



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave
Prosjekt innland, fagartikkel

**«Hvordan reagerer helsepersonell følelsesmessig på
at en pasient har tatt selvmord?»**

Kandidatnummer: 10028

Antall ord: 4798

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge er det rundt 600 mennesker som tar selvmord hvert år. Mange helsearbeidere vil oppleve at en pasient tar selvmord, noen vil kanskje oppleve flere tilfeller av det i sin yrkeskarriere. Som helsepersonell er det vanskelig å miste en pasient til selvmord og det kan oppleves som en stor belastning. I Norge er gjøres det og er gjort en del forskning på selvmord, men det blir ikke så mye forsket på helsearbeiderne sine erfaringer og opplevelser med selvmord hos en pasient.

Hensikt: Undersøke hvordan helsepersonell reagerte følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord.

Metode: For å undersøke hvordan helsepersonell reagerte følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord, gjennomførte jeg to kvalitative individuelle intervjuer med en vernepleier og en sykepleier som jobber i psykiatrien. Intervjuene ble gjennomført i mars 2020 og analysert ved hjelp av meningskoding.

Resultater: Helsepersonell som jobber i psykiatrien har ulike reaksjoner i møte med selvmord hos en pasient og de sitter ofte igjen med tanker om hvordan man kunne gjort ting annerledes. En viktig del av bearbeidelsen er bekreftelse av kollegaer. Helsepersonell kan oppleve de ulike krisefasene. Reaksjonene til helsearbeidere vil kunne variere etter tidligere kjennskap til pasienten og relasjonen sin varighet. Enkelte kan oppleve at følelsene blir så sterke at de velger å slutte.

Konklusjon: Studien viser at helsepersonell reagerer varierende følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord, og noen kan reagere sterkere enn andre. Det viser seg videre at selvmord aktualiserer ulike følelser hos helsepersonell og at ingen måte er mer riktig enn en annen å reagere på. Funnene viser seg også at det er noen forskjell på hvordan kvinner og menn reagerer og hvordan det påvirker de i ettertid.

Nøkkelord: Selvmord, helsepersonell, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, følelser, reaksjoner, pasient

Abstract

Background: In Norway, there are around 600 people who commit suicide every year. Many health professionals will find that a patient is suicidal, some may experience more cases of it in their professional careers. As a health care professional, it is difficult to lose a patient to suicide and this can be a big burden. In Norway, some research has been done and researched on suicide, but little research is done on the health workers' training and experience of suicide in a patient.

The aim: Examine how health professionals reacted emotionally to a patient's suicide.

Methods: To examine how health professionals reacted emotionally to a patient's suicide, I conducted two qualitative individual interviews with a social educator and a nurse working in psychiatry. The interviews were conducted in March 2020 and analyzed using meaning coding.

Results: Healthcare professionals working in psychiatry have different reactions in dealing with a patient's suicide and they are often left with thoughts on how they could have done things differently. An important part of the process is the confirmation of colleagues. Health professionals can experience the various stages of crisis. The reactions of health care professionals may vary based on prior knowledge of the patient and their relationship duration. Some may feel that their emotions become so strong that they choose to quit.

Conclusion: The study shows that health professionals react varying emotionally to a patient having committed suicide, and some may react more strongly than others. It further turns out that suicide promotes different emotions in health professionals and that no way is more correct than another to react to. The findings also show that there is some difference between how women and men react and how it affects them afterwards.

Key words: Suicide, health workers, nurses, psychiatric nurses, feelings, reactions, patient

Introduksjon

I Norge er det rundt 600 mennesker som tar selvmord hvert år ifølge offisiell statistikk [1]. Selvmord er ikke vanligvis en handling som plutselig dukker opp, men det er ofte uttrykk for at en person har vært igjennom en vanskelig livssituasjon. Mennesker som velger å ta selvmord, har som oftest mye lidelse de har båret på [2]. Selvmord kan handle om at en ikke ser noe utvei og den hjelpen man får ikke er til noe nytte. Man kan få et såkalt tunnelsyn der selvmord er utveien fra lidelsen. Uavhengig om godt eller dårlig behandlingstilbud, er det til slutt pasienten som tar den endelige beslutningen og som er årsaken til hendelsen. Det er vedkommende som velger sted, tid og måten for å ta livet sitt, refleksjonen og begrunnelsen tar han eller hun med seg ofte i graven [3]. Det er en grunn til å nevne at det ikke stemmer at pasienter som prater om å ta livet sitt, ikke gjør det. Det kan antas at to tredjedeler av pasientene har enten gitt uttrykk direkte eller indirekte for disse tankene på forhånd av et selvmord. De symptomene som er mest fremtredende er pasienten sin opplevelse av meningsløshet og håpløshet [4].

