Akuttpsykiatrisk avdeling ved Lovisenberg sykehus: høy bevissthet på selvmordsrisiko

Heidi Follestad Hetland intervjues av Ingeborg Veia.

Helsetilsynet slo nylig fast at Akuttpsykiatrisk avdeling ved Lovisenberg sykehus ikke gav forsvarlig behandling og dermed brøt loven i forbindelse med at en pasient tok sitt eget liv i 2004. Sykehuset erkjenner at rutinene for behandling av pasienter med selvmordstanker ikke har vært gode nok, og har det siste halvannet året hatt en gjennomgang av alle rutiner knyttet til vurdering, diagnostisering og oppfølging av suicidal pasienter. Akuttpsykiatrisk avdeling har flere enn 1000 innleggelser årlig, og suicidalitet er ofte et tema, forteller avdelingssykepleier Heidi Follestad Hetland. I artikkelen redegjør hun blant annet for sykehusets rutiner for å forebygge selvmord blant pasientene.

- Når vi får inn nye pasienter, gjør vi en vurdering i forhold til grad av suicidalitet, der dette er en relevant problemstilling. Vi kartlegger objektive faktorer, ting vi vet har en betydning i forhold til selvmordsrisiko. For eksempel tap, stort tap i funksjonsnivå, store påkjenninger, visse sammensatte problemstillinger og spesielt utsatte lidelser som depresjon. Vi forsøker å avdekke situasjonen rundt pasienten. Hva har pasienten opplevd som kan gi ønske om å gjøre slutt på livet? Vi kartlegger også subjektive faktorer, ting pasienten selv sier har betydning, som opplevelse av håp, skyld, skam og krenkelse. Denne kartleggingen og konklusjonen dokumenteres i journalen.

Ut fra denne vurderingen avgjør avdelingen hvilken grad av beskyttelse pasienten skal få.

- Noen trenger tilsyn hvert sekund 24 timer i døgnet – også i dusjen og på toalettet. Hvis pasienter har et veldig sterkt ønske om å ta sitt eget liv, kan de trenge denne formen for oppfølging. Andre kan ta mer ansvar. Behandlingstilnærmingen avhenger av hvilket funksjonsnivå pasienten har, sier Hetland.

Akuttpsykiatrisk avdeling ved Lovisenberg sykehus jobber etter miljøterapeutiske prinsipper. Terapeutene har det terapeutiske og faglige ansvaret overfor pasienten, men samarbeider tett med et tverrfaglig team. I pasientens og terapeutens samtaler er også en miljøterapeut med, for å fylle samtalen med flest mulige faktorer.

- Vi arbeider etter Gundersons miljøterapeutiske modell, som omfatter fem prinsipper for hvordan vi skal hjelpe pasienten, forteller Hetland;

- Beskyttelse; trygge, skjerme eller ta hånd om pasienten for å hindre destruktiv og utflytende atferd.

Foto: Ingeborg Veia

- Vektleggingen i behandlingen skifter mellom beskyttelse på den ene siden og gyldiggjøring på den andre, alt etter hvor mye ansvar pasienten kan ta, sier avdelingssykepleier Heidi Follestad Hetland

- Støtte; få pasienten til å føle velvære og sikkerhet for å øke pasientens selvfølelse og minske angst og fortvilelse.
- Struktur; gjøre miljøet forutsigbart og mindre flytende ved faste rutiner og planer.
- Engasjement; hjelpe pasienten til å mestre sosiale settinger.
- Gyldiggjøring; bekrefte pasientens individualitet og egenart ved bevisste handlinger og ytringer.

Alle fem momenter er en del av et miljøterapeutisk tilbud. Hva som til enhver tid er det vesentlige i behandlingen skifter, sier Hetland.

Hjelperne som rollemodeller

- For å jobbe i akuttpsykiatrien bør en ha stor evne til å bære seg selv, ha et avklart forhold til hvem en er og hvordan en virker på andre. Man må kunne håndtere kaos og være troverdig. Maniske pasienter for eksempel, som kan ha 1000 ønsker på én dag, behøver hjelp til å sette grenser.

Vi som hjelpere er rollemodeller, og kan vise pasientene hvordan de kan markere sine grenser for eksempel ved å si "nå kommer du for nær meg, det kjennes ikke behagelig ut. Kan du være så snill og flytte deg?" Det er vanskelig å lære andre å sette grenser hvis du ikke klarer å sette grenser for deg selv.

Evne til å formidle håp og til å bære andre mennesker, er andre viktige egenskaper i akuttpsykiatrien;

- For at hjelperen skal få en god allianse med pasienten, er det vesentlig at hjelperen formidler håp. Pasientene er veldig opptatt av håp.

"I møte med dem som føler at de aldri får noe, er det viktig å gi noe de kan ta imot."

Hetland peker også på betydningen av å kunne gi pasienten en opplevelse av å få noe han eller hun mener han eller hun trenger;

- Pasienten kan be om én ting, vi som hjelpere kan mene de trenger noe annet – og så får de kanskje noe annet igjen. Vi behøver ikke gi pasientene alt de ber om, men vi er nødt til å gi dem noe av det de mener de trenger. Uansett hva vi måtte mene om det. Hvis ikke, mister pasienten tillit til behandlingen. Det er en stor utfordring for oss som hjelpere, men helt elementært i det å oppnå en konstruktiv behandlingsallianse. Noen mennesker lekker i bunn. Uansett hva du fyller på, så lekker det ut igjen. Det er viktig å gi folk en opplevelse av å bli møtt. Det har ingen hensikt å møte tvang med tvang, rigiditet med rigiditet eller sinne med sinne. I møte med dem som føler at de aldri får noe, er det viktig å gi noe de kan ta imot, sier Hetland.

Hun sier terapeutenes rolle også er å veilede og gi råd.

- Målet er å få pasienter til å bruke sine ressurser og mestre sin situasjon. Men for å hjelpe en pasient må man bære pasienten fra tid til annen.

Rutiner for alvorlige hendelser

Ved alvorlige hendelser som krever akutt førstehjelp i avdelingen, tilkalles akutt-teamet på sykehuset. Akutteamet består av spesielt kompetent og trent personell.

Alle som jobber på Psykiatrisk akutt-avdeling må også med jevne mellomrom gå på hjerte- og lungeredningskurs, som hever kompetansen til å utøve førstehjelp.

Et selvmordsforsøk er en svært alvorlig hendelse som også krever spesiell oppfølging av de andre pasientene i avdelingen. Det er viktig å åpne for at medpasienter kan komme med sine tanker om det som har skjedd, sier Hetland.

De pårørende får tilbud om oppfølgings-samtaler. Hvem i familien som kommer, er opp til den enkelte familie, men tilbudet er for alle – også for barna. Sykehuset har også egen prestetjeneste som er tilgjengelig for de pårørende.

Alvorlige hendelser som selvmordsforsøk eller selvmord meldes til fylkeslegen på egne standardiserte skjema fra helse-tilsynet. Sykehuset har meldeplikt til politiet ved alle unaturlige dødsfall.

Avdelingen følger de samme prosedyrene ved selvmord eller selvmordsforsøk som ved andre alvorlige hendelser.

- Etter at det har skjedd en alvorlig episode, det kan være alt fra at en pasient utagerer til et selvmord, har vi en debriefing umiddelbart etterpå. Alle involverte får tilbud om å være med. Ansvarshavende lege og sykepleier er ansvarlige for å legge til rette for denne debriefingen. Alle får mulighet til å si noe om hva de har opplevd, og hvordan de føler det. I løpet av noen timer innkalles det til en større debriefing med de som var i situasjonen, samt andre som er relevante å ha med, men som ikke var til stede under hendelsen. Det kan være pasientens primærkontakt, terapeuten eller avdelings-sykepleieren. Vi forsøker å analysere situasjonen og sette ord på egne følelser. Vi legger vekt på å analysere handlemåter og tiltak iverksatt forut for hendelsen, sier Hetland.

"For å jobbe i akuttpsykiatrien bør en ha stor evne til å bære seg selv, ha et avklart forhold til hvem en er og hvordan en virker på andre."

Oppfølging av de ansatte

Som avdelingssykepleier har Hetland ansvar for oppfølging av de ansatte etter alvorlige hendelser.

- Vi har samtaler i grupper eller én til én, alt etter hva de ansatte føler seg bekvemme med. Vi kan ha én samtale eller fem. Behovet varierer. Åpenhet er veldig viktig, det å tillate alle typer følelser. Min oppgave som leder er å bære dette sammen med mine ansatte, og litt for dem. Skyld, skam og krenkelse er voldsomme følelser som de fleste har et forhold til – et ulikt forhold til – og som kan bli veldig

aktivert når man opplever en alvorlig hendelse på avdelingen. *Hvor mye jeg som leder skal gå inn i det personlige med mine ansatte, er en fin balanse mellom nærhet og avstand. Det er en grense for hvor nær jeg skal bli. Dersom noen har behov for veiledning utover det å snakke med meg, får de tilbud om det betalt av sykehuset. I noen tilfeller kan enkelte trenge litt tid på bearbeidingen. Vi bruker faste veiledere utenfor sykehuset, og har veldig god erfaring med det, sier Hetland.*

Til tross for at det ikke finnes sikre tall, regner man i dag med at det årlig skjer mellom 40 og 50 selvmord blant pasienter innlagt på psykiatriske institusjoner, noe som utgjør ca hvert tiende selvmord i landet. Fra 1955 og fram til i dag har det skjedd en kontinuerlig økning i antall selvmord i psykiatriske sykehus (Retterstøl et al., 2002). Internasjonale undersøkelser viser at så mange som halvparten av alle psykiatere har opplevd å miste en pasient i selvmord (Hendin et al., 2000).

- Jeg har bedt mine kollegaer om innspill på hvordan de som hjelpere opplever, eller ville opplevd, selvmordsforsøk eller selvmord hos pasienter. Tilbakemeldingene går på at de vil begynne å devaluere seg selv som fagpersoner, og bli opptatt av om de er gode hjelpere eller ikke. Følelsene som kommer opp, er veldig eksistensielle. De nevner også redselen for å ha gjort noe feil, og for eventuelle konsekvenser. Dette er helt naturlige tanker, som nesten alle i en slik situasjon får. Hjelpernes reaksjoner ligner de pårørendes, de føler skyld, utilstrekkelighet, fortvilelse og sinne. Slike følelser kommer også ved andre alvorlige episoder på en akuttavdeling, men selvmord er spesielt. Selvmord er et endelig punktum, og setter dermed sterkere følelser i sving. Man glemmer ikke et selvmord, men bærer det med seg, avslutter Hetland.

Referanser

Hendin, H., Lipschitz, A., & Maltzberger, J.T. (2000). *Therapists' reactions to patients' suicides*. American Journal of Psychiatry, 157 (Dec.): 2022-27.

Retterstøl, N., Ekeberg Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selvmord: Et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk.