Oppfølging og behandling etter selvpåført forgiftning

Av Tine K. Grimholt

SAMMENDRAG

Introduksjon: En betydelig andel pasienter innlegges årlig i sykehus med selvpåført forgiftning og prognosene er alvorlige. Få studier har undersøkt pasientenes egen vurdering av sine problemer og psykiske symptomer i perioden etter utskrivelse.

Det er viktig å sørge for oppfølging etter utskrivelse. I tillegg er det avgjørende at helsepersonell som pasientene møter i behandlingsskjeden har god kompetanse. Hittil har vi hatt begrenset kunnskap på disse områdene, som begge er viktige for å kunne gi pasienter et godt helsetilbud.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke om pasienter innlagt i somatisk avdeling med selvpåført forgiftning fikk tilbud om oppfølging etter utskrivelse og i hvilken grad de vurderte sine egne psykiske symptomer og behov for helsehjelp. I tillegg ønsket vi å undersøke legers egenvurderte kompetanse til å behandle pasienter med selvmordsatferd.

Metoder og materiale: Vi sendte et spørreskjema til alle pasienter som ble innlagt med selvpåført forgiftning ved akuttmedisinske avdelinger i Oslo og Bærum i løpet av et år (n=867). Vi undersøkte i hvilken grad de fikk tilbud om oppfølging, tilfredshet med behandlingen de fikk og i hvilken grad de hadde psykiske symptomer og behov for helsetjenester tre måneder etter utskrivelse. I en spørreundersøkelse av et tilfeldig utvalg norske leger i allmennmedisin, psykiatri og indremedisin (n=750) undersøkte vi deres egenvurderte kompetanse og holdninger til pasienter med selvmordsatferd, og deres interesse for kurs og undervisning.

Resultater: Det var 14 % som var registrert uten oppfølging i sykehusets journal, men 41 % svarte at de ikke hadde fått noe tilbud. Mer enn én av fire (29 %) måtte vente i mer enn tre uker. Pasientene oppgav moderate til alvorlige symptomer på depresjon, og håpløshet og redusert evne til egenmestring. Nær én av fire hadde forgiftet seg på nytt. Pasientene var i hovedsak tilfredse med behandlingen de hadde fått, bortsett fra de som fikk behandling for rusproblemer. Om lag alle oppgav behov for mer helsehjelp. Legenes egenvurderte kompetanse var god. Holdningene til pasienter med selvmordsatferd var positive i form av forståelse, interesse og ønske om å hjelpe, imidlertid fikk pasienter med rusmisbruk lavere empatiskåre, sammenliknet med andre diagnoser. Det var 43 % som hadde deltatt på kurs eller andre former for utdanning om vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd siste fem år, og psykiatere var mest interessert i kurs.

Konklusjon: Pasienter som innlegges i somatisk sykehus etter selvpåført forgiftning fikk ikke tilstrekkelig oppfølging og behandling ved utskrivelse, og hadde høy grad av psykiske symptomer og ønsket mer helsehjelp. Legenes egenvurderte kompetanse og holdninger til å behandle pasienter med selvmordsatferd var god, men over halvparten hadde ikke deltatt på kurs.

ABSTRACT

Introduction: A considerable number of patients are admitted to somatic hospitals with deliberate self-poisoning each year, and the prognoses are serious. However, knowledge is sparse about the patient's self-perceived problems and psychiatric symptoms post discharge. It is important to provide adequate health care services to this patient group and it is important that health care personnel have positive attitudes and sufficient competence.

Objectives: The objectives of the study were to examine whether patients hospitalized for self-poisoning received follow-up after discharge, as well as the patients' assessments of their own psychological symptoms and need for health care services. Furthermore, we aimed to study physicians self-perceived competence to treat patients with suicidal behaviour and their participation and interest in theoretical training.

Method and materials: All patients that were admitted to somatic hospitals in Oslo and Bærum County during one year (n=867) received a questionnaire about follow-ups, satisfaction, psychiatric symptoms, and self-perceived need for health care services three months after discharge. In a survey of a random sample of Norwegian general practitioners, psychiatrists, and internists (n=750), their attitudes and self-perceived competence to treat patients with suicidal behaviour together with participation and interest in courses were studied.

Results: We found a discrepancy between registered follow-ups at the time of discharge in the hospital records (86 %) and self-reports from the patients (59 %). 29 % of the patients waited more than three weeks for their first appointment. The patients had moderate to severe symptoms of depression and hopelessness, and low self-efficacy, and 22 % had poisoned themselves again. The patients were satisfied with the treatment, except from drug misuse treatment. The vast majority reported a need for health care services. The physicians' self-perceived competence was good, and the attitudes were positive. 43 % had participated in theoretical training.

