



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Bacheloroppgave**

Prosjekt innland, fagartikkel

**Helsepersonells opplevelse når en pasient velger å ta sitt eget liv**

(Healthcare professionals experience when a patient choose to comit suicide)

Emnekode: HSYK3003, kull 2017

Kandidatnummer: 10076

Antall ord: 4890

## ABSTRAKT

**Innledning:** Fagartikkelen tar for seg helsepersonells opplevelse rundt et selvmord hos en pasient innlagt på avdeling. Studien undersøker hvilke følelser helsepersonell sitter igjen med etter et selvmord, og hvordan de mestrer disse følelsene profesjonelt og privat.

**Metode:** For å undersøke hvordan helsepersonell mestrer selvmord hos en pasient ble det brukt en kvalitativ undersøkelse med intervjuer. Intervjuene ble gjennomført februar 2020, og det ble benyttet meningskoding for å analysere intervjuene.

**Resultat:** Resultatene viser at det å kunne skille mellom profesjonell og privat på arbeidsplassen er viktig i arbeid med mennesker. Resultatene viser også at helsepersonell reagerer veldig ulikt i møte med selvmord hos en pasient innlagt på avdeling. Resultater viser også at helsepersonell har det samme følelsesspekteret som andre etterlatte etter et selvmord, men at man er profesjonelt forberedt på at et selvmord kan skje.

**Konklusjon:** Studien viser at helsepersonell mestrer egne følelser ved å skille mellom å være profesjonell og privat, i møte med vanskelige situasjoner som et selvmord på avdeling. Det viser også at helsepersonell er flinke til å holde en profesjonell relasjon til pasientene. Videre viser studien at debriefing kan være med på å dempe belastninger og følelser i ettertid av vanskelige situasjoner.

## ABSTRACT

**Introduction:** The article addresses the experience of a patient's suicide in a ward. The study examines what emotions health professionals are left with after a suicide, and how they master those feelings professionally and privately.

**Method:** To investigate how healthcare professionals master suicide in a patient, a qualitative examination was used with interviews. The interviews were conducted in February 2020, and the interviews were analyzed using coding.

**Results:** The results show that being able to distinguish between professional and private in the workplace is important when you work with people. The results also show that healthcare professionals react very differently after a patient suicide. Healthcare professionals have the same emotional spectrum as other family members after a suicide, but as a healthcare professional you are professionally prepared.

**Conclusion:** The study shows that healthcare professionals master their own feelings by distinguishing between being professional and private, in the meeting with difficult situations such as a patient suicide in a psychiatric ward. It also shows that healthcare professionals are good at maintaining a professional relationship with patients. Furthermore, the study shows that debriefing can help to reduce loads and emotions in retrospect.

## INTRODUKSJON

Det å bli sett er livsnødvendig for oss som mennesker – livet igjennom. I en relasjon med andre mennesker vil grunnlaget for hvordan vi forstår oss selv og hvordan vi forstår den verden vi lever i dannes (1). Ifølge folkehelseinstituttet ble det i 2018 registrert 671 selvmord i Norge, noe som er det høyeste tallet de har sett siden 2001 (2). Det er flere mennesker i Norge som dør av selvmord enn av bilulykker (3).

Temaet for denne oppgaven er helsepersonells reaksjoner og følelser rundt selvmord hos en pasient ved innleggelse på en psykiatrisk avdeling. Selvmord er et resultat av en skade som er selvpåført og et ønske om å ville dø som fører til døden (4).

### Psykisk helsearbeid

Hovedfokuset i psykisk helsearbeid er relasjonen mellom de profesjonelle hjelperne og pasientene (5).

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.»*

(Joyce Travelbee, 6, s.29)

Å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. Dette innebærer at man bruker egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. Travelbee mente at en forutsetning for å være profesjonell er å være oppmerksom på hvordan egen atferd har en innvirkning på andre mennesker (7).

I Moen og Larsen(8) sin forskning kommer det frem at det å gjenkjenne det pasienten går igjennom er med på å skape en god relasjon. Helsepersonellet i studien opplevde å få god kontakt når de var personlige og delte egne erfaringer, og pasienter ønsket da deres hjelp. De legger også frem at når de kunne gjenkjenne seg i det pasienten opplevde påvirket pasientens historier dem enda sterkere.

Ved å skape en relasjon med pasientene og gi omsorg kan helsepersonell benyttet seg av muligheten til å forutse og forebygge mental forverring hos pasienten. Samtidig kan det å skape en relasjon til pasientene være emosjonelt krevende og belastende for helsepersonell. Forskningen får frem at helsepersonell regulerer sine følelser og følelsesreaksjoner i arbeid med psykiatriske pasienter. Helsepersonell klarer å skille mellom det som er profesjonelt og privat for å kunne gi best mulig omsorg til pasientene, men også til seg selv (9).

## Selv mord

I forhold til dagens situasjon; Covid19 ((10) og karantenereregler øker ensomheten blant befolkningen (11) og psykologtjenesten har vært stengt over tid. Kirkens SOS (12) meldte i påsken 2020 at de hadde en økning når det kom til telefonsamtaler som omhandler selvmord. I 2019 var elleve prosent av samtalene de mottok selvmords relaterte, mens i påsken 2020 økte dette til tjueen prosent.

I meldingsordningen (13) legger helsedirektoratet frem at de mottok melding om 283 selvmord i 2015 og 2016. 58 av disse selvmordene hendte under innleggelse i psykiatriske institusjoner. Under innleggelse på en institusjon utøvde 310 pasienter et selvmordsforsøk.

Mer enn en tredjedel av helsepersonell som arbeider med mennesker i krise, vil i løpet av de første årene i sin karriere kunne oppleve selvmord hos en pasient (14). Helsepersonell vil reagere ulikt i møte med selvmord hos en pasient under behandling, men de fleste vil følge samme reaksjonsmønster rundt kriseforløpet. Et vanlig kriseforløp kan kjennes igjen ved at det vil følge fire hovedfaser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (3).

*«AV OG TIL ER IKKE LIVET TIL Å HOLDE Ut»*

(Kong Harald, 15)

## Å være etterlatt

Å være etterlatt etter selvmord innebærer å stå i et nært forhold til noen som har tatt sitt eget liv igjennom slektskap, vennskap, kollegialt forhold eller gjennom et pasient/behandlerforhold (14).

En kritisk hendelse som et selvmord er definert som en hendelse utenfor det vi normalt opplever. En kritisk hendelse skjer overaskende, uforberedt, får en til å miste kontrollen, kan oppfattes truende og kan føre med seg psykiske eller emosjonelle skader (16).

Den akutte, dype, rystelsen vi kjenner på vil bære preg av at selvmordet kommer overraskende på, at den går utover normalen og at man ikke klarer å håndtere denne på samme måte som andre situasjoner. Man kan oppleve angst, redsel, hjelpeløshet og ubehagelige kroppsreaksjoner (17).

## Reaksjoner på selvmord

I henhold til det profesjonelle image som kompetente fagpersoner skal en kunne håndtere det følelsesmessige presset man opplever på arbeidsplassen. Det er naturlig å bli påvirket, tynget og utmattet av arbeidet med mennesker. Det som er avgjørende er hvilke holdninger, hvilke personlige ressurser og hvilke faglige redskaper man møter utfordringene og belastningene i arbeidshverdagen med. Dersom man er bevisst på det private man tar med seg inn i arbeidet og hvordan man åpner seg for å bli berørt av pasientene, vil det være mindre risiko å oppleve å bli utbrent (17).

De hendelsene en blir utsatt for som helsepersonell i arbeid med suicidale kan være voldsomme og ekstreme, og styrken i rystelsene vil naturligvis være deretter (17).

Et tap av en pasient i et selvmord kan utløse en krise hos helsepersonell. Krise er en følellestilstand som er en normal reaksjon på en hendelse eller situasjon en står ovenfor, men det handler også om at man orienterer seg i den nye situasjonen, finne forklaringer på sammenhenger og handler for å finne nye løsninger (3).

I forskningen til Hendin et al. (18) kommer der frem at over en tredjedel av behandlere som har opplevd selvmord hos en pasient opplever ekstrem sorg. Det viser seg også at helsepersonell ikke forventer å respondere med slike intense reaksjoner i etterkant av en pasients selvmord (18).

Selvmord som dødsårsak er et sjokkerende og voldsomt tap som kan etterlate seg mennesker med et stort spekter av følelser og ubesvarte spørsmål. Organisasjonen for etterlatte etter selvmord (LEVE) skriver at alle sørger på ulike måter, og det finnes ingen rett eller feil måte å sørge på (19).

*«Husk at du er langt nede nå og at jeg har veldig lange armer»*

(Trygve Skaug, 20).

Et av spørsmålene man står ovenfor etter et selvmord er hvorfor personen valgte å ta sitt leget liv, dette for å kunne håndtere egne følelser og tanker på en bedre måte. Det er vanlig å kjenne på en skyldfølelse knyttet til å ikke ha gjort nok eller skjønt nok til å klare å forhindre selvmordet (19).

I artikkelen til Hagen et. al. (9) kommer det frem at sykepleierne i ettertid av selvmord hos en pasient følte på tristhet, skyldfølelse, de følte seg mislykket, hjelpeløs og sinte. Det kommer også frem at sykepleierne fraskrev seg ansvaret i lignende situasjoner i ettertid på grunn av usikkerhet, redsel og frykt. En av sykepleierne i forskningen til Hagen (9) fortalte at selvmord hos en pasient var det verste med arbeidet.

### Mestringsstrategier

Kriser som et selvmord er forbundet med følelser av ubehag og mistriivsel. Det finnes ulike mestringsstrategier som kan hjelpe helsepersonell i krise. Mestringen vil beskrive hvordan man forholder seg til og løser en situasjon eller en hendelse. Problemfokuset mestring innebærer at et individ setter søkelys på den aktuelle situasjonen for å prøve å endre, avslutte eller løse vanskelighetene rundt situasjonen (3). Problemfokuset mestring kan innebære å bearbeide sine egne følelser og reaksjoner i forbindelse med vanskelige situasjoner, søke veiledning eller søke støtte hos kollegaer. (21,22)

Følelsesmessig mestring innebærer at man setter søkelys på de følelsesmessige problemene som er knyttet til situasjonen, og reduserer det følelsesmessige ubehaget man har uten å forandre situasjonen (3,22). Følelsesmessig mestring kan være å rømme fra situasjonen, bruke galgenhumor, snakke mye, opptre muntert eller prøve å styre samtalen slik at det blir minst mulig om den vanskelige situasjonen. Noen kan trekke seg unna situasjonen for å oppnå følelsesmessig avstand og personlig kontroll på situasjonen. (3,22)

Når man står ovenfor en truende situasjon hvor det snakk om overlevelse og handling, er det vanlig at man distanserer seg fra egne følelser. Man har ikke «råd til» å kjenne etter hvor redde, sinte eller lei seg en er, i stedet bruker man den energien man har til å mestre situasjonen (3). En mangel på forberedelse rundt selvmordet kan øke hjelpernes sårbarhet, men uvirkelighetsprinsippet vil holde følelsene på avstand. (21).

