

Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering

Sammendrag

Bakgrunn. Universitetssykehuset Nord-Norge, psykiatrisk avdeling, har styrket undervisningen av medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Materiale og metode. I løpet av studieåret 1998/99 gjennomgikk 76 studenter kurset, som ble evaluert gjennom fokusgruppeintervju med 47 studenter (62 %).

Resultater. Studentene fikk relevant kunnskap, større faglig trygghet og økt kompetanse til å intervensere ved selvmordsfare. De gav uttrykk for at det å øve konkret på en situasjon gjennom rollespill og å få direkte tilbakemelding på egen atferd var nyttig. De var opptatt av å våge å ta ansvar i vanskelige situasjoner, og så betydningen av å samarbeide med andre yrkesgrupper. Møte med selvmordstruede ble sett på som krevende, og grensen mellom profesjonelt og privat liv ble et viktig tema.

Konklusjon. Kurset kan gi viktige kunnskaper og ferdigheter om kriseintervensjon i møte med selvmordsnære pasienter.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 2240

Thorbjørg Guttormsen
torbjorg.guttormsen@hitos.no
Høgskolen i Tromsø
MH-Bygget, Breivika
9293 Tromsø

Tordis Sørensen Høifødt
Kirsti Silvola
Psykiatrisk forskning- og utviklingsavdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Olav Burkeland
Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF

Nyutdannede leger møter pasienter i livskrise (1–3). Selvmordstanker må identifiseres, selvmordsfare må vurderes og adekvate hjelpetiltak må planlegges. Intervensjon er krevende fordi legens holdninger til selvmord, evne til å hjelpe og samarbeidsevne kan påvirke samhandlingen med pasienten. Denne situasjonen kan vekke sterke følelser som preger kommunikasjon, risikovurdering og evne til å handle adekvat. Få studier berører medisinstudenters følelser i forhold til selvmord. En kvalitativ studie av leger som arbeider i psykiatrisk sykehus viser at det er viktig å være kjent med egne følelser i forhold til død og sårbarhet og å erkjenne muligheten for å feilvurdere en situasjon (4).

Medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø hadde før 1998 to timers teoretisk undervisning om selvmord i tredje studieår og møtte i tillegg suicidale pasienter gjennom praksisundervisningen. Universitetssykehuset Nord-Norge i samarbeid med Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge ønsket å styrke undervisningen i suicidologi med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Kurset ble utviklet i 1980-årene i Canada av Living Works Education, og ble tatt i bruk i Nord-Norge fra 1998 og i hele landet fra 2000 (5, 6). Primært er kurset ikke innrettet mot medisinstudenter, men mot en tverrfaglig gruppe fagpersoner. Sentral kunnskap om selvmordskriser er samlet til en intervensjonsmodell som strukturerer en krisesamtale og tar opp viktige aspekter i samhandlingen mellom hjelperen og den hjelpetrengende. Ut fra forfatternes egne erfaringer med kurset for andre faggrupper vurderte man at medisinstudenter kanskje kunne ha nytte av det. Kurset er beskrevet i egen artikkel (6).

For å undersøke nærmere om kurset egnet seg for medisinstudenter, valgte man et evalueringssopplegg bestående av en spørreskje-

maundersøkelse og kvalitative intervjuer (7). I denne artikkelen presenteres resultatene fra de kvalitative intervjuene.

Materiale og metode

Kurset ble prøvd ut i studieåret 1998/99. Studentkullet (N = 76, 38 menn, 38 kvinner) ble delt opp i grupper på 10–12. Hvert kurs hadde 24 deltakere, og hver studentgruppe ble satt sammen med en like stor tverrfaglig gruppe. Kurset ble evaluert med sju fokusgruppeintervjuer som ble gjennomført siste uken av praksisperioden i siste studieår. Fokusgruppene bestod av 2–12 studenter, til sammen 47 av de 76 studentene (62 %). Antall deltakere var størst i starten. Dette kan henge sammen med noe mindre aktiv invitasjon til intervju for de siste gruppene, men også at det nærmet seg avsluttende eksamen. Siden det i løpet av de første intervjuene ble klart at de fleste studentene var svært positive til kurset, ble kritiske studenter spesielt oppfordret til å delta.