Conclusion: Patients hospitalized for self-poisoning did not receive sufficient follow-up care post discharge. The levels of problems were considerable and they needed further health care services. The physicians perceived their competences to be good and they had positive attitudes towards patients with suicidal behaviour.

Bakgrunn

Årlig innlegges en betydelig andel pasienter i medisinske avdelinger i Norge på grunn av selvpåført forgiftning (Kopjar, Dieserud, & Wiik, 2005). Spesielt er andelen med risikofaktorer for selvmordsatferd, som tidligere selvmordsforsøk og rusmisbruk, høy i denne pasientgruppen (Bjornaas et al., 2010). I løpet av det første året er det mange som re-innlegges med rusrelaterte forgiftninger og nye selvmordsforsøk (Heyerdahl et al., 2009). Både kort- og langtidsprognosene er alvorlige, og det er en betydelig risiko for død av selvmord, men også av naturlige årsaker (Bergen et al., 2012; Bjornaas, Jacobsen, Haldorsen, & Ekeberg, 2009). Tilstrekkelig oppfølging og behandling av denne pasientgruppen etter utskrivelse fra sykehus er derfor viktig. For å kunne tilby dette er blant annet helsepersonells kompetanse og engasjement avgjørende. En sammenstilling av flere internasjonale studier har vist at helsepersonells holdninger i stor grad varierer når det gjelder grad av interesse og forståelse for selvmordstruede pasienter og dette vil også i noe grad gjenspeiles i pasientenes tilfredshet med den behandlingen de har mottatt i helsevesenet (Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009). I denne artikkelen belyses faktorer omkring behandlingstilbudet til selvmordstruede pasienter ved å oppsummere resultater fra to tidligere publiserte norske studier (Grimholt, Bjornaas, Jacobsen, Dieserud, & Ekeberg, 2012; Grimholt, Haavet, Jacobsen, Sandvik, & Ekeberg, 2014).

Metoder og materiale

Alle pasienter som ble innlagt med selvpåført forgiftning (n=867) ble i løpet av ett år (perioden 2003-04) prospektivt registrert ved Bærum sykehus og alle sykehusene i Oslo. Studien ble godkjent av Regional Etisk Komite. Behandlende lege ved sykehuset registrerte bakgrunnsvariabler og om det var planlagt videre oppfølging etter utskrivelse på et eget skjema. Pasientene fikk et spørreskjema i posten tre måneder etter utskrivelse. Spørsmålene handlet om oppfølging og behandling, tilfredshet med ulike deler av behandlingsskjeden og egenvurdert behov for helse tjenester etter utskrivelse fra sykehuset. For å kartlegge symptomer på depresjon og håpløshet brukte vi Beck Depression Inventory (BDI) og Beck Hopelessness Scale (BHS) (Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). For å måle grad av egenmestring brukte vi General Self-Efficacy skala. Det er et instrument som måler grad av tro på egen evne til å mestre vanskelige situasjoner og takle variasjoner av stressende faktorer (Schwarzer, 1993).

Svarandelen var 28 % (n=242). Gjennomsnittsalderen var 41 år og 66 % var kvinner. Som vist i tabell 1, var det få signifikante forskjeller i gruppen som svarte sammenliknet med gruppen som ikke svarte, men det var flere menn og pasienter med daglig rusmisbruk som ikke svarte.

Tabell 1 Karakteristika i utvalget pasienter behandlet for selvpåført forgiftning (sammenliknet med de som ikke svarte)

	Svarte (n = 242)	Svarte ikke (n = 622)	P-verdi
Gjennomsnittsalder	40.8 år	40.4 år	0.746
Kvinner	66%	56%	0.007
Aleneboende	42%	40%	0.605
I arbeid/studier	19%	19%	0.887
Intensjon			0.382
Mulig / sikkert selvmordsforsøk	42%	38%	
Usikkert om selvmordsforsøk	27%	26%	
Rusrelatert forgiftning	31%	36%	
Tidligere selvmordsforsøk	44%	50%	0.087
Pågående behandling i psykiske helsetjenester	42%	40%	0.744
Tidligere behandling psykiske helsetjenester	44%	50%	0.087
Daglig rusmisbruk	27%	39%	0.003

Dataene brukt til sammenlikning fra gruppen som ikke svarte på denne etterundersøkelsen er de samme som er publisert i tidligere studier, hvor pasientene allerede har samtykket til å delta. (Bjornaas et al., 2010)

