

Etterlatt



TOM STOL «I en akutfase domineres man av en tilstand av sjokk. Har jeg misset noe? Har jeg journalført godt nok hvilke vurderinger jeg har gjort?», uttaler Annika Hagermann og Jeanette Bjørke-Bertheussen. Illustrasjon: Hilde Thomsen

Nederlag, skam, frykten for å ha gjort feil: Kostnadene kan være store når pasienten tar sitt eget liv. Blir du ikke ivaretatt, risikerer du å bli en dårligere terapeut, mener ansatte i psykisk helsevern.

TEKST

Per Halvorsen

PUBLISERT 1. september 2020

EMNER

selvmordsforebygging

Spesialisthelsetjenesten

– Da jeg mistet en av pasientene, klarte jeg ikke å jobbe. Men jeg ville heller ikke være hjemme, så jeg satt på kontoret og gråt.

Psykologspesialist Annika Hagerman ved Psykisk helsevern for voksne ved SUS forteller lavmælt om hvordan det var å miste en pasient i selvmord, en pasient hun hadde vært behandlingsansvarlig for gjennom lang tid: nederlagsfølelsen, frykten for å ha gjort feil, skammen. Hagerman er glad for støtten hun fikk av kolleger og ledelse. Den var avgjørende for at hun kom seg videre.

Tankekjør og selvkritikk

Vi møter henne sammen med psykiater og overlege Jeanette Bjørke-Bertheussen, også selvmorderfarer.

– I en akutfase domineres man av en tilstand av sjokk. Har jeg misset noe? Har jeg journalført godt nok hvilke vurderinger jeg har gjort? Kommer Helsetilsynet på besøk? Kommer jeg til å miste autorisasjonen? Slike spørsmål kverner rundt i hodet hele tiden, forteller hun.

«Det er alltid noe som kunne ha vært gjort annerledes og bedre, hvis man leter lenge nok»

Annika Hagerman og Jeanette Bjørke-Bertheussen

Hagerman og Bjørke-Bertheussen forteller om søvnmangel, tankekjør og skyldfølelse fordi man blir bekymret for ikke å ha gjort nok for pasienten. Frykten for hva andre behandlere tenker om en, for sinne fra pårørende og behov for å snakke om det som har skjedd. De beskriver en tilstand med høy grad av selvkritikk:

– Det er alltid noe som kunne har vært gjort annerledes og bedre, hvis man leter lenge nok, sier de.



ETTERLATT Psykologspesialist Annika Hagerman ved Stavanger universitetssykehus har to ganger opplevd å miste en pasient i selvmord. Foto: Per Halvorsen.

Den største utfordringen

Selvmordsfare er en av de største utfordringene for psykologer på jobb. Det framgår av spørreundersøkelse gjennomført av forskere ved Universitetet i Bergen (1). Erfarne behandlere opplever det ikke som mindre krevende enn terapeuter med kortere fartstid. Selvmordsfare er samtidig en av situasjonene psykologer og psykiatere oftest står i. En rapport fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo viser at i underkant av halvparten av de drøye 600 personene som årlig dør i selvmord, har hatt kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling året før dødsfallet. (2) Ved Voksenklinikken på SUS er bortimot 60 prosent av innleggelsene begrunnet i selvmordsrisiko.

Hagerman og Bjørke-Bertheussen er ikke overrasket over funnene til forskerne i Bergen. I dag er de begge med i gruppa som tilbyr kollegastøtte til behandlere som har vært involvert i suicid eller andre alvorlige hendelser ved Voksenklinikken. Den tradisjonelle debrifingen i plenum ble ikke opplevd å ivareta berørt behandler godt nok.

– Det kunne bli for teknisk. En ensom, utrygg og lite ivaretakende affære der behandlers behov ofte ble oversett, sier de.

Det var Helle Kristine Schøyen, daværende avdelingsoverlege, i dag administrerende direktør ved SUS, som tok initiativet til kollegastøtteordningen for seks år siden. Hun mener de formelle pliktene som utløses ved alvorlige hendelser som selvmord, kan overskygge at også behandlingsansvarlig har behov som må ivaretas.