Vurdering av selvmordsfare hos pasienter er ikke alltid enkelt. Det skal understrekes at det er et behov for at personalet får økt sin kompetanse, slik at det blir gjort solide vurderinger. Det er i tillegg viktig å være klar over enkelte grupper, som blant annet de som tidligere har prøvd å ta livet sitt, ensomme mennesker, eldre, kronisk syke og deprimerte [4].

I Norge gjøres det og er gjort en del forskning på selvmord, det forskes en del blant annet ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Det som det derimot ikke blir så mye forsket på er helsearbeiderne sine erfaringer og opplevelser med selvmord hos pasienter [3]. Det kan man se blant annet på hjemmesiden til NSSF der det finnes publikasjonslister som viser en oversikt av forskningen [5].

Selvmord er noe av det verste man kan oppleve hos sine nærmeste, og helsepersonell som opplever at en pasient tar selvmord vil også kjenne på en stor belastning [1]. Det er vanskelig å miste en pasient til selvmord. Det er ikke noe rom for en ny vurdering eller reparasjon av en eventuell skade. Handlingen er utført av pasienten selv, og det kan være sett på som en endelig avvisning til den hjelpen man har eller har fått tilbud om nå eller i fremtiden. Årsaken til at pasienten tok livet sitt er uklar og vil derfor gjøre at selvmord ofte etterlater usikkerhet, utrygghet og spørsmål rundt årsaken, og hvilken rolle man som helsepersonell har spilt i selve avgjørelsen. Når vi strever med å forstå en tragedie vi har en rolle i, står vi ofte igjen med det vanskelige ryddearbeidet. Det å finne fram en forklaring på hvorfor pasienten tok selvmord, hvordan det skjedde, det blir som regel en jobb for de etterlatte [1].

Mange helsearbeidere vil oppleve at en pasient tar selvmord, noen vil kanskje oppleve det flere tilfeller av sin yrkeskarriere. En del har allerede opplevd den belastningen det kan bringe med seg. Mestringsmekanismene til pårørende og helsepersonell synes å være veldig like. Håndteringen og opplevelsen for helsearbeidere viser seg å ikke skille seg så mye fra pårørende [1].

Helsearbeidere på lik linje som folk flest har ulike personligheter, i tillegg til ulike strategier og preferanser som gjelder håndtering av situasjoner som selvmord. Noe som er avgjørende for håndteringen er blant annet type pasient, nærhet til pasienten, egen evne til å håndtere emosjonelle påkjenninger og helsepersonell sin kliniske erfaring. Men det er uansett den kollegiale håndteringen

som er viktig, for å kunne rydde i vanskelige og kompliserte følelser som dukker opp når en pasient tar livet sitt [3].

I forskningen «Therapist's Reactions to patients' suicides» forteller helsepersonell at de reagerte med blant annet sjokk når en pasient tok livet sitt, fordi de ikke trodde det ville skje dem. De fant også at noen helsearbeidere reagerte med sorg og skam. Helsepersonellet reflekterte mer over sin egen involvering i pasienten enn sin kompetanse i ettertid av selvmordet [6].

Artikkelen viste at flere av helsepersonellet reagerte med sinne og svik ovenfor pasienten, grunnen var at de følte at det ble brudd på relasjonen som var bygd mellom pasient og hjelper. Noen hadde begynt å tvile på om de egentlig kunne klare å hjelpe og begynte å føle seg utilstrekkelig. Videre i artikkelen forteller helsepersonellet at de har kommet til gjort noe annerledes om de fikk muligheten til å endre noe, selv om ingen vil kunne vite om det hadde utgjort en forskjell [6].

Videre i artikkelen viste det seg at når pasienten hadde tatt sitt eget liv var noe av det viktigste for personalet var å få støtte fra kollegaer og ledere, slik at man følte seg mindre isolert og alene om følelsene sine. Helsepersonalet fortalte at noe man ofte gjorde var å dele erfaringer mellom kollegaer for å ikke føle seg alene i situasjonen [6].