For å undersøke egenvurdert kompetanse og holdninger til pasienter med selvmordsatferd, sendte vi et spørreskjema til et tilfeldig utvalg av alle registrerte norske leger i allmennpraksis, indremedisin og psykiatri (n=750). Studien ble godkjent av Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus og dataene ble behandlet, aidentifisert og lagret i tråd med gjeldende retningslinjer. Kjønn, aldersgruppe og ansiennitet ble registrert. I tillegg spurte vi om erfart selvmord hos egen pasient (ja/nei). Egenvurdert kompetanse til å behandle, engasjement, irritasjon og empati ble sammenliknet ved ulike diagnoser; somatiske sykdommer (kreft, diabetes, hjerte- og infeksjonssykdommer), psykiske lidelser (angstlidelser og depresjon), suicidal atferd og rusmisbruk (misbruk av alkohol, opiater, A- og B-preparater). Holdninger ble målt med Understanding of Suicidal Patients Scale (USP), som tidligere er blitt benyttet i tilsvarende studier i andre skandinaviske land (Samuelsson, Asberg, & Gustavsson, 1997; Suokas, Suominen, & Lonnqvist, 2008). Skalaen har elleve spørsmål som handler om grad av forståelse og vilje til å møte og behandle pasienter etter et selvmordsforsøk med en sumskåre fra 11 (positive holdninger) til 55 (negative holdninger). I en tidligere studie ble en skåre lavere enn 23 og en skåre fra 33 og høyere satt som cut-off for henholdsvis positive og negative holdninger (Suominen, Suokas, & Lonnqvist, 2007).

Spørsmål om interesse for og tidligere deltakelse på kurs ble lagt til: "Har du deltatt på kurs eller opplæring i vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd siste fem år?" (Ja/nei). "I hvilken grad er du interessert i kurs og opplæring innenfor suicidologi?" (1= ikke i det hele tatt til 5= i meget høy grad). Det var 40 % (n=300) som svarte etter tre puringer. Det var ikke signifikant forskjell med hensyn til svarandel mellom de tre spesialitetene. Som vist i tabell 2, var det signifikant flere kvin-

ner i psykiatrigruppen i tillegg til at indremedisinerne var yngre. Flere leger i allmennmedisin og psykiatri hadde erfart selvmord hos egen pasient sammenliknet med leger i indremedisin (tabell 2).

Tabell 2 Karakteristika i utvalget; Spesialitet, kjønn, erfaring, alder og erfart selvmord hos egen pasient (n=300)

	Allmennpraksis	Psykiatri	Indremedisin	p-verdi
N = 300/750	250	250	250	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Kvinner	91 (36)	102 (41)	107 (43)	
Erfaring (År)				0.015
0–5	4 (4)	7 (7)	29 (27)	
6–10	11 (12)	14 (14)	16 (15)	
11–20	25 (28)	29 (28)	20 (19)	
21–30	30 (33)	25 (25)	21 (20)	
>30	19 (21)	27 (27)	21 (20)	<0.001
Ikke svart	2 (2)			
Aldersgrupper (År)				
< 30	–	–	12 (11)	
30–40	16 (18)	26 (26)	37 (35)	
41–50	28 (31)	26 (26)	22 (21)	
51–60	35 (39)	25 (25)	24 (22)	
>60	12 (13)	24 (24)	12 (11)	<0.001
Ikke svart	–	1 (1)	–	
Erfart selvmord pasient	68 (75)	73 (72)	38 (36)	<0.001

Statistiske metoder

Dataene er presentert med gjennomsnittsverdier og 95 % konfidensintervaller (KI). For å sammenlikne mellom grupper brukte vi chi-square test (χ^2) for kategoriske variabler, og Students t-test og ANOVA for kontinuerlige normalfordelte data. $P < 0.05$ ble ansett som signifikant. Data ble analysert med SPSS v .15.0 & 18 (IBM, Armonk, NY, USA).

Resultater

Oppfølging og behandling

På sykehuset var 14 % registrert uten oppfølging, allikevel svarte 41 % at de ikke hadde fått noen form for tilbud om oppfølging ved utskrivelse. Det var 29 % som svarte at de måtte vente i tre uker eller lengre til første avtale for behandling og oppfølging. De fleste pasientene (34 %) ble henvist til distriktpsykiatrisk poliklinikk (DPS), psykiatrisk avdeling (23 %) og allmennlege (23%). Blant de som svarte at de ikke fikk oppfølging var vanligste registrerte henvisning på sykehuset allmennlege og DPS i henholdsvis 28 og 26 % av tilfellene.