I forskningen til Andenes et.al. kommer det frem at helsepersonell ofte velger emosjonelle mestringsstrategier for å håndtere situasjoner man ikke kan kontrollere. Dette fordi en gir seg selv tid til å tilpasse seg den nye situasjonen (23).

I tillegg til å mestre situasjonen har man i ettertid av traumatiske hendelser som et selvmord behov for å få hjelp til å snakke om hva som har skjedd og hvordan man opplevde situasjonen følelsesmessig (17).

Med bakgrunn i forskningen og litteraturen som er beskrevet er hensikten med denne studien å undersøke:

*Hvordan helsepersonell mestrer sine egne følelser i «det verste» man kan oppleve på en arbeidsplass.*



## METODE

Under min praksisperiode i psykiatrien var jeg i kontakt med flere pasienter som kom inn på grunn av suicidale tanker og handlinger. Det å høre på deres historier er en veldig sterk opplevelse, og gjennom relasjonsbyggingen blir man veldig godt kjent med pasienten og man får et stort innblikk i pasientens liv og situasjon, som påvirker en som helsepersonell (24).

Det er gjort systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler og fagartikler. Søkemotoren som er benyttet er google scholar, PubMed og oria. I denne oppgaven er det benyttet fire forskningsartikler fra tidsperioden 2004 - 2017. De eldre forskningsartiklene ble benyttet da de er relevante for studien og handler om helsepersonells reaksjoner i møte med selvmord, og man kan samtidig se en rød tråd i resultatene fra denne forskningen og i de nyere forskningsartiklene som er benyttet i denne studien.

Denne studien baserer seg på intervju- og litteraturstudie. Det er brukt en kvalitativ forskningsmetode, dette fordi kvalitativ metode forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side, med mål om å få frem menneskers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden (24–26). Det er samlet inn empiriske data gjennom individuelle intervju mars 2020. Deretter er den innhentede dataen analysert for å finne ut hva det innhentede materiale har å fortelle (24–26).

Spørsmålene som er valgt å bruke i intervjuguiden har vært åpne spørsmål slik at informantene har hatt stor mulighet til å svare det de ønsker og formidle sine erfaringer. De to ulike delene er tilpasset slik at informantene som ikke har opplevd selvmord på avdelingen fikk spørsmål mer vinklet til hvordan de kan se en slik situasjonen for seg. Spørsmål om informantenes erfaringer med utdanning og kunnskap rundt temaet selvmord ble også tatt med.

### Utvalg og informanter

På forhånd ønsket vi å ha informanter som representerte begge kjønn, jobbet på ulike avdelinger, ulike aldersgrupper og som hadde ulike arbeidserfaringer.

Det ble opprinnelig planlagt å ha dybdeintervjuer med minst fem informanter, og disse intervjuene skulle blitt foretatt ansikt til ansikt. De opprinnelige intervjuene ble ikke mulig å gjøre på grunn av situasjonen og retningslinjene rundt covid-19 fra NTNU (10). Det var planlagt individuelle intervjuer med informantene på campusområde, hvor det var satt av en time til hvert av intervjuene.

Studien er basert på intervju av to informanter som jobber innenfor psykisk helse og ved ulike avdelinger. Informantene har ulike treårige bachelorutdanninger, og en av informantene har videreutdanning i psykiatri. Begge har fast stilling og de har varierende autorisasjon.

## Intervju og analyse

I denne studien ble det benyttet individuelle intervjuer som metode. På forhånd av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide med elleve spørsmål (vedlegg 1). Grunnet karantenerregler på grunn av COVID - 19 (10) ble intervjuer gjennomført over telefonen, og intervjuene varte i cirka 30 minutter.

Det ble benyttet meningskoding som tilnærming i analysemetoden for å systematisere datamateriale. Dataene ble lest igjennom flere ganger for å trekke frem det som er mest relevant for egen problemstilling (25). Tolkingsnivået som ble benyttet i analyseringen er selvforståelsesnivået, dette er en sammenfatning av forsker og informantens forståelse av det som ble sagt under intervjuet (27).

## Etiske overveielser

Informantene mottok informasjon om studien på forhånd. Samtykke fra informantene ble innhentet muntlig da det ikke ble mulighet til å levere ut samtykkeskjema grunnet covid-19. Deltagelse var frivillig, og informantene ble opplyst om at de har hatt mulighet til å trekke seg fra deltagelse. Studien er godkjent av Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Dataene fra studien og informantene er anonymisert, og svarene blir behandlet konfidensielt (24).