– Har behandler hatt en langvarig relasjon til en pasient, kan det være en enorm påkjenning når den blir brutt på grunn av selvmord. Relasjonen til pasienten er jo selve aktivumet i behandlingen, og i ettertid blir man enormt selvkritisk. Har vi ikke gode systemer for å fange opp behandlerne, kan det føre til sykmelding og uønsket turnover. Det er et tapsprosjekt både for behandler og for avdelingen, påpeker Schøyen.

Hun mener det er et klart lederansvar å etablere gode systemer for å ivareta behandlere som opplever selvmord. Hun kjenner ikke til at andre deler av psykisk helsevern har tilsvarende ordninger som den ved Voksenklinikken ved SUS.

Kollegastøtte

Kort tid etter at en pasient har begått selvmord, tilbyr kollegastøttegruppa behandleren en prat med en kollega som har vært igjennom det samme selv. Tilbudet kommer seinest dagen etter. Behandleren bestemmer selv premissene for samtalen og videre kommunikasjon. Prosessen foregår helt utenfor linja, uten journalføring og selvsagt med taushetsplikt.

Hagerman og Bjørke-Bertheussen forteller at samtalene arter seg svært forskjellig: Noen

vil gjennomgå saken. Noen trenger å få beskjed om hvordan det er vanlig å reagere på det som har skjedd; søvnmangel og tap av matlyst.

– Dette er ikke terapi, det er kollegastøtte. At alle i gruppa selv har oppved å ha mistet en pasient, bidrar nok til at de aller fleste velger å ta imot tilbudet, sier de.

I løpet av seksårsperioden kollegatstøtteordningen har eksistert, har de vært i kontakt med behandlere til 15 pasienter som har avsluttet sitt eget liv. Det er ikke gjennomført noen systematisk evaluering av tiltaket, og det er ikke utarbeidet statistikk som antyder noe om effekt.

– Til det vil tallene uansett være for små. Men flere som har benyttet seg av tilbudet, har gitt uttrykk for at det har vært nyttig, forteller de.

Varsling

I følge spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 a skal Helsetilsynet og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten varsles om dødsfall eller svært alvorlige hendelser i helsevesenet. Fra 2010 til 2018 mottok Helsetilsynet over 2000 varsler, cirka halvparten fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Flesteparten dreide seg om selvmord eller selvmordsforsøk.

Kilde: [Informasjonsskriv for varsling av hendelser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Statens helsetilsyn, 2018](#)

Sårbare psykologer

Det finnes ikke flust med norsk forskning om hvordan behandlere reagerer på at en pasient begår selvmord. Det bekrefter Fredrik A. Walby, psykologspesialist og forsker ved NSSF. Han sier det blant annet handler om prioritering av forskningsmidler; at det er naturlig å gi forskning på pasient og etterlatte forrang når forskningsressurser skal fordeles.

En amerikansk undersøkelse det refereres hyppig til, daterer seg tilbake til 1989 og ble utført blant psykiatere (3). 57 prosent rapporterte det som et personlig traume når en pasient hadde tatt sitt eget liv, og fikk symptomer på PTSD. De fleste terapeutene fortalte om tristhet, angst, skyldfølelse og rastløshet. Flere kvinnelige terapeuter hadde skamfølelse, skyldfølelse og en trang til å bli trøstet. Flere av dem begynte å tvile på sine egne profesjonelle ferdigheter, ikke minst om pasientrelasjonen hadde vart over tid. Mange års erfaring og en moden profesjonell identitet kan virke beskyttende. Walby mener det ikke bør overraske ansatte i psykisk helsevern at folk dør i selvmord.

«Noen ganger kan psykologer virke så opptatt av å hjelpe at de glemmer fagets begrensninger.»

Fredrik Walby

– Avhengig av hvilke tilstander vi jobber med, må vi ta inn over oss at det skjer fra tid til annen, og at vi ikke vil lykkes med å hjelpe alle, sier han.

Han mener psykologer noen ganger kan være så opptatt av å hjelpe at de glemmer fagets begrensninger.

– Det gjør dem sårbare når det viser seg at faget likevel ikke strekker til. Jeg tror sårbarheten kan forebygges hvis behandlere får større bevissthet om at psykiske lidelser kan ha svært alvorlige konsekvenser. I tillegg er det avgjørende med tilstrekkelig kollegial og lederstøtte i etterkant. Jeg tror vi har mye å gå på når det gjelder begge deler, sier han.

