



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Kollegastøtte når pasienten tar sitt liv

KRONIKK

JEANETTE BJØRKE-BERTHEUSSEN

bjje@sus.no

Jeanette Bjørke-Bertheussen (f. 1980) er spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNIKA HAGERMAN

Annika Hagerman (f. 1970) er psykologspesialist ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WENCHE TEN VELDEN HEGELSTAD

Wenche ten Velden Hegelstad (f. 1970) er ph.d. og psykologspesialist ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN JØRSTAD FREDRIKSEN

Kristin Jørstad Fredriksen (f. 1976) er spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Selv mord er en sjelden hendelse – med store omkostninger for de nærmeste og samfunnet. I de tilfeller hvor den som begår selvmord har hatt en behandler i psykisk helsevern, blir denne også berørt. Vi ønsker å belyse hvordan en kollegastøttegruppe i sykehuset kan være med på å ivareta faglig ansvarlig lege/psykolog i etterkant av et selvmord.



Illustrasjon: Espen Friberg

En av hovedoppgavene til det psykiske helsevernet er å forebygge selvmord. Prediksjon av suicidrisiko på individnivå er problematisk, men forventes ofte av pårørendeorganisasjoner og tilsynsmyndigheter (1-3). Ofte er det motstridende hensyn å ta når selvmordsrisiko og grad av beskyttende tiltak skal vurderes. Pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse skal veies opp mot hans eller hennes sikkerhet. Det nye lovverket (4) innebærer en dreining i retning av økt vekt på autonomi, og risikoavveiningen kan bli mer kompleks.

Vi klarer ikke å forebygge alle selvmord. En nylig publisert studie som omhandlet selvmord i Agderfylkene i perioden 2004-13 konkluderte med at to tredeler av dem som tok sitt eget liv hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet, og 7% var innlagt eller på permisjon da selvmordet skjedde (5). Det vil si at ved opp mot 40 selvmord årlig vil minst én lege eller psykolog være direkte berørt, ofte som ansvarlig hovedbehandler eller som vakthavende lege.

Når en pasient som er under behandling i psykisk helsevern begår selvmord, utløses en rekke rutiner og handlinger for å gjennomgå de faktiske forhold og de vurderinger som er gjort. Specialisthelsetjenesten har meldeplikt til Statens helsetilsyn, og det kan bli satt i gang tilsynssak mot foretaket eller behandleren, via Fylkeslegen eller Helsetilsynet selv.

Lokale rutiner ved Stavanger universitetssjukehus tilsier at hovedbehandler og den medisinskfaglig ansvarlige gir en skriftlig redegjørelse for pasientforløpet og de vurderinger som er gjort underveis. Alt involvert personell, inkludert lege eller psykolog, men også miljøpersonell, har en debriefing med nærmeste leder. Pårørende til den avdøde kontaktes og blir forsøkt ivaretatt og informeres om klageadgang og mulighet for å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning. Alle helseforetak har en bedriftshelsetjeneste som kan kobles inn dersom det oppstår helsemessige problemer hos ansatte som følge av selvmord.

På tross av gjeldende rutiner har vi i Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus sett at behandlere blir gående alene med vanskelige følelser etter et selvmord. På systemnivå har det vært lite rom for vanlige, men belastende reaksjoner,

inkludert følelser av skyld og skam (6–8). Årsakene til det kan være sammensatte. Det vil være store individuelle forskjeller mellom behandlerne når det gjelder når og om helse- eller trivselsmessige problemer som følge av selvmord hos en pasient oppstår. Bedriftshelsetjenesten kobles gjerne inn for sent eller aldri, og debrifingen favner kun den akutte fasen.

Behandlere som var involvert tidligere i pasientforløpet, men ikke hadde behandlingsansvar på dødstidspunktet, inkluderes ofte ikke i debrifing og annen oppfølging. Like fullt kan de få emosjonelle reaksjoner og vansker i ettertid. Tilsynsmyndigheter har ikke primært som oppgave og funksjon å gi støtte til behandlere og fremheve der det er gjort godt arbeid (9). For behandleren kan prosessen etter et selvmord oppleves som svært belastende og utløse sterk tvil om man er egnet, om man har gjort noe galt og om man er skyld i dødsfallet.

Vi opplever at de eksisterende rutiner og strukturer ikke alltid dekker behovet for en mer systematisk emosjonell og støttende ivaretagelse mellom jevnbyrdige kolleger i etterkant av et selvmord. Vi redegjør her for hvordan en kollegastøttegruppe kan fungere.