I forskningen «Factors Contributing to Therapists 'Distress after the suicide of a patient» forteller helsearbeiderne at det var uventet at selvmordet skjedde, og at de fikk et sjokk når pasient tok sitt eget liv. Sammen med sjokk kom en del andre reaksjoner som sorg, skyld, sinne, skam, svik, flauhet, angst, depresjon og utilstrekkelighet [7].

I artikkelen forklarte helsepersonell det som en intens emosjonell reaksjon å miste pasienten i selvmord. I denne artikkelen lik med den andre finner man at reaksjonene skyld og sorg går igjen til de fleste, mens her har skyld også noe med at man reflekterer over involveringen man hadde til pasienten. Graden av sorg varierte i forhold til hvordan relasjonen var til pasienten følelsesmessig, om man hadde mye eller lite med vedkommende å gjøre. Noen av de som fikk de ulike intense emosjonelle reaksjonene vurderte å forlate psykiatrien, da de ikke var forberedt på den intense emosjonelle reaksjonen de fikk [7].

Forskningen «Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals» fant de ut at den emosjonelle nærheten og ansvaret for pasienten påvirket reaksjonen etter selvmordet. Lengden og relasjonen mellom pasient og helsearbeider påvirket graden av stress som en kan kjenne på etter at en pasient har tatt selvmord. Det viste seg i artikkelen at kvinner blir mer påvirket enn menn følelsesmessig i ettertid av et selvmord. Helsepersonell som fikk god støtte, ville mest sannsynlig klare seg bedre gjennom hendelsen. Videre viste det seg at de som hadde kunnskapen og trening i hvordan håndtere et selvmord klarte seg bedre i ettertid, enn de som ikke hadde noe form for trening [8].

Forskningen «The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support» fant ut at pasienter som tok selvmord hadde en emosjonell innvirkning på helsepersonell. Det viste seg at helsearbeiderne bar på en personlig sorg etter at en pasient hadde tatt selvmord. Man begynte å skylde på seg selv og føle seg utilstrekkelig, fordi man ikke klarte å forhindre selvmordet. Noen

begynte til og med å føle seg verdiløs og få en depresjon, i tillegg fikk noen også lignende PTSD – symptomer. Flere av helsepersonellet begynte å være redde for å miste sin profesjonelle identitet, de trudde det skulle gå utover deres sykepleier ferdigheter og arbeidsoppgaver i ettertid. Videre viste det seg at kvinner hadde større sjanse for å få lignende PTSD – symptomer enn menn. Det kom i tillegg fram at personalet hadde godt utbytte av å dele følelsene sine med hverandre etter å ha opplevd at en av pasientene hadde tatt selvmord [9].

Problemstilling: Hvordan reagerer helsepersonell følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord?

Metode

Jeg har valgt å bruke 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. Siden kvalitativ forskningsmetode fokuserer på å gå i dybden, kan det derfor ikke være for stort antall intervjupersoner [10].

I intervjuguiden er det valgt å ha med elleve åpne spørsmål, slik at informantene fikk mulighet til å svare mest mulig om sine opplevelser og følelser om det aktuelle temaet [10]. De hadde også mulighet til å snakke utenfor de spørsmålene som ble stilt. Spørsmålene baserer seg på hva, hvordan, hvorfor og beskriv [10]. Det ble valgt å lage to ulike deler på intervjuguiden, der den ene delen var rettet mot at informantene hadde vært i en situasjon hvor en pasient hadde tatt selvmord, og den andre delen var rettet mot at de ikke hadde opplevd selvmord på avdeling og da hvordan de tror de hadde opplevd en slik situasjon. Intervjuguiden var delt i to deler, slik at jeg var bedre forberedt og mer strukturert til intervjuene [10].

Utvalg og informanter

Ønsket var å få informanter som representerte begge kjønn, jobbet på ulike avdelinger, ulike aldersgrupper og som hadde varierende arbeidserfaringer.

Jeg har intervjuet to informanter som jobber innenfor psykisk helse, men ved ulike avdelinger. Begge kjønnene var representert, ulik alder og jobbet på ulike avdelinger. Informantene hadde ulike utdanninger, en vernepleier og en sykepleier, en av informantene hadde videreutdanning i psykiatri. Begge hadde fast stilling og varierende arbeidserfaring.