## RESULTAT

I intervjuene fortalte informantene om deres erfaringer rundt arbeid med suicidale og egne reaksjoner på selvmord hos pasienter under innleggelse. Funnene har blitt organisert i tre temaer og fem undertemaer, se tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over tema og undertema

TEMA	UNDERTEMA
PSYKIATRI	Selv mord på avdeling Relasjonsbygging
HELSPERSONELLS REAKSJONER	Profesjonelle følelsesreaksjoner
HÅNDBTERING	Mestringsstrategier

### Psykiatri

*«Man må håndtere slike situasjoner om man vil ha denne jobben»*

*- Informant 1*

Informantene fikk spørsmål om de opplevde de ulike fasene i et kriseforløp; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen i møte med selvmord hos en pasient. En av informantene ville ikke kjent på disse krisereaksjonene da dette er en del av arbeidet, mens den andre informanten forteller at helsepersonell har et normalt reaksjonsmønster også på jobben. Det kommer frem at helsepersonell raskere kommer seg til fasen hvor de aksepterer den nye situasjonen og sine egne reaksjoner, da de er faglig forberedt på at et selvmord kan skje.

*«Jeg har opplevd at kollegaer har blitt veldig lei seg og begynt å gråte. Jeg har selv deltatt i begravelse»*

*- Informant 2*

Informantene legger frem at relasjonsbygging er en stor del av arbeidet i psykiatrien og at man legger veldig mye følelser i arbeidet med pasienten. Det blir en relasjon som blir brutt når pasienten tar selvmord, hvor helsepersonell må kunne skille mellom å være profesjonell og privat. Man vet at symptomene som

pasienten har er tunge å leve med, samtidig som man er faglig forberedt på at en pasient kan ta selvmord.

*«Er det noe jeg kunne gjort annerledes?»*

- Informant 2

I studien kommer det frem at føler på mange av de samme følelsene som andre etterlatte, men på en annen måte på grunn av profesjonalitet. Man opplever overraskelse, sorg og aksept i etterkant av et selvmord.

### Helsepersonells reaksjoner

*«Man blir aldri rutinert nok til å klare å håndtere et selvmord»*

- Informant 1

Resultatet av studien viser at helsepersonell som jobber i psykiatrien har svært ulike reaksjoner i møte med selvmord hos en innlagt pasient. Informantene i studien har begge vært på arbeid når en pasient har tatt sitt eget liv på avdelingen. Det kommer frem i intervjuene at det er viktig å kunne skille mellom det å være profesjonell og privat i arbeid på psykiatriske institusjoner slik at man klarer å legge fra seg det som har skjedd på jobb og ikke tar med seg disse følelsene hjem. Informantene forteller at man må klare å legge fra seg opplevelser på jobben for å klare å jobbe i psykiatrien. Å legge fra seg følelser og opplevelser før man går hjem kan være vanskelig da arbeid med mennesker handler mye om relasjonsbygging og det å gi mye av seg selv. Det kommer frem i studien at man prøver å være profesjonell etter en slik hendelse, men man er menneskelig og blir knyttet til pasientene.

*"Det er en del av det å være profesjonell å vise følelser også"*

- Informant 2

En av informantene brukte begrepet sekundær traumatisering som en beskrivelse for helsepersonells opplevelse av en pasients selvmord. Det er en trist hendelse, som egentlig ikke skal skje. Informanten forteller at man som helsepersonell alltid har et håp om at det skal gå bra med pasientene når de blir innlagt og under innleggelse, og at man derfor får reaksjoner når dette ikke skjer. Videre kommer det frem at reaksjonene på selvmordet vil variere ut ifra tidligere kjennskap til pasient og relasjonen man har bygd med pasienten.

## Håndtering

*«Vi jobber med personer med psykiske lidelser, og vet at det er en større risiko at de tar sitt eget liv»*

- Informant 2

Ut ifra studien kommer det frem at enkelte i psykiatrien har murer oppe slik at de ikke tar med seg triste hendelser hjem. Dette for å stenge mye av følelsene ute og ikke tenke over hva man føler i de ulike hendelsene som oppstår på arbeidsplassen. Informantene forteller at de ikke tror helsepersonell vil slutte i yrket, men at det er noen som kan slutte i psykiatrien. De fortalte at de på arbeidsplassen var flinke til å snakke om temaet og hvordan man skal møte en suicidal pasient på avdelingen.

*"I ettertid setter man opp flere murer, ikke for å blokkere følelser, men for å kunne komme tilbake på jobb"*

- Informant 1

På spørsmål om undervisning forteller informantene at de føler det er for lite fokus på hvordan man skal møte suicidale pasienter i grunnutdanningen. Begge legger frem at noe som er svært viktig i arbeid med denne gruppen mennesker er magefølelsen, og at dette er det viktigste tegnet før en pasient tar selvmord. Informantene forteller at man alltid skal stole på sin egen magefølelse i en slik situasjon selv om det ikke finnes noen litteratur på dette.

*«Man kan se etter så mange tegn man vil, men magefølelsen sin skal man alltid stole på»*

- Informant 1

Informantene forteller at det er en rutine å ha debrifing i ettertid av en selvmords hendelse da man sitter igjen med tanker om hvordan man kunne gjort ting annerledes. Det kommer også frem at det å få bekreftelse av kollegaer om at man har fulgt prosedyrer og har gjort alt man kunne gjøre er en viktig faktor.

