

”Det er skrækkeligt. Jeg tænker, der har vi faktisk fejlet.” – Patienters selvmord ryster praktiserende læger

Ved Anette Sofie Davidsen

ABSTRACT

Baggrund: Patienter som begår selvmord har ofte konsulteret deres praktiserende læge kort før selvmordet. Man kunne derfor forvente, at lægerne havde en erindring om selvmordet, og at det havde påvirket dem følelsesmæssigt. Dette studie undersøgte den følelsesmæssige påvirkning af patienters selvmord på praktiserende læger, og hvorvidt denne påvirkning havde sammenhæng med lægernes tilbøjelighed til at undersøge for selvmordsrisiko.

Metode: Der blev foretaget semistrukturerede interviews med 14 praktiserende læger, som var udvalgt strategisk med henblik på maksimal variation. Analysen blev udført med Interpretative Phenomenological Analysis.

Resultater: Patienters selvmord påvirkede lægerne voldsomt følelsesmæssigt. Nogle udviklede skyldfølelse og mente de havde fejlet. Lægerne undersøgte kun for selvmordstanker, hvis de havde diagnosticeret en depression. Det førte til udtalt selvransagelse hvis patienten havde kontakten lægen med fysiske symptomer, og selvmordstanker ikke var blevet diagnosticeret. Lægerne var meget forskellige i deres tilbøjelighed til at undersøge for selvmordsrisiko, men alle, uafhængigt af andre forskelle, blev rystede følelsesmæssigt og ramt af skyldfølelse og selvransagelse hvis en patient begik selvmord.

Konklusion: En patients selvmord påvirker i høj grad praktiserende læger. Følelsen af utilstrækkelighed var koblet til ikke at have været opmærksom på patientens selvmordstanker under konsultationen. De selvmord, som påvirkede lægerne mest, var hos patienter som var kommet med vage, diffuse, vanskeligt diagnosticerbare symptomer, hvor patienterne ikke havde tilkendegivet selvmordstanker og ikke havde vakt lægens mistanke om psykisk lidelse.

Praktiske implikationer: Praktiserende lægers behov for støtte i følelsesmæssigt belastende situationer bør undersøges, og uddannelse bør fokusere på evnen til at erkende selvmordsrisiko, som maskeres af vage fysiske symptomer.

Background: Patients who commit suicide have often seen their GP shortly before the suicide. It could therefore be assumed that GPs had a strong memory of these suicides and that the suicide had affected them emotionally. This study explored the emotional effect of patients' suicides on GPs, and whether this effect was linked to the GPs' propensity to explore suicide risk.

Methods: Semistructured interviews were carried out with 14 GPs sampled purposively aiming at maximum variation. The analysis was carried out by Interpretative Phenomenological Analysis.

Results: Patients' suicides had a substantial emotional effect on all GPs. Some developed a feeling of guilt and of having failed. If patients had contacted the GP about physical symptoms and the suicide ideation had not been diagnosed, this led to considerable self-scrutiny. GPs differed in their propensity to explore suicide ideation, but all, irrespective of other differences, were emotionally shaken and struck by guilt, feeling of failure, and self-scrutiny if a patient committed suicide.

Conclusion: A patient's suicide greatly affects all GPs. The feeling of insufficiency was linked to not having realized during the visit that the patient may have had suicidal thoughts. The suicides which affected the GPs the most were in patients who had presented vague and diffuse, not easily diagnosable symptoms and who had not given any indications of the suicidal thoughts.

Practice implications: GPs' need for support in emotionally stressful situations should be investigated, and training should be directed towards discovering suicide ideation masked by vague physical symptoms.

LEVERT: 29.05.11
REVIDERT: 13.09.11
AKSEPERT: 13.09.11

Selv mord udgør et betydeligt folkesundhedsproblem i hele verden. Den praktiserende læge er den professionelle, som hyppigst har haft kontakt med en person, som begår selvmord. Praktiserende læger bliver meget påvirkede af en patients selvmord, men de modtager ingen støtte. Patienterne har ofte kontakten lægen om tilsyneladende små legemlige problemer, og lægen har ikke opdaget selvmordsrisikoen.