Intervju og analyse

Individuelle intervjuer ble brukt som metode [10]. På forhånd av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide med elleve spørsmål. Grunnet karantene regler og anbefalinger fra helsedirektoratet på grunn av COVID – 19 ble intervjuet gjennomført via telefon [11]. Jeg benyttet meningskoding som analysemetode for å systematisere datamateriale, og leste igjennom den innhentede dataen flere ganger [12]. Tolkningsnivået jeg har benyttet meg av er selvforståelsesnivået, noe som er en sammenfatning av forsker og informantens forståelse av det som ble sagt under intervjuet [13].

Etiske overveielser

Alle informantene har fått informasjon om studie på forhånd. Det er innhentet samtykke fra informantene muntlig. Deltakerne deltar frivillig i studien, og har hatt mulighet til å trekke seg hele veien. Studien er godkjent av Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Dataene fra studien og informantene er anonymisert, og svarene er blitt behandlet konfidensielt [10].

Resultat

Resultatet av studien min viser at helsepersonell som jobber i psykiatrien har svært ulike reaksjoner i møte med selvmord hos en pasient. Det kommer frem i intervjuene at det er viktig å kunne skille mellom profesjonell og privat i arbeid med psykisk syke, da dette arbeidet handler mye om relasjonsbygging og det å gi mye av seg selv. Informantene sine synspunkter og perspektiver kommer inn her, der noe av det de sa er sitert.

Resultatet av analysen er delt opp til fire hovedkategorier; selvmord på avdelingen, helsepersonells reaksjoner, i ettertid og kunnskap.

Selvmord på avdelingen

«Man sitter ofte igjen med tanker om hvordan man kunne gjort ting annerledes»
(Informant 1)

Informantene forteller at det er en rutine å ha debriefing i ettertid av en selvmords hendelse, da man ofte 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 gjort alt man kunne gjøre er en viktig del av bearbeidelsen.

Helsepersonells reaksjoner

«I ettertid setter man opp flere murer, ikke for å blokkere følelser, men for å kunne komme tilbake på jobb» (Informant 1)

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 tenker over hva man føler i de ulike hendelsene som oppstår på arbeidsplassen.

«Det er en del av det å være profesjonell og vise følelser også» (Informant 2)

I spørsmål om helsepersonell opplever de ulike krisefasene etter en selvmords hendelse hadde informantene i studien ulike synspunkter. En av informantene ville ikke kjenne på disse krisereaksjonene da dette er en del av arbeidet, mens den andre informanten forteller at helsepersonell har et normalt reaksjonsmønster også på jobben, men at helsepersonell fortære kommer seg til fasen hvor de aksepterer at hendelsen har skjedd. Det ble også poengtert at det er en del av det å være profesjonell og vise følelser.

I ettertid

«*Man har et håp om at pasienten kommer til å klare seg*» (Informant 2)

Videre forteller en av informantene at det å miste en pasient i selvmord vil være en sekundær traumatisering for helsepersonell. I arbeid med psykisk syke mennesker så står man på sidelinjen og har et håp om at pasienten kommer til å klare seg. Informanten legger til at reaksjonene vil variere etter tidligere kjennskap til pasienten og relasjonen sin varighet. Informantene fortalte at følelsene kan bli så sterke at man velger å slutte og der noen velger å endre faglig retning.

Informantene hadde samme synspunkt i at helsepersonell og pårørende passer under samme kategori som etterlatte, siden man som helsepersonell har det samme følelsesspekteret. Begge informantene legger frem at relasjonsbygging er en stor del av arbeidet i psykiatrien og at man legger veldig mye følelser i arbeidet med pasienten. Dette blir en relasjon som blir brutt når pasienten tar selvmord, men som helsepersonell må man 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.

Kunnskap

«*Man skal alltid stole på magefølelsen, fordi den sjeldent tar feil*» (Informantene)

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.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke: *Hvordan reagerer helsepersonell følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord?*

Selvmord på avdelingen

Fra resultatet i studien min viste det seg at som helsepersonell på en psykiatrisk avdeling jobber man mye med selvmord, og det blir en del av jobben. Selv om man jobber mye med selvmord og det er en del av jobben, så er det vanskelig å på forhånd se for seg hvordan man vil reagere på en slik situasjon. I Takahashi & co sin artikkel fant de ut at pasienter som tok selvmord hadde en emosjonell innvirkning på helsepersonellet [9]. Litteraturen støtter dette ved at den sier at helsepersonell vil oppleve en stor belastning når en pasient tar selvmord [1], noe som jeg tolker kan være en emosjonell belastning. I artikkelen til Hendin og co viste det seg at flere av helsepersonellet reagerte ulikt følelsesmessig på at en pasient tok livet sitt. Noen av reaksjonene man så var blant annet; sjokk, sorg, skam, svik og sinne overfor pasienten, samtidig begynte noen av helsearbeiderne