## DISKUSJON

Covid-19 har gjort at vi mennesker har sittet hjemme, mange alene og flere har følt mer på ensomheten, kjedsomheten og depressivitet (11). Kirkens SOS har mottatt over 100 % flere telefonsamtaler om selvmord påsken i år enn de gjorde i fjor (12). Helsepersonell ved psykiatriske avdelinger står i møte med disse suicidale menneskene hver dag, og kan oppleve at de tar sitt eget liv under innleggelse. Hensikten med denne studien er derfor å finne ut av:

*Hvordan mestrer helsepersonell sine egne følelser i «det verste» man kan oppleve på en arbeidsplass?*

Resultatene i studien viser at helsepersonell kan reagere veldig ulikt i møte med selvmord hos en pasient som er innlagt på avdeling. Resultatene fra studien er diskutert i underkapitlene; selvmord, helsepersonells reaksjoner og håndtering, og vil diskuteres i lys av annen forskning og relevant faglitteratur.

## Psykiatri

### Selvmord på avdeling

Resultater fra egen studie viser at det å miste en pasient i selvmord kan være en sekundær traumatisering for helsepersonell, og at man kanskje aldri blir rutinert til å håndtere slike situasjoner.

Det kan virke som at mange helsepersonell i løpet av sin karriere vil kunne oppleve at en pasient tar selvmord innlagt på en avdeling (14). I 2015/2016 valgte over 50 pasienter å ta sitt eget liv innlagt på avdeling (13), noe som kan ha påvirket arbeidshverdagen til mange helsepersonell. I forskningen til Hagen uttalte en av sykepleierne at selvmord var den verste delen av arbeidet (8).

Resultater fra studien viser at helsepersonell kan mestre og akseptere sine egne reaksjoner raskere enn andre etterlatte, fordi de er faglig forberedt på at et selvmord kan skje. Det kommer allikevel frem i forskning at helsepersonell responderer sterkere i etterkant av en pasients selvmord enn de selv forventer (18).

Resultater viser også at helsepersonell kan reagere veldig ulikt på en kritisk hendelse som et selvmord. Noen går igjennom de ulike krisefasene; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen, mens andre føler at de ikke går igjennom disse fasene. Det at vi reagerer ulikt på selvmord kan komme av at vi har ulik livserfaring, arbeidserfaring og har våre egne måter å håndtere vanskelige situasjoner på.

Studien viser blant annet at helsepersonell bruker sin egen magefølelse/intuisjon i arbeid med suicidale pasienter, og at dette er det viktigste tegnet på å oppfatte

om en pasient er i ferd med å ta sitt eget liv. Intuisjon blir kanskje bygget opp fra det vi har lært i utdanningen vår, det vi har erfart tidligere, refleksjoner vi gjør og drøftinger vi har med oss selv eller andre (21). Hvis intuisjonen er summen av alt vi kan og alt vi har lært, så er det kanskje det viktigste redskapet vi har med oss i arbeid med mennesker i krise (21).

### **Relasjonsbygging**

Som tidligere nevnt kom det frem i egen studie at man som helsepersonell legger mye følelser i arbeidet med pasientene. Ved å bygge opp en relasjon til pasientene opparbeider man seg et håp om at man skal klare å hjelpe pasienten ut av den tunge tiden. Forskning viser at å skape en relasjon med pasientene vil gi helsepersonell muligheten til å forutse og forebygge mental forverring. På en annen side kan dette være emosjonelt krevende og belastende for helsepersonell (9).

I tillegg til vår faglige kompetanse og at magefølelsen/intuisjonen er viktig i arbeid med mennesker i krise, er hovedfokuset i psykisk helsearbeid relasjonsbygging (5).

*«Den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, og hjelpe de som opplever håpløshet til å oppnå håp»*

(Joyce Travelbee, 6, s.123)

Resultater fra egen studie viser at helsepersonells reaksjoner kan variere etter relasjonen og kjennskap til pasienten som har tatt selvmord. Det kan oppstå sterkere følelser og reaksjoner dersom pasienten har vært innlagt flere ganger eller over en lengre periode.

I sin nyttårstale forteller Kong Harald at av og til er ikke livet til å holde ut. For noen så blir det så mørkt at de ikke klarer å se en annen utvei enn å ta sitt eget liv, og at de som står igjen må leve videre uten dem. Han forteller at uvissheten gjør oss sårbare, og vi vet lite om hva som kan møte oss. Det viktigste vi kan gjøre er å være der for hverandre, huske å gi hverandre gode ord og bære hverandre når det trengs (15).

*«Vi må finne oss i å bli utfordret – ja til og med såret»*

(Kong Harald, 15).

Forskning (9) viser allikevel at helsepersonell klarer å regulere egne følelser og følelsesreaksjoner i arbeid med psykiatriske pasienter på en god måte, og er bevisst på hva slags følelser de tar med seg inn i relasjonen med pasienten.

Betydningen av å skille mellom profesjonell og privat støttes opp av Travelbee. Hun mente at å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier, og innebærer at man bruker egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten (6). Måten vi kommuniserer med pasientene på og informasjonen om vårt private liv vi velger å ta med inn i relasjonen, kan være med på å bestemme våre reaksjoner dersom relasjonen blir brutt.