Intervjuene ble foretatt av to av artikkelforfatterne, hvorav en hadde vært lærer på kurset. En av intervjuerne var en erfaren lege. Studentene ble bedt om å fortelle fritt om sine erfaringer med kurset, og intervjuer stilte klargjørende spørsmål. Bruk av intervjuguide gjorde intervjuet semistruert, for å sikre at selvmordsfaglige og pedagogiske sider av kurset ble belyst. Hvert intervju varte omtrent halvannen time. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ned ord for ord (8). Teksten ble gjennomgått av artikkelforfatterne. Fortolkningsprosessen ble gjennomgått både separat av hver intervjuer og i fellesskap. Utvalgte temaer fra materialet ble kvalitativt analysert gjennom en tilnærming beskrevet av Malterud (9). Deltakelsen var frivillig for studentene.

To dagers kurs om selvmord kan være følelsesmessig krevende for alle. Kurslederne var spesielt oppmerksomme på at kurset kunne bli en belastning for sårbare individer,

! Hovedbudskap

- Medisinstudenter i Tromsø har siden 1998 fått tilbud om kurset Førstehjelp ved selvmordsfare
- Kurset er en del av praksisundervisningen i psykiatri i 6. studieår
- Studentenes erfaringer med kurset var stort sett positive

og det ble gitt tilbud om samtale under kurset hvis noen ønsket dette. Prosjektet ble forelagt regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Nord-Norge, som ikke fant etiske betenkeligheter ved prosjektet.

Resultater

Studentene gav uttrykk for at kurset hadde gitt økt faglig trygghet. Viktig kunnskap som ble prøvd ut i rollespill, gav økt mestring. Studentene var opptatt av å være kompetente. Hovedtemaene som ble identifisert gjennom analyse av materialet, presenteres under sitater som oppsummerer innholdet.

«Før kurset var jeg redd og usikker, nå føler jeg meg sikrere»

Studentene følte lettelse over å ha fått en tilnæringsmåte, et verktøy, for å arbeide med et vanskelig tema. Verktøyet var lett å forstå og huske. De visste hvilke spørsmål som bør stilles når man skal identifisere selvmordstanker og kartlegge risikofaktorer og hva som er relevant informasjon for å vurdere selvmordsfare. Studentene hadde følelse av en viss sikkerhet som ikke var der før, og de mente at det vil bli lettere å spørre om en pasient har tenkt å ta sitt liv. De visste mer om hvordan de kunne fortsette en samtale dersom en pasient gav uttrykk for selvmordstanker. Flere studenter fortalte om opplevelse av «skrekk», «hjelpeløshet», «utrygghet» og «usikkerhet» før kurset, og en student snakket om «den blanke følelsen» som uttrykk for en redsel for ikke å kunne gjøre noe, for ikke å vite hva man skal gjøre eller si.

Følelsene ble knyttet til lite erfaring, lite kunnskap om selvmord og at selvmord var et vanskelig tema. Kurset gav økt bevissthet om egne følelser i forhold til temaet. Det ble uttrykt behov for mer spesifikk undervisning om legens oppgaver ved en selvmordskrise, som diagnostisering og innleggelse i psykiatrisk sykehus. «Nyutdannede leger vet hva som skal gjøres ved hjerteinfarkt, mens en pasient i selvmordskrise kan risikere ikke å få hjelp.»

«Hvis jeg må velge hva jeg likte best i kurset er jeg ikke i tvil om at rollespill var viktigst»

Å øve konkret på en situasjon gjennom rollespill fant studentene nyttig. «Det er først gjennom å forsøke seg i praksis at man kan bli mer sikker i en virkelig situasjon.» var en gjennomgående mening. Det å måtte stille spørsmål med egne ord om selvmordstanker ble opplevd som nødvendig og utfordrende. Både rollen som pasient og rollen som hjelper var viktig, selv om studentene var mest opptatt av å være i hjelperrollen. Flere viste til at det å være i hjelpersøkers rolle gav kontakt med følelser som de mente en selvmordstruet kunne ha. I rollespill var det mulighet for å be om hjelp underveis, og studentene fikk direkte tilbakemelding på sin

handlemåte. Dette fant de konstruktivt. For noen studenter var det første gang de fikk direkte tilbakemelding på sin håndtering av en praktisk situasjon. «Jeg synes det er en kjempestor fordel å spille en rolle og få en faglig tilbakemelding på hvordan jeg var, kan etter det forme meg til jeg skal ut i arbeidslivet.» Noen få studenter kunne ikke nyttiggjøre seg rollespill i egen læring.