å tvile på om de egentlig kunne hjelpe og følte seg utilstrekkelig [6]. I artikkelen til Hendin & co viste det seg også at denne artikkelen var enig i at man finner ulike reaksjoner hos helsepersonell etter selvmord. I denne artikkelen viste det seg reaksjonene sjokk, sorg, skyld, sinne, skam, følelsen av svik, flauhet, angst, depresjon og følelsen av utilstrekkelighet [7].

Informantene fortalte at følelsen kan bli så sterke at man velger å slutte, og der noen velger å endre faglig retning. Jeg tolker at dette kan være på grunn av en intens emosjonell reaksjon, der følelsene blir sterke. Hendin & co sin artikkel fortalte helsepersonell det som en intens emosjonell reaksjon å miste pasienten i selvmord. Et antall av de som fikk de ulike emosjonelle reaksjonene vurderte å forlate psykiatrien, da de ikke var forberedt på de intense emosjonelle reaksjonene de fikk [7]. Den ene informanten sier at en som helsepersonell bygger opp en mur og prøver å være profesjonell, fordi man vil unngå å ta med hendelsen hjem. Det kan tolkes som en måte å forsvare seg mot den intense emosjonelle reaksjonen som kan komme. Informantene hadde samme synspunkt og var tydelig på at når man jobber i psykiatrien er det viktig å kunne skille mellom privat og profesjonell. Den andre informanten var i tillegg klar på at det er en del av det å være profesjonell og vise følelser. Informantene forteller at avdelingene de jobbet på hadde debriefing med kriseteam i ettertid som en rutine.

Helsepersonells reaksjoner

I studien min viste det seg at helsepersonell som jobber i psykiatrien vil få reaksjoner på at en pasient har tatt selvmord, men de vil kunne få ulike reaksjoner. Som nevnt tidligere ser vi at helsearbeidere vil reagere ulikt, noe som ikke er utenkelig siden man kan ha blant annet ulik relasjon til pasienten. Reaksjonene til selvmordet vil kunne variere etter tidligere kjennskap til pasienten, relasjonen sin varighet, egen evne til å håndtere emosjonelle påkjenninger og kliniske erfaring [3]. I artikkelen viser det seg at graden av sorg vil variere i forhold til hvordan relasjonen var til pasienten følelsesmessig, om man hadde lite eller mye å gjøre med vedkommende kan være avgjørende for reaksjonen [7].

Artikkelen til Dransart & co fant de ut at den emosjonelle nærheten og ansvaret for pasienten påvirket reaksjonen etter selvmordet. Noen kunne oppleve ulike grader av stress etter at pasienten tok livet sitt, noe som avgjorde graden av stresset var lengden og relasjonen mellom pasienten og helsearbeiderne [8]. Takahasi & co sin artikkel viste det seg at noen av helsepersonellet begynte å føle seg verdiløs og få en begynnende depresjon, i tillegg fikk noen også lignende PTSD – symptomer [9]. I studien min hadde informantene samme synspunkt på at relasjonen man hadde til pasienten gjør at man blir sett på som pårørende, på grunn av at man som helsepersonell vil få noe av det samme følelsesspekteret som pårørende.

I studien min fortalte informantene at man spør seg selv hva som kunne vært gjort annerledes, fordi det er enklere å se i ettertid av hendelsen. I artikkelen til Hendin og co viser det seg at helsepersonell ville gjort noe annerledes om de fikk muligheten til å endre noe, selv om ingen vil kunne vite om det hadde utgjort en forskjell [6]. I artikkelen til Takahashi & co fant de ut at helsearbeidere bar på en personlig sorg etter at en pasient hadde tatt selvmord, slik at man begynte å skylde på seg selv. Man kunne blant annet føle seg utilstrekkelig fordi man ikke klarte å hindre selvmordet. Det viste seg også at flere av helsepersonellet ble redde for å kunne miste sin profesjonelle identitet, de trudde at det skulle gå utover deres sykepleier ferdigheter og arbeidsoppgaver i ettertid av selvmordet [9].