Tilfredshet

Som vist i tabell 3, var pasientenes tilfredshet med behandlingen i hovedsak god. Høyest skåre fikk den generelle behandlingen på sykehuset. Pasientene var imidlertid mindre fornøyd med planer for oppfølging ved utskrivelse og minst fornøyd med poliklinisk rusbehandling og familierapi.

Tabell 3 Tilfredshet med behandling og oppfølging

	n	Gj.Snitt	95% KI
Skala: 1= Svært misfornøyd 5=Svært fornøyd			
Medisinsk sykehusavdeling			
Generell behandling	227	3.9	3.7 - 4.1
Kontakt med sykepleiere	236	3.8	3.6 - 4.0
Kontakt med lege	227	3.3	3.1 - 3.5
Kontakt med sosionom	94	3.3	3.0 - 3.6
Konsultasjon med psykiater	140	3.0	2.8 - 3.3
Planer for oppfølging ved utskrivelse	146	2.9	2.7 - 3.1
Helsetjenester etter utskrivelse			
Psykiatrisk døgnavdeling	84	3.6	3.3 - 3.8
Psykiatrisk poliklinikk	42	3.3	2.8 - 3.7
Fastlege	41	3.4	2.9 - 3.9
Selvmondsforebyggende team	29	3.2	2.6 - 3.8
Privat psykolog/psykiater	25	2.9	2.2 - 3.6
Poliklinisk rusbehandling	12	2.2	1.1 - 3.2
Familierapi	13	2.2	1.2 - 3.2

Ikke alle kategorier var aktuelle for alle pasientene, derfor varierer svarandelen (n) i denne tabellen.

Figur 1 Andel pasienter fordelt på høyeste nivå av egen vurdert behov for helsetjenester for ulike helseproblemer totalt

Behov for helsetjenester

Figur 1 viser at den totale andelen som oppgav behov for hjelp var betydelig. Om lag en av ti svarte at de hadde behov for innleggelse i institusjon, 31 % hjelp fra spesialisthelsetjeneste og 29 % fra allmennlege (Figur 1). I hovedsak var disse behovene knyttet til depresjon og angst, men også til rusmisbruk og smerteproblematikk.

Psykiske symptomer og repetert selvskading

Gjennomsnittlig skåre på BDI og BHS var henholdsvis 23.3 (95 % KI 21.5–25.1) og 10.1 (95 % KI 9.7–11.0). Dette indikerer moderate til alvorlige og behandlingstrengende nivåer. General Self-Efficacy skåre var 25.2 (95 % KI 24.2–26.1), og tyder på nokså lav evne til egenmestring.

Det var 22 % som svarte at de hadde forgiftet seg på nytt, og 17 % at de hadde kuttet seg i løpet av de siste tre månedene etter utskrivelse.

Legenes egenvurderte kompetanse

Egenvurdert kompetanse fulgte legenes spesialitet; psykiatere vurderte sin egen kompetanse høyest når det gjaldt å behandle pasienter med psykiske lidelser og rus, og tilsvarende vurderte indremedisinere at de hadde høyest

kompetanse til å behandle somatiske diagnoser (Tabell 4). Allmennlegenes egenvurderte kompetanse lå litt over middelveidene for alle diagnosene, men lavest for selvmordsatferd.

Samme mønster kunne man se ved engasjement. Når det gjaldt empati, var det ingen forskjell mellom spesialitetene med hensyn til deres empati for pasienter med selvmordsatferd og rusmisbruk (Tabell 4). Kvinner var signifikant mer empatiske til pasienter med selvmordsatferd enn menn (4.0 vs. 3.8), også etter at det ble justert for spesialitet, alder og kursdeltakelse ($p=0.002$). Pasienter med rusmisbruk fikk lavest empatiskåre i alle tre grupper (2.9–3.2) sammenliknet med de andre diagnosene (Tabell 4). På tilsvarende spørsmål om irritasjon, svarte alle tre gruppene at de var mest irritert på rusmisbrukere sammenliknet med pasienter med andre diagnoser.