Indledning

De fleste personer som begår selvmord har en behandlelig psykisk lidelse (Cavanagh et al., 2003). Over 90 % har konsulteret deres praktiserende læge i året før deres død, halvdelen i måneden før og en sjettedel i ugen før (Pearson et al., 2009). Praktiserende læger har mange patientkontakter og møder langt flere patienter med selvmordsrisiko, end professionelle i det øvrige sundhedsvæsen gør (Luoma et al., 2002). Selvmordstanker eller -planer har vist sig til stede hos 2,4–6,3 % af patienter i almen praksis (Olfson et al., 1996; Pfaff & Almeida, 2004), men henvendelsen handler ofte om ikke-psykiatriske emner (Houston et al., 2003; Robinson & Roter, 1999). Praktiserende læger er meget forskellige mht. at undersøge for selvmordstanker og spørger oftere, hvis patienten har en kendt psykisk lidelse (Feldman et al., 2007). Men selv i disse tilfælde undersøger lægerne ofte ikke for selvmordstanker (Schulberg et al., 2004). Årsagen til dette har været tolket som angst hos de praktiserende læger for ikke at kunne håndtere selvmordsrisikoen (Cole-King & Lepping, 2010). Imidlertid er der ikke noget, der tyder på, at risikoen øges ved at italesættes, tværtimod synes den at reduceres (Collins & Cutcliffe, 2003).

Da praktiserende læger ofte har haft kontakt med patienten kort tid før selvmordet, kan man forvente, at hændelsen påvirker lægerne. Den emotionelle påvirkning af praktiserende læger er dog meget dårligt undersøgt. Der kunne kun findes et enkelt lille studie af praktiserende læger i England (Halligan & Corcoran, 2001). Studiet viste, at praktiserende læger blev mindre påvirkede af patienters selvmord end psykiatere, som

har vist sig at blive påvirket i høj grad med forsenket stemningsleje, søvnproblemer og irritabilitet (Alexander et al., 2000). For psykiatere viste støtte fra kolleger sig vigtig. Et 'rapid response' til studiet af psykiatere rapporterede dog en audit, som angav at 90 % af praktiserende læger følte en betydelig grad af håbløshed, frustration og skyld ved patienters selvmord. Disse læger modtog ikke nogen støtte fra omgivelserne (Ferguson, 2000).

Formålet med dette studie var at undersøge, hvordan praktiserende læger blev påvirket af patienters selvmord, om påvirkningen havde sammenhæng med, hvorvidt de havde undersøgt selvmordsrisiko hos patienten, som begik selvmord, og hvordan lægernes tilbøjelighed var til at udforske selvmordsrisiko.

Metode

Studiet var kvalitativt. Datamaterialet bestod af interviews med 14 praktiserende læger i Danmark.

Deltagerne

Deltagerne blev udvalgt strategisk med trinvis rekruttering. Man kunne forestille sig, at der var en forskellighed blandt lægerne, og at denne var sammenhængende med forskellig holdning til og håndtering af psykologiske problemstillinger. Hensigten var derfor at dække bredden i tilgang til psykologiske interventioner. I Danmark vil læger, der tilbyder psykologisk intervention som regel deltage i supervisorsgrupper. Jeg udvalgte seks læger, som deltog i supervisorsgruppe og otte læger, der ikke gjorde det. Desuden udvalgte jeg med henblik på at opnå forskellighed hvad angik alder, køn, anciennitet i praksis, land/by og solo/kompagniskabspraksis.



Svend Wiig Hansen: Angstens Offer, Nikolaj Billede, 1974–86, Aros, Aarhus Kunstmuseum. Foto: Ole Hein Pedersen

Interviews

Interviewene blev udført fra januar 2005 til februar 2006. Jeg havde udformet en interviewguide for at sikre, at alle ønskede områder blev behandlet og for at forudsæ eventuelle vanskeligheder. Spørgsmålene var åbne og neutrale og omhandlede projektets formål og emner. Interviewene varede 56–80 minutter, blev optaget digitalt og transskriberet ordret. Noter om interviewsituationen, processen og andre indtryk var med til at kontekstualisere interviewene.