I studien min fortalte informantene at det er godt å få bekreftelse av kollegaer og vite at man har fulgt prosedyrene. Det som viste seg i artikkelen til Hendin og co var at når pasienten hadde tatt sitt eget liv var noe av det viktigste for personalet var å få støtte fra kollegaer og ledere, slik at man følte seg mindre isolert og alene om følelsene sine [6]. Litteraturen støtter dette ved å si at den kollegiale håndteringen er viktig, for å kunne rydde i vanskelige og kompliserte følelser som kan aktualiseres ved et selvmord [3]. Informantene i studien min fortalte at det er vanskeligere når pasienten tar livet sitt rett etter utskrivelsen, fordi man sitter igjen med en skyldfølelse om at pasienten ikke burde vært utskrevet. Selv om man vet at det er tatt alle vurderinger, sitter man uansett igjen med skyldfølelsen, forteller informantene.

Informanten fortalte at helsepersonell går igjennom krisefasene etter en slik hendelse, men at man som helsearbeidere kommer fortere til fasen hvor man aksepterer det enn hva pårørende gjør. Dette var det ulike synspunkter mellom informantene, slik at den ene av de ikke ville kjenne på de ulike krisereaksjonene da dette var en del av arbeidet. Selv om de hadde ulike synspunkter, mente den andre informanten at helsearbeidere også hadde et normalt reaksjonsmønster på jobb, men som nevnt at de som er helsepersonell ville komme fortere til fasen hvor de aksepterer at hendelsen har skjedd. Informanten fortalte at helsepersonell går også igjennom et sekundært traume, fordi i arbeid med psykisk syke så står man på sidelinjen og har et håp om at pasienten kommer til å klare seg. Som nevnt tidligere vil noen helsearbeidere sette opp murer, fordi at de ikke skal ta med seg jobben og spesielt de triste hendelsene hjem.

Informantene i studien min var tydelig på at det er viktig som helsearbeider å kunne skille mellom profesjonell og privat i arbeidet med psykisk syke, siden dette arbeidet handler mye om relasjonsbygging og det å gi av seg selv. Samtidig legger man veldig mye følelser i arbeidet med pasienten, fordi man jobber med mennesker. Det er denne relasjonen som blir brutt når pasienten tar selvmord, det er det jeg tolker som kan være følelser av fortvilelse og sinne hos noen av helsearbeiderne. Hendin og co snakker i sin artikkel blant annet om helsepersonell som reagerer med sinne og følelsen av svik ovenfor pasienten, og grunnen var blant annet at de følte at det ble brudd på relasjonen som var bygd mellom pasienten og hjelper [6].

I studien min fortalte informantene at som helsepersonell i psykiatrien vet man at symptomene som pasientene har er tunge å leve med, samtidig som man vil være faglig forberedt på at det er en risiko for at pasienter kan ta selvmord.

I ettertid

I studien min forteller informantene at selv som helsepersonell vil man aldri være følelsesmessig forberedt på å håndtere et selvmord, slik at følelsene alltid vil dukke opp.

Noe man som helsearbeider kan gjøre er at man setter opp flere murer, det er for å klare og arbeide videre. Informantene forteller videre at i ettertid vil man bli mer oppmerksom på at en slik hendelse kan oppstå igjen, spesielt om det kommer inn en pasient som er lik den som tok selvmord.

Informantene sier at for noen kan belastningen bli for stor, og det kan føre til at mange bytter arbeidsplass. På arbeidsplassene til informantene får man tilbud om samtale med prest eller kriseteam etter at en pasient har tatt selvmord, i tillegg til rutinen om debriefing.

I studien min blir det fortalt av debriefingen vil kunne hjelpe på bearbeidelsen av hvilken tanker man sitter igjen med, blant annet hvordan man kunne gjort ting annerledes.

Informantene forteller at en viktig del av bearbeidelsen i ettertid var å få bekreftelse av kollegaer om at man har fulgt prosedyrer og gjort alt man kunne gjøre for pasienten. Informantene forteller at helsepersonellet på avdelingene var flinke til å snakke om temaet selvmord med hverandre. I artikkelen til Hendin og co forteller helsepersonellet at noe de gjorde var å dele erfaringer mellom kollegaer for å ikke føle seg alene [6]. I artikkelen til Takahashi & co kom de fram til at personalet hadde godt utbytte av å dele følelsene sine med hverandre etter å ha opplevd at en av pasientene hadde tatt selvmord [9].

