 (66.8)	1.25 (1.06-1.48)*	1.27 (1.07-1.50)*	556 (85.5)	1.15 (0.92-1.43)	1.13 (0.91-1.42)
Menn						
Etnisk norske	4144 (57)	1	1	5763 (79.3)	1	1
Innvandrere	445 (41.4)	0.53 (0.46-0.60)*	0.62 (0.53-0.71)*	726 (67.7)	0.54 (0.47-0.62)*	0.62 (0.53-0.73)*
Norskfødte med innvandrerforeldre	72 (46.7)	0.66 (0.47-0.90)*	0.67 (0.48-0.93)*	97 (63)	0.44 (0.31-0.61)*	0.43 (0.30-0.60)*
Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	337 (60.6)	1.15 (0.97-1.38)	1.17 (0.98-1.40)	452 (81.3)	1.12 (0.90-1.40)	1.14 (0.91-1.42)
Utenlandsfødte med én eller to norskfødte foreldre	177 (68.3)	1.62 (1.24-2.1)*	1.59 (1.21-2.08)*	212 (82)	1.17 (0.84-1.61)	1.15 (0.83-1.59)
Kvinner						
Etnisk norske	6396 (64.6)	1	1	8593 (87)	1	1
Innvandrere	685 (37.4)	0.32 (0.29-0.44)*	0.38 (0.34-0.42)*	1224 (67)	0.30 (0.27-0.34)*	0.32 (0.28-0.36)*
Norskfødte med innvandrerforeldre	149 (39.6)	0.35 (0.29-0.44)*	0.38 (0.31-0.47)*	261 (70)	0.34 (0.27-0.42)	0.35 (0.28-0.44)*
Norskfødte med én utenlandsfødt forelder	546 (62.1)	0.89 (0.77-1.03)	0.94 (0.81-1.08)	757 (86.1)	0.93 (0.76-1.14)	0.93 (0.76-1.14)
Utenlandsfødte med én eller to norskfødte foreldre	257 (65.7)	1.04 (0.84-1.29)	1.07 (0.86-1.33)	344 (88.0)	1.10 (0.80-1.50)	1.10 (0.81-1.50)

Justerte ORer ble justert for sosioøkonomiske og kliniske variabler i estimater for «kontakt med psykiske helsetjenester før villet egenskade» og videre justert for tidligere kontakter i estimater for «Kontakt med psykisk helsevern etter sykehusbehandling for villet egenskade». *p<0.01. *

Figur 2.1. Indeksepisoder av villet egenskade fordelt etter kjønn, alder og innvandrerkategori, < 40 år (N= 22664)



Figur 2.2. Kontakt med psykisk helsevern før villet egenskade, fordelt etter kjønn, alder og innvandrerkategori, < 40 år (N= 22664)



Figur 2.3. Kontakt med psykisk helsevern etter behandling av villet egenskade, fordelt etter kjønn, alder og innvandrerkategori, <4 0 år (N=22664)