Tabell 4 Egenvurdert kompetanse, engasjement og empati ved somatiske diagnoser, rusmisbruk, depresjon og angst og selvmordsatferd i henhold til spesialitet

	Allmenn- leger Gj. Snitt (95% KI)	Psykiatere Gj. Snitt (95% KI)	Indre- medisinere Gj. Snitt (95% KI)	p-verdi
Kompetanse				
Somatiske diagnoser	3.6 (3.5-3.7)	2.3 (2.1-2.4)	3.6 (3.5-3.7)	<0.001
Rusmisbruk	3.3 (3.1-3.4)	3.5 (3.4-3.6)	2.5 (2.4-2.6)	<0.001
Depresjon og angst	3.6 (3.4-3.7)	4.3 (4.2-4.4)	2.5 (2.3-2.6)	<0.001
Selvmordsatferd	3.2 (3.1-3.4)	4.1 (4.0-4.2)	2.4 (2.3-2.5)	<0.001
Engasjement				
Somatiske diagnoser	3.7 (3.6-3.8)	2.3 (2.2-2.5)	3.7 (3.6-3.8)	<0.001
Rusmisbruk	3.4 (3.3-3.5)	3.8 (3.7-3.9)	2.6 (2.5-2.8)	<0.001
Depresjon og angst	3.7 (3.6-3.8)	4.2 (4.1-4.3)	2.7 (2.5-2.8)	<0.001
Selvmordsatferd	3.7 (3.5-3.8)	4.2 (4.1-4.3)	2.8 (2.6-3.0)	<0.001
Empati				
Somatiske diagnoser	3.6 (3.5-3.8)	3.4 (3.3-3.5)	3.8 (3.7-3.9)	<0.001
Rusmisbruk	3.0 (2.9-3.2)	3.2 (3.0-3.3)	2.9 (2.8-3.1)	0.122
Depresjon og angst	3.8 (3.7-3.9)	3.9 (3.8-4.1)	3.5 (3.4-3.7)	<0.001
Selvmordsatferd	3.9 (3.8-4.1)	3.9 (3.8-4.1)	3.7 (3.6-3.9)	0.076

Skala: 1 = veldig lav-5 = veldig høy

Holdninger

Totalt hadde alle legene positive holdninger til pasienter med selvmordsatferd (USP=20.3, 95% KI: 19.6-20.9). Blant allmennleger var det signifikant forskjell mellom kvinner og menn (USP 17.7 vs. 20.3, $p=0.014$). Etter at vi justerte for alder, kjønn, kursdeltakelse og erfart selvmord hos egen pasient, hadde allmennleger og psykiatere signifikant mer positive holdninger sammenliknet med indremedisinere.

Ved å se på de enkelte påstandene i USP-skalaen separat, fant vi at alle gruppene hadde forståelse for at pasienter med selvmordsatferd hadde emosjonelle proble-

mer og derfor trengte best mulig behandling (1.4, 95% KI: 1.4-1.5). De var også enig i påstanden "En person som har forsøkt å ta sitt eget liv er en person jeg gjerne vil hjelpe" (1.5, 95% KI: 1.4-1.6). Psykiatere (1.7, 95% KI: 1.6-1.9) var signifikant mer enig i at pasientene fikk god behandling ved deres avdeling sammenliknet med allmennleger (2.0, 95% KI: 1.8-2.2) og indremedisinere (2.3, 95% KI: 2.1-2.5) ($p<0.001$). Indremedisinere var mindre enig i påstanden, "Jeg forsøker å gjøre mitt beste for å snakke med en pasient som har forsøkt å ta sitt liv om hans/hennes personlige problemer" (2.0, 95% KI: 1.8-2.2) vs. allmennleger (1.5, 95% KI: 1.3-1.6) og psykiatere (1.4, 95% KI: 1.2-1.6) ($p<0.001$). Indremedisinere syntes også at det var vanskeligere å forstå en person som hadde forsøkt å ta sitt liv ("Jeg synes ofte det er vanskelig å forstå en person som har forsøkt å ta sitt liv") (3.4, 95% KI: 3.2-3.7) vs. allmennleger (2.8, 95% KI: 2.6-3.1) og psykiatere (2.4, 95% KI: 2.2-2.6). Tilsvarende var indremedisinere mer enig i påstanden "Det er vanligvis vanskelig å møte en person som har forsøkt å ta sitt eget liv" (3.1, 95% KI: 2.9-3.4) vs. allmennleger (2.5, 95% KI: 2.2-2.8) og psykiatere (2.4, 95% KI: 2.1-2.7) ($p<0.001$).

Kurs og utdanning

I underkant av halvparten (43 %) hadde deltatt på kurs eller andre former for utdanning om vurdering og behandling av pasienter med selvmordsatferd siste fem år. Psykiatere hadde i større grad deltatt på kurs ($n=77$, 76%) enn allmennleger ($n=35$, 39%) og indremedisinere ($n=16$, 15%). Psykiatere var også mer interessert i kurs sammenliknet med indremedisinere, på tross av at indremedisinernes egenvurderte behov for mer kunnskap var større.