Analyse

Til den detaljerede databaserede analyse anvendtes 'Interpretative Phenomenological Analysis' (IPA) (Smith et al., 2009). I IPA undersøger man deltagerens oplevelser, og hvorledes der skabes mening ud af disse. Den initiale analyse indebar gentagen læsning af interviewene for at få et overordnet indtryk. Ved næste trin identificerede jeg temaer i hvert interview for sig og noterede betydningsfulde citater. Jeg dannede en liste med temaer for hvert interview. Herefter skabte jeg ud fra temaerne i de enkelte interview en liste med overordnede temaer for alle deltagerne.

Temaerne som behandles i denne artikel er: 'følelsesmæssig påvirkning og skyld', 'selvransagelse' og 'at tale om selvmord'.

Resultater

Følelsesmæssig påvirkning og skyld

En patients selvmord var en begivenhed, som gjorde dybt indtryk på lægerne. Bortset fra én havde alle oplevet selvmord blandt deres patienter, og de huskede hændelsen meget tydeligt. Uden at skulle tænke efter kunne de huske, hvor mange selvmord der havde været, hvornår det var og omstændighederne omkring selvmordet.

I den tid, jeg har været der, har vi haft tre patienter, der har suiceret. Den ene havde jeg ikke ret meget med at gøre, og det var også fuldstændig overraskende, at hun gjorde det. Mor til to små piger, hun hoppede ud foran toget, hun var ikke ret gammel, det var rædselsfuldt. L5

Alle lægerne blev påvirkede af patienternes selvmord, og der var ingen forskel mellem læger, som udtrykte interesse for psykisk lidelse og deltog i supervision, og læger som udtrykte mindre interesse for psykiatriske emner. Selvmordet rystede alle.

Jeg har haft været her i 18 1/2 år, og jeg har haft tre. Tre, der har begået selvmord. Alle tre depressive patienter. To af dem ligger meget langt tilbage så – men altså det er alligevel noget – nogen ting man sådan godt kan huske – en rystende oplevelse. L9

Deltagere berettede, at de blev mere påvirkede og følte langt større skyld, hvis det drejede sig om en patient, hvor de ikke havde diagnosticeret en psykisk lidelse, eller i tilfælde, hvor de havde haft vanskeligt ved at komme i følelsesmæssig kontakt med patienten.

Jeg har en patient, som tog sit liv. Der var noget i vejen, men jeg kunne ikke finde ud af det, jeg kunne ikke få ham til at fortælle om det. Han kom, fordi han var begyndt at tabe sig ... og der var intet at finde, han blev undersøgt ... Jeg blev ved med at spørge ham, jamen hvordan har du det, er du glad nok, ja, ja, han havde det fint. Og jeg kunne ikke rigtig forstå det. Og så en dag, så havde han skudt sig selv. Der var jeg godt nok helt rystet – frygtelig historie. L7

De følte, at situationen var anderledes, hvis patienten var diagnosticeret med en psykisk lidelse. I disse tilfælde blev de mindre påvirkede og følte mindre skyld.

”Det er skrækkeligt. Jeg tænker, der har vi faktisk fejlet.”
– Patienters selvmord ryster praktiserende læger

Men i forhold til patienter, som udelukkende havde konsulteret den praktiserende læge, og hvor de ikke havde fundet ind til problemets kerne, følte de sig skyldige i patientens selvmord. Samme læge som ovenfor beskrev forskellen i forhold til en kronisk psykisk syg patient.

Hun var skizofren og raplende, altså det var ligesom, da var jeg da ked af det, men det var ligesom noget andet. Men hvor ham her, hvor jeg tænkte, aaahhij for helvede, altså jeg havde faktisk snakket med ham så mange gange ... Men altså, ingen psykiske symptomer overhovedet. Det var jeg da noget rystet over, må jeg nok sige. Rigtig grov historie. Så føler man sig virkelig skyldig. L7

Selvransagelse

Lægerne følte således, at de havde begået en fejl, når de ikke havde opdaget, at patienten var selvmordstruet, og de bebrejdede sig selv det. Ofte havde lægerne set patienten kort forinden, hvor patienten havde konsulteret dem om et tilsyneladende meget lille problem, og selvmordstruslen var ikke blevet opfanget. Men efterfølgende følte lægerne, at det nok i virkeligheden var det psykiske problem, patienten var kommet for at tale om, men at lægen ikke havde erkendt det.