«Jeg tror vi kommer til å ta ansvar, men i den videre oppfølgingen er det viktig å være flere»

Kurset problematiserer pasientens ambivalens i forhold til liv og død. Samtidig inneholder kurset en invitasjon til å se på egen ambivalens i forhold til å hjelpe. Flere av studentene uttrykte motstridende følelser når de snakket om ansvar for pasienter som er i selvmordskrise. På den ene side var de bekymret for hvordan de kunne våge å ta ansvar og gjøre valg i vanskelige situasjoner. «Jeg kjenner at jeg ikke vil ha det ansvaret, jeg vil ikke stå alene med ansvaret, men bør jo etter hvert tøre det.» På den annen side vet studentene at de har et ansvar for pasienter i krise og sier blant annet: «Vi må tøre å gjøre noe og stå til ansvar for problemet om det går bra eller galt.» Studentene ville ta ansvaret og var opptatt av å gjøre en god jobb, selv om de visste at de ofte ville være usikre og at utfallet noen ganger ikke ville bli som ønsket.

Tverrfaglighet beriket læringen. «Det er en fordel at så mange yrkesgrupper som mulig gjennomgår kurset, det vil gi samarbeidspartnere som tenker nokså likt,» ble det sagt. Flere viste til at det etter kurset ville være lettere å ta kontakt med andre yrkesgrupper i en krisesituasjon.

«Møtet med selvmordstruede er krevende, og det er viktig å ta vare på seg selv profesjonelt og personlig»

Studentene fant det naturlig og nødvendig at selvmord aktiverte egne følelser. «Det er klart at en person med selvmordsplaner berører deg følelsesmessig. Det ville egentlig være helt utenkelig å være på et seminar om selvmord uten å bli berørt.» Noen studenter hadde personlig erfaring med selvmord i egen familie eller blant venner, og brukte dette som eksempler i diskusjoner. Slike fortellinger ble av de andre opplevd som «veldig givende». Studentene mente at egne reaksjoner i stor grad ble ivaretatt, og de syntes ikke at følelsesmessige reaksjoner hemmet læringsutbyttet.

De var opptatt av å skille mellom profesjonelt og privat liv. De reflekterte over hvor lett det kan være å ta med seg vanskelige situasjoner hjem, og de var bekymret for hvordan man skulle ta vare på seg selv og ikke brenne ut. Det ble vist til at utdanningen tar utgangspunkt i hvordan en lege skal hjelpe andre, mens man er lite opptatt av hvordan man kan hjelpe seg selv og sette grenser. Studentene brakte inn i diskusjonen det fak-

tum at leger også kommer i personlige kriser og tar sitt eget liv. «Det er veldig tøft å studere medisin, vi blir på en måte lært opp til at det er vi som skal hjelpe andre, men vi kan jo også selv ha behov for hjelp.»

Diskusjon

Medisinstudentene mente at de etter kurset var bedre forberedt til å møte selvmordsnære mennesker. De fikk et verktøy som kan brukes i det kliniske arbeidet. Følelsene av skrekk, hjelpeløshet, utrygghet og usikkerhet før kurset var avløst av økt klinisk kompetanse (10).

Evalueringen viste at studenter i tillegg behøver kunnskap om legeoppgaver i en akutt krise og i oppfølgingen etter den akutte fasen. Etter at dette kom frem fra første fokusgruppeintervju, ble det organisert et seminar der legens oppgaver ble vektlagt. Studentene trenger ferdigheter for å kunne diagnostisere en selvmordsnær pasient og for å kunne intervensjon i psykologiske og sosiale krisesituasjoner (11). Andre undersøkelser viser også at gjennomgått opplæringsprogram øker studentenes ferdigheter (12, 13). Legekårsundersøkelsen viser at større faglig sikkerhet beskytter mot stress og utbrenthet (14).

Rollespill

Bruk av rollespill er en krevende undervisningsmetode. Studentene var i en treningssituasjon, og for noen av dem var det første gang de fikk direkte tilbakemelding. Det er viktig at tilbakemeldingen har konkrete positive sider. Hvis ferdighetstrening følges av løpende tilbakemelding, øker den evnen til læring, mens påpeking av feil og utilstrekkelighet kan virke hemmende på videre utvikling (12, 13). Studentene opplevde at det skjedde viktig læring både når de selv øvde på intervensjon og når de spilte rollen som en person i selvmordsfare. Det å gå inn i pasientens situasjon og kjenne på følelsesmessige reaksjoner syntes å være nyttig for videre arbeid (12).

Noen få studenter kunne ikke nyttiggjøre seg rollespill. Det kan variere mye hvilke læringsmetoder som fungerer best. Selv om studentene reserverer seg mot rollespill, bør de allikevel oppfordres til å ta imot tilbakemelding på egne samtaler med pasienter.