Diskusjon

På tross av at oppfølging var registrert ved sykehuset svarte mange pasienter at de ikke fikk noe tilbud etter tre måneder. Andelen med alvorlige psykiske symptomer og selvskadende handlinger understreker at det er behov for mer aktive former for oppfølging og behandling.

Tilfredsheten med behandlingen på sykehuset var i hovedsak god. En betydelig andel hadde alvorlige psykiske problemer, og mange hadde forgiftet og kuttet seg. Norske leger i allmenn-, indremedisin og psykiatri vurderte sin egen kompetanse til å behandle pasienter med selvmordsatferd til å være god. Alle legegruppene var positive, velvillige og forståelsesfulle, og kvinner var mer empatiske enn sine mannlige kollegaer. Pasienter med rusmisbruk var den gruppen som kom dårligst ut sammenliknet med andre pasientgrupper når det gjaldt legenes engasjement, empati og irritasjon.

Diskrepans mellom registrert oppfølging ved sykehuset og pasientenes egne svar ble også vist i en studie fra Nederland, hvor 35 % av pasienter som hadde forsøkt å ta livet sitt ikke husket om det var gjort avtaler for oppfølging da de ble spurt syv dager etter utskrivelse fra sykehuset (Verwey et al., 2010). I vår studie fant vi at en betydelig andel av pasientene måtte vente opp til tre uker før de fikk behandling. I en akutt krise er det mulig at pasienter oppfatter slik ventetid som at de ikke fikk oppfølging og behandling. Andre forklaringer kan være at pasientene ikke husket det, ikke fikk god nok beskjed på sykehuset eller skriftlig informasjon. Dette understreker betydningen av å sikre at pasientene får tydelig og skriftlig beskjed

om planer for oppfølging før de utskrives fra sykehuset. Her vil nok betydningen av holdninger og kompetanse blant leger og sykepleiere være viktig. En stresset klinisk hverdag på sykehuset kan påvirke holdninger i negativ retning (Suokas & Lonnqvist, 1989), og det er viktig å sette av tid til å lytte til deres erfaringer og behov for hjelp og gi tilstrekkelig grad av informasjon. Spesielt viktig blir grad av positive holdninger som innebærer velvillighet og forståelse, da pasientene ofte er særlig sårbare for avvising i tillegg til å ha vanskeligheter med å selv søke hjelp for sine problemer (Wolk-Wasserman, 1985).

De aller fleste pasientene var tilfredse med behandlingen de fikk på sykehuset, ved psykiatriske døgnavdeling og DPS etter utskrivelse. Dette er gjenspeilet i vår studie blant norske leger og i to tilsvarende norske studier av sykepleiere i akuttmedisinske avdelinger og ansatte i DPS som begge viser positive holdninger til pasienter med selvmordsatferd (Grimholt, 2007) (Norheim, Grimholt, & Ekeberg, 2013). Minst tilfredse var pasientene med planer for oppfølging og ventetiden til første behandlingsavtale. En systematisk litteraturgjennomgang av Taylor og medarbeidere viste også et tydelig behov for bedre tilgjengelighet til oppfølging i denne pasientgruppen (Taylor et al., 2009). Det er per i dag begrenset evidensbasert kunnskap om effektive intervensjoner som reduserer ytterligere selvmordsatferd blant pasienter som innlegges i sykehus med selvpåførte forgiftninger (Mehlum et al., 2008). Med bakgrunn i de komplekse, og ofte sammensatte psykososiale og somatiske problemene som er kjent fra tidligere og understreket i denne studien, er det viktig å tilby et koordinert og skreddersydd oppfølgingstilbud. Funnene i vår studie som viser høy grad av psykiske symptomer og selvskadende atferd underbygger dette.

Det er i tillegg et problem at mange dropper ut eller ikke møter til behandling (Runeson, 2001). I en nyere norsk studie fant vi at 23 % av pasienter innlagt i akuttmedisinske avdelinger hadde latt være å møte til planlagt behandling i løpet av de seks første månedene etter utskrivelse (Grimholt et al., 2015). I den norske Bærumsmodellen viste behandlingsskjedetilbud og tidlig intervensjon etter et selvmordsforsøk lovende resultater med hensyn til lavere drop out fra behandling (Dieserud, Loeb, & Ekeberg, 2000). Tilsvarende resultater har man også funnet i liknende studier basert på det samme konseptet (Hvid et al., 2011; Verwey et al., 2010). Dessverre har slike behandlingsskjeder bare blitt implementert i varierende grad her til lands og Mørk og kollegaer fant at bare halvparten av norske sykehus hadde et system for å koordinere oppfølging, samt at praksis ikke var i tråd med nasjonale anbefalinger (Mørk, Mehlum, Fadum, & Rossow, 2010).