I Dransert & co sin artikkel fant de ut at helsepersonell som fikk god støtte, ville mest sannsynlig klare seg bedre gjennom hendelsen [8]. I Hendin & co sin artikkel fant de ut at helsepersonellet reflekterte mer over sin egen involvering i pasienten, enn sin kompetanse i ettertid av selvmordet [6]. Dransert & co fant videre ut at kvinner blir mer påvirket følelsesmessig enn menn i ettertid av et selvmord [8], mens Takahashi & co viste at kvinner hadde større sjanse for å få lignende PTSD – symptomer enn menn [9]. Dette var noe jeg selv så i min studie at kvinner blir mer følelsesmessig og psykisk påvirket enn hva menn blir i ettertid av et selvmord.

Kunnskap

På spørsmål om kunnskap forteller informantene at det er lite fokus på hvordan man skal møte suicidale pasienter i grunnutdanningen, men at det er mer om det på videreutdanningen i psykiatri. Informantene forteller videre at man raskt opparbeider seg erfaring når man jobber med psykisk helse, de forteller videre at det er årlige kurs på arbeidsplassene om temaet selvmord. I Dransert & co sin artikkel viste det seg at de som hadde kunnskapen og trening i hvordan de skulle håndtere et selvmord klarte seg bedre etter at en pasient hadde tatt livet sitt, enn de som ikke hadde noe form for trening eller kunnskap i dette [8]. Informantene i studien påpekte at når man jobber i psykiatrien er man klare over at disse pasientene har høy selvmordsrisiko, som gjør de til en vanskelig gruppe å jobbe med. Noe som informantene var tydelig og synes var viktigste i arbeid med denne gruppen var magefølelsen, og at dette var noe som sjeldent tok feil. Det var viktig for informantene at man alltid skal stole på sin egen magefølelse i en slik situasjon, selv om det ikke finnes noe litteratur på dette.

Styrker og svakheter ved studien

Jeg valgte å bruke kvalitativ forskningsmetode, som fokuserer på å forstå verden sett fra intervjupersonens side, med et mål om å få frem menneskers erfaringer og avdekke hvordan de opplever verden [10].

Det som var bra med min studie og artiklene var at man fikk se hva helsepersonell kunne føle etter at en pasient har tatt livet sitt. I tillegg var jeg så heldig at jeg fikk informanter med ulike synsvinkler, som også hadde en del ulike perspektiver. Det hadde vært en fordel med flere informanter, men det ble vanskelig på grunn av COVID – 19 [11].

I denne studien er det valgt å ha med elleve åpne spørsmål, slik at informantene kunne få muligheten til å svare mest mulig selvstendig om sine opplevelser og følelser rundt det aktuelle temaet. I tillegg fikk de mulighet til å snakke utenfor de spørsmålene som ble stilt. Det kan by på noen utfordringer der man lett kan snakke seg bort, eller den som skriver ned svarene ikke klarer å

holde en god oversikt [10]. Betydningen av at de kan snakke fritt er at deres opplevelse og følelser blir notert og de ikke trenger å fokusere kun på å svare på et bestemt spørsmål, slik at de får tenkt seg om hvordan de faktisk opplevde og følte denne situasjonen [10]. Spørsmålene som ble stilt baserte seg på hvordan, hvorfor og beskriv [10].

Ved datainnsamlingen ble individuelle intervjuet brukt, på forhånd av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide med elleve spørsmål. Datainnsamlingen ble annerledes enn hva jeg hadde sett for meg og ble mer innviklet, siden det ikke ble mulig å kunne få møte informantene ansikt til ansikt grunnet COVID – 19 [11]. På bakgrunn av COVID – 19 ble intervjuene gjennomført via telefonen, noe som gjorde at det ikke var mulig å observere blant annet ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Intervjuene kunne også blitt gjort via skype eller zoom, men informantene ønsket selv å ha det via telefonen da det ble enklere for dem.

Noe annet som var utfordrende var å finne norske eller skandinaviske artikler som omhandlet temaet. Det kan være at jeg ikke har brukt riktig søkeord eller kanskje ikke har gravd godt nok ned i søkemotorene. Jeg fant en del artikler om selvmord, men ikke som baserte seg på hvordan helsepersonell følte det etter at en pasient hadde tatt selvmord. Jeg valgte derfor å bruke artikler fra USA som omhandlet akkurat det temaet jeg skrev om, som samtidig belyste noen av de samme funnene som jeg hadde funnet.

