

# Livskrisehjelpen ved en legevakt

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt er et lavterskeltilbud for personer som har opplevd psykososiale kriser. Hensikten med denne studien var å kartlegge henvendelsene til Livskrisehjelpen, henvendelsesårsaker og henvisninger.

**Materiale og metode.** Alle henvendelser i 2006 ble inkludert i studien. Fra journal ble det registrert blant annet kjønn, alder, henvendelsesårsak, antall samtaler og hvor pasienten ble henvist videre.

**Resultat.** Livskrisehjelpen mottok 901 pasienter og gjennomførte 2 090 samtaler. I alt 602 av pasientene var kvinner. Nesten hver tredje pasient ( $n = 186$ ) var i alderen 19–30 år. Pasientene presenterte mange ulike henvendelsesårsaker, men flertallet av pasientene ( $n = 590$ ) henvendte seg på grunn av livskriser, som alvorlige livshendelser og bekymringer for egne barn. Det var 267 pasienter som henvendte seg med mulig symptom på psykisk lidelse. Flertallet av pasientene ble henvist videre til ulike offentlige og private instanser.

**Fortolkning.** Samtaletilbudet Livskrisehjelpen ble benyttet av pasienter i alle aldersgrupper med ulike psykososiale kriser. Livskrisehjelpen er et eksempel på tidlig intervensjon på kommunalt nivå.

> Se også side 2048

**Eva Try**  
eva.try@bergen.kommune.no

Livskrisehjelpen  
Bergen legevakt  
Vestre Strømkaien 19  
5008 Bergen  
og  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
Unifob Helse  
Bergen

**Tone Morken**  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
Unifob Helse  
Bergen

**Steinar Hunskaar**  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
Unifob Helse  
Bergen  
og  
Seksjon for allmennmedisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

Økt forekomst av posttraumatisk stresslidelse og økt sykkelighet er påvist hos personer som har opplevd katastrofer, ulykker og uventede dødsfall (1–4). Randomiserte, kontrollerte studier har vist at kognitiv atferdsterapi synes å være det mest effektive for å forebygge posttraumatisk stresslidelse hos personer som har opplevd enkelthendelser som ulykke, brann, vold og uventet død (5). Kommunale kriseteam er etablert for å gi psykososial oppfølging etter brå død, for eksempel selvmord og andre ulykker, som rammer både enkeltmennesker og større grupper som ved katastrofer (6). Personer som opplever akutte hendelser og kriser bruker også eget nettverk, fastleger og kommunale legevakter.

Bergen kommune etablerte Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt i november 2005 som supplement til kommunens kriseteam. Tiltaket er åpent sju dager i uken, og er bemannet med psykiatriske sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Livskrisehjelpen er et gratis samtaletilbud for enkeltpersoner som har opplevd en uventet livshendelse, en livskrise eller en psykososial krise som fører til problemer med å takle hverdagen. Personer som er bekymret for alvorlig psykisk sykdom hos pårørende eller andre som ikke selv søker hjelp, kan også ta kontakt. Personalet skal gi akutt krisehjelp, og tilbud om to-tre oppfølgingssamtaler. Ved behov for mer langvarig behandling skal Livskrisehjelpen bistå med å etablere kontakt med det ordinære hjelpeapparatet.

Hensikten med denne studien var å kartlegge henvendelsene til Livskrisehjelpen i 2006, hvilke problemstillinger pasientene presenterte, og hvor de ble henvist videre.

## Materiale og metode

Alle henvendelser til Livskrisehjelpen i Bergen i 2006 ble inkludert i studien. Studiens datakilder er alle journalnotater og loggføringer (som er ført for å sikre rapportering mellom hver vakt) skrevet av Livskrisehjelpens personale etter hver henvendelse/samtale. Prosjektmedarbeider har ut fra journalnotater fra hver samtale blant annet registrert opplysninger om bostedskommune, kjønn, alder, henvendelsesmåte (telefon eller oppmøte), henvendelsestidspunkt (når på døgnet, måned), henvisningsinstans, henvendelsesårsak, data om samtalen (samtalesnummer, antall personer til stede, samtalenes lengde) og hvor pasienten ble henvist videre. Henvendelsesårsakene ble inndelt i 48 enkeltkategorier og deretter samlet i totalt ti hovedkategorier fordelt på de fire områdene: livskriser (A), mulig symptom på psykisk lidelse (B), sammensatte problemer (C) og ukjent årsak (D) (ramme 1).