Funnene som viser at legenes kompetanse tenderer til å samsvare med spesialitet er ikke overraskende. Det er allikevel et poeng som er viktig å ta med seg inn i den kliniske hverdagen, fordi sykdom og dødelighet med bakgrunn i somatisk sykdom og livsstilsfaktorer i denne pasientgruppen er forhøyet (Bergen et al., 2012). I klinisk praksis innebærer det for eksempel at behandlere ved psykiatriske avdelinger som for eksempel DPS også må identifisere livsstilsfaktorer knyttet til helserisiko og vurdere pasientene med tanke på deres somatiske helse-tilstand for å forebygge og behandle. Fastlegen har også en viktig rolle for denne pasientgruppen, og et koordinert og

rutinemessig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og allmennpraksis vil ofte være nødvendig.

Pasientene var minst tilfredse med poliklinisk rusbehandling og legene oppgav lavest kompetanse, engasjement og empati til pasienter med rusmisbruk sammenliknet med pasienter med andre diagnoser. Rusmisbruk er

en uavhengig risikofaktor for selvmord blant selvmordsforsøkere (Hawton, Fagg, Platt, & Hawkins, 1993), og det er viktig å sørge for at pasienter som sliter med rusproblematikk får tilstrekkelig helsehjelp. Det er ikke mulig å trekke noen slutninger om hvordan disse holdningene arter seg i praksis. Selv om mange oppgir at de blir irriterte på pasienter med rusproblemer i en survey, betyr

det ikke at legene ikke opptrer profesjonelt i møte med pasientene. Det er heller ikke mulig å si noe om hvorfor psykiatere vurderer sin kompetanse til å behandle rusmisbrukere lavere, men mulige årsaksmekanismer kan være manglende kunnskap om effektiv behandling og tilsvarende tilbud. En annen forklaring kan være at mange leger på tross av utrettelig engasjement ikke opplever at det hjelper i særlig grad.

Begrensninger

Lav svarandel begrenser funnens validitet og generaliserbarhet. Allikevel utgjør antallet pasienter som oppgav betydelige helseplager og behov for helsehjelp en betydelig andel av det totale utvalget som fikk tilsendt spørreskjema og er således uansett et viktig og robust funn. I tillegg hadde vi anledning til å gjennomføre frafallsanalyser som viste at det ikke var betydelige forskjeller mellom de pasientene som returnerte spørreskjemaet og de som ikke svarte. Likeledes er sammenlikningene mellom de ulike legespesialitetene pålitelige selv om svarandelen totalt var lavere enn ønskelig. Vi kan derfor ikke generalisere resultatene til å gjelde alle norske leger.

Tabell 5 Multivariable sammenlikning av holdninger mellom allmennleger, psykiatere og indremedisinere med Understanding of Suicidal Patients Scale som avhengig variabel

	Ujustert			Justert*		
	β	95% KI	p-verdi	β	95% KI	p-verdi
Psykiatere vs. Allmennleger	-0.95	-0.4 til 2.3	0.18	-0.6	-2.1 til -0.8	0.393
Allmennleger vs. Indremedisinere	-3.3	-4.8 til -1.8	<0.001	-2.3	-4.0 til -0.6	0.009
Psykiatere vs. Indremedisinere	-4.3	-5.6 til -2.9	<0.001	-3.9	-5.8 til -1.9	<0.001

*Justert for alder, kjønn, kursdeltakelse og erfaring med selvmord hos pasient

Konklusjon

På tross av at pasientene var registrert med tilbud om behandling og oppfølging ved utskrivelse fra sykehuset svarte mange at de ikke fikk noe tilbud. Pasientene var i hovedsak tilfredse med behandlingen de fikk, men pasienter som fikk tilbud om poliklinisk rusbehandling var minst tilfredse. Dette reflekteres også i legenes egenvurderte kompetanse, engasjement og empati til pasienter med rusmisbruk. Dette er nok noe man bør undersøke nærmere, spesielt fordi psykiatrisk komorbiditet er vanlig blant rusmisbrukere, i tillegg til en forhøyet risiko for både død av naturlige årsaker og selvmord.

Etter tre måneder hadde en betydelig andel pasienter psykiske problemer og ønsket mer hjelp fra helsevesenet. Leger i allmenn-, indremedisin og psykiatri oppgir god kompetanse til å behandle pasienter med selvmordsatferd og har positive holdninger. Selv om under halvparten hadde deltatt på kurs eller andre former for videreutdanning siste fem år, var de middels interessert i å delta på kurs. Fremtidig undervisningsopplegg kan nok ha nytte av å kartlegge ulike spesialiteters behov for innhold og varighet når det gjelder kurs og kompetanseutvikling innenfor suicidologi.