Så har jeg fået brev fra politiet om, at de har begået selvmord, og hvor min fornemmelse bagefter har været, at de jo faktisk i virkeligheden nok kom op for at tale om det her, depressionen, men de kom aldrig til det. Og det er jo en frygtelig fiasko, synes jeg, som læge at have oplevet. Det er skrækkeligt. Jeg tænker, der har vi faktisk fejlet. L6

Det medførte altid stor selvransagelse, når lægerne fandt ud af, at en patient havde begået selvmord, også i tilfælde hvor de ikke havde set patienten kort forinden. De fandt straks journalen frem for at se, om de havde begået en fejl. Efter patientens selvmord brugte de meget psykisk energi på at tænke processen igennem for at se, om der var noget, de kunne have gjort anderledes. Hyppigt havde patienten konsulteret lægen om et fysisk problem, og lægerne følte stor utilstrækkelighed over ikke at have været opmærksom på et eventuelt underliggende psykisk problem og en selvmordsrisiko.



Svend Wiig Hansen: 18 portrætter, 1989, Aros, Aarhus Kunstmuseum. Foto: Ole Hein Pedersen

De gennemgik i tanken hele konsultationen for at se, om der var noget, de kunne have været opmærksomme på.

Jeg granskede som en gal, jamen var der noget specielt ved ham, var han trist, var der noget jeg slet ikke så, sagde han ikke så meget, eller sagde han noget, jeg ikke hørte? Jeg prøvede virkelig at granske, om der var noget i den konsultation, jeg burde være faldet over, have fanget, og det var – uhhha – ubehageligt at tænke på, om det kunne have gjort en forskel, hvis jeg havde haft de rigtige øjne åbne. L5

At tale om det

Deltagerne var meget forskellige med hensyn til deres tilbøjelighed til at tale med patienterne om selvmordstanker. Nogle var utilbøjelige til at bruge ordet selvmord.

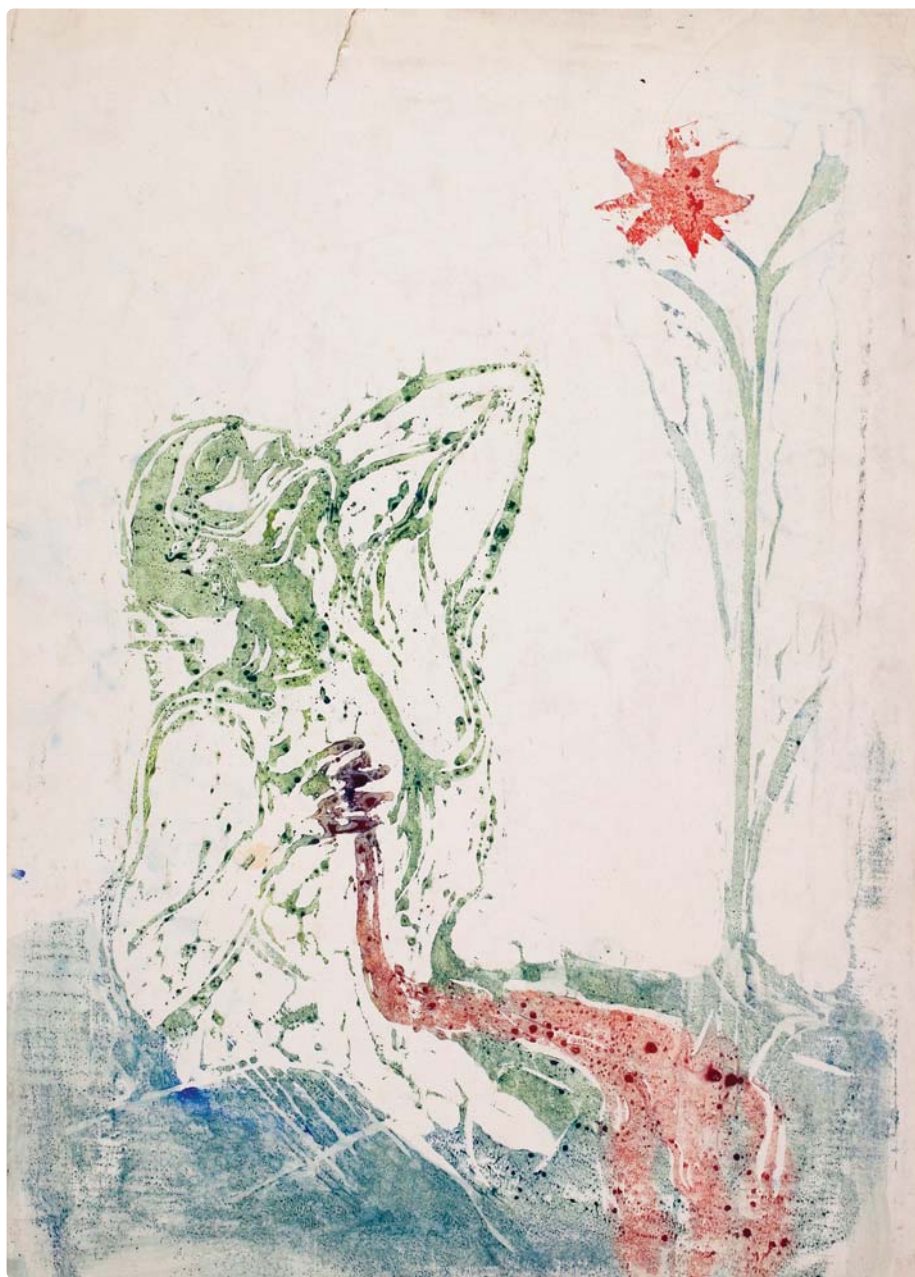
Altså jeg tror ikke, at jeg decideret bruger ordet selvmord. L8