En kollegastøttegruppe ved Stavanger universitetssjukehus

Ved de åtte lukkede sengepostene i Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus skjer det til sammen rundt fem selvmord per år. Klinikken har prosedyrer for systematisk opplæring i og gjennomføring av selvmordsrisikovurderinger og iverksettning av beskyttende tiltak, som inkluderer hyppighet av intervalltilsyn, vurdering av medikamenter for symptomlindring og vurdering av om pasienten kan gå ut alene eller med følge. Det foreligger også prosedyrer for varslingsrutiner og dokumentasjonskrav samt ivaretagelse av de pårørende og etterlatte.

Oppfølgingen av involverte behandlere har tidligere ikke vært systematisert. I fellesmøter med leger og psykologer ved klinikken kom det frem at man savnet og trengte en oppfølging der det ble lagt vekt på den emosjonelle opplevelsen og belastningen over tid. Flere behandlere som hadde opplevd at pasienter begikk selvmord, ga uttrykk for at de satt igjen med mange vanskelige følelser som de i stor grad var alene om.

Det ble også trukket frem mulige ulikheter i hvordan behandlere og miljøpersonell opplevde selvmord hos pasientene. Behandlerne kjente i større grad på belastningen av å stå ansvarlig for mulig mangelfull eller feil behandling, mens miljøpersonellet var tettere på pasientene over tid. Ofte var det de som fant den døde.

Avdelingsoverlegen ved klinikken tok derfor i 2014 initiativ til at det ble opprettet en kollegastøttegruppe for å bistå behandlere ved alvorlige hendelser og i etterkant av pasienters selvmord. Gruppen trer også inn når pasienter utfører alvorlige voldshandlinger mot ansatte eller andre.

Medlemmene i gruppen er ansatt ved ulike psykiatriske sengeposter og seksjoner. For tiden består gruppen av to spesialister i psykiatri og to psykologspesialister, alle kvinner i forskjellig alder. Deltagelse i støtteordningen gjøres innenfor vanlig stillingsforhold, og avlønnes ikke ekstra.

Når et selvmord skjer, blir gruppen varslet av klinikksjefen eller vedkommendes stedfortreder og får navnet på den eller de involverte. Det kan for eksempel være leger i både for- og bakvaktsjiktet, behandlende lege eller psykolog samt medisinsk faglig ansvarlig overlege på sengeposten hvor pasienten var innlagt.

Medlemmene i gruppen avtaler hvem som tar kontakt med hvilken behandler, og oppfølging skjer enkeltvis én og én. Det tilstrebes å oppnå kontakt med behandleren i løpet av en eller to dager innenfor vanlig arbeidstid. Kontakten kan skje ved personlig oppmøte, via e-post eller telefon. I det første møtet får behandleren kortfattet informasjon om gruppen og tilbud om videre samtaler.

Gruppen har fra den ble etablert vært involvert i oppfølgingen etter syv selvmord og har fulgt opp 16 behandlere. Et fåtall har sagt nei til oppfølging fra gruppen, da med begrunnelsen at de hadde nok støtte i egne private nettverk. De har dog gitt uttrykk for at de er positive til gruppen og setter pris på tilbudet. De som har sagt ja, har hatt ulike behov.

Varigheten av oppfølgingen har variert fra et par uker til flere måneder. Det kan komme reaksjoner hos behandlere lenge etter selvmordet, og det tilstrebes derfor et kontaktpunkt minst en måned etter hendelsen. Gruppen har lagt vekt på å ha en lyttende holdning og har forsøkt å være ivaretagende kolleger og medmennesker i en vanskelig tid. Den emosjonelle ivaretagelsen av behandleren er viktig, og man er tydelig på at den ikke har en formell debrifingsfunksjon. Støttegruppens arbeid er heller ikke en erstatning for bedriftshelsetjenesten og annen oppfølging.

Gruppen har fått tilbakemeldinger om at den oppleves som en ressurs innad i klinikken, og deltagerne opplever det som meningsfylt å bidra. Der det avdekkes forbedringsmuligheter, har gruppen gitt tilbakemelding til klinikkledelsen.

I Stavanger har gruppen konkret vært med på å få til en systemendring i vaktturnusen, slik at en lege som er direkte involvert i et selvmord på vakt, blir fritatt for resten av vekten. Klinikksjefen finner en erstatter, og legen som er direkte involvert i selvmordet, gis rom til å komme seg, får tid til debrifing og slipper å foreta nye akutte selvmordsrisikovurderinger og stå i andre tilsvarende vanskelige vurderinger. Lengden på vaktfritaket avtales mellom legen og klinikksjefen, men har vanligvis vært inntil en uke.

Gruppen er ikke kjent med at behandlere har oppgitt pasienters selvmord som årsak til at de har sluttet, verken før eller etter opprettelsen av gruppen. Gruppen har ikke grunnlag for å uttale seg om sykmeldinger som følge av pasienters selvmord.