Denne artikkelen er et sammendrag av tidligere publiserte artikler:

- 1) Grimholt, T. K., Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Dieserud, G., & Ekeberg, O. (2012). Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning. *Ann Gen Psychiatry*, 11, 10. doi:10.1186/1744-859X-11-10
- 2) Grimholt, T. K., Haavet, O. R., Jacobsen, D., Sandvik, L., & Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Serv Res*, 14, 208. doi:10.1186/1472-6963-14-208

REFERANSER

- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 23(2), 139-145. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8342213>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 42(6), 861-865. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436473>
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (2012). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet*, 380(9853), 1568-1574. doi:10.1016/S0140-6736(12)61141-6
- Bjornaas, M. A., Hovda, K. E., Heyerdahl, F., Skog, K., Drottning, P., Opdahl, A., . . . Ekeberg, O. (2010). Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: a one-year cross-sectional study of self-poisoning. *BMC Psychiatry*, 10, 58. doi:10.1186/1471-244X-10-58
- Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2009). Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. *Clin Toxicol (Phila)*, 47(2), 116-123. doi:10.1080/15563650701771981
- Dieserud, G., Loebe, M., & Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 30(1), 61-73. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10782719>
- Grimholt, T. K., Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Dieserud, G., & Ekeberg, O. (2012). Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning. *Ann Gen Psychiatry*, 11, 10. doi:10.1186/1744-859X-11-10
- Grimholt, T. K. (2007). Sykepleieres holdninger til pasienter etter selvmordsforsøk (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo).
- Grimholt, T. K., Haavet, O. R., Jacobsen, D., Sandvik, L., & Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Serv Res*, 14, 208. doi:10.1186/1472-6963-14-208

Grimholt, T. K., Jacobsen, D., Haavet, O. R., Sandvik, L., Jorgensen, T., Norheim, A. B., & Ekeberg, O. (2015). Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-poisoning: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 245. doi:10.1186/s12888-015-0635-2

Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., & Hawkins, M. (1993). Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ*, 306(6893), 1641-1644. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8324431>

Heyerdahl, F., Bjornaas, M. A., Dahl, R., Hovda, K. E., Nore, A. K., Ekeberg, O., & Jacobsen, D. (2009). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry*, 194(1), 73-79. doi:10.1192/bjp.bp.107.048322

Hvid, M., Vangborg, K., Sorensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide--II. The Amager project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 65(5), 292-298. doi:10.3109/08039488.2010.544404

Kopjar, B., Dieserud, G., & Wiik, J. (2005). [Deliberate self-poisonings treated in hospitals]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125(13), 1798-1800. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16012544>

Mork, E., Mehlum, L., Fadum, E. A., & Rossow, I. (2010). Collaboration between general hospitals and community health services in the care of suicide attempters in Norway: a longitudinal study. *Ann Gen Psychiatry*, 9, 26. doi:10.1186/1744-859X-9-26

Norheim, A. B., Grimholt, T. K., & Ekeberg, O. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*, 13, 90. doi:10.1186/1471-244X-13-90

Runeson, B. (2001). Parasuicides without follow-up. *Nord J Psychiatry*, 55(5), 319-323. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11839122>

Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 95(3), 222-230. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/911855>

Suokas, J., & Lonnqvist, J. (1989). Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 79(5), 474-480. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2750548>

Suokas, J., Suominen, K., & Lonnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nord J Psychiatry*, 62(2), 144-146. doi:10.1080/08039480801983547

Suominen, K., Suokas, J., & Lonnqvist, J. (2007). Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nord J Psychiatry*, 61(5), 387-392. doi:10.1080/08039480701643381

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*, 194(2), 104-110. doi:10.1192/bjp.bp.107.046425

Verwey, B., van Waarde, J. A., Bozdog, M. A., van Rooij, L., de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*, 31(6), 303-310. doi:10.1027/0227-5910/a000041

Wolk-Wasserman, D. (1985). The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr Scand*, 71(6), 581-595. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4024974>

TINE K. GRIMHOLT er sykepleier og arbeider som postdoktorstipendiat ved Oslo universitetssykehus. Hun disputerte i 2015 på en doktoravhandling om fastlegers rolle etter selvpåført forgiftning: Self poisoning – studies of aftercare, attitudes, satisfaction and intervention. Postdoktor-prosjektet handler om barn som pårørende ved selvmordsatferd.