## Helsepersonells reaksjoner

### Profesjonelle følelsesreaksjoner

Resultatene fra egen studie viser som tidligere nevnt at helsepersonell reagerer veldig ulikt i møte med pasienter som velger å ta sitt eget liv. Det kommer frem at helsepersonell har et vanlig reaksjonsmønster, og vil kunne føle på at situasjonen kom overraskende på, sorg og aksept. Ifølge organisasjonen LEVE (19) sørger alle etterlatte på ulike måter i etterkant av et selvmord.

Selv om etterlatte (14) også innebærer helsepersonell, skal helsepersonell være rustet til å møte tøffe situasjoner som selvmord, og profesjonelle nok til å håndtere private følelser i vanskelige situasjoner (17). Allikevel opplever en tredjedel ekstrem sorg i etterkant av selvmord hos en pasient, uten at de forventer å få disse følelsene (18). Sitatet under viser at når vi opplever kritiske situasjoner som selvmord er det lov å ha reaksjoner i ettertid.

*«Det er profesjonelt å vise følelser også»*

*Informant 2*

I forskning kommer det frem at helsepersonell følte på tristhet og skyldfølelse etter selvmord hos en pasient (9). De følte seg også mislykket, hjelpeløse og sinte i etterkant av selvmordet (9), og annen forskning viser at dersom man klarer å gjenkjenne seg i det pasienten går igjennom vil man kunne bli ekstra påvirket (8).

For å ikke bli for emosjonelt påvirket og belastet er det viktig at vi klarer å skille mellom å være profesjonell og privat, dette viser resultater fra egen studie at helsepersonell legger stor vekt på. På en annen side viser forskning at pasienter ønsker hjelp når helsepersonell er personlig og deler egne erfaringer med dem. (8)

I forhold til det profesjonelle imaget skal helsepersonell kunne klare å håndtere det følelsesmessige presset vi opplever på arbeidsplassen (17). Forskning viser at helsepersonell klarer å skille mellom det som er profesjonelt og privat for å



kunne gi best mulig omsorg til pasientene (9). Resultater fra egen studie viser også at man er faglig forberedt på at et selvmord kan skje, da man vet at mennesker med psykiske lidelser har en økt risiko for å ta sitt eget liv.

## Håndtering

### Mestringsstrategier

Resultatene fra studien viser at i tillegg til å skille mellom det private og profesjonelle, setter helsepersonell opp murer for å klare å legge fra seg følelsene og reaksjonene de opplever på arbeidsplassen. Ved å sette opp for mange murer i en profesjonell sammenheng kan helsepersonell risikere å bli følelsesmessig avflatet, noe som kan bidra til at man ikke klarer å skape nødvendige relasjoner på arbeid eller privat.

Resultat fra studien viser også at helsepersonell kan mestre et selvmord ulikt. Allikevel viser forskning at man ofte velger de emosjonelle mestringsstrategiene over de problemfokuserede mestringsstrategiene, for å klare å håndtere situasjoner man ikke kan kontrollere (23). Det kan omhandle å trekke seg unna, bruke galgenhumor, snakke mye, styre samtalen og rømme fra situasjonen. (3) På en annen side viser også resultat fra egen studie at det er viktig å få bekreftelse og støtte fra kollegaer, slik at man får bekreftelse på at man har gjort det man kan.

*«Mangt skal vi møte, og mangt skal vi mestre»*

(Erik Bye, 28)

Egen studie viser at helsepersonell mestrer et selvmord ved å være faglig forberedt, holde en profesjonell rolle og snakke åpent om temaet. Allikevel viser forskning at sykepleiere i etterkant av en selvmords hendelse frasa seg ansvaret for arbeid med suicidale pasienter på grunn av usikkerhet, redsel og frykt (9).

I psykisk helsearbeid kan man som helsepersonell jobbe med å gi håp til de pasientene som føler at alt er håpløst, som tidligere nevnt er noe Travelbee (6) mente sykepleie handlet om. Helsepersonell møter mennesker med selvmordstanker og prøver å hjelpe dem til å komme seg igjennom de mørkeste periodene i deres liv. I etterkant av et selvmord og møte med egne reaksjoner blir oppgaven å ta vare på seg selv. For å ta vare på seg selv må helsepersonell mestre egne tanker og følelser på den måten de lærer pasientene å mestre sine tanker og følelser på.

Etter et selvmord handler det om å klare å orientere seg rundt den nye situasjonen, finne forklaringer på sammenhenger (17). Mestringsstrategier som ønsketenkning, å late som at ingenting har skjedd, tilbaketrekning, distansering eller å stenge ute egne følelser kan føre til fysisk eller psykisk skade hos

personen som benytter seg av disse strategiene (23). I vanskelige situasjoner kan det være vanlig at man distanserer seg fra egne følelser, da man ikke «råd til» å kjenne etter hva man føler for å klare å mestre situasjonen (3). Resultater fra egen studie viser at det er rutine å ha debrifing i etterkant av et selvmord. Det kommer også frem at det er godt å få støtte fra kollegaer som deltar i denne debrifingen for å få en bekreftelse på at man gjorde alt man kunne og fulgte prosedyrer.