Andre faggrupper har stilt spørsmål ved hvorfor gruppen har bestått av kun leger og psykologer. Både kapasitet og ressurser hos gruppemedlemmene har spilt inn, men også det at behandlere står i en særstilling ved selvmord, da de er ansvarlig for behandlingen på en annen måte enn miljøpersonell. Gruppens styrke, mener vi, ligger nettopp i at vi kjenner oss igjen i situasjonen og ansvaret som følger med.

Innspill ved opprettelse av tilvarende støttegrupper

I Klinikkk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus har vi hatt positive erfaringer med denne formen for kollegastøtte. Vi vil anbefale andre institusjoner i psykisk helsevern der tilsvarende ordninger ikke allerede eksisterer å opprette slike grupper. For å unngå overlappende funksjoner bør ledelsen gi gruppen et tydelig mandat, med klar ansvarsfordeling inn mot andre tjenester. Dette er viktig for å hindre at behandlere som for eksempel skulle hatt oppfølging av bedriftshelsetjenesten ikke blir henvist dit, i den tro at kollegastøttegruppen ivaretar slike aspekter.

Det bør være klare rutiner for å varsle gruppen når et selvmord skjer, det trengs for eksempel regler for hvem som skal varsle og på hvilken måte. Kollegastøttegrupper bør frikobles helt fra både interne og eksterne tilsynsfunksjoner. Dette kan være en forutsetning for at behandleren det gjelder tør være åpen om sin egen rolle i forkant av selvmordet, inkludert mulig tvil og skyldfølelse, uten å være redd for negative konsekvenser for sin arbeidssituasjon.

Gruppemedlemmene bør ha noe klinisk erfaring, det vil si være psykiater/psykologspesialist eller nesten ferdig spesialist. Deltagelse må være frivillig, for å sikre engasjement og interesse for temaet. Gruppemedlemmene bør være lydhøre for hva den enkelte behandler ønsker og har behov for, både når det gjelder kontaktform og varighet av kontakt. Ut fra litteraturen vet man at viktige temaer kan inkludere akutte stresssymptomer, for eksempel angst og søvnvansker, og emosjoner som sinne, skam, skyld og sorg. En gjennomgang av saken, med en lyttende holdning, kan også være aktuelt.

Arbeidsmengden for kollegastøttegruppen må være overkommelig og gjennomførbar innenfor rammene av en vanlig klinisk stilling. I tillegg til møter ved behov når det skjer nye hendelser kan gruppen for eksempel treffes en time annenhver måned for å gå gjennom saker den har vært involvert i samt reflektere og diskutere andre vanskelige situasjoner og vurderinger behandlere står i når det gjelder selvmord.

Det bør være mulig å gi tilbakemelding innad i organisasjonen dersom det avdekkes forbedringsmuligheter når det gjelder selvmordsforebygging eller ivaretagelse av ansatte etter et selvmord.

Avslutning

Prediksjon av suicidrisiko på individnivå er problematisk, i motsetning til hva pårørendeorganisasjoner og tilsynsmyndigheter ofte tror. Leger og psykologer er i en utsatt posisjon etter et suicid og sitter ofte igjen med en følelse av utilstrekkelighet, skam og skyld.

Vår erfaring er at en kollegastøtteordning lar seg drifte på en lite ressurskrevende måte siden man kun skal bidra ved sjeldne og alvorlige hendelser. Slike støttegrupper kan være viktig for å forebygge utbrenthet og sykmeldinger samt hindre at folk slutter i jobben når en pasient begår selvmord.

LITTERATUR

1. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394. [PubMed][CrossRef]
2. Ness E, Fixdal T, Torper JL et al. Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1342 - 3. [PubMed][CrossRef]
3. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2017. doi: 10.4045/tidsskr.17.0573. [CrossRef]
4. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (12.3.2018).
5. Haaland VØ, Bjørkholt M, Freuchen A et al. Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13. Tidsskr Nor Legeforen 2017. doi: 10.4045/tidsskr.16.0503. [CrossRef]
6. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. Am J Psychiatry 1999; 156: 1630 - 4. [PubMed][CrossRef]
7. Svendsen EH. Å miste en pasient i selvmord. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2005; 42: 512 - 4.
8. Séguin M, Bordeleau V, Drouin MS et al. Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. Arch Suicide Res 2014; 18: 340 - 62. [PubMed][CrossRef]
9. Braaten K. Et tilsyn til nytte og besvær. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1108.

Publisert: 23. april 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0908

Mottatt 20.10.2017, første revisjon innsendt 14.1.2018, godkjent 12.3.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2023.