Hemmende for behandling

Vi tar problemstillingen opp med Hagerman og Bjørke-Bertheussen i kollegastøtteordningen ved SUS.

– *Må man ikke som behandler i psykisk helsevern være forberedt på «yrkesrisikoen» som ligger i at en pasient man har hatt ansvar for, kan begå selvmord?*

– Det er vanskelig å være forberedt på en slik hendelse. Desto viktigere er det at institusjonene etablerer systemer som kan samle erfaring og fange opp behandlere som blir berørt, sier de.

De understreker at få ting er vanskeligere i psykisk helsevern enn å forutsi selvmord.

– Hvordan vi reagerer, vil være avhengig av langt mer enn utdanning og arbeidserfaring: Hvor langvarig og dyptgående forhold hadde behandler til pasienten? Jo mer dyptgående, jo tyngre er det ofte. Og hvilke tidligere personlige erfaringer har behandler med tap og sorg? Alle slik ting spiller inn, forteller de.

– *Hva kan man som terapeut lære av å miste en pasient i selvmord?*

– Man kan bli ekstra oppmerksom ved neste korsvei hvis en ny pasient utviser samme symptombilde og reaksjonsmønster som pasienten man har mistet. Men det kan også virke hemmende for god behandling; for eksempel ved at man blir så opptatt av å hindre et nytt selvmord at det blir antiterapeutisk og går utover pasientens autonomi, sier Hagerman og Bjørke- Bertheussen.



ADVARER MOT «SAFING» Det er bekymringsfullt hvis frykten for at pasienten skal dø i selvmord, gjør at behandler hele tiden «safer», mener Tormod Stangeland, leder for ambulant akutteam for barn og unge ved Ahus. Foto: Lisbeth Andresen

Redd for å bli etterlatt

Det er poenget også til psykologspesialist og leder for ambulant akutteam for barn og unge ved Ahus, Tormod Stangeland. Han mener det er bekymringsfullt hvis frykten for at pasienten skal dø i selvmord, gjør at behandler hele tiden «safer» når det skal gjøres behandlingsvalg.

**«Vårt ansvar som behandlere
må være avgrenset til det vi kan
påvirke»**

Tormod Stangeland

– Det gjør deg til en dårligere behandler. Du risikerer å gå glipp av meningen bak ønsket om selvmord, og dermed hva du kan bidra med for å gjøre livet mer levelig for pasienten, sier han.

Han sier at også behandlere er redde for å bli etterlatte, men at det ofte ikke er kultur i behandlingsapparatet for å snakke om det, og at mange derfor blir utslitt. Han mener det viktigste en leder kan signalisere til medarbeidere etter en alvorlig hendelse som

selvmord, er at utfallet av gode vurderinger ikke er fagpersonens ansvar.

– Vi skal gjøre gode vurderinger, og de skal vi stå for uavhengig av utfallet. Noen kommer dessverre til å dø, for vi har ingen metode for å avverge alle selvmord. Vårt ansvar som behandlere må være avgrenset til det vi kan påvirke. Vi må motiveres av å yte god hjelp, ikke av frykt for å bli «tatt». Det er det en viktig lederoppgave å få behandlere og helsemyndigheter til å forstå, sier han.

– *Hva gjør du selv for å ivareta egne medarbeidere?*

– «Etterlatte» behandlere gransker behandlingsbeslutningene i lys av utfallet, mens beslutningene ble tatt da disse pasientene var lik alle de andre ungdommene.

Ivaretakelsen min av ansatte som er redde for å miste en pasient, tar utgangspunkt i å holde fram dette poenget. De skal kjenne seg helt sikre på at de vil ha ledelsen i ryggen, hvis de havner i en slik forferdelig situasjon.

Referanser

1. Stige, S.H. Dundas, I., Schanche, E. Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? Tidsskrift for Norsk psykologforening, 56(8), 572–580.
2. Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet, 16–31.
3. Chemtob, C.M., Bauer, G.B., Hamada, R.S., Pelowski, S.R., Muraoka, M.Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294–300.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 9, 2020, side 642-645

TEKST

Per Halvorsen, journalist