Andre følte, at de med stigende klinisk erfaring gradvist havde overkommet deres frygt for at benævne fænomenet direkte og følte tilmed, at det var hjælpsomt for patienterne at tale om tanker om selvmord og død.

Jeg er da blevet bedre til at spørge, om de tænker på selvmord. Jeg har været meget

berøringsangst, med at jeg syntes ikke, man kunne spørge en patient, der i forvejen var ked af det, om han tænkte på at tage sit liv. Men det går faktisk fint, og patienterne vil gerne snakke om det, for det har de jo næsten alle sammen tænkt på, hvis de er kede af det, ikke. Som en løsning. L7

Nogle af de yngste deltagere tøvede dog ikke med at benævne tingene direkte og følte, at det var en lettelse for patienterne at tale om selvmordstanker, og at de kunne give patienterne nogle redskaber til at håndtere problemet. Men alle deltagere fortalte, at de kun spurgte til selvmordstanker hos patienter med depression, og de gjorde det ikke konsekvent. De undersøgte ikke for selvmordstanker ved andre psykiske lidelser eller ved mere diffuse tilstande. De uventede selvmord, som havde chokeret lægerne mest, var hos patienter med vage somatiske symptomer, hvor patienterne ikke var blevet diagnosticeret med depression, men ej heller med anden psykisk lidelse. Derfor havde lægerne ikke tænkt på selvmordsrisiko. Men deres reaktion på patienters selvmord var uden sammenhæng med deres generelle tilbøjelighed til at undersøge for selvmordsrisiko og med udvælgelseskriterierne.



Edvard Munch: Smertens blomst, 1898. Tresnitt / Munch-museet
Kunstverk: © Munch-museet / Munch-Ellingsen Gruppen / BONO 2011 / Foto: © Munch-museet

Lægerne søgte ikke hjælp og støtte, når patienter begik selvmord, men klarerede den følelsesmæssige påvirkning selv, om end nogle erkendte, at de kunne have haft gavn af støtte.

Det snakker jeg ikke med ret mange om. Det må jeg nok sige. ... Ja, der er jeg så alene. Der kunne det måske have været rart at snakke med nogen om det. Det gjorde jeg ikke, men det er helt oplagt, at det påvirkede mig da. L4

Diskussion

Alle lægerne, uafhængigt af andre forskelle, blev dybt påvirkede af at opleve patienters selvmord. De blev ramt af skyldfølelse og selvransagelse og ofte af den antagelse, at de havde overset noget. Deltagere blev mere påvirkede end lægerne i det eneste andet studie, som kunne identificeres vedrørende praktiserende lægers reaktion på patienters selvmord (Halligan & Corcoran, 2001).