I arbeid med mennesker vil man kunne lære om hvor forskjellige mennesker er og hvor ulikt man håndterer belastninger og kritiske situasjoner (17). Forskning viser at helsepersonell klarer å vise omsorg til seg selv ved å skille mellom profesjonelle og private følelser (9). I arbeid kan helsepersonell gjøre seg erfaringer om hva som er greit å dele av det «private» livet med pasientene og på arbeidsplassen. Kanskje det da blir enklere å mestre krisesituasjoner som helsepersonell fordi man jobber med mange ulike vanskelige situasjoner og er forberedt på at disse kan oppstå.

### **Oppgavens styrker og svakheter**

Studiens styrker er at den er basert på intervjuer fra helsepersonell som har arbeidserfaring og opplevelser rundt prosjektets tema. En svakhet i studien vil være at få informanter har deltatt. Utvalget i denne studien er i seg selv for lite til å trekke en generell konklusjon rundt helsepersonells erfaringer og reaksjoner i møte med suicidale pasienter, og selvmord på avdeling(25,26). Resultater fra studien blir allikevel støttet opp av forskning og faglitteratur, og kan dermed være et godt bidrag lokalt (24).

Grunnet Covid19 (10) ble intervjuene med informantene gjennomført over telefon, og ikke slik som det var planlagt, noe som vil være en svakhet ved studien. Ved de planlagte intervjuene som skulle utføres ansikt til ansikt kunne man fått frem mer reaksjoner, kroppsspråk og ville kunne fått frem følelser hos informantene som ikke ble sett over telefonen. Man ville også kunne gått mer i dybden på spørsmålene og fulgt opp uttalelsene på en annen måte under de planlagte intervjuene enn over telefon. (24)

Diskusjonen baserer seg på resultater fra egen studie, samt, egne erfaringer fra praksis. For å vurdere om flere helsepersonell opplever samme reaksjoner etter et selvmord hos en innlagt pasient må man gjennomføre en større studie (24–26).

## KONKLUSJON

Studien viser at helsepersonell mestrer egne følelser ved å skille mellom å være profesjonell og privat i møte med vanskelige situasjoner som et selvmord på avdeling, og at helsepersonell er flinke til å holde en profesjonell relasjon til pasientene. Resultater viser også at man som helsepersonell reagerer veldig ulikt i møte med selvmord på avdelingen, og at støtte fra andre kollegaer er viktig i ettertid for å få en bekreftelse på at man har fulgt prosedyrene. I tillegg viser funn at faglig forberedelse, undervisning og debriefing med kriseteam kan være med å dempe belastningen og følelsene man sitter igjen med i ettertid av et selvmord.

## Referanseliste

1. Gustin LW. Psykologi for sykepleiere. Fagbokforlaget. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2016.
2. Selvmord i Norge [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2020. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
3. Håkonsen KM. Psykologi og psykiske lidelser. 5. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2015.
4. Malt U. Selvmord [Internett]. Store medisinske leksikon. 2016. Tilgjengelig på: <https://sml.snl.no/selvmord>
5. Vatne S. Korrigere og anerkjenne. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
6. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleien. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
7. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2017.
8. Moen EÅ, Larsen IB. «Her er det faktisk hele meg som er på jobb» - om å bruke erfaringer med egen psykisk helse i profesjonelle relasjoner. Idunn [Internett]. 15. mars 2013; Tilgjengelig på: [https://www.idunn.no/tpH/2013/01/her\\_er\\_det\\_faktisk\\_hele\\_meg\\_som\\_er\\_p\\_jobb\\_-\\_om\\_bruke\\_e](https://www.idunn.no/tpH/2013/01/her_er_det_faktisk_hele_meg_som_er_p_jobb_-_om_bruke_e)
9. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. 2017 [sitert 22. april 2020]; Tilgjengelig på: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716301480>
10. Koronavirus (Covid-19): råd og retningslinjer [Internett]. NTNU. 2020. Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/korona>
11. Einen EN, Ringen PA. Litteraturgjennomgang ved Covid-19: Psykiske helseplager og psykologiskpsykiatriske intervensjoner ved alvorlige epidemier. Oslo universitetssykehus [Internett]. mars 2020; Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/5181cf273d394c7fae314ea637d07e9d/litteraturgjennomgang-covid-19-pha-ous-4.4.2020.pdf>
12. Ellefsen VU. Dobbel så mange kontakta kirkens SOS med sjølv mordstankar [Internett]. NRK. 2020. Tilgjengelig på: [https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/dobbel-ta-mange-kontakta-kirkens-sos-med-sjolv-mordstankar-1.14982293?fbclid=IwAR1mPIG7Its9lDs7DCXHVDGgp8OCA7tSwtylhPiPjiZ5Vz-Cn\\_xhzQgRSx4](https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/dobbel-ta-mange-kontakta-kirkens-sos-med-sjolv-mordstankar-1.14982293?fbclid=IwAR1mPIG7Its9lDs7DCXHVDGgp8OCA7tSwtylhPiPjiZ5Vz-Cn_xhzQgRSx4)
13. Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse [Internett]. Helsedirektoratet; 2017 nov. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og->

selvmordsforsok-under-  
innleggelse/Selvord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf/\_/attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf

14. Grad OT. Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. I: Suicidologi [Internett]. 1999. Tilgjengelig på: <https://w3prod-ojs01.uio.no/index.php/suicidologi/article/viewFile/1256/1134>
15. Nyttårstalen 2019 [Internett]. Det norske kongehus. 2019 [sitert 8. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.kongehuset.no/tale.html?tid=175233&sek=26947&scope=0>
16. Casalis N. Stress management in emergency deployment [Internett]. World health organization presentert på: Health action in crises; 2016. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/Stress%20management%20in%20emergency%20development.pdf>
17. Bang S. Rørt, rammet og rystet. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2006.
18. Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. 2004;
19. Til deg som har mistet noen i selvmord [Internett]. LEVE; 2017. Tilgjengelig på: <https://leve.no/wp-content/uploads/2017/11/til-deg-som-har-mistet-noen-i-selvord-versjon-2.pdf>
20. Gørvell K. «Ikke slipp» av Trygve Skaug [Internett]. 2020 [sitert 21. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.boktips.no/dikt/dikt-om-kjaerlighet/ukas-dikt-trygve-skaug-ikke-slipp/>
21. Dyregrov A. Katastrofepsykologi. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2002.
22. Kalfoss MH. Møte med lidende og dødende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I: Almås H, redaktør. Klinisk sykepleie 2. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
23. Andenes R, Kalfoss MH, Whal AK. Coping and psychological distress in hospitalized patient with chronic obstructive pulmonary disease. 2006 [sitert 24. april 2020];35. Tilgjengelig på: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956305001731>
24. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. [sitert 23. april 2020]; Tilgjengelig på: <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/malterudart.pdf>

26. Dragset S, Sidsel E. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien.no [Internett]. 23. desember 2019 [sitert 1. april 2020]; Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
27. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. 2003 [sitert 23. april 2020];(2). Tilgjengelig på: <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/kvalitative%20analyser.pdf>
28. Bye E. Vår beste dag [Internett]. 2003 [sitert 6. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.boktips.no/dikt/dikt-om-livet/var-beste-dag-av-erik-bye/>

## **Vedlegg 1 – intervjuguide**

### **Innledningsvis**

Vi har en problemstilling hvor vi skal se på helsepersonells reaksjoner i møte med selvmord hos en pasient som er innlagt eller som tar selvmord rett etter utskrivelse. Vi har samlet opp noen spørsmål som er rettet mot vår problemstilling, og håper at du vil svare mest mulig utfyllende på disse spørsmålene slik at vi får mest mulig grunnlag og kjennskap til hvordan du som helsepersonell håndterte eller ville ha håndtert en slik situasjon. Selv om vi har spørsmålene så må du gjerne komme med innspill og snakke utenfor disse.

Svarene kommer til å bli brukt i en fagartikkel sammen med annen forskning og litteratur. All dataen som blir innhentet vil bli anonymisert, og det vil ikke bli tatt lydopptak under intervjuet.

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du jobbet med selvmordsaktuelle mennesker?
- Har du opplevd en situasjon hvor en pasient har tatt selvmord under innleggelse?

### **Om informant har opplevd selvmord på avdeling:**

1. Hva skjedde og hvordan skjedde det?
2. Kan du beskrive hvordan du opplevde situasjonen?
3. Hvordan håndterte du situasjonen, og hvordan handlet du?

### **Om informant ikke har opplevd selvmord:**

1. Hvordan tror du selv at hadde opplevd en slik situasjon?
2. Hvordan tror du at du hadde handlet i en slik situasjon?

- *Egne følelser og reaksjoner.*

### **Opplevd situasjon:**

1. Hva slags følelser og reaksjoner satt du igjen med etter hendelsen?
2. Hadde du kunnskap om pasienten tidligere hadde prøvd å ta livet sitt eller hadde planlagt dette før innleggelse? Hvordan tror du dette kunne forandret reaksjonen din?

3. De fire fasene innenfor krisehåndtering er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeiding og aksept. Følte du at du gikk igjennom disse fasene, evt. Hvilke? Hvordan håndterte du dette?

**Ikke opplevd situasjon:**

1. Hvilke følelser tror du hadde påvirket deg i en slik situasjon og hvorfor?
2. Tror du at det hadde vært en forskjell om du hadde visst at pasienten tidligere har prøvd å ta livet sitt eller planlagt dette før en innleggelse, og hvorfor?
3. De fire fasene innenfor krisehåndtering er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeiding og aksept. Tror du at du hadde gått igjennom disse fasene etter en slik situasjon, og evt. Hvordan?

• *I ettertid*

**Opplevd situasjon:**

1. Har dette påvirket arbeidet ditt i ettertid?
2. Fikk du noe hjelp etterpå? Hvis ikke - hva tror du kunne hjulpet deg?

**Ikke opplevd situasjon:**

1. Tror du det hadde påvirket ditt arbeid som helsepersonell i ettertid, og evt. hvorfor?
2. Hva slags hjelp hadde du forventet å få etter en slik situasjon?

- I tidligere forskning og litteratur setter de helsepersonell og pårørende i samme kategori som etterlatte. Tror du at helsepersonell som opplever selvmord hos sin pasient går igjennom de samme fasene som pårørende, og evt. Hvorfor?
- Føler du at utdannelsen har gjort deg i stand til å møte slike situasjoner? At du har fått nok kunnskap om hvordan du skal håndtere dette?
- Har dere undervisning på arbeidsplassen hvor dere diskuterer og får undervisning om hvordan man skal behandle selvmords truende?
- Har du noen kommentarer til slutt?