Konklusjon/Oppsummering

«Hvordan reagerer helsepersonell følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord?»

Denne studien har vist hvordan helsepersonell reagerer følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord og hvordan det kan påvirke helsepersonell i ettertid. Funnene viser at helsepersonell reagerer varierende følelsesmessig på at en pasient har tatt selvmord, og at noen kan reagerer sterkere enn andre. Studien viser at selvmord aktualiserer ulike følelser hos helsepersonell og ingen måte er mer riktig enn annen å reagere på. Funnene viser seg også at det er noe forskjell på hvordan kvinner og menn reagerer på at en pasient har tatt selvmord og hvordan det påvirker de i ettertid. Dette stemmer overens med tidligere forskning, men er ikke nødvendigvis representativ alene. De kan indikere en sammenfallende observasjon som finnes over flere studier og kan være med på å peke til at det kanskje er representativ. Dette er noe videre forskning kan ha nytte av å undersøke.

Kliniske implikasjoner kan være sykepleiefaglige veiledningsgrupper på avdelingen. Dette for å forberede personalet på hvordan man kan reagere og hvilke følelser som kan aktualiseres om en pasient tar selvmord. I tillegg til mer åpenhet på arbeidsplassen om det å miste en pasient og hvordan det kan oppleves. Det kan bidra til å forebygge at man føler seg alene. Refleksjonsgrupper på avdelingen kan bidra til at man kan reflektere og bearbeide følelser som kan aktualiseres når en pasient har tatt selvmord. Dette kan bidra til at kollegaer i større grad kan støtte hverandre, uavhengig av sine egne reaksjoner. Disse kliniske implikasjonene bør gjennomføres i arbeidstiden på arbeidsplassen.

Referanseliste

1. Aarre T O, red. Psykiatri i helsefag. 2. utg. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS; 2018
2. Håkonsen K M, red. Psykologi og psykiske lidelser. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015
3. Mesel T, red. Når noe går galt. Fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten. 1 utg. Oslo: Cappelen Damm AS; 2014
4. Hummelvoll J K, red. Helt – ikke stykkevis og delt. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2012
5. Universitetet i Oslo. Forskningsprosjekter ved NSSF [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; 04.06.2016 [Oppdatert 29.04.2020; Hentet 16.05.2020]. Tilgjengelig fra https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/nssf-prosjekter/?fbclid=IwAR2qi9usjW0R29Ub2DIgjlHm1WLu_EIXEahMxGrxuK8G2rom8DtNxiFeZJ4
6. Hendin, H., Lipschitz, A., Matlsberger, J. T., Haas, A. P., Wynecoop, S. Therapists' Reactions to Patients' Suicides, *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157(12):2022-2027.
7. Hendin, H. Haas, A. P., Matlsberger, J. T., Szanto, K., Rabinowicz, H. Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *The American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1442-1446.
8. Castelli Dransart D. A., Heeb J., Gulfi A., Gutjahr E. Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry*. 2015;15(265):1-9.
9. Takahashi C., Chida F., Nakamura H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., Sakai, A. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*. 2011;11(38):1-8.
10. Dalland O, red. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017
11. Helsedirektoratet. Vurderingspunkter for bruk av hjemmekontor [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 18.05.2020 [Oppdatert 18.05.2020; Hentet 20.05.2020]. Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/hjemmekontor-og-arbeidsplasser-covid-19/vurderingspunkter-for-bruk-av-hjemmekontor?fbclid=IwAR0NzcCEo_6IKrKebZVehm5VTbNwz0-i_NE33H168ky2_DYKEwEbCBsd_vU
12. Brinkmann S, Tanggaard & Hansen W. Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012
13. Drageset, S., Ellingsen, S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(4):332-335

Vedlegg

INTERVJUGUIDE PROSJEKTACHELOR – PSYKIATRI OG SELVMORD

Problemstillingen, hvordan de har opplevd selvmordstruende, eller begått selvmord.

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.

- **Hvor gammel er du?**
- **Hvor lenge har du jobbet med selvmords aktuelle 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 tro 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?

- *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 gjennom de samme fasene som pårørende, og evt. Hvorfor?

Kommentarer til slutt?

- Utdannelsen
- Undervisning på avdelingen

Tusen takk for at du ville stille til informant!