Psykiatere bliver i høj grad påvirkede af patienters selvmord, hvilket har været tolket som, at læger, hvis primære ekspertområde er psykiatri, måske i højere grad føler at have fejlet i forhold til læger, som ikke hævder at have nogen ekspertise på dette område. Lægerne i det aktuelle studie blev især påvirkede af selvmord hos patienter, som havde henvendt sig med vage og diffuse somatiske symptomer, som ikke kunne diagnosticeres. Her følte lægerne således, at de havde fejlet på deres ekspertområde, netop at finde baggrunden for de medicinske uforklarlige symptomer.

De vage og udiagnosticerbare somatiske symptomer kunne dække over en psykisk lidelse, der kunne rumme en mulig selvmordsrisiko, men denne mistanke var ikke blevet vakt hos lægerne i dette studie. De fleste patienter, som begår selvmord har en diagnosticerbar psykiatrisk lidelse på tidspunktet for deres død (Bertolote et al., 2004), og langt de fleste patienter med psykisk lidelse behandles udelukkende af deres praktiserende læge. Men 95 % af disse patienter henvender sig til den praktiserende læge med fysiske symptomer (Goldberg, 1995), og den psykiske lidelse kan forblive uopdaget. Desuden undersøger praktiserende læger kun for selvmordsrisiko hos patienter, som er diagnosticeret med en psykisk lidelse (Pearson et al., 2009), og i det aktuelle studie var det kun diagnosen depression, som undertiden fik lægerne til at spørge om selvmordstanker. Mange depressioner diagnosticeres ikke (Kessler et al., 1999), og nogle depressioner maskeres måske af de diffuse fysiske symptomer. Desuden har patienter med andre psykiske lidelser også øget selvmordsrisiko (Mann & Currier, 2007).

Det var lettere for de yngste læger at tale direkte med patienterne om selvmord. Dette kunne skyldes, at disse læger havde fået speciallægeuddannelse på et tidspunkt med større fokus på depression og en mere manualiseret tilgang med kliniske guidelines, som indeholder spørgsmål om selvmordsadfærd.

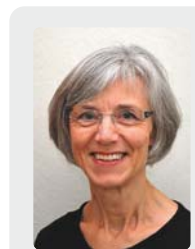
Lægerne følte et stort ansvar, da de ofte var patientens første, og måske eneste, kontakt til sundhedsvæsenet.

”Det er skrækkeligt. Jeg tænker, der har vi faktisk fejlet.”
– Patienters selvmord ryster praktiserende læger

Dette betød en høj grad af skyldfølelse og selvransagelse efter patientens død. Alligevel søgte de ikke hjælp i disse situationer, hvilket står i modsætning til, hvordan patienters selvmord håndteres blandt psykiatere og psykiatriske uddannelseslæger (Yousaf et al., 2002).

Studiet var kvalitativt med relativt få deltagere og hævder ikke at være repræsentativt for praktiserende læger i Danmark. Deltagerne var valgt ved strategisk udvælgelse, men de viste sig alligevel at svare til sammensætningen af praktiserende læger i Danmark, hvad angår køn, alder og praksisform. Resultaterne kan derfor sandsynligvis overføres til andre praktiserende læger i Danmark og andre lande med sammenlignelige primære sundhedstjenester.

Lægerne undersøgte som anført kun for selvmordsrisiko hos patienter med diagnosticeret depression, og ikke konsekvent. De chokerende selvmord skete hos patienter, som blot præsenterede vage, vanskeligt diagnosticerbare somatiske symptomer. Der er behov for forskning i selvmordsrisikoen hos denne patientgruppe og for at øge praktiserende lægers opmærksomhed på selvmordsrisiko også hos patienter, som ikke har erkendt depression. Dette kunne eventuelt forhindre nogle selvmord, men også øge lægernes følelse af professionel kompetence. Desuden er der behov for at undersøge og imødekomme praktiserende lægers behov for støtte i disse og sandsynligvis andre situationer med belastende emotionelle oplevelser.

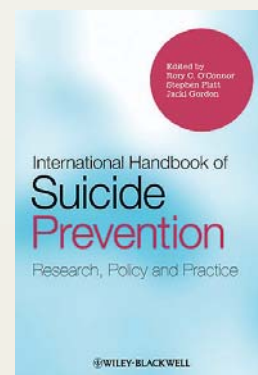


Annette Sofie Davidsen har været praktiserende læge i mange år, men arbejder nu klinisk i psykiatrien. Er desuden ansat som forskningslektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Specielle interesseområder er forståelser og fremtrædelsesformer af psykisk lidelse i almen praksis og i psykiatrien samt almen medicinsk teoriudvikling.