Dataene er registrert uten opprettelse av personregister. Hver person har i første fase av registreringen fått en egen kode. Etter registreringen i datafilen er koden for personer og bostedskommune rekodet, slik at det ikke er mulig å spore data tilbake til den enkelte pasient. Deskriptive analyser er foretatt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 15.0.

## Resultater

### Beskrivelse av pasientene

I alt 901 pasienter henvendte seg til Livskrisehjelpen i 2006. Av disse tok 23 pasienter første gang kontakt i 2005. I alt 782 pasienter (87%) oppga Bergen som bostedskommune, og dette inkluderte også personer som var folkeregistrert andre steder. Det

## Hovedbudskap

- Lavterskeltilbudet Livskrisehjelpen ble benyttet av pasienter i alle aldre, og hyppigst av kvinner
- Pasientene presenterte et stort mangfold av psykososiale kriser
- Over halvparten av pasientene ble henvist videre til lege

kom 91 pasienter (10%) fra andre kommuner i Hordaland, mens 23 pasienter (3%) var fra andre fylker. Fem pasienter var ikke registrert med bostedskommune.

Av pasientene var to tredeler kvinner og en tredel menn. Omtrent hver tredje pasient var i alderen 19–30 år (tab 1). I aldersgruppen under 18 år var 80% kvinner, mens det i de øvrige aldersgruppene var to tredeler kvinner.

#### *Henvendelsesmåter og -årsaker*

Omtrent like mange pasienter henvendte seg til Livskrisehjelpen per telefon (n = 446) som ved oppmøte (n = 455). I alt 464 pasienter (52%) tok kontakt med Livskrisehjelpen på eget initiativ, mens 208 pasienter (23%) ble henvist til Livskrisehjelpen av lege eller sykepleier på Bergen legevakt. De øvrige 226 pasientene (25%) ble henvist fra pasientens pårørende eller fra hjelpeapparatet, mens det for tre pasienter manglet slike opplysninger.

Flertallet av pasientene (66%) som henvendte seg hadde ingen psykisk lidelse selv, men beskrev ulike livskriser (fig 1). Litt under en tredel av pasientene (30%) hadde ulike symptomer på psykiske lidelser. Innen området livskriser var alvorlige livshendelser den hyppigste hovedkategorien og bekymringer for andre den nest hyppigste (tab 2). Innen området psykiske lidelser var den mest brukte hovedkategori depresjons- og suicidalitetsproblematikk. Livskriser ble registrert hos 69% av kvinnene, mot 59% blant mennene. Det var 27% av kvinnene og 36% av mennene som kom med mulig symptom på psykiske lidelser. Av de 48 enkeltkategoriene, uansett område, var det flest bekymringer for egne barn. Den nest hyppigste enkeltkategori var depresjons- og suicidalitetsproblematikk, mens samlivsbrudd kom på tredje plass (tab 3). I aldersgruppen 1–18 år var seksuelle overgrep den hyppigste enkeltkategori, med 25% av pasientene. Seks av enkeltkategoriene ble ikke benyttet.

#### *Samtaler og henvisninger*

Det ble registrert i alt 2 090 samtaler ved Livskrisehjelpen i 2006. Gjennomsnittlig antall samtaler per måned var 174 (variasjon 100–223). Nesten halvparten av samtalenes (n = 935; 45%) fant sted på dagvakt mandag til fredag, de resterende jevnt fordelt mellom kveldsvakt mandag til torsdag (29%) og kveldsvakt fredag, samt i helger og høytider (26%). Gjennomsnittlig lengde på samtaler var 43 minutter, mens medianen var 30 minutter. 45% av samtalenes varte 20 minutter eller kortere, og 39% av samtalenes varte mer enn 45 minutter. Blant samtalenes der pasienten møtte opp hos Livskrisehjelpen (n = 965), var pasienten alene sammen med en person fra Livskrisehjelpen i 739 samtaler (77%), mens to personer (utenom Livskrisehjelpen) var til stede i 172 samtaler (18%) og tre eller flere personer var til stede i 54 samtaler (6%).

I alt 780 (37%) av alle samtalenes var oppfølgingssamtaler hos Livskrisehjelpen. Det ble registrert 1 741 henvisninger til andre instanser (tab 4). Over halvparten av henvisningene var til fastlege eller legevaktlege (54%). Inkludert i dette tallet er også pasienter med behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Av de 414 henvisningene som ble gjort til legevaktlege, var 91 henvisninger med spørsmål om videre henvisning til psykisk helsevern, 117 henvisninger for suicidalitetsvurdering og de resterende for andre forhold. I underkant av hver tiende henvisning var til kommunal psykiatritjeneste eller kommunale kriseteam. Det ble for øvrig henvist til ulike andre kommunale, statlige, fylkeskommunale og private instanser som ikke krever henvisning fra lege.

Ved å analysere gruppen av pasienter som hadde sin første samtale med Livskrisehjelpen i første kvartal 2006, fikk vi et inntrykk av antall samtaler per pasientforløp. Dette utvalget besto av 221 pasienter som hadde 601 samtaler i løpet av 2006. Antall samtaler per pasient varierte var 1–36. Halvparten av pasientene hadde kun en samtale i perioden. 80% av pasientene hadde tre eller færre samtaler.

#### **Diskusjon**

Pasientene som henvendte seg til Livskrisehjelpen i 2006, presenterte et mangfold av henvendelsesårsaker, men flertallet av pasientene kom på grunn av ulike livskriser, som bekymringer for egne barn eller samlivsbrudd. En mindre andel kom på grunn av psykiske lidelser. Flertallet av pasientene ble henvist videre, de fleste til fastlege eller legevaktlege. Den store andelen av henvisninger til lege kan forklares med at Livskrisehjelpen ikke har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten.

En begrensning i studien er at datagrunnlaget er fra Livskrisehjelpen i oppbyggingsfasen. Registreringsrutinene endret seg noe underveis, og noen få samtaler manglet trolig loggføring. Antall samtaler kan dermed være underrapportert. I tillegg kan det ha forekommet unøyaktigheter i registreringen av hvem som hadde henvist til Livskrisehjelpen, og hvor pasienten ble henvist videre. Registrering av henvendelsesårsaker i ulike grupper bygger på en skjønsmessig inndeling. For eksempel kan bekymringer for andre og samlivsproblemer være uttrykk for at en i familien har psykisk lidelse eller rusproblemer, men det kan også være uttrykk for vanskeligheter som naturlig oppstår i ulike livsfaser.

Det var flest henvendelser fra personer i aldersgruppen 19–30 år. Det er grunn til å anta at behovet for et kommunalt samtaletilbud ved akutte psykososiale kriser er relativt stort i denne livsfasen, fordi det er en periode med tilpassing til flere nye roller i forbindelse med jobb, studier og samboerforhold/ekteskap og hvor det samtidig kan mangle

## **Ramme 1**

### **Hovedkategorier av henvendelsesårsaker fordelt på fire områder**

#### *A. Livskriser*

- Alvorlige livshendelser, definert som uventede enkelthendelser som samlivsbrudd, brå død, alvorlig ulykke eller vold (fysisk, seksuell, psykisk) som personen opplever som svært belastende, traumatisk og eller krenkende (11 enkeltkategorier)
- Bekymringer for andre, definert som henvendelser fra andre enn primærpersonen med usikkerhet om hvorvidt en i familien eller nettverket har alvorlig psykisk lidelse eller avhengighetsproblem (8 enkeltkategorier)
- Samspillsproblem i familien, definert som problemer mellom ulike generasjoner (foreldre og barn/ungdom) eller mellom ektefeller/samboere (5 enkeltkategorier)
- Andre kriser, inkludert økonomiske problemer, somatisk sykdom eller boligproblem (5 enkeltkategorier)

#### *B. Symptom på psykisk lidelse*

Kategoriene brukes når pasienten tidligere har en diagnostisert psykisk lidelse eller selv beskriver et symptombilde som etter personalets vurdering gir mistanke om en psykisk lidelse.

- Depresjons- og selvmordsproblematikk (1 enkeltkategori)
- Rusrelaterte problemer (1 enkeltkategori)
- Angstplager (1 enkeltkategori)
- Annet (6 enkeltkategorier)

#### *C. Sammensatte problemer*

Kategoriene er benyttet der det har vært både livskriseproblematikk og symptomer på psykiske lidelser.

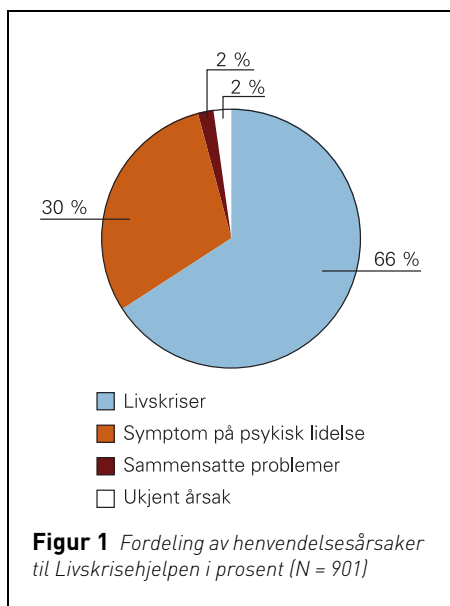
- Samlivsbrudd og depresjon/suicidalitet (1 enkeltkategori)
- Andre sammensatte problemer (8 enkeltkategorier)

#### *D. Ukjent årsak*

stabile og støttende nettverk. En forklaring kan også være en stor gruppe studenter, midlertidig bosatt og liknende, som ikke kjenner til eller som mangler etablert helsetjenestetilbud i Bergen. Andelen kvinner dominerte i alle aldersgrupper, i tråd med at kvinner generelt bruker helsetjenester mer enn menn (7).

#### *Henvendelsesmåter og -årsaker*

At både telefon og oppmøte ble benyttet i omtrent like stor grad, kan være uttrykk for at fleksibilitet med hensyn til henvendelsesmåte er viktig for tilgjengeligheten. Omtrent halvparten av pasientene henvendte seg på eget initiativ. At hver fjerde pasient ble hen-



vist av Bergen legevakt, kan tyde på at Livskrisehjelpen dekker et behov for samtaletilbud for noen pasienter som ellers henvender seg til legevakten. Noen av pasientene som kommer til legevakten, ville antakelig stått uten noe tilbud dersom Livskrisehjelpen

ikke hadde eksistert, mens andre ville blitt henvist til fastlege eller eget nettverk.

Flertallet av pasientene henvendte seg med livskriser, uten at dette ble oppfattet som psykiske lidelser. Livskriseregretet inkluderer her både akutte hendelser og langvarige belastninger i nære relasjoner. Uventede hendelser og samspillsproblemer i familien kan imidlertid bli risikofaktorer for å utvikle psykisk lidelse dersom ikke personene opplever nødvendig støtte. Pasientens beskrivelse av plager vil imidlertid kunne være overlappende for flere kategorier, fordi krisereaksjoner og symptomer på angst og depresjon kan ha felles innhold. Forekomst av akutte hendelser, varighet av symptomer, dybden og omfanget av plager vil vanligvis skille normale krisereaksjoner fra psykisk lidelse (2, 3). Bekymringer for andre og samspillsproblemer i familien ble i denne undersøkelsen klassifisert som livskrise. Slike problemer kan være uttrykk for at en i familien har alvorlige symptom på psykisk lidelse eller rusproblem uten at personen får tilfredsstillende behandling. Symptomer på psykiske lidelser kan debutere ved nye belastende livssituasjoner som for eksempel relasjonsproblem, flytting, skifte av jobb eller start på studier (3). Livskrisehjelpens

personale skal ha kompetanse på grunnleggende diagnostiske kategorier.

Et tiltak som Livskrisehjelpen kan gi viktig støtte i forhold til foreldres bekymringer for barn ved å tilby kartleggingssamtaler og veiledning. Livskrisehjelpen har bedre tilgjengelighet og bruker lengre tid på samtaler enn legen kan tilby, og det kan være lettere å få med seg barn eller andre man bekymrer seg for, til Livskrisehjelpen enn til lege. I tillegg er psykososiale kriser et område hvor flere yrkesgrupper har verdifull kompetanse. Depresjons- og suicidalitetsproblematikk er tilstander som forutsetter vurdering hos lege. I disse tilfellene er ikke noen få samtaler med Livskrisehjelpen tilstrekkelig, men personalet kan bidra til at pasienter med udiagnostisert eller ubehandlet psykisk lidelse får komme til lege for vurdering av behandlingsbehov.

Samlivsbrudd var den hyppigste alvorlige livshendelsen blant dem som henvendte seg. Kommunale kriseteam blir imidlertid ikke benyttet ved samlivsbrudd. Derimot er det flere som erfaringsmessig kontakter fastlege, legevaktlege og eget nettverk ved samlivskriser. I den nasjonale kunnskapsoppsummeringen av effektive tiltak ved psykososiale kriser (5) har man utelatt livskriser som samlivsbrudd og avgrenset studien til avgrensede enkelthendelser som selvmord, brann, ulykke og vold. Samtidig viser erfaring og forskning at samlivsbrudd kan ramme den enkelte svært hardt (8). I noen beskrivelser av psykisk krise inngår uventet samlivsbrudd og utroskap, og dette knyttes til opplevelsen av tap (9).

*Samtaler og henvisninger*

Et gjennomsnitt på to samtaler per pasient viser at Livskrisehjelpens tilbud ble gjennomført i tråd med formålet, med noen få samtaler per pasient. Dette kan enten tyde på at pasientene ble vist videre til andre instanser, eller de klarte seg videre på egen hånd. En forklaring kan også være at pasienten ikke fikk det de forventet hos Livskrisehjelpen og derfor ikke så nytten av å komme tilbake. Livskrisehjelpen skal kartlegge og sortere pasientens problem, og gi veiledning og hjelp slik at pasientene selv skal kunne ta kontakt med aktuelle instanser. For flere av disse pasientene kan en samtale være tilstrekkelig. Livskrisehjelpens oppfølgingsamtaler utgjorde 37,3 % av samtalene, men pasientene kunne også bli henvist til ett eller flere andre steder. I litteraturen påpekes betydningen av at psykososial oppfølging forutsetter tverrfaglig hjelp (1). Over halvparten av alle henvisningene fra Livskrisehjelpen var til lege, noe som kan være uttrykk for at samarbeid med lege er vesentlig. Pasienter som for eksempel trenger oppfølging hos psykolog eller psykiater, må vurderes av lege først. De andre henvisningsinstansene kjennetegnes av et stort mangfold og inkluderer både offentlige og private hjelpeinstanser.

**Tabell 1** Kjønn og alder hos pasientene som henvendte seg til Livskrisehjelpen i 2006 (N = 901)

Aldersgruppe (år)	Kvinner		Menn		Alle	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
1-18	44	(7,3)	11	(3,7)	55	(6,1)
19-30	186	(30,9)	94	(31,4)	280	(31,1)
31-40	133	(22,1)	81	(27,1)	214	(23,8)
41-50	126	(20,9)	57	(19,1)	183	(20,3)
51+	113	(18,8)	56	(18,7)	169	(18,8)
Totalt	602	(100)	299	(100)	901	(100)

**Tabell 2** Årsaker til henvendelser ved Livskrisehjelpen i 2006 (N = 901)

Henvendelsesårsak		Antall	(%)
Område	Hovedkategori		
A. Livskriser		590	(65,5)
	Alvorlige livshendelser	265	(29,4)
	Bekymringer for andre	207	(23,0)
	Samspillsproblem i familien	67	(7,4)
	Andre kriser	51	(5,7)
B. Symptom på psykisk lidelse		267	(29,6)
	Depresjons- og selvmordsproblematikk	83	(9,2)
	Rusrelaterte problem	44	(4,9)
	Angstplager	44	(4,9)
	Annet	96	(10,6)
C. Sammensatte problemer		21	(2,3)
	Samlivsbrudd og depresjon	11	(1,2)
	Andre sammensatte problemer	10	(1,1)
D. Ukjent/ikke definert årsak		23	(2,6)
Totalt		901	(100)

**Tabell 3** De ti vanligste årsaker til henvendelse (enkeltkategorier) til Livskrisehjelpen i 2006 (N = 901). Områder (A-D) som i tabell 2

Enkeltkategori	Antall	(%)
Bekymring for barn (A)	97	(10,8)
Depresjon/suicidalitet (B)	83	(9,2)
Samlivsbrudd (A)	63	(7,0)
Annen psykisk lidelse (B)	60	(6,7)
Rusproblemer (B)	44	(4,9)
Angstproblemer (B)	44	(4,9)
Samspillsproblem (ektefelle) (A)	36	(4,0)
Bekymringer for bekjente (A)	36	(4,0)
Brå død pga. fysisk sykdom/ulykke i nære relasjoner (A)	33	(3,7)
Andre uventede livshendelser (A)	33	(3,7)
Øvrige årsaker	372	(41,3)
Totalt	901	(100)

**Tabell 4** Henvisninger fra Livskrisehjelpen til ulike instanser i 2006 (N = 1 741)

Henvisningsinstans	Antall	(%)
Fastlege	519	(29,8)
Legevaktlege	414	(23,8)
Kommunal psykiatri-tjeneste/kriseteam	140	(8,0)
Privat psykolog/studentenes psykiske helsetjeneste	71	(4,1)
Sosialtjenesten	59	(3,4)
Barneverntjenesten	39	(2,2)
Psykiatrisk akutteam (spesialisthelsetjenesten)	37	(2,1)
Politi	35	(2,0)
Familieterapi/samlivskurs	33	(1,9)
Brukerorganisasjoner	33	(1,9)
Andre offentlige og private instanser	361	(20,8)
Totalt	1 741	(100)

Hver tredje samtale varte mer enn tre kvarter, og antyder at konsultasjoner ved Livskrisehjelpen er relativt tidkrevende. Beskrivelser av innholdet i god krisehjelp fremhever betydningen av at den enkelte gjenforteller hendelsesforløpet (1–4, 6). Dette krever lengre samtaler enn det som vanligvis kan tilbys ved akuttilbud på legevakten.

Det har ikke vært egne lavterskeltilbud, verken for dem som bekymrer seg for egne barn eller for dem som opplever samlivsbrudd. De som gir tilbud om slik hjelp, har lang ventetid og dermed dårlig tilgjengelighet.

Livskrisehjelpen har god tilgjengelighet, og kan gi individuelt tilpasset hjelp og bistand i en kortere periode. Tidlig intervensjon ved kriser og forebygging av helseproblemer forutsetter at behandling er tilgjengelig når kriser oppstår (3, 4, 6, 10, 11). Samtaletilbudet bør inneholde emosjonell og praktisk støtte, veiledning om normale krisereaksjoner, kognitive mestringsteknikker og selvhjelpsmetoder samt kartlegging av sårbarhetsfaktorer (4, 10, 11). Formålet er å bidra til å støtte opp under den enkeltes egen mestring. Livskrisehjelpens intervensjoner har noen fellestrekk med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Man kan kanskje si at Livskrisehjelpen er et samtaletilbud som befinner seg i skjæringspunktet mellom legevaktens akuttilbud, fastlegenes og psykologenes arbeid.

### Konklusjon

Denne studien viser at lavterskeltilbudet Livskrisehjelpen ble brukt av pasienter i alle aldersgrupper, og oftest kvinner. Pasientene henvendte seg både med livskriser og med symptomer på psykiske lidelser. Livskrisehjelpen henviste videre til andre instanser, oftest til fastlege og legevaktlege.

Antall pasienter og årsaker til henvendelse viser at lavterskeltilbudet benyttes ved psykososiale kriser i vid forstand. I Bergen har man valgt å knytte dette tilbudet til legevakten.

I mindre kommuner kan man neppe organisere et slikt tilbud på samme måte, med fast ansatte og lange åpningstider. Et lavterskeltilbud som Livskrisehjelpen bør evalueres. En brukerundersøkelse vil kunne gi svar på hvilken nytte pasientene har hatt av Livskrisehjelpen og også hvorvidt pasientene har opplevd at de er blitt henvist videre til rett instans.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- Dyregrov A. Katastrofe psykologi. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
- Waldenström E. Utredning og behandling etter alvorlige ulykker og katastrofer. Veileder for spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet. Skien: Helse Sør RHF, 2005.
- Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2003.
- Dyregrov A. Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? Tidsskr Nor Psykologforen 2004; 41: 787–94.
- Kornør H, Winje D, Johansen K et al. Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Kunnskapsoppsummering. Rapport nr. 14/2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007. [www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/932.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/932.cms) [28.5.2008].
- Dyregrov K, Nørdanger DØ, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport. Bergen: Senter for krisepsykologi, 2000.
- Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad, I. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004–2006. Rapport nr. 15/2007. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.
- Thuen F. Utro. Om kjærlighetens bakgater. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
- Weisæth L. Det psykiske traumat. I: Weisæth L, Mehlum L, red. Mennesker, traumer og kriser. Oslo: Universitetsforlaget; 1993: 13.
- Bisson J, Brayne M, Ochberg FM et al. Early psychosocial intervention following traumatic events. Am J Psychiatry 2007; 164: 1016–9.
- Forbes D, Creamer MC, Phelps AJ et al. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. Med J Aust 2007; 187: 120–3.

*Manuskriptet ble mottatt 1.3. 2008 og godkjent 5.6. 2008. Medisinsk redaktør Kjetil Søreide.*