



Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet.

Foto: Einar Nilsen

Leger har forhøyet selvmordsrate, men utviklingen går trolig i riktig retning

Selv mord blant leger

To nyutdannede leger kastet seg nylig i døden med få dagers mellomrom i New York. Selvmordene vakte forferdelse og førte til ny oppmerksomhet omkring selvmord blant leger (1, 2).

Selv mord i legeprofesjonen har vært studert og debattert i flere tiår (3). Resultatene har vært forbausende samstemte. Leger har forhøyet selvmordsrate, både over tid og i mange land. Vi har gode data også fra Norge. I en studie for perioden 1960–2000 ble det registrert 111 selvmord blant norske leger (4). I løpet av denne 40-årsperioden økte selvmordsraten fra 1960-årene til 1980-årene, for så å falle i 1990-årene. Men selv om utviklingen var positiv, var selvmordsraten i 1990-årene fremdeles dobbelt så høy blant kvinnelige leger som blant andre kvinner (4). Den høye selvmordsraten er påfallende fordi leger har lavere dødelighet enn andre grupper når det gjelder alle andre årsaker (5). Det er kun selvmordsraten som skiller seg negativt ut.

I de siste årene har vi fått mye viktig kunnskap. Det er et gjennomgående trekk at leger særlig bruker medikamenter som selvmordsmiddel (6). Det er ikke så overraskende, ettersom leger har innsikt i legemidlers effekt og toksisitet. Dessuten øker selvmordsraten med alderen (4). Hvorfor er det vanskelig å bli gammel lege? Vi kjenner ikke årsakene til dette. Kanskje er legers identitet og selvspekt tettere forbundet med yrket enn det som er tilfellet for mange andre grupper, og overgangen fra travelt yrkesliv til pensjonisttilværelse kan for noen være stor (7). Det er også vist at vanlige risikofaktorer for selvmord er de samme for leger som for andre: depresjon, personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk (3). Men selv om slike risikofaktorer også forekommer hos leger, er det nok mer yrkesspesifikke faktorer som forklarer den økte selvmordsraten, kanskje særlig kunnskap om og tilgjengelighet til selvmordsmidler.

Visse forhold kan gjøre forebygging av selvmord enda mer krevende hos leger enn hos andre. Vi leger har tradisjonelt vært dårlige til å søke hjelp (6). Når vi får problemer, har vi forsøkt å løse dem selv, blant annet med selvfor skrivning og selvmedisinering. I tillegg er forekomsten av selvmordsforsøk relativt lav (3). I lys av den forhøyede selvmordsraten kan det tyde på at leger i liten grad «roper om hjelp», men handler på sine selvmordstanker (3). Det kan altså være grunn til å være ekstra påpasselig dersom vi oppdager eller får mistanke om at kolleger sliter.

Nyere studier tyder på at legenes selvmordsdødelighet er fallende (4, 8). Det ser også ut til at det er nedgang i forekomsten av selvmordstanker (9). Én forklaring på dette kan være at det å være lege er blitt så vanlig. Nå er det én lege per 222 innbyggere. Tilsvarende

tall i 1970 var 700, i 1950 var det 1 000 (10). Det er derfor grunn til å håpe at tiden vil arbeide for oss. I løpet av de kommende årene kan vi kanskje oppleve at selvmordsraten blant leger normaliseres.

Jeg tror det er særlig på to områder vi kan bidra til å redusere selvmordsrisikoen hos leger. Å få til en mer hensiktsmessig hjelpsøking er viktig. Dette kan nok være en særlig utfordring i de menneskebehandlerne profesjonene, der det ligger i yrkesutøvelsen at man skal yte hjelp – ikke motta. Her er det skjedd mye positivt de siste par tiårene. Det finnes to lavterskeltilbud der leger som opplever påkjenninger kan søke råd og veiledning. I alle fylker er det oppnevnt støttekolleger som er lett tilgjengelige for samtale, og leger fra hele landet kan søke hjelp ved Ressurssenter Villa Sana ved Modum Bad. De fleste leger har trolig nå sin egen fastlege, og i noen fylker finnes fortsatt en lege-for-lege-ordning, der de tilknyttede har erfaring med å være behandlere for kolleger. Men det ligger også et ansvar på den enkelte av oss. Det er særlig viktig å være oppmerksom på kolleger som har psykiske problemer, inklusive rusrelaterte, og hjelpe til slik at de kommer til behandling og eventuelt skjermes for arbeidsoppgaver som kan gjøre vondt verre. Det er viktig å fange opp dem som sliter i en tidlig fase, slik at de kan få hjelp før problemene blir så store at det utvikles selvmordsfare.

Litteratur

1. Sinha P. Why do doctors commit suicide? New York Times 4.9.2014. www.nytimes.com/2014/09/05/opinion/why-do-doctors-commit-suicide.html?smprod=nytcare-iphone&smid=nytcare-iphone-share [9.2.2015].
2. Rubin R. Recent suicides highlight need to address depression in medical students and residents. JAMA 2014; 312: 1725–7.
3. Hem E. Suicidal behaviour in some human service occupations with special emphasis on physicians and police: a nationwide study. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2004. <http://legeforeningen.no/Legeforeningsforskningsinstitutt/aktiviteter-doktoravhandlinger/Suicidal-behaviour-in-some-human-occupations-with-special-emphasis-on-physicians-and-police-A-nationwide-study/> [9.2.2015].
4. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. Psychol Med 2005; 35: 873–80.
5. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. BMC Public Health 2011; 11: 173.
6. Hawton K, Agerbo E, Simkin S et al. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. J Affect Disord 2011; 134: 320–6.
7. Hem E. Selvmordsatferd og yrke – er det noen sammenheng? Suicidologi 2006; 11: 15–7. www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssi/tidsskrift/2006/nr2/Hem.pdf [9.2.2015].
8. Roberts SE, Jaremin B, Lloyd K. High-risk occupations for suicide. Psychol Med 2013; 43: 1231–40.
9. Rosta J, Aasland OG. Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. BMC Psychiatry 2013; 13: 322.
10. Aasland OG. Physician suicide – why? Gen Hosp Psychiatry 2013; 35: 1–2.