Artiklen er en forkortet, redigeret udgave af Davidsen AS. (2001). 'And then one day he'd shot himself. Then I was really shocked': general practitioners' reaction to patient suicide. *Patient, Education and Counseling*, 85(1), 113–8.

Referencer

- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). **Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists.** *British Medical Journal*, 320, 1571–1574.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). **Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence.** *Crisis*, 25, 147–155.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). **Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review.** *Psychological Medicine*, 33, 395–405.
- Cole-King, A. & Lepping, P. (2010). **Suicide mitigation: time for a more realistic approach.** *British Journal of General Practice*, 60, e1–e2.
- Collins, S. & Cutcliffe, J. R. (2003). **Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioral approach.** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 175–185.
- Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). **Let's not talk about it: Suicide inquiry in primary care.** *Annals of Family Medicine*, 5, 412–418.
- Ferguson, B. (2000). **Do not forget the impact on General Practitioners.** *British Medical Journal*, Rapid Response 4 July 2000 to BMJ 2000(320); 1571–1574.
- Goldberg, D. (1995). **Epidemiology of Mental-Disorders in Primary-Care Settings.** *Epidemiologic Reviews*, 17, 182–190.
- Halligan, P. & Corcoran, P. (2001). **The impact of patient suicide on rural general practitioners.** *British Journal of General Practice*, 51, 295–296.
- Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Hawton, K. (2003). **General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm.** *British Journal of General Practice*, 53, 365–370.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D. P. (1999). **Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care.** *British Medical Journal*, 318, 436–439.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). **Contact with mental health and primary care providers before and after suicide: A review of the evidence.** *American Journal of Psychiatry*, 159, 909–916.
- Mann, J. J. & Currier, D. (2007). **Prevention of suicide.** *Psychiatric Annals*, 37, 331–339.
- Olson, M., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V., & Farber, L. (1996). **Suicidal Ideation in Primary Care.** *Journal of General Internal Medicine*, 11, 447–453.
- Pearson, A., Saini, P., Da Cruz, D., Miles, C., While, D., Swinson, N. et al. (2009). **Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness.** *British Journal of General Practice*, 59, 825–832.
- Pfaff, J. J. & Almeida, O. P. (2004). **Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting.** *Journal of Affective Disorders*, 83, 73–77.
- Robinson, J. W. & Roter, D. L. (1999). **Psychosocial problem disclosure by primary care patients.** *Social Science & Medicine*, 48, 1353–1362.
- Schulberg, H. C., Hyg, M. S., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W., & Dietrich, A. J. (2004). **Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role.** *General Hospital Psychiatry*, 26, 337–345.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). **Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research.** London: Sage.
- Yousaf, F., Hawthorne, M., & Sedgwick, P. (2002). **Impact of patient suicide on psychiatric trainees.** *Psychiatric Bulletin*, 26, 53–55.



Mehlum L & Mork E.

After the suicide attempt – the need for continuity and quality of care.

In: O'Connor R, Platt S & Gordon J. (eds.) *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice.*

Chichester: Wiley-Blackwell, 2011, s. 353–67.

ISBN: 978-0-470-68384-2

Pasienter innlagt på sykehus etter selvmordsforsøk eller alvorlig selvskading utgjør en høyrisikogruppe for repetert suicidal atferd og gjennomførte selvmord. Behandling og oppfølging etter selvmordsforsøk utgjør en utfordring både for sykehuspersonalet og med tanke på å sikre overføringen til adekvat poliklinisk oppfølging i etterkant.

Bokkapitlet redegjør for omfanget av problemet, gir en kort gjennomgang av kunnskapsstatus på effekten av psykososiale tiltak etter selvmordsforsøk og redegjør for erfaringene med etablering av behandlingskjeder i Norge. Basert på norske og internasjonale erfaringer og ekspertvurderinger, foreslås et sett av anbefalinger for praksis som skal bidra til at helsetjenesten etablerer varige og gode rutiner for behandling og oppfølging av pasienter innlagt i sykehus etter selvmordsforsøk.