Krevende oppgave og stort ansvar

Det er en vanskelig oppgave og et stort ansvar å møte en pasient i selvmordsfare. Gjennomgående erkjente studentene et ansvar både juridisk og etisk (15, 16), men de uttrykte ønske om ikke å stå alene med ansvaret. I kurset var studentene i en tverrfaglig gruppe, og andre yrkesgrupper ble sett på som viktige samarbeidspartnere i kritiske situasjoner.

Studentene lurte på hvordan de kunne ivareta seg selv som privatperson i vanskelige situasjoner. De var godt kjent med at selvmordsdødeligheten blant leger er høyere enn

for andre yrkesgrupper (17). De så det som viktig å takle egne reaksjoner og sette egne grenser.

Fokusgruppeintervju

Studentene som deltok i intervjuene, opplevde i stor grad kurset som positivt. Det var få negative kommentarer, selv om de som var kritiske, ble spesielt oppfordret til å delta i intervjuene. Det kan ikke utelukkkes at uttalelser fra studenter som ikke var til stede i intervjusituasjonen, kunne gitt tilgang til andre oppfatninger av kurset. En av fordelene ved gruppeintervju med homogene grupper er at det fremmer en likeverdig samtale i større grad enn ved individuelt intervju. Studentene er omtrent på samme alder og har lik status, og kan ses på som en homogen gruppe. Interaksjon i en gruppe åpner opp for nye tanker og meninger som kan gi fylldig informasjon og bredde i resultatet (18). Validiteten av fokusgruppeintervju kan imidlertid diskuteres, da gruppeprosessen kan hemme eller forsterke den enkelte deltaker i gruppen (19). Det er også et metodeproblem at undervisere i kurset selv foretar intervju. Ønsket om positiv vurdering fra studentene og nærhet til kurset kan vanskeliggjøre den avstand til stoffet som er nødvendig for å gjøre en kritisk vurdering (7). Her kan nevnes at materialet ble analysert av alle fire forfatterne hver for seg og samlet. Det ble foretatt uavhengige analyser som bare viste små forskjeller som supplerte hverandre.

Kurs for medisinstudenter?

Det er et tankekors at studenter finner kurset så nyttig. Man kan spørre om det er et tegn på at praktisk kommunikasjonstrening er mangelvare i studietiden, og at førstehjelpsaspektet i undervisning i suicidologi ikke er tydelig nok. Kursets begrensning er at det ikke berører legespesifikke problemstillinger. På den annen side er tverrfaglighet viktig – det forbereder studenter til arbeidslivets virkelighet. Hvis man ikke venter mer av kurset enn det kan gi, forsvarer det trolig sin plass som supplement til annen undervisning ved å gi kunnskap og ferdigheter om førstehjelp ved selvmordsfare.

Det å forenkle en kompleks situasjon ved å lage prosedyrer om fremgangsmåte, kan gi falsk trygghet. Det er en risiko ved opplegget, men man kan kanskje forvente at medisinstudenter har evnen til å se situasjoner nyansert og at de har lært å avvike fra prosedyrer når det er nødvendig.

Å gi dette tilbudet til hele studentkullet betyr arrangering av sju kurs hvert år. Det koster 20 000 kroner, som ble dekket av studentundervisningsmidler.

Kurset ble lagt inn i praksisundervisningen i psykiatri siste studieår. Tidspunktet ble valg ut fra at studentene hadde noe erfaring fra kliniske situasjoner og snart skulle gå inn i en praktiserende legerolle. Sannsynligheten er stor for at studentene ville møte selvmordssituasjoner som turnusleger, noe som så ut til å virke motiverende for deltakelse.

Ved valg av tidspunkt ble det også lagt vekt på at studentene burde ha grunnleggende kunnskap om psykiske lidelser før kurset.

Vi takker Nord-Norsk Psykiatrisk Forsknings-senter, Universitetssykehuset Nord-Norge, for økonomisk støtte til prosjektet.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909–16.
4. Talseth A-G, Jacobsen L, Nordberg A. Physicians stories about suicidal psychiatric inpatients. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 275–83.
6. Silvola K, Høifødt TS, Guttormsen T, Burkeland O. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003, 123: 2281–3.
7. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996: 123–6.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996: 64–115.
11. Brody DS. Feedback from patients as means of teaching nontechnological aspects of medical care. *J Med Educ* 1980; 55: 34–41.
12. Schei E, Bærheim EM, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258–62.
13. Faulkner A, Maguire P. Å samtale med kreftpasienter og deres familier. Oslo: Tano Aschehoug, 1998: 195–211.
14. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 3818–23.
19. Carey MA, Smith MW. Capturing the group effect in focus groups: a special concern in analysis. *Qual Health Res* 1994; 